17
décembre 1996

Actualité et dossier en santé publique

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

Le rapport du
Haut Comité de la
santé publique 1996,
La santé en France 96
est paru à
La documentation Française

dossier

L'évaluation en santé

ISSN 1243-275X

17
décembre
1996

Actualité et dossier en santé publique

Ministère du Travail et
des Affaires sociales
Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
télécopie 01 40 56 79 49

Président
Hervé Gaymard,
secrétaire d'État à la Santé et
à la Sécurité sociale
Vice-Président
Pierre Ducimetière
Rapporteur général
Guy Nicolas
Secrétaire général
Jean-François Girard,
directeur général de la Santé
Secrétaire général adjoint
Geneviève Guérin

Actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication
Jean-François Girard
Rédacteur en chef
Patricia Siwek
Comité de rédaction
Ségolène Chappellon, Denis Couet, Lucie Degail, Pierre Ducimetière, Jean-François Dodet, Ruth Ferry, Geneviève Guérin, Jean-Claude Henrard, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet
Secrétaire de rédaction
Marie-Josèphe Strbak
Téléphone de la rédaction 01 40 56 79 56
Recherche documentaire Centre français de documentation en santé publique
Réalisation Philippe Ferrero
Secrétariat Myrielle Toi
Ont participé à ce numéro
Patrick Gardeur
Jean-François Dodet, Pierre Ducimetière, Brice Gayet, Marcel Goldberg, Jean-Claude Henrard, Denis Hémon, Éric Jougla, Alain Le Toullec, Jean-Paul Moatti, Guy Nicolas, Roland Sambuc, Patrice Verpillat, Marie-Claude Versavel, Jean Wolas, ainsi que les auteurs du dossier dont les noms sont indiqués page XLIV de celui-ci.

Dépôt légal janvier 1997 – ISSN 1243-275X
Le dossier « L'évaluation en santé » se trouve encarté entre les pages 18 et 19. Il est numéroté de I à XLIV. *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° 17**

Sommaire

1 Éditorial, *Roland Sambuc*

2 Actualité
Réforme de la protection sociale : pour une politique de santé publique, *Patricia Siwek, Pierre Ducimetière, Jean-François Dodet*
Exposition à l'amiante et santé : résultats d'une expertise collective de l'Inserm, *Marcel Goldberg, Denis Hémon*

11 Organisme
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

12 International
La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire, *Jean Wolas*

16 Régions
État de santé et priorités de santé publique. Synthèse des conférences régionales, *Patrice Verpillat*

19 Statistiques
Causes de la surmortalité prématurée en France. Comparaison avec la situation en Angleterre-Pays de Galles, *Éric Jougla, Alain Le Toullec*

25 Formation
Formation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales

26 Alcoologie
Propositions du Haut Comité : pour une politique de prévention, de soins et de réhabilitation en matière de conduites d'alcoolisation

28 Recherche
Institut fédératif de recherche n° 28, « prévention et évaluation »

29 Législation & réglementation

30 L'actualité du Haut Comité
Rapport sur les encéphalopathies subaigues spongiformes transmissibles humaines et animales

32 Documentation

37 Calendrier

dossier **L'évaluation** en santé
Dossier coordonné par **Patrick Gardeur**

éditorial

L'évaluation prend lentement sa place en France dans le champ de la santé. La création de l'Andem, la Loi hospitalière de 1991, les dispositions des ordonnances d'avril 1996, marquent la progression de ce concept dans le cadre juridique des dix dernières années. Mais l'évaluation médicale est plus une affaire de culture qu'une question réglementaire, et le retard de la France, par rapport à l'Amérique du Nord en particulier, ne peut pas être comblé instantanément.
Le concept d'évaluation est très infiltrant, et les difficultés liées à sa définition traduisent la généralité de la démarche : évaluation des technologies, évaluation des pratiques médicales, évaluation des programmes de santé. Les méthodes diffèrent, mais le principe général demeure : mesurer les effets d'une action de santé selon ses multiples dimensions (efficacité, effets indésirables, aspects économiques…). Le cadre est très vaste, incluant aussi bien les usagers du système de soins, que les acteurs eux-mêmes et la population en général.
La définition et la mesure des indicateurs d'efficacité répondent à des protocoles très rigoureux dont les essais thérapeutiques contrôlés constituent un archétype pour l'évaluation des technologies. Les recherches développées autour des indicateurs de qualité de vie liée à la santé débouchent sur leur utilisation croissante dans les études d'évaluation, bien que la validation de certains de ces indicateurs reste discutable. La prise en compte de la dimension économique ne dispose pas de techniques standardisées pour le calcul des coûts ou des bénéfices dans le domaine de la santé et pour leur actualisation, ce qui atténue les possibilités de comparaisons des résultats entre les différentes études.
Au-delà de la mesure objective des effets ou du coût d'une action de santé, le véritable enjeu est d'évaluer la qualité même de cette action, préalable implicite à l'efficacité. La qualité, aptitude à satisfaire le client ou conformité à des objectifs d'excellence, ne se mesure plus seulement avec les résultats, mais se fonde sur l'analyse des structures et moyens ainsi que des procédures d'organisation mises en œuvre : la qualité se définit par rapport aux pratiques d'organisation idéales, ou références, qu'il convient au préalable de définir. L'évaluation de la qualité devient alors une étape quasiment indissociable de l'élaboration de la qualité, ce qu'illustre parfaitement la démarche de l'audit médical.
Cette confusion entre l'image et l'objet ne fait pas de la qualité un mirage, mais fonde au contraire le glissement opérationnel de l'évaluation de la qualité vers la gestion de la qualité et l'assurance qualité.
La mise en place de ces démarches-qualité dans les différentes composantes du système de soins, relève de modalités incitatives ou réglementaires différentes, qui peuvent entretenir des confusions sur les objectifs (qualité de soins ou maîtrise des dépenses), et parfois aussi sur la nature même des mécanismes mis en place : références médicales opposables pour la médecine ambulatoire, autorisations et accréditation pour les établissements.
Les approches évaluatives restent souvent trop parcellaires, aussi bien au niveau des structures de soins et de leurs interfaces, qu'à l'échelle globale du système de santé français. Au-delà de l'évaluation médicale, la définition d'une évaluation en santé doit intégrer les champs de la formation et de la recherche, ainsi qu'élargir la démarche au domaine social. Les points de vue exprimés par les auteurs, montrent bien que les problèmes soulevés par l'évaluation médico-écononique ne sont pas réductibles à leurs aspects techniques, voire technocratiques, mais relèvent de choix éthiques qui correspondent à des enjeux de société et ne peuvent être que définis dans le cadre de la politique de santé.

Roland Sambuc
Professeur de santé publique à la Faculté de Médecine de Marseille, Membre du Haut Comité de la santé publique

Réforme de la protection sociale
Pour une politique de santé publique

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme du système de protection sociale a institué la Conférence nationale de santé, réunissant l'ensemble des professionnels de santé.

- **Mission de la Conférence**
  Histoire et méthodes de la Conférence. **lire ci-contre**
- **Les dix priorités de la Conférence**
  Ce que la Conférence a déterminé. **lire page 3**
- **Rapport du HCSP à la CNS**
  Présentation du rapport réalisé par le HCSP sur l'état de santé de la population et remis à la Conférence et au Parlement. **lire page 4**
- **Des choix prioritaires de santé publique**
  Comment les priorités du rapport du HCSP ont été reprises par la CNS et le Parlement. **lire page 6**

Mission de la Conférence nationale de santé

« Mettre au cœur de la réforme de la protection sociale une grande politique de santé », tel était l'objectif annoncé par Hervé Gaymard lors de l'ouverture de la Conférence nationale de santé (CNS).

Créée par un décret du 16 août 1996, conformément aux ordonnances portant sur la réforme du système de protection sociale, la Conférence nationale de santé réunira tous les ans des représentants de professionnels, institutions et établissements de santé et des représentants des conférences régionales de santé. La mission qui lui est confiée est de présenter dans un rapport qu'elle remet au gouvernement son analyse des données relatives à la situation sanitaire de la population et à l'évolution de ses besoins de santé. La Conférence nationale propose des priorités pour une politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

La première Conférence nationale de santé s'est déroulée les 2, 3 et 4 septembre 1996. Elle regroupe soixante-douze personnalités : dix-huit représentants des professions de santé exerçant à titre libéral, dix-huit représentants de l'hospitalisation publique et privée, un représentant de chacune des vingt-six conférences régionales de santé et dix personnalités qualifiées désignées par le gouvernement.

Les membres ont été nommés par un arrêté daté du 27 avril 1996, ils ont donc disposé de fort peu de temps pour préparer cette première conférence. Le Pr Joël Ménard, président du conseil scientifique de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) a été désigné par le gouvernement pour présider les travaux de cette première conférence.

Pendant trois jours, les membres de la conférence nationale de santé se sont penchés sur la situation sanitaire du pays, ont analysé les besoins de la population et ont tenté de dégager les grandes priorités.

Pour ce faire, la CNS a disposé du rapport du HCSP (voir plus loin) et de la synthèse des travaux des conférences régionales de santé. **suite page 4**

Les dix priorités de la conférence

Donner les moyens à la promotion de la santé et à son évaluation

Cette priorité suppose l'augmentation et le redéploiement des fonds de prévention des organismes d'assurance maladie, l'augmentation des taxes sur l'alcool et le tabac, une partie de ces taxes devant être attribuée aux actions de promotion de la santé, ainsi qu'un durcissement de la réglementation concernant l'alcool et le tabac. Cette priorité impose aussi le développement des formations à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé.
La conférence propose donc d'une part que le pourcentage des dépenses dédiées aux actions d'éducation et de prévention, par les organismes payeurs, obligatoires et facultatifs, soit fixé annuellement et connu du Parlement. Et d'autre part qu'une méthodologie d'évaluation externe soit prévue dans le budget de chaque action programmée.

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

Il est nécessaire d'analyser les mécanismes de ces inégalités, en s'appuyant sur les travaux des conférences régionales qui déterminent chacune leurs priorités de santé.

Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux assurer la continuité de la maternité à l'adolescence

Il faut pour cela développer une prise en charge continue entre les différentes classes d'âge. La mise en commun des outils et du savoir-faire, notamment par des formations pluridisciplinaires et inter-partenariales, permettra un décloisonnement des systèmes, du sanitaire au social et de l'institutionnel à l'ambulatoire. La CNS recommande par ailleurs le repérage des différents facteurs de risque de maladies ou de comportements dangereux tout au long du développement de l'enfant.

Prévenir les suicides

Pour cela il est nécessaire de coordonner les actions régionales et de renforcer la recherche clinique et épidémiologique. La CNS propose de développer une approche coordonnée sociologique et médicale, et d'améliorer le dépistage des sujets à risque de comportement suicidaire.

Renforcer les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter les dépendances chez l'adolescent

L'état de santé de l'adulte dépend autant de son mode de vie que de ses comportements antérieurs. La CNS préconise donc de mettre l'accent sur la prévention et de rendre plus complémentaires les savoir-faire existants (santé scolaire, réseaux associatifs, professionnels de santé en ambulatoire) ; on pourrait par ailleurs reconnaître, dans les activités des professionnels de santé libéraux, un temps de santé publique ou médico-social.

Garantir pour tous l'accès à des soins de qualité

Pour atteindre cet objectif la CNS souhaite la mise en place de la couverture maladie universelle, l'extension du tiers payant et l'exonération du ticket modérateur extra-hospitalier, sous condition de ressources. Elle recommande enfin le développement des dispositifs réglementaires adaptés destinés à faciliter le retour dans le système commun (dispositifs précarité, places d'hébergement médicalisé…).

Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix.

Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des handicaps, qui entraîne un coût croissant qu'il s'agit de gérer avec la meilleure efficience possible. Cette priorité passe par une meilleure couverture des biens médicaux de compensation ou des déficiences, la mise en place de l'allocation autonomie, la coordination des réseaux professionnels de proximité pour faciliter le maintien à domicile, et le développement de la formation que ce soit pour les professionnels ou les bénévoles.

Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail)

La Conférence souhaite que des enquêtes sur les morts accidentelles survenues au domicile ou au cours des loisirs soient réalisées.

Décloisonner le système de lutte contre le cancer

Il n'y a pas eu de diminution de la mortalité par cancer au cours des dernières années. Devant ce constat la CNS propose de coordonner les actions de dépistage et le suivi des soins, et d'améliorer les performances grâce à des actions d'évaluation.

Réduire l'incidence des accidents iatrogènes évitables, médicamenteux et non médicamenteux

Ce problème de santé est sous-estimé dans ses conséquences humaines et financières. La CNS préconise une formation accrue des médecins et la mise au point de système d'aide à la prescription.
La prévention des affections iatrogènes passe également par une meilleure utilisation du dossier médical et une bonne connaissance du suivi des patients. Les patients eux aussi doivent être éduqués, en particulier dans le cadre des maladies chroniques. Enfin pour la CNS, l'implication du pharmacien est souhaitable.

La conférence a également procédé aux auditions des représentants des caisses d'assurance maladie, de la Mutualité française et de la Fédération des sociétés d'assurance.

Par ailleurs, les membres de la Conférence se sont réunis dans quatre ateliers et ont travaillé autour des thèmes suivants :

- réduction des risques sanitaires évitables,
- amélioration de la qualité de vie des handicapés et des malades,
- réduction des inégalités de santé
- réduction de la mortalité prématurée évitable.

La Conférence a fondé sa réflexion sur trois principes : la prise en compte de l'efficience (recherche d'une qualité optimale pour un coût minimal) et le respect de la dignité humaine, l'absolu nécessité d'introduire la solidarité après l'analyse des besoins.

Elle a ensuite sélectionné les critères généraux utiles aux choix de priorités de santé publique ou d'orientations pour la prise en charge des soins (les chiffres et leur utilisation, les tendances, le rapport coût sur efficacité, la faisabilité, le calendrier d'application et l'acceptabilité). Sur ce dernier point le rapport relève qu'« en dépit de l'intervalle de temps court donné à la première Conférence nationale de santé, il est surprenant d'observer comment une plateforme d'orientations acceptables pour tous a pu être définie. Les professionnels du système de soins ont accepté, pendant deux jours et demi, dans la conjoncture actuelle, de faire passer au second plan leurs soucis catégoriels, pour chercher en toute indépendance des voies de progrès ».

La Conférence a enfin identifié cinq modalités d'action, pour la mise en œuvre des priorités de santé publique ou orientations pour la prise en charge des soins discutées en 1996 :

- l'information, qui doit être plus spécifique, ciblée et attrayante ;
- la formation, rénovée, est nécessaire aux interventions sanitaires comme aux interventions sociales ;
- la coordination et la simplification des actions des divers intervenants en matière de santé ;
- l'évaluation : toute action nouvelle doit induire une évaluation simple adaptée et immédiate ;
- la responsabilisation est un objectif en toute modalité d'action.

À partir des principes, des critères de choix et des méthodes générales d'intervention sélectionnés, la Conférence a déterminé dix priorités d'égale importance (cf. page pécédente).

Patricia Siwek

La CNS **mode d'emploi**

La réflexion de la Conférence nationale de santé s'appuie d'une part sur le rapport que prépare le Haut Comité de la santé publique à son intention, rapport centré sur une analyse de l'état de santé de la population et des priorités, et d'autre part sur les conclusions des conférences régionales de santé dont on lui remet une synthèse.
La Conférence nationale de santé élabore alors son propre rapport qu'elle remet au gouvernement. Enfin les deux rapports, celui du Haut Comité de la santé publique et celui de la Conférence sont transmis au Parlement avant le vote de la loi qui déterminera l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Rapport du Haut Comité à la Conférence

Le rapport du HCSP* a été réalisé dans des délais particulièrement brefs, à la suite de la parution, au mois d'avril 1996, des ordonnances portant sur la réforme du système de protection sociale. Il comprend trois parties dont la rédaction a été confiée à des groupes de travail spécifiques constitués de membres du Haut Comité et d'experts extérieurs. Essentiellement descriptif, ce premier rapport visait à fournir aux membres de la Conférence nationale, ainsi qu'aux parlementaires, un ensemble d'informations sur la santé de la population, sur l'offre de soins et l'utilisation des ressources, ainsi que sur l'état de la démarche d'établissement de priorités nationales et régionales de santé dans notre pays.

État de santé, tendances récentes

Cette première partie, qui représente en volume près de la moitié du rapport, reprend les principaux indicateurs analysés dans l'ouvrage du HCSP *La Santé en France*, publié en 1994, en les actualisant chaque fois que cela était possible. En ce qui concerne les indicateurs de mortalité, qui fournissent une part importante de l'information disponible, les tendances « récentes » ont été systématiquement estimées par la variation, en pourcentage, de la mortalité en 1993-1994 par rapport à celle de 1991-1992.

Bien entendu, les principales caractéristiques de la structure de la mortalité de

* Le rapport du Haut Comité de santé publique à la Conférence nationale de santé fait partie du rapport 96 du Haut Comité, publié à la Documentation Française (cf. p. 31).

la population française n'ont pas évolué sur une aussi courte période. Rappelons l'importance de la mortalité « prématurée » en France par rapport à tous les pays industrialisés et, plus précisément, dans la tranche d'âge allant de 5 à 54 ans. Elle concerne plus nettement l'homme que la femme, en particulier pour les causes de décès considérées classiquement comme « évitables » car liées aux habitudes de vie. Cependant, les tendances récentes sont plus favorables au sexe masculin (25-64 ans) pour le cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (–3 % et –9 % vs +10 % et +4 %) compte tenu du tabagisme accéléré du sexe féminin. La mortalité, associée à l'alcoolisme, par accident de la circulation et par accident de la vie courante continue à décroître pour les deux sexes alors que la mortalité par suicide a augmenté récemment de 6 % chez l'homme et de 2 % chez la femme.

Parmi les autres cancers, la mortalité par cancer colo-rectal demeure stable pour les deux sexes ainsi que la mortalité par cancer du sein (50-59 ans), la mortalité par mélanome continue d'augmenter (+8 % dans la période récente).

La mortalité cardio-vasculaire totale poursuit sa décroissance (–3 % pour chaque sexe) ; la baisse relative récente est plus forte pour les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales (–7 %) dans la tranche d'âge 0-64 ans.

Au cours des dernières années, la baisse de la mortalité périnatale et de la mortalité infantile s'est accélérée. Par contre, l'enquête nationale de 1995 montre que les taux de prématurité (5,9 %) et d'hypotrophie (6,2 %) ne baissent pas depuis les années quatre-vingt, au contraire. Des évolutions contradictoires dans les conditions de la grossesse sont en cause : augmentation de la surveillance périnatale et du niveau de formation des femmes d'une part, élévation de l'âge des femmes, du tabagisme et du nombre de grossesses multiples d'autre part.

Les études de simulation montrent que la prévalence du sida devrait atteindre une phase stationnaire alors que les coûts totaux hospitaliers de l'infection par le VIH croissent, depuis 1992, d'environ 10 % par an (3,9 milliards de francs en 1995).

En ce qui concerne la fréquence des déficiences et handicaps dans la population, les données de l'étude décennale de santé (1992) ont été reprises. Il en est de même des écarts de mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle et selon les régions, écarts qui témoignent des importantes disparités dans l'état de santé des Français.

Offre de soins et utilisation des ressources

Cette partie représente près d'un tiers du rapport. D'une part elle apporte de manière synthétique un ensemble d'informations sur les dépenses de santé et la ventilation de l'offre de soins dans notre pays, d'autre part elle présente les résultats les plus récents obtenus en matière de projection de la démographie médicale et de la réduction des inégalités régionales en matière d'offre de soins.

Retenons quelques chiffres concernant les dépenses de santé en 1995.

Le rythme de croissance en volume augmente, cette année, de 1,8 % alors que la richesse nationale s'accroît de 2,2 %. Par contre, il augmente en valeur de 4,6 % alors que le PIB ne s'accroît que de 3,9 %. La France est au second rang (après les États-Unis d'Amérique) pour les dépenses de santé en pourcentage du PIB (9,9 %) mais le taux de croissance des dépenses de santé, rapporté à celui du PIB durant les 10 dernières années, n'est, en France, qu'au huitième rang (1,5 %) parmi les vingt pays membres de l'OCDE. Enfin, il convient de remarquer l'évolution, depuis 1980, de la structure du financement de l'ensemble des dépenses de santé : la prise en charge de la sécurité sociale passe de 74,3 % à 71,6 %, celle de l'État et des collectivités locales de 5,9 à 3,6 %, alors qu'augmente la part des mutuelles (+2,1 %), des assurances privées et des ménages (+2,9 %).

Les caractéristiques de l'offre de soins sont décrites à partir des données les plus récentes (1994-1996) selon la nature de l'activité des professionnels de santé et des personnels paramédicaux et du type d'activité des établissements (public, privé lucratif…). Les disparités régionales sont particulièrement mises en évidence, en particulier pour la disponibilité de l'offre d'équipements et de services médico-sociaux (personnes âgées, handicapés, populations défavorisées).

Établissement de priorités nationales et régionales de santé

Le but du système de santé est « d'assurer à chaque individu d'être dans le meilleur état de santé possible ». Une telle affirmation n'a de sens que si on tient compte de l'ensemble des contraintes auxquelles le système est soumis, par exemple celles du niveau total de ressources pouvant être consacrées à la santé.

Une politique de santé suppose donc que des priorités soient définies et que, pour chacune d'elle, des objectifs soient fixés.

L'état de la démarche en France d'établissement de priorités en matière de santé est décrit et discuté : la planification des établissements sanitaires et sociaux (création des Sros), la programmation des actions de santé (RCB, programme sida…), l'identification de problèmes prioritaires (rapport du HCSP, conférences régionales sur l'état de santé, projets régionaux de santé). Après une courte analyse de l'absence actuelle de jonction entre l'attribution des moyens et les priorités de santé à laquelle devraient remédier les réformes en cours, l'importance d'un large débat public sur les priorités dans la prise en charge des soins et la répartition des ressources disponibles est mise en évidence. Les principes éthiques qui doivent guider la définition des priorités doivent, en particulier, faire l'objet de réflexions rigoureuses, comme des travaux récents menés dans différents pays nous l'indiquent. ■

Pierre Ducimetière
Vice-président du Haut Comité de la santé publique

HCSP, CNS, Parlement

Des choix prioritaires de santé publique

Conformément à l'ordonnance du 24 avril 1996 qui a confirmé son rôle, le Haut Comité dresse chaque année un bilan de l'état de santé des Français, analyse l'offre de santé dans les domaines de l'éducation et de la prévention, du soin et de la réhabilitation. Son rapport annuel est transmis à la Conférence nationale de santé ainsi qu'au Parlement.

La Conférence nationale de santé propose au gouvernement des priorités de santé publique qu'il pourra retenir pour l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale proposée annuellement au vote des parlementaires.

La rapidité d'élaboration de la réforme ainsi que la volonté des pouvoirs publics de rendre son application immédiate faisait douter de l'efficacité de cette procédure pour l'élaboration en 1996 de la première loi de financement de la sécurité sociale.

La lecture du rapport du Haut Comité ainsi que les premières propositions de la Conférence nationale montrent que les craintes étaient non fondées. Et s'il était besoin de le démontrer, trois arguments peuvent être avancés.

Le premier argument est relatif à la tenue des délais. Sollicité en juin, le Haut Comité a produit un rapport dont chacun reconnaît la pertinence de l'analyse et la force des propositions. Créée par un décret du 16 août 1996, la Conférence nationale a siégé début septembre et produit ses propositions au Parlement bien avant l'ouverture de la discussion sur la loi de financement. Ainsi malgré des délais que certains ont jugés précipités, chacun des acteurs mis en scène par cette réforme structurelle a tenu à jouer son rôle dans sa partition et dans les délais que les ordonnances lui imposaient.

Le second argument tient à la détermination des priorités de santé publique. Dans son rapport, le Haut Comité rappelle qu'une politique de santé publique doit définir des objectifs dont la réalisation permet la réduction des inégalités tant sociales que géographiques de l'état de santé des Français. Le Haut Comité rappelle également que l'analyse de l'offre au sein de notre système doit s'effectuer en substituant à la notion d'offre de soins, la notion d'offre de santé. De même, l'évaluation de notre système doit promouvoir l'efficacité (les ressources doivent servir les besoins les plus importants) et l'efficience (les moyens doivent être utilisés de façon optimale).

En proposant de faire porter les efforts sur la réduction des décès et des pathologies évitables en agissant sur les déterminants les plus pertinents que sont l'alcool et le tabac, la Conférence nationale de santé a replacé le débat sur la politique de santé dans le champ de l'efficacité. En appelant au décloisonnement du système de prise en charge de certaines pathologies, ainsi qu'à la coordination des actions et des soins en faveur de certaines populations à risque (les jeunes, les personnes âgées…), la Conférence nationale plaide également pour la mise en place d'une gestion médico-économique de l'offre de santé.

Ainsi, le Haut Comité et la Conférence nationale de santé ont répondu à l'esprit des ordonnances qui leur demandaient de déterminer les priorités de santé publique et les orientations pour la prise en charge des soins. Cela a été fait en dehors de « toute pression médiatique » liée « aux pathologies à la mode », en hiérarchisant les priorités à la lumière des données épidémiologiques sur les taux de mortalité et de morbidité français.

Le troisième argument repose sur l'écoute attentive des parlementaires. Les débats parlementaires, tenus certes dans une actualité marquée par une certaine forme « d'insécurité sanitaire » (problème des encéphalopathies spongiformes, de l'amiante…) ont démontré l'intérêt porté par les élus aux choix prioritaires de santé publique de la nation. Que la raison en soit l'actualité ou la perception de la nécessité de maîtriser les dépenses de santé, l'implication des députés et des sénateurs dans le vote de cette première loi est le garant de la réussite du nouveau dispositif français d'affectation des ressources nationales aux priorités de santé des Français. Aujourd'hui, il reste à observer l'existence de l'adéquation entre les travaux et les votes des parlementaires durant les mois à venir et les recommandations émises tant par le Haut Comité de santé publique que par la Conférence nationale de santé. Les discussions consécutives à l'évaluation annoncée de la loi dite Evin sur la lutte contre la promotion de la consommation de tabac et d'alcool en seront un excellent indicateur.

Jean-François Dodet
Médecin inspecteur de santé publique, membre du Haut Comité de la santé publique

Exposition à l'amiante et santé

Résultats d'une expertise collective de l'Inserm

Quels sont les effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante ? Pour répondre à cette question, les conclusions du Groupe d'expertise de l'Inserm, constitué à cette fin, sont présentées ici.

Le rapport de synthèse du groupe d'expertise de l'Inserm est composé de trois parties : la première est un rappel de certains faits essentiels concernant les expositions à l'amiante, la seconde concerne les risques pour la santé associés aux expositions à l'amiante, la dernière rappelle l'essentiel des informations à considérer pour la gestion des risques liés aux expositions à l'amiante et formule des recommandations sur les études et recherches à développer dans la perspective de la maîtrise de ces risques.

Caractéristiques de l'amiante

Après avoir rappelé les principales propriétés physico-chimiques de l'amiante, les données essentielles sur la production de l'amiante et sur ses principales utilisations (dans le secteur de la construction et dans les autres secteurs d'activité), le

Le rapport

Le rapport du groupe d'expertise comporte deux parties : un *Rapport de synthèse* d'une soixantaine de pages qui résume l'ensemble de ses analyses, conclusions et recommandations et un ensemble de treize chapitres (quelques centaines de pages) qui fournissent de façon très détaillée tous les éléments (discussion, références bibliographiques, tableaux, figures) sur lesquels se fonde le *Rapport de synthèse*. Le *Rapport de synthèse* est disponible sous sa forme définitive et la deuxième partie du rapport est disponible sous la forme d'un document de travail susceptible de recevoir des modifications de forme avant d'être diffusé largement sous sa forme définitive dans les prochains mois.
Afin de limiter l'étendue, déjà très importante, des questions qu'il devait aborder, sur le fond, dans des délais limités, le groupe d'expertise n'a pas abordé la question des risques pour la santé liés à l'exposition aux matériaux de substitution des fibres d'amiante ni celle des possibilités techniques de remplacement de l'amiante par d'autres matériaux.
Enfin, le groupe d'expertise a considéré que son rôle était d'apporter des éléments de connaissance scientifique validés concernant les risques pour la santé liés aux expositions à l'amiante, mais que la gestion de ces risques (pertinence des valeurs limite d'exposition, opportunité du bannissement de toute utilisation nouvelle de l'amiante et/ou du désamiantage systématique des bâtiments, nécessité de modifier les procédures d'indemnisation des pathologies induites par les expositions à l'amiante) n'était pas de son ressort. Sur tous ces points, le groupe d'expertise a cherché à donner un avis scientifique concernant les données relatives aux risques pour la santé sur lesquelles peuvent s'appuyer le débat social et les décisions des instances compétentes.

rapport aborde le problème de la métrologie des expositions. Celle-ci est essentielle à la fois du point de vue de la quantification des risques associés aux expositions à l'amiante et de celui de la maîtrise des expositions (et donc des risques).

Les principales circonstances d'exposition à l'amiante ont été regroupées en cinq catégories :

- expositions professionnelles (production et première transformation de l'amiante, utilisation de l'amiante ou intervention sur des matériaux contenant de l'amiante, …),
- expositions para-professionnelles et domestiques (liées au contact, essentiellement domestique, avec des personnes exposées professionnellement),
- expositions environnementales d'origine naturelle (dans des régions où le sol contient des fibres d'amiante),
- pollution de voisinage liée à une source industrielle (mine d'amiante, usine de transformation…),
- pollution émise par l'amiante mis en place dans des bâtiments et installations diverses (exposition dite « passive »).

Les données générales de cadrage des niveaux d'exposition rencontrés dans ces diverses circonstances montrent que dans l'industrie de la production et de la transformation de l'amiante on a pu observer dans le passé des niveaux aussi élevés que 10 à 100 fibres par millilitre d'air (f/ml), voire plus ; les valeurs mesurées à l'occasion de travaux d'intervention sur des matériaux contenant de l'amiante (typiques de certains métiers du secteur du bâtiment, par exemple) se situent souvent aux alentours de 0,1 f/ml, mais pouvant aller jusqu'à 10 f/ml, voir dépasser ce niveau. Dans l'environnement urbain, les niveaux sont beaucoup plus faibles, habituellement inférieurs à 1 fibre par litre. Dans les bâtiments amiantés, les niveaux de fibres sont le plus souvent du même ordre de grandeur, mais peuvent être plus élevés : il n'est pas exceptionnel d'observer des niveaux supérieurs à 5 fibres par litre d'air (soit 0,005 f/ml), voire à 25 fibres par litre (soit 0,025 f/ml).

À cet égard, le rapport souligne que les valeurs citées ne sont que des ordres de grandeur permettant de caractériser des situations typiques, car on ne dispose pas, à l'heure actuelle, de données publiées qui permettent de connaître, même de façon approximative, ni le niveau cumulé d'exposition à l'amiante des personnes qui peuvent être placées dans chacune des situations énumérées ci-dessus, ni la répartition actuelle de la population française dans ces catégories d'exposition (par exemple, on ne sait pas quelle est l'exposition cumulée moyenne pendant la carrière professionnelle des ouvriers d'entretien des bâtiments ou combien d'écoliers fréquentent et pendant combien d'heures par an et combien d'années des locaux scolaires floqués à l'amiante).

Les risques pour la santé

La seconde partie du rapport rappelle tout d'abord quels sont les principaux effets établis des expositions à l'amiante sur la santé humaine : asbestose et atteintes pleurales bénignes, cancer bronchopulmonaire, mésothéliome. L'asbestose est une maladie dont les formes les plus graves sont devenues rares dans les pays industrialisés du fait de la diminution des niveaux d'exposition dans ces pays. Seules sont donc envisagées dans le rapport de synthèse les questions liées au risque de cancer bronchopulmonaire et au mésothéliome.

Après une revue des données expérimentales *in vitro* et *in vivo* et des difficultés méthodologiques liées à la connaissance rétrospective des caractéristiques qualitatives et quantitatives des expositions à l'amiante dans les diverses populations étudiées, les données épidémiologiques sur la valeur des risques de cancer bronchopulmonaire et de mésothéliome associés aux expositions à l'amiante dans les populations humaines sont présentées.

Le mésothéliome est exceptionnel en l'absence d'exposition à l'amiante (environ 1 cas/million/an dans les populations non exposées), et on ne connaît aucun autre facteur de risque associé à cette pathologie. L'étude du mésothéliome est donc un bon reflet de l'ensemble des effets de l'amiante, notamment vis-à-vis du cancer du poumon.

L'essentiel des résultats peut être résumé par les faits suivants :

- la majorité des cas de mésothéliome de la plèvre survenus jusqu'à aujourd'hui dans les pays industrialisés sont d'origine professionnelle (et para-professionnelle). Du fait du très long temps qui s'écoule entre l'exposition et la maladie, les cas observés aujourd'hui sont à rapporter à des expositions anciennes (30 à 40 ans avant la survenue de la maladie). Les professions touchées aujourd'hui sont celles qui impliquent des interventions sur des matériaux contenant de l'amiante (plus du quart des cas actuels concernent des professions du bâtiment).

On assiste, depuis les années cinquante et soixante, à une véritable « pandémie » de mésothéliomes, dont l'incidence croît à raison de 5 à 10 % par an selon les pays. En France, le nombre de mésothéliomes augmente actuellement de 25 % tous les trois ans, et continuera d'augmenter dans la période à venir. On a estimé à environ 1 950, le nombre de décès occasionnés par l'amiante en France en 1996 (750 mésothéliomes, 1 200 cancers du poumon).

Les risques associés à des expositions professionnelles et para-professionnelles ou environnementales (d'origine géologique et certainement d'origine industrielle) sont avérés de façon incontestable ; par contre, on ne dispose actuellement d'aucune donnée épidémiologique « directe » sur les effets des expositions « passives » dans les bâtiments, sans que cela signifie qu'un tel risque n'existe pas.

Certains points dont les retombées pratiques en termes de prévention et de réparation sont importantes ont fait l'objet d'une analyse spécifique.

Imputation causale d'un cas de cancer pulmonaire à une exposition professionnelle à l'amiante : le groupe d'experts a conclu, à partir de l'analyse des données disponibles, que l'existence préalable d'une fibrose pulmonaire cliniquement établie n'était pas un critère nécessaire pour attribuer un cancer pulmonaire à l'amiante, et qu'un tel cancer peut se dé-

velopper en l'absence d'une fibrose préalable. Concernant le rôle du tabac, le groupe d'experts a rappelé que la proportion de cas de cancers pulmonaires attribuable à l'amiante est identique dans une population de fumeurs et de non-fumeurs : il en résulte que la connaissance du statut tabagique d'une personne exposée à l'amiante et présentant un cancer du poumon n'apporte aucune information concernant la vraisemblance du rôle de l'amiante dans l'étiologie du cancer.

Effet cancérogène des fibres d'amiante de type « chrysotile » et « amphiboles » : le groupe d'experts considère que l'effet cancérogène des fibres d'amiante d'appellation commerciale chrysotile est du même ordre de grandeur que celui des fibres de type amphibole vis-à-vis du cancer du poumon ; concernant le risque de mésothéliome, l'effet des fibres de chrysotile est incontestable, bien qu'il soit moins important que celui de certaines amphiboles. Plus que l'origine géologique des fibres, ce sont leurs caractéristiques morphologiques qui semblent déterminantes, les fibres longues et fines étant plus cancérogènes.

L'estimation des risques de cancer bronchopulmonaire et de mésothéliome associés aux « faibles » niveaux d'exposition (inférieurs à 1 f/ml) à l'amiante a fait l'objet d'un développement particulier :

- choix des méthodes d'estimation indirecte des risques aux « faibles » niveaux d'exposition (extrapolation aux « faibles » expositions des modèles rendant compte des risques observés aux expositions « élevées »),
- calcul des estimations de risques aux niveaux de référence actuels de la réglementation française (pour des expositions professionnelles et pour des expositions extra-professionnelles).

Il convient de souligner que la méthode choisie, qui repose sur une extrapolation « linéaire sans seuil » des risques observés à des niveaux d'exposition élevés vers des niveaux d'exposition faibles, est une estimation incertaine, car reposant sur des hypothèses (linéarité du risque en fonction du niveau d'exposition, absence de seuil) que les données disponibles ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer de façon incontestable. Néanmoins, le groupe d'experts a considéré que ces hypothèses étaient, dans l'état actuel des connaissances, les plus plausibles. À partir de ce modèle, diverses simulations de risque ont été faites, pour des populations « théoriques », qui seraient exposées à différents niveaux pendant une certaine période de leur vie. On peut en résumer les principaux résultats de la façon suivante.

Le groupe d'experts considère que dans l'état actuel des connaissances, l'estimation incertaine la plus plausible des risques supplémentaires de cancer « vie entière » liés à une exposition « continue » à l'amiante dans diverses situations de référence est la suivante :

- dans le cas d'une exposition professionnelle continue (1 920 h par an), de l'âge de 20 ans à l'âge de 65 ans, à 0,1 f/ml d'une population masculine : 130 décès supplémentaires pour 10 000 personnes exposées ;
- dans le cas d'une exposition passive, continue, pendant la vie professionnelle (1 920 h par an), de l'âge de 20 ans à l'âge de 65 ans, d'une population composée pour moitié d'hommes et de femmes, à 0,025 f/ml : 16 décès supplémentaires pour 10 000 personnes exposées ;
- dans le cas d'une exposition passive, continue (900 h par an), pendant la vie

Objectifs et méthodes

La direction des Relations du travail (ministère chargé du Travail) et la direction générale de la Santé (ministère chargé des Affaires sociales) ont demandé à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), d'établir un rapport sur les « Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante ».

En réponse à cette demande, l'Inserm a constitué un « groupe d'expertise scientifique collective » au cours de l'été 1995. Ce groupe comportait onze membres, spécialistes des différents domaines impliqués par le sujet de l'expertise (recherche expérimentale, recherche clinique, recherche épidémiologique, métrologie des expositions, médecine du travail). Il s'est réuni mensuellement à huit reprises d'août 1995 à mars 1996, puis aux cours de deux journées de synthèse en mars et mai 1996.

Le rapport établi par le groupe d'expertise de l'Inserm a été remis à la direction des Relations du travail et à la direction générale de la Santé le 21 juin 1996.

La méthode de travail adoptée par le groupe d'expertise est celle de l'expertise scientifique collective de l'Inserm. Celle-ci est fondée sur l'analyse exhaustive de la littérature scientifique mondiale pertinente. La question générale posée est découpée en thèmes et sous-thèmes qui font chacun l'objet d'une analyse par un ou plusieurs membres du groupe. L'analyse critique de la littérature, la synthèse et la formulation de recommandations sont effectuées sous le contrôle permanent du groupe de travail complet : son président et ses rapporteurs sont chargés de proposer une synthèse à l'agrément du groupe, ainsi que les propositions et recommandations finales.

scolaire de l'âge de 5 ans à l'âge de 20 ans, d'une population scolaire composée pour moitié de sujets de sexe masculin et de sujets de sexe féminin, à 0,025 f/ml : 13 décès supplémentaires pour 10 000 personnes exposées ;

- dans le cas d'une population passive, continue, scolaire puis professionnelle de l'âge de 5 à 65 ans, à 0,025 f/ml : 19 décès supplémentaires pour 10 000 personnes exposées.

Ces estimations correspondent à des valeurs moyennes établies à partir de cohortes présentant des conditions d'exposition variées. Ces valeurs moyennes sont donc susceptibles d'assez larges variations et ne peuvent être considérées comme des valeurs absolues. Il convient évidemment en outre de ne pas perdre de vue qu'elles correspondent à des expositions ininterrompues aux doses indiquées, et qu'il convient donc de réduire les chiffres fournis proportionnellement à la réalité des durées et doses d'exposition effectives. Il est rappelé qu'on s'attend à trouver dans une population française « moyenne » de 10 000 personnes, en dehors de toutes exposition à l'amiante, environ 520 décès par cancer du poumon et de 0,5 à 1 décès par mésothéliome, s'il s'agit de 10 000 hommes et environ 70 décès par cancer du poumon et de 0,6 à 1,1 décès par mésothéliome, s'il s'agit de 10 000 femmes.

Une distinction essentielle doit être faite entre les deux composantes de l'estimation des risques pour la population française :

- la connaissance des risques supplémentaires de survenue d'un cancer bronchopulmonaire ou d'un mésothéliome qu'on pourrait imputer à une exposition hypothétique à l'amiante de caractéristiques bien spécifiées (âge en début et en fin d'exposition, nombre d'heures par an, niveau d'exposition) ;
- la connaissance de la distribution des expositions dans la population (combien de personnes sont concernées ? exposées à quels niveaux ? pendant combien d'heures par semaine et de semaines par an ? de quel âge à quel âge ?).

La connaissance de ces deux types d'informations est nécessaire à tout calcul d'un risque global dans la population française : il faut en effet combiner des informations sur les nombres de personnes présentant telle ou telle exposition et des informations sur les risques qu'elles encourent du fait de ces expositions pour disposer d'une information globale sur le risque au niveau de la population française.

Dans ce contexte, et en l'absence de données globales sur la connaissance de la distribution des expositions dans notre pays, le rapport propose une estimation des risques potentiels associés à telle ou telle situation d'exposition hypothétique. Pour que l'importance de ces risques puisse être appréciée, il est nécessaire que soient déterminés les nombres de personnes effectivement concernées par les différentes circonstances d'exposition à l'amiante envisageables, en France (combien de personnes sont concernées ? exposées à quels niveaux ? pendant combien d'heures par semaine et de semaines par an ? de quel âge à quel âge ?).

Conclusions et recommandations

Dans la dernière partie du rapport, des recommandations sont formulées sur les études et recherches à développer en matière de maîtrise des risques liés aux expositions à l'amiante :

- connaissance de la contamination des « lieux »,
- connaissance des expositions des « personnes »,
- surveillance de l'évolution de l'incidence et des facteurs de risque de mésothéliome en France,
- surveillance des effets respiratoires non cancéreux plus précoces dans les populations exposées professionnellement,
- développement de recherches plus « fondamentales » sur les mécanismes et les risques, sur les fibres de substitution, sur les aspects politiques, économiques et sociaux de la maîtrise des risques.

De façon plus générale, l'intérêt qu'il y aurait à développer une politique concertée sur les recherches à conduire en matière de maîtrise des risques pour la santé liés à l'environnement en général et à l'environnement de travail en particulier est souligné en dernière conclusion du rapport.

Marcel Goldberg
Rapporteur, Inserm Unité 88, HNSM, Saint-Maurice
Denis Hémon
Rapporteur, Inserm, Unité 170, Villejuif

Organisme

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

Sigle
Fnors

Date de création
4 janvier 1989

Statut
Association loi 1901

Financement
Cotisation de ses 26 membres (les 26 observatoires régionaux de la santé)

Conseil d'administration
Président
Alain Trugeon
Vice-président
Dr Anne Tallec
Trésorier
Dr André Ochoa
Secrétaire général
Alain Tréhony
Autres membres
Pr Yvonne Glanddier
Benoît Leclercq
Dr Gilbert Potier

Effectif
Un permanent
Danièle Fontaine,
déléguée générale

Coordonnées
Fnors
62, boulevard Garibaldi
75015 Paris
Téléphone :
01 45 66 63 11
Télécopie :
01 45 67 20 56
E-mail :
fnors@imaginet.fr

Les missions
Depuis leur création, au début des années quatre-vingt pour la plupart, les observatoires régionaux de la santé ont noué entre eux des liens étroits, en échangeant des idées ou des conseils, en organisant des colloques et en réalisant des travaux en commun.
De là est née leur volonté de créer un véritable réseau et de le matérialiser par une fédération. La Fnors a pour mission de faciliter et d'amplifier les échanges entre ORS, mais aussi de les représenter collectivement sur le plan national ou international et de mieux faire connaître leurs travaux.
Fin 1995, la Fnors a franchi une nouvelle étape en se dotant d'un délégué permanent et en s'installant à Paris dans des locaux qui lui sont propres, véritable lieu de rencontre pour les ORS et leurs partenaires.

Le réseau des ORS
Le réseau formé par les ORS permet non seulement de mobiliser rapidement des compétences diverses ou de réaliser des travaux de façon semblable dans plusieurs régions, mais aussi d'associer la richesse des points de vue locaux et la force des analyses nationales.

La coordination inter-ORS
La Fnors offre au réseau des ORS un appui logistique indispensable à la coordination des travaux menés en commun : organisation de réunions à Paris ou de réunions téléphoniques, gestion financière des contrats, représentation auprès des organismes nationaux…
Parmi les thèmes qui ont fait ou font l'objet de travaux inter-ORS, on peut citer, outre les tableaux de bord régionaux : l'évaluation de l'accès aux soins des bénéficiaires du RMI, le bilan de la situation en matière de suicide, l'évaluation de l'application de la loi Evin par secteur d'activité, la surveillance de la contamination par le VIH, l'évaluation de programmes de vaccination ROR.

Des moyens de communication
La Fnors dispose d'un annuaire, présentant les équipes des ORS et la composition du bureau de leur conseil d'administration.
Elle publie également un panorama des travaux réalisés par tous les ORS, avec un classement des travaux par thèmes.
À périodicité régulière, un congrès est organisé rassemblant les ORS et différents partenaires du domaine sanitaire et social, ainsi que des chercheurs, des administratifs, des décideurs d'autres secteurs.

Les tableaux de bord sur la santé
L'élaboration des tableaux de bord régionaux illustre parfaitement la dynamique du réseau des ORS et de leur fédération. Ces documents ont été élaborés d'une façon identique dans toutes les régions sur la base d'une maquette commune conçue dans le cadre de la Fnors.
Ces tableaux de bord se présentent sous forme de classeurs regroupant 33 fiches thématiques de 4 pages, regroupées en 9 grands chapitres : constat d'ensemble, offre de soins, mère et enfant, personnes âgées, personnes handicapées, pauvreté-précarité, pathologies, facteurs de risque, santé-environnement. Ces fiches proposent des analyses d'un très grand nombre d'indicateurs, présentés sous forme de tableaux ou de graphiques commentés.
La présentation en classeur permet des actualisations régulières et l'enrichissement par de nouvelles fiches comme c'est d'ores et déjà le cas en 1997.
Cette formule tableau de bord a également fait l'objet de documents, réalisés selon les mêmes principes, à l'échelon départemental, voire communal.

« La santé observée en France »
La Fnors a coordonné un travail de synthèse de tous les tableaux de bord régionaux, *La santé observée en France*, publié fin 1996. Ce document propose, selon les mêmes thèmes que les tableaux de bord, des comparaisons entre les régions, basées sur l'analyse détaillée de nombreux indicateurs et mettant en évidence les forces et les faiblesses régionales.

La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire

La démographie médicale est devenue une préoccupation majeure en RFA depuis la loi de 1992 sur la réforme des structures de santé. Celle-ci s'inscrit dans un contexte de rationalisation de l'offre de soins permettant une maîtrise des coûts. Toutefois la démarche adoptée n'a pas consisté à modifier les cursus des études médicales en vue d'adapter *ex ante*, pourrait-on dire, l'offre de soins aux besoins de santé de la population. La mise en œuvre de ces réformes aurait été difficile dans un pays à structure fédérale où l'éducation relève de la compétence des lands. L'effort a porté sur un contrôle plus strict de la couverture sanitaire du territoire. La procédure de planification des besoins vise à imposer une norme quantitative en la matière, chaque unité territoriale, définie en fonction d'un certain nombre de critères, se voyant allouer un ratio de praticiens par nombre d'habitants.

Le budget social allemand est d'un peu plus de 1 000 milliards de DM. Les dépenses de l'assurance maladie, pour 1995 sont estimées à 214 milliards de DM (dont 7,5 milliards pour les hôpitaux). Les dépenses de santé proprement dites (l'assurance maladie finançant également des dépenses qui ne relèvent pas strictement du domaine de la santé) représentent depuis trois ans environ 11 % du budget social. Pour l'année 1996, la maladie enregistre un déficit de 7,5 milliards de DM, les hôpitaux restent avec la pharmacie un des postes de dépenses le plus important.

Stabilisation des installations nouvelles

Le nombre de médecins exerçant en RFA en 1995 était de 335 348. Si l'on soustrait à ce total les médecins qui n'exercent pas en tant que praticiens (*ohne ärtzliche Tätigkeit*), le nombre s'établit à 273 880. Le taux de progression par rapport à 1994 a été de 2,6 %. Il est en nette diminution par rapport au taux de progression moyen enregistré depuis 1980 qui a été de 3,3 %.

Sur les 273 348 médecins exerçant effectivement, 111 000 exercent au sein d'un cabinet (*Praxis Einrichtung*). Les médecins conventionnés (*Kassen Praxis*) sont au nombre de 108 900.

On compte 132 700 médecins hospitaliers, soit 48,3 % du total. Le nombre des médecins pratiquant dans le cadre d'un cabinet s'est accru nettement moins vite que celui des médecins hospitaliers (1,4 % pour les premiers en 1995 contre 2,8 % pour les seconds).

Si l'on considère la répartition par spécialités, la progression la plus forte a été enregistrée en 1995 parmi les psychiatres (9,6 %) et les neurologues (9,1 %). Viennent ensuite les dermatologues (3,2 %) et les urologues (3,0 %).

La répartition par tranches d'âge fait apparaître un vieillissement de l'ensemble du corps médical. Le groupe des 40-60 ans représente 51,1 % de l'ensemble des médecins contre seulement 50,4 en 1994. Cette augmentation résulte de l'accroissement du poids des 50-60 ans (+4,4 %).

Ces tendances devraient se confirmer dans les années à venir compte tenu de la décroissance du nombre des installations nettes, c'est-à-dire ne constituant pas le remplacement d'un départ à la retraite.

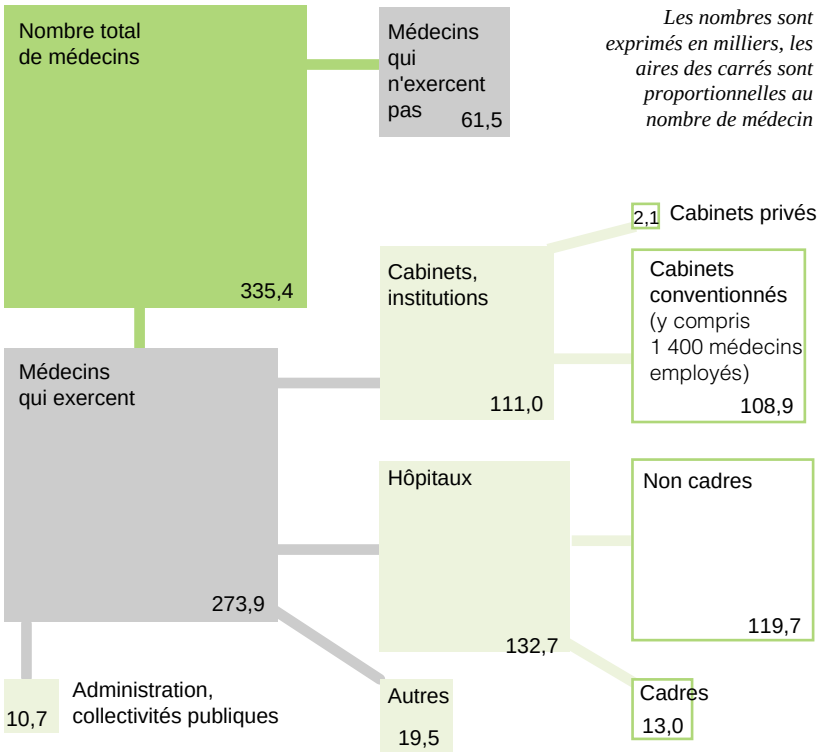
On note par ailleurs une certaine désaffection pour les études de médecine. Il y a dix ans, on comptait dix candidats pour une place, actuellement ils ne sont

que deux. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles certains préconisent de remplacer le test très sélectif que les étudiants doivent passer actuellement par un entretien approfondi. D'après les dernières statistiques, le nombre d'étudiants en médecine s'élève à 85 601 ; ils obtiennent le titre de médecin au bout de six années et peuvent alors commencer une spécialisation.

La densité de la couverture médicale rapportée à l'ensemble de la population était en 1995 de un médecin pratiquant pour 298 habitants. La République fédérale comptant actuellement 81 539 000 habitants, cela représente un ratio de 336 praticiens pour 100 000 habitants.

Une conclusion se dégage de l'ensemble de ces statistiques : le volume global de l'offre de soins de ville ne devrait pas s'accroître dans une proportion notable au cours des prochaines années. Cela est dû en grande partie à la structure de la pyramide des âges et à un nouveau dispositif introduit en 1992 : la planification de l'offre de soins (*Bedarfsplanung*). En effet, dans l'immédiat le nombre des départs à la retraite devrait se stabiliser avant de s'accélérer à compter de l'an 2000 compte tenu de la forte proportion des médecins appartenant à la tranche des 40-59 ans. Or, le dispositif de contrôle de la couverture sanitaire mis en place en 1992 ne permet pratiquement plus de nouvelles installations. Toute installation doit compenser un départ que celui-ci soit dû à un départ en retraite (à 68 ans au plus tard) ou à la faillite pure et simple du cabinet, cas qui n'est pas rare en RFA.

Répartition des médecins en Allemagne selon le lieu d'exercice



La planification de la couverture sanitaire : un dispositif mêlant des critères quantitatifs et qualitatifs

Les méthodes et les objectifs de la planification de la couverture sanitaire sont fixées par la loi relative au renforcement et à l'assainissement des structures de l'assurance maladie (loi sur les structures du système de santé) du 21 décembre 1992.

Le législateur est parti du constat que la concurrence entre les praticiens, qui prévalait avant le vote de la loi, avait des effets inflationnistes, chaque praticien cherchant à préserver sa clientèle par un certain laxisme dans ses pratiques prescriptives. Par ailleurs, depuis 1987, le volume de l'offre de soins n'a cessé de croître alors que jusqu'à cette date on avait plutôt observé un déficit chronique.

Les dispositions relatives à cette planification se trouvent à l'article 1 de la loi modifiant le livre 5 du Code de la Sécurité sociale.

À compter de la date de promulgation de la loi, les autorisations d'installation ne seront accordées aux praticiens que dans la limite de certains seuils. Des normes sont fixées par type de territoire pour les médecins généralistes et les spécialistes. Il convient toutefois d'observer que ces normes ont été établies de manière toute pragmatique puisqu'elles ne font qu'entériner le rapport entre le nombre d'habitants et le nombre de médecins par type de territoire donné au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Pour reprendre la terminologie allemande, le *Ist est un Soll* (ce qui est ce qui doit être).

Un comité fédéral composé de représentants des fédérations de caisses d'assurance maladie et d'organisations professionnelles de médecins est chargé de la mise en œuvre de la loi.

Les différents types de territoire sont classés selon une nomenclature qui reprend partiellement le découpage des circonscriptions territoriales allemandes (il existe ainsi des villes de plein exercice ou des villes arrondissement de land) mais en l'assortissant d'un certain nombre de caractéristiques qui permettent une pondération (voir *infra*).

Il appartient à un comité local d'habilitation (*Zulasssungsausschuss*) également composé de représentants des caisses d'assurance maladie locales et des organisations professionnelles de médecins d'autoriser tel ou tel praticien à s'installer. C'est l'application du principe cher aux Allemands de la *Selbstverwaltung* (autonomie d'administration). Cet organe doit veiller à ce que la norme prescrite soit respectée. Il peut dans certains cas dépasser la norme s'il est prouvé qu'un tel dépassement correspond à un besoin réel en matière de santé publique. Le comité peut également encourager la création de centres médicaux regroupant différents types de praticiens (*Zusammenschlüsse*).

L'efficience économique de la pratique médicale fait l'objet d'examens périodiques selon le même principe de la territorialisation. Ceux-ci portent sur les prestations fournies qui sont mesurées en fonction de barèmes représentant des valeurs moyennes par prestation et exprimées en points dont la valeur est négociée au niveau du land. Ainsi on établit une moyenne des coûts pour telle ou telle pathologie sur le territoire considéré qui sert au calcul d'un budget global sur la base duquel sont effectués les remboursements (art. 85 et suivants du livre 5 du Code de la Sécurité sociale).

Si le montant des prescriptions du praticien s'écarte de cette norme, il subit une pénalisation financière (*Regress*). Des contrôles aléatoires (*Stichprobe*) sont également menés sur les 2 % des praticiens d'un territoire donné à raison d'une fois par trimestre. Ces contrôles sont facilités par le fait que le patient ne règle pas directement, d'une manière générale, le praticien. Celui-ci reçoit directement de la caisse d'assurance maladie le remboursement de la prestation selon le principe du tiers payant (*Sachleistung*).

À la recherche d'une adéquation entre population et offre de soins

Les modalités de la programmation proprement dite sont fixées par les directives émanant de la commission fédérale des médecins et des caisses d'assurance maladie en date du 9 mars 1993.

Le territoire de la République fédérale est divisé en types de territoire correspondant aux catégories suivantes :

- Type 1 : ville centrale (*Kernstadt*), villes sans arrondissements de plus de 100 000 habitants.
- Type 2 : arrondissements ayant une forte densité de population dans la proximité immédiate des villes centrales. On y trouve une densité de population de plus de 300 habitants au km^2 ou bien il s'agit de villes sans arrondissements de moins de 100 000 habitants.
- Type 3 : arrondissements denses (*Verdichtete Kreise*) possédant une densité de population comprise entre 150 et 300 habitants au km^2.
- Type 4 : arrondissements ayant une densité de population inférieure à 150 habitants au km^2.

On distingue en outre des unités territoriales plus étendues « en voie de se densifier » (*Verdichtungsansätze*). Il s'agit essentiellement de régions rurales dont la ville noyau (*Verdichtungskern*) présente une densité de population moins grande que les villes situées dans des zones de forte urbanisation. Le centre de ces régions est habité par une population comprise entre 100 000 et 300 000 personnes. Il a en outre une densité de population supérieure à 150 habitants au km^2.

Ces régions se répartissent de la manière suivante :

- Type 5 : ville-centre. Ce sont les villes situées au centre de ces régions et qui ont plus de 100 000 habitants.
- Type 6 : arrondissements de densité moyennement forte. Situés à proximité des villes centres, ils ont une densité de population de plus de 150 habitants au km^2.
- Type 7 : les arrondissements ruraux sont les arrondissements ou les villes sans arrondissements qui présentent en moyenne une densité de population inférieure à 150 habitants au km^2.

Viennent ensuite les régions à caractère exclusivement rural qui couvrent les types 8 et 9 et les régions particulières (type 10). Il s'agit dans ce cas d'arrondissements ayant une population extrêmement dense mais ne disposant pas d'environnement rural. Une seule région correspond à ce type : il s'agit de la Ruhr.

Différents critères, fournis par les autorités de l'aménagement du territoire (*Raumordnung*) ont été utilisés afin de diviser le territoire de la République fédérale en unités d'analyse cohérentes : la centralité effective, tant géographique que fonctionnelle de la zone urbaine importante, la densité de la population, la démographie des populations du territoire considéré notamment.

Sans entrer dans les détails de la procédure conduisant au constat d'un excédent ou d'un déficit dans la couverture du territoire considéré lors d'une enquête triennale, on indiquera que l'excédent ou le déficit est constitué dès que le nombre constaté dépasse ou est inférieur de 10 % à la norme.

Cependant un certain nombre de correctifs peuvent être apportés à cette norme.

Ainsi en cas de dépassement de 10 % du quota des spécialistes de médecine interne on doit appliquer au quota des médecins généralistes un coefficient égal à 0,8 afin d'obtenir le nombre de généralistes qui sera comparé à la norme.

Par ailleurs, pour l'évaluation de la couverture du territoire dans les différentes spécialités, il n'est pas tenu compte des praticiens qui exercent leur activité à titre principal ou subsidiaire dans le domaine de la psychiatrie.

Les praticiens qui ont obtenu l'autorisation de s'installer afin d'exercer leur activité professionnelle dans deux spécialités doivent être pris en compte dans l'évaluation respective des deux spécialités en question par l'application d'un coefficient de 0,5 à chacune d'elles.

Il est évident que dès qu'un dépassement a été constaté un gel des autorisations d'installation est prononcé par la commission compétente du land.

Une procédure d'urgence engagée lorsqu'il est dûment établi qu'il existe un déficit dans ou telle spécialité.

Les critères qualitatifs permettant de déterminer s'il existe une couverture satisfaisante des besoins tant dans le domaine de la médecine générale que de la médecine de spécialité sont les suivants :

le nombre des médecins de famille (*Hausärzte*) qui assurent un suivi dans le temps du devenir du patient devrait représenter 60 % de celui des médecins de spécialité (*Fachärzte*). Parmi ces médecins de famille, il devrait également y avoir une répartition équilibrée, tenant compte des caractéristiques du territoire considéré, entre les médecins de médecine générale et ceux qui peuvent se prévaloir d'un diplôme de spécialité. Ce cumul est une spécificité allemande, le *Hausarzt* pouvant être un *Facharzt* ayant une spécialisation en médecine générale.

Commentaires

La planification de la couverture sanitaire est donc un des instruments centraux dont s'est doté le système de santé allemand afin de maîtriser la progression des dépenses de l'assurance maladie.

Il est actuellement trop tôt pour tirer un bilan de sa mise en œuvre. Elle a cependant d'ores et déjà permis un contrôle très strict des installations. Toutefois la méthode allemande ne s'inscrit pas, du moins à ce stade, dans une perspective dynamique. Elle a surtout abouti à geler une situation antérieure.

La loi de 1992 prévoit cependant qu'une révision du dispositif pourra être entreprise à partir du 1er janvier 1999, l'objectif n'étant plus seulement le contrôle de l'offre en termes quantitatifs, qui sera cependant renforcé puisque les dépassements de norme pourront être résorbés de manière autoritaire, ce qui n'est pas le cas dans le cadre du dispositif légal actuel, mais également sa rationalisation en termes qualitatifs.

L'ouverture de cabinets regroupant des généralistes et des spécialistes pourrait être encouragée afin de permettre un meilleur suivi du malade, lui-même source d'économies.

Les normes devront sans doute être revues afin de permettre de lutter contre certains dérapages du système actuel, comme par exemple le recours excessif aux spécialistes.

D'une façon plus générale, une réflexion globale est en train de s'engager concernant non seulement les pratiques médicales elles-mêmes mais l'organisation et les finalités de la formation des médecins.

Il est reproché à la médecine hospitalière de générer des coûts trop importants. La densité des équipements hospitaliers est particulièrement forte en RFA et probablement surdimensionnée. Partant de ce constat, certains souhaitent que la séparation étanche existant actuellement entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers soit abolie. Ils préconisent la création d'un statut unique qui permettrait à chacune de ces catégories de dispenser des soins aussi bien ambulatoires que stationnaires. Par ailleurs les médecins de ville devraient pouvoir utiliser les plateaux techniques des hôpitaux.

En tout cas, la tendance est à la formation de médecins plus polyvalents et plus orientés vers la pratique que par le passé. Une réforme des facultés de médecine est actuellement étudiée par l'instance fédérative des ministres de la santé des lands. Il s'agit d'inclure la faculté dans un ensemble regroupant les équipements hospitaliers et sanitaires d'un secteur afin de préparer les étudiants à une carrière où ils pourront être amenés à exercer dans des contextes différents. Cette mobilité est considérée comme la condition préalable à la rationalisation de l'offre de soins car elle permettra d'éviter que des disparités ne se créent entre les catégories de praticiens et le sous-emploi de certains équipements.

Jean Wolas
Conseiller pour les Affaires sociales, Ambassade de France en République fédérale d'Allemagne

À paraître en mars 1997

État de santé et priorités de santé publique

Synthèse des conférences régionales

Les conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique sont nées en décembre 1994 de la volonté politique de décliner au niveau régional la politique nationale de santé publique. La synthèse présentée ici reprend d'une part l'ensemble des priorités qui ont été sélectionnées, et d'autre part les remarques qui ont été émises par les membres des jurys.

Organisées sur le modèle des conférences de consensus, les conférences régionales ont eu lieu dans 23 régions entre septembre 1995 et octobre 1996. Les trois dernières conférences sont en cours de préparation. Cette synthèse intervient alors que l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a institutionnalisé les conférences régionales. Les ordonnances viennent en effet conforter cette démarche et lui apporter la légitimité qui lui faisait défaut dans un cadre expérimental.

Les priorités régionales

Dans toutes les régions, les priorités sélectionnées sont présentées comme préoccupantes par leurs caractères de gravité, de fréquence, d'impact socio-économique, de perception sociale et de faisabilité.

Parmi les priorités sélectionnées au niveau national par le Haut Comité de la santé publique, le tableau de synthèse montre qu'un problème de santé ressort très nettement au niveau régional : il s'agit de « suicide et dépression », comme une priorité dans 16 régions. Viennent ensuite, par ordre décroissant, les accidents de la voie publique (sélectionnés dans 12 régions), le handicap et la dépendance (12 régions), les cancers (11 régions), la toxicomanie (9 régions), les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle (8 régions), la périnatalité (6 régions), les maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH/sida (5 régions), les mauvais traitements à enfants (3 régions), les accidents du travail (2 régions) et les accidents domestiques (2 régions).

Concernant les déterminants des problèmes de santé, la consommation d'alcool est le déterminant qui est le plus souvent ressenti comme prioritaire dans l'ensemble des régions (19 régions). Le deuxième déterminant est « pauvreté et précarité des conditions de vie » (15 régions) ; puis viennent l'usage du tabac (9 régions) et les difficultés d'accès aux soins et à la prévention (6 régions).

Quelques régions ont sélectionné des priorités qui ne leur étaient pas proposées au niveau national : il s'agit du diabète (Matinique, Guadeloupe) ; des maladies génétiques (Guadeloupe, Bretagne) ; de l'hygiène bucco-dentaire (Guadeloupe, Haute-Normandie) ; de l'insuffisance rénale chronique, des hépatites, de la tuberculose et des comportements et habitudes socioculturelles spécifiques (Guadeloupe) ; des habitudes alimentaires (Alsace, Bretagne) ; des abus de consommation de médicaments et plus particulièrement de tranquillisants (Alsace, Aquitaine, Lorraine) ; du problème de l'air et de l'eau et des risques directs des pesticides et des nitrates sur la santé humaine (Bretagne) ; de pathologies liées à une mauvaise hygiène de vie (obésité, cirrhoses) et de problèmes liés à l'environnement (Haute-Normandie). Ces priorités résultent du souhait de quelques jurys de mettre en évidence des spécificités régionales, générées par la structure de la population, les conditions de vie et de production propres à la région, et parfois sa géographie et son histoire.

Principales remarques émises par les jurys

De nombreux jurys n'ont pas souhaité utiliser le terme de « conclusion », mais lui ont préféré celui de « recommandation » qui doivent permettre de rendre plus explicites les choix en matière de santé publique dans les régions et d'élaborer une politique pour les années à venir.

Les membres du jury de plusieurs régions ont insisté sur la nécessité d'améliorer le système d'information et les outils de connaissance, de renforcer la coordination entre le médical et le social, de développer la culture de santé publique dans la population et auprès des décideurs, des administratifs. Ces mesures ont pour objet d'améliorer la coopération de l'ensemble des acteurs et la mise en cohérence de leurs initiatives, de développer les synergies entre les institutions et les professionnels de santé, de coordonner les interventions grâce à la mise en place de réseaux d'actions reposant sur les dispositifs existants ou à venir. Ce que le jury de la région Centre a résumé dans ses conclusions en faisant des propositions transversales sous la forme de trois points : informer, former et coordonner.

Plusieurs jurys ont émis des remarques, des réflexions :

- pour la région Aquitaine, le jury a

	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Midi-Pyrénées	Nord-Pas de Calais	Provence - Alpes - CA	Pays de la Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Réunion	Rhône-Alpes	
Problèmes de santé (HCSP)																											
Suicide et dépression	●	●	●	❍	●	❍	●	●		●			●		●		❍		●			●		●		●	16
Accidents de la voie publique	●	●				●	●	●	●		●			●	●				●			●		●			12
Handicaps et dépendance		●	●		●		●		●	●	●		●	●		●			●					●			12
Cancers	❍		●			●		❍		●			●	●		●		●		●			●				11
Toxicomanie	●	●						●					●	●	●		●	●		●							9
Maladies cardio-vasculaires / HTA	●		●					●			●						●	●		●			❍				8
Périnatalité			❍		❍			●			●				●			●									6
MST et infection à VIH/sida											●			●	●			●							❍		5
Mauvais traitements à enfants				●											●								●				3
Accidents du travail	●					●																					2
Accidents domestiques	●					●																					2
Maladies mentales chroniques																											0
Mal de dos																											0
Infections nosocomiales																											0
Douleur																											0
Affections iatrogènes																											0
Déterminants HCSP																											
Consommation d'alcool	●	●	●	●		●		●	●	●			●	●	●	●	●	●		●		❍		●	❍	●	19
Pauvreté / Précarité conditions vie		●	●		●	●	●		●	●	●		❍	❍	●	●		●		●			●				15
Usage du tabac	●							●	●	●			●		●		●			●				●			9
Difficulté d'accès soins/prévention		●					●						●		●				●					●			6

● Priorité identifiée par la conférence régionale
❍ Projet régional de santé en cours

Autres priorités identifiées

Alsace : nutrition, abus de consommation de médicaments. **Bretagne :** air, eau, alimentation, maladies génétiques. **Guadeloupe :** diabète, maladies génétiques, insuffisance rénale chronique, hygiène bucco-dentaire, hépatites, tuberculose, habitudes socioculturelles. **Haute-Normandie :** pathologies liées à une mauvaise hygiène de vie (hygiène bucco-dentaire, obésité, cirrhoses), problème de l'environnement. **Martinique** : diabète.

souhaité dire que les réflexions ultérieures et les actions qui en découleront devront nécessairement tenir compte d'une part des liens étroits existant entre de nombreux problèmes de santé et déterminants, et d'autre part elles devront refléter une préoccupation environnementale.

• en Île-de-France, l'accent a été mis sur l'importance de revoir les campagnes d'information afin de mieux les adapter aux populations concernées.

• en Guadeloupe, le jury a exprimé des réserves par rapport à la méthodologie utilisée, qui n'utilise pas suffisamment d'indicateurs locaux pour la définition des priorités. Il a dit également son inquiétude quant à la suite qui pourra être réservée à la définition puis à la réalisation des plans d'actions.

• le jury des Pays de la Loire a particulièrement détaillé ses observations. Il a constaté que la réforme est un investissement à long terme et que les ressources dégagées par un redéploiement au sein du seul secteur de la santé devraient être complétées par un effort plus général d'épargne collective. Il a fait référence à la notion anglaise de « Wellfare Pluralism » : le bien-être des personnes est une activité plurielle qui dépend de nombreux acteurs et institutions. Cette locution se retrouve dans le souhait émis par les membres du jury alsacien : « La santé pour tous, mais par tous ». Le jury des Pays de la Loire a souligné le fait que l'administration ne peut pas changer les choses par décret et de manière isolée. Il a souhaité également être associé à l'évaluation de la démarche ainsi impulsée.

En définitive, plusieurs régions ont insisté pour que le choix des priorités n'ait pas pour conséquence la négligence, même momentanée, des problèmes de santé et des déterminants qu'il n'a pas été possible de retenir. La vigilance et les moyens qui leur sont consacrés doivent être maintenus, notamment en renforçant la prévention.

Les conférences régionales

Les conférences sont soigneusement préparées par une consultation préalable des principaux acteurs de santé de chaque département de la région. Les personnes interrogées lors de cette consultation sont un panel de 40 « experts » par département (10 responsables de services de l'État, des collectivités locales, des caisses ou mutuelles ; 10 membres d'institutions et d'établissements ayant des activités dans le champ sanitaire ou social ; 10 professionnels du champ sanitaire et social ; 10 personnes du milieu associatif). Chacun des « experts » est sollicité pour répondre à un questionnaire le plus souvent simple et direct : citer deux priorités de santé et un déterminant choisi parmi la liste des priorités nationales identifiées dans le rapport *La Santé en France*. La possibilité d'ajouter une priorité en dehors de celles contenues dans la liste leur est laissée. De plus, ils doivent justifier les raisons de leurs choix.

Les conférences régionales prennent la forme d'une réunion de type conférence de consensus se déroulant sur une journée. Les participants sont pour la plupart des décideurs (services déconcentrés de l'État, collectivités locales, caisses d'assurance maladie et mutuelles, municipalités), des professionnels sanitaires et sociaux, des représentants d'institutions sanitaires, sociales et médico-sociales ou d'associations thématiques et associations d'usagers, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Comités d'éducation pour la santé, les universités.

Après une présentation aux participants des enjeux et des principaux constats du rapport sur la santé en France du Haut Comité de la santé publique, l'ORS fournit les éléments de la situation de la région par rapport aux indicateurs nationaux. Lors de la conférence, un témoin par département et un témoin par groupe d'acteurs rapportent l'avis du panel qu'ils représentent. À l'issue de la conférence, les membres du jury (au nombre de 6 à 10) doivent sélectionner, parmi les priorités nationales proposées par le HCSP ou les éventuels problèmes de santé et déterminants nouveaux apparus au cours de la conférence, quelques problèmes de santé et déterminants qu'ils jugent prioritaires pour leur région. Ce choix doit tenir compte des résultats de l'enquête préalable, des divers exposés et des débats avec les participants au cours de la journée.

Des conférences aux projets régionaux de santé

À la suite des conférences et pour chacune des priorités qui nécessite une mobilisation spécifique, des projets régionaux de santé seront progressivement élaborés en partenariat, au niveau régional. Cette démarche n'est pas exclusive d'autres formes de mobilisation, ni de l'émergence de projets plus restreints qui rentreraient dans le champ des priorités identifiées.

Patrice Verpillat
Interne de santé publique,
direction générale de la Santé

actualité et dossier en santé publique
17
décembre 1996

Dossier

L'évaluation en santé

Sommaire

■ **IV Évaluation des soins, concept et méthodes**
IV L'évaluation de la pratique médicale
VI Recommandations médicales et professionnelles
■ **IX Les domaines de mise en œuvre**
IX L'évaluation des technologies médicales
XI L'évaluation des pratiques en médecine générale
XIII Évaluation des soins et assurance qualité à l'hôpital
XV L'accréditation des établissements de santé
■ **XVIII Évaluation en santé publique**
XXII Évaluation de la prévention
■ **XXVI L'évaluation économique des actions de santé**
■ **XXXVI Tribune**
■ **XLIV Bibliographie Adresses utiles**

Répondre à la question « qu'est-ce que l'évaluation ? », est *a priori* le préalable à un exposé sur ce thème.
Pourtant, la réponse n'est pas simple et, en tout cas, elle n'est pas univoque.
Le concept d'évaluation dépend en particulier du champ concerné.
En effet, le mot « évaluation » est utilisé dans des domaines et à l'occasion d'interventions de types très différents.
Ainsi, en ce qui concerne le seul domaine de la santé, emploie-t-on ce terme à la fois :

- lorsqu'une union ou un groupe de médecins décide, à l'aide d'une technique d'audit médical, de comparer leur pratique par rapport à des recommandations de pratique clinique visant à améliorer la qualité des soins délivrés au patient ;
- lorsque des infirmières exerçant en ville ou en établissement de soins réalisent ou font réaliser une démarche d'évaluation de la qualité des soins infirmiers ;
- lorsqu'un organisme ou une agence d'évaluation médicale élabore des recommandations de pratique clinique ;
- lorsqu'un établissement de santé met en place une évaluation de la qualité des soins (portant sur les structures, les procédures, les résultats, la satisfaction du patient…) et qu'il utilise une approche centrée sur l'amélioration des pratiques cliniques ou celle de l'assurance qualité ou encore celle de l'amélioration continue de la qualité… ;
- lorsqu'on étudie les conséquences sanitaires à court et à long terme sur les patients et sur la collectivité d'une technique, d'un médicament, d'un appareillage, d'une procédure ou d'une stratégie de soins voire d'un produit de grande diffusion ;
- lorsqu'un organisme chargé d'actions ou de programmes de santé met en place un « tableau de bord » comportant notamment le suivi des moyens et activités ou évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs ;
- lorsqu'une étude médico-économique estime le coût de différentes stratégies de soins ou de santé publique par rapport à leur efficacité ou leur utilité ;
- lorsqu'une commission, un organisme ou une personne remet à la demande de l'État un rapport d'évaluation concernant l'action de l'État, notamment en ce qui concerne l'application et l'impact

de dispositions législatives ou réglementaires.
Et encore, ces quelques exemples ne sont pas exhaustifs de l'utilisation du terme évaluation dans le domaine de la santé…
Au travers des différences dues au champ concerné, existe-t-il un lien qui pourrait permettre de clarifier le concept ?
Quels que soient le domaine, les méthodes et outils utilisés, l'évaluation comporte un stade descriptif (quantitatif, qualitatif), une partie analytique (pourquoi ? comment ?) et une partie interprétative avec des conclusions basées sur l'état des connaissances et prenant également en compte l'opinion des personnes concernées.

Apprécier les faits, les comparer aux attentes

Il convient d'abord de mesurer, de recueillir de l'information correspondant à la situation donnée (indicateurs et critères d'activités, de ressources, de résultats…) pour savoir ce qui s'est passé.
Également, de s'interroger sur ce qui « aurait dû se passer », sur la situation souhaitée ou attendue (objectifs, normes, référentiels…).
L'évaluation elle-même consisterait à apprécier ces deux situations (réelle et souhaitée) en les comparant.
Toutefois, un tel constat n'a de sens que s'il débouche sur des propositions concrètes d'amélioration en vue d'aide à la décision. Par ailleurs, la norme, le référentiel, l'objectif doit pouvoir être remis en cause par des méthodes d'évaluation différentes.
Ces deux nécessités supposent que l'évaluation soit conçue comme une rétroaction utilisant des méthodes et outils variables selon son objet. De ce point de vue, la recherche évaluative ou l'évaluation *a priori* qui ont notamment pour finalité de fixer des objectifs ou de créer un référentiel ne sont pas entièrement dissociables de l'implantation d'une évaluation basée sur l'utilisation d'objectifs ou de référentiels pour la comparer à la situation réelle.
Ainsi, par exemple, en matière de planification et de programmation en santé publique, l'évaluation opérationnelle consiste à étudier la mise en œuvre effective du programme, tandis que s'interroger sur l'opportunité des priorités retenues par le programme correspond à une évaluation « stratégique et politique ».

R. Pineault, C. Daveluy. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Agence d'ARC, 1986, 408 p.

De même, en matière d'évaluation médicale, l'audit, qui compare la pratique clinique à des référentiels utilise des méthodes différentes de l'évaluation visant à l'élaboration de ces référentiels. Mais ces deux types d'évaluation sont toutes les deux dépendantes l'une de l'autre.
Concernant l'évaluation des politiques publiques, elle comporte l'évaluation de l'action de l'État, notamment en ce qui concerne l'application et l'impact de dispositions législatives ou réglementaires mais elle peut aussi traiter des aspects d'opportunité même de cette politique.
Évaluer serait donc apprécier la réalité des faits en les comparant à ce qui était prévu, attendu ou souhaité mais aussi aider à déterminer ce qui est souhaitable et les moyens et activités pour y parvenir.

Décret n° 90-82 du 22 janvier 1990

Ainsi : « évaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés » mais aussi « reconnaître et mesurer ses effets propres » , ce qui suppose de faire la part entre les effets réellement liés à la politique et les effets dus à d'autres facteurs (préalable à une aide à la décision en vue de modifier, arrêter ou poursuivre la politique menée).

Rapport du Plan (Deleau) 1985

Face à tant de domaines différents, le mot évaluation perd de sa signification lorsqu'il est employé seul. Ainsi utilise-t-on plus souvent le terme d'évaluation en l'associant au domaine concerné (évaluation médicale, évaluation technologique, évaluation de programmes ou d'actions de santé publique…).
Mais, quel que soit son domaine, il convient de se poser quelques questions afin de préciser le cadre.
Et tout d'abord :
- quel est l'objet de l'évaluation (quoi ?) : politique publique, programme ou action, pratique médicale ou paramédicale ;
- par qui sera réalisée cette évaluation ? (l'évaluation prévue est-elle une évaluation externe ou une évaluation interne ?).

Quand l'évaluation sera-t-elle faite ? avant (évaluation *a priori*) en cours (évaluation en cours) ou en fin (évaluation *a posteriori*) d'action ou de programme.
Pour qui est réalisée cette évaluation ? (qui utilisera les données) et pourquoi faire ?
Comment l'évaluation sera-t-elle réalisée ? (avec quelles méthodes).
Les méthodes et les outils de l'évaluation font l'objet d'une « quête » des personnes qui désirent commanditer ou mettre en place une évaluation. Elles sont souvent déçues face au manque de recettes simples. Ainsi, il est rare que l'évaluation puisse se contenter d'un instrument unique ; le plus souvent elle est (ou devrait être) pluridisciplinaire et la principale difficulté consiste à relier entre eux des argumentaires de nature différente. De même, l'utilisation d'informations quantitatives présente des limites qui nécessitent souvent d'y associer des données plus qualitatives ; la part quantitatif/qualitatif est souvent liée au domaine évalué mais aussi à la formation des évaluateurs… ou à l'attente du commanditaire et aux questions posées. Mais elle est également liée à la nature de l'information disponible. Ces informations peuvent être obtenues à partir de données préexistantes ou nécessiter des études spécifiques.
Il convient toujours de procéder préalablement à toute étude spécifique au bilan des informations existantes sur le sujet mais aussi sur des sujets connexes ou apparentés. Ces informations doivent être analysées au plan de leur validité (« analyse critique de la littérature… »). Ce n'est que lorsque ces don-

nées sont insuffisantes que l'on réalisera des études spécifiques. C'est ainsi que pourront être notamment réalisées des études (recherche clinique…) ou des enquêtes (par téléphone, par questionnaire postal, par entretien, par visite sur place…). Elles peuvent être transversales (du type « un jour donné » par exemple) ou au contraire comporter le suivi dans le temps d'un « panel » de personnes.

Prouver une relation de cause à effet entre une action, un soin et des résultats sanitaires suppose théoriquement de s'appuyer sur des études expérimentales. Il en est ainsi par exemple en matière d'évaluation technologique lorsque l'on doit répondre sur des questions relatives à l'efficacité, l'utilité ou la sécurité. Théoriquement, cette démarche expérimentale pourrait également être utilisée pour évaluer des programmes ou actions de santé afin de dépasser la mesure des résultats par rapport aux objectifs et de répondre à la question : que se serait-il passé si le programme ou l'action n'avait pas été mis en place ? Dans les faits, une telle évaluation avec « groupe de contrôle » se heurte à de nombreuses difficultés. Il est en particulier difficile de disposer de deux groupes strictement identiques en dehors du programme ou de l'action de santé ; surtout, des problèmes éthiques se posent.

C'est en raison de ces difficultés, que les comparaisons de programmes et d'actions de santé publique portent souvent sur des groupes non équivalents, ce qui théoriquement ne permet pas de répondre à la question sur les effets propres du programme.

L'évaluation doit être tournée vers l'action

Ainsi, l'évaluation ne saurait se résumer ni à l'observation qui décrit les faits ni à dire comment ils devraient être ou ce qu'il faudrait faire ; elle naît de la confrontation entre les deux en prenant en compte les aspects scientifiques et l'opinion des personnes concernées.

Évaluer n'est pas non plus seulement mesurer. L'évaluation utilise la mesure mais la dépasse pour donner un sens à cette mesure afin de déboucher sur une aide à la décision.

Car l'évaluation n'a de sens que si elle est tournée vers l'action et donc si elle est elle-même un préalable à l'action ou, plus souvent, une rétroaction.

Il convient donc avant toute évaluation et à l'occasion de celle-ci, de s'interroger sur l'usage réel qui en sera fait. Il existe en effet de nombreux pièges de l'évaluation. Tout d'abord le simple fait d'évaluer certains aspects ou certains domaines et d'autres pas, introduit un biais dont l'évaluateur et le commanditaire doivent être conscients mais aussi, celui qui tire les conclusions d'une évaluation. C'est ainsi que l'évaluateur devrait dans ce cas apporter des réserves à ce sujet dans sa conclusion.

L'évaluation (comme la constitution de groupes de travail, d'expérimentations…) peut aussi être un prétexte pour retarder des décisions qui s'imposent au seul vu de l'information disponible. Par ailleurs, l'excès de confiance dans l'évaluation peut aboutir à des interprétations abusives donnant à penser que l'on sait tout sur tout… ou qu'il « n'y a qu'à ».

L'évaluation, au contraire, ne dit pas ce qu'il est nécessaire de faire, mais est une aide pour le décideur qui doit rester le décideur. C'est vrai pour le professionnel de santé : l'évaluation lui apporte une aide (recommandation de pratique clinique…), mais *in fine*, c'est lui qui, face à un patient donné, et avec lui, choisit la meilleure stratégie. C'est également vrai pour celui qui mène une action ou un programme, l'évaluateur lui apporte une aide avant, en cours ou en fin de programme.

À ce titre, l'évaluation doit être différenciée du contrôle ; celui-ci est une « opération de vérification qui atteste la conformité d'une situation à une norme préexistante ». Toutefois, cette vérification peut être conçue comme une opération de « police sanitaire ou financière « mais aussi dans une optique d'optimisation (cf. par exemple : démarche de contrôle de la qualité) qui peut se rapprocher dans son objectif de l'évaluation.

➤ C. Hadji. *L'évaluation, règles du jeu.* Paris : ESF éditions, 1993

Poser la question de l'évaluation c'est aussi s'interroger sur la relation entre ceux qui évaluent et ceux qui sont évalués. L'évaluateur n'est pas celui qui sait, il n'est pas non plus celui qui en tire pouvoir, il est au contraire celui qui cherche à comprendre et qui aide. C'est pourquoi l'évaluation utilise souvent une démarche associant les personnes concernées (évaluation participative).

Mais poser la question de l'évaluation, c'est surtout s'interroger sur sa finalité qui doit concerner l'intérêt du patient (et plus généralement de la personne) et de la collectivité. Les intérêts individuels et collectifs peuvent être parfois divergents ; il en est ainsi, par exemple, dans le domaine de l'évaluation médicale (où des thérapeutiques innovantes dans des maladies graves pourraient présenter des risques collectifs, notamment éthiques ou de maladie transmissible ou des problèmes génétiques) et surtout en matière médico-économique lorsque dans un pays, les ressources financières sont rares et que le coût de prise en charge d'une personne devient très élevé et empêche de prendre en charge au plan financier un nombre important de personnes ou entraîne des coûts sociaux préjudiciables à la santé de la collectivité. Le rôle de l'évaluation est alors d'éclairer des choix qui deviennent délicats…

Plus souvent, intérêts individuels et collectifs convergent et le choix concerne celui de la meilleure stratégie de prévention ou de soins dont chacun tire un bénéfice.

Patrick Gardeur

Évaluation des soins
Concept et méthodes

Évaluer les soins c'est apprécier et comparer l'efficacité des stratégies, avec pour objectif l'aide à la décision et l'amélioration de la qualité des soins. Les méthodes utilisées, conférence de consensus, méthode de recommandations pour la pratique clinique sont élaborées en partenariat avec les professionnels.

L'évaluation de la pratique médicale

La France, comme tous les pays développés a pris conscience de la nécessité d'une plus grande transparence des choix et décisions médicales. Le médecin se trouve pris entre deux contraintes : d'un côté, l'obligation d'intégrer dans sa pratique les progrès très rapides de la science et des technologies médicales ; de l'autre, la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé au travers du système de régulation médicale.

La société souhaite légitimement savoir si tout est mis en œuvre pour que les acquis de la science bénéficient aux patients et s'il est fait un bon usage des ressources attribuées.

Cette décision doit être conciliée avec un souci éthique permanent. L'évaluation est précisément le lieu où ces diverses contraintes peuvent se concilier. Elle est un outil d'aide à la décision et s'appuie sur un ensemble de méthodes qui permettent aux professionnels de porter un regard critique sur le bien-fondé, le caractère approprié, utile et bénéfique des soins prodigués aux patients. Évaluer, c'est apprécier et comparer sur des bases objectives l'efficacité des stratégies, c'est mettre en place les procédures qui permettent de vérifier la bonne réalisation d'une stratégie, de détecter et de quantifier les écarts, d'imaginer et de fournir les éléments correctifs.

L'évaluation est un terme générique, qui recouvre plusieurs domaines : les professionnels, l'activité, les pratiques, les techniques, l'organisation sont autant de champs complémentaires d'évaluation mais bien distincts les uns des autres.

Des domaines différents

A. Donabedian a jeté les bases conceptuelles de l'évaluation en médecine et défini ses champs d'application : les structures, les stratégies et les résultats.

Les structures et les organisations sanitaires

Ce domaine concerne toutes les structures d'hospitalisation, les moyens mis en œuvre, les

personnels, les processus de fonctionnement, le système d'information.

Les gestionnaires sont les premiers concernés car les objets de l'évaluation peuvent être aussi bien l'organisation des services d'urgence ou du dossier médical, la sécurité des équipements ou des laboratoires, la gestion du risque ou les mécanismes de lutte contre l'infection nosocomiale. Il s'agit d'une évaluation de type administratif, de vérification de conformité à des normes définies *a priori*. La méthode est celle de l'audit interne ou externe.

Les systèmes d'accréditation des structures hospitalières ou le contrôle de la qualification des médecins, développés dans les pays anglo-saxons relèvent de ce domaine. En France, la création d'un organisme d'évaluation des universités, le renouvellement quinquennal des chefs de service hospitaliers, la loi hospitalière de 1991 qui, pour la première fois, « légitimise » l'évaluation à l'hôpital accompagnent cette démarche. Les ordonnances d'avril 1996 créent une démarche d'accréditation des établissements de soins et renforcent une démarche plus large d'évaluation.

Les stratégies médicales

Les stratégies médicales préventives, diagnostiques, thérapeutiques sont évaluées afin de déterminer celles qui sont utiles ou non pour le malade. Les médecins cliniciens sont les premiers concernés mais interviennent également les épidémiologistes, chercheurs, ingénieurs biomédicaux, économistes, spécialistes en sciences sociales, juristes… D'après la définition de l'Office on Technology Assessment (États-Unis), dans son sens le plus large, cette démarche prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût-avantage. Elle comporte chaque fois que possible l'analyse de ses implications économiques, sociales et éthiques, et met à jour les points à approfondir en termes de recherche.

La synthèse de l'information médicale, en aval de la recherche clinique, devrait intervenir à différents niveaux dans le développement d'une technologie médicale : au moment de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament, de l'homologation d'un matériel médical, de la décision de prise en charge par les organismes de financement puis, au niveau du clinicien, au moment d'élaborer des recommandations de pratiques et références médicales.

Une convention médicale a été conclue en 1993 entre les organismes de sécurité sociale et des syndicats de médecine libérale (confédération des syndicats médicaux français et syndicats des médecins libéraux). Cette convention place d'une part les références médicales, « critères scientifiques reconnus permettant notamment de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles, d'autre part, des fréquences d'utilisation par malade de certains soins et prescriptions », dans un mécanisme de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

L'évaluation des résultats

Élaborer de bonnes stratégies médicales mises en œuvre dans les meilleures structures possibles n'est pas suffisant. Il faut s'assurer que la réalité est conforme à ce qu'elle devrait être et/ou combinée aux références préétablies.

Pour l'évaluation des pratiques professionnelles, la technique de l'audit clinique consiste à analyser les écarts entre la pratique observée et la pratique souhaitée. Cette analyse permet

L'**Andem** (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) a été créée le 7 février 1990.

Association à but non lucratif, l'Andem est dotée d'un Conseil d'administration et d'un Conseil scientifique.

Missions : l'Andem initie et promeut la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et stratégies médicales. L'agence élabore, en partenariat avec les sociétés scientifiques et des groupes professionnels, des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et participe à l'organisation de conférences de consensus. Elle s'est engagée en 1994 dans le programme de recommandations et références médicales.

L'Andem développe, tant dans les établissements de soins qu'en médecine libérale, des démarches d'évaluation de la qualité des soins, qui font appel aux méthodes validées et adaptées aux concepts dans lesquels elles sont mises en œuvre.

À compter de 1997 les missions de l'Andem sont reprises dans le cadre de la création de l'Anaes (cf. p. XVI).

d'identifier des solutions pour diminuer ces écarts afin d'améliorer la qualité des soins. Cette technique d'audit, le plus souvent réalisée par les professionnels eux-mêmes, a été développée à l'hôpital et en milieu ambulatoire, en milieu médical et infirmier. L'évaluation des résultats, c'est également le développement d'indicateurs de résultats. Ces indicateurs évaluent non pas la réponse d'une structure de soins à des normes, mais son efficacité sur le résultat des soins.

Les processus d'accréditation tendent à développer cette évaluation plus intéressante que l'évaluation des structures elles-mêmes. L'évaluation des soins est la prise en compte de la satisfaction des malades. À plus long terme, c'est une approche globale institutionnelle et professionnelle qui doit être développée avec l'objectif de rechercher le meilleur niveau de qualité des soins. C'est ce que l'on cherche à développer à travers les termes anglais « Total Quality Management » ou « Total Quality Improvement », traduits en français par « Gestion de la Qualité Totale ».

En France, l'enjeu semble avoir été compris, comme en témoignent la création de l'Andem, à la suite de la publication du rapport Armogathe, puis la réorganisation complète du système de santé publique français (création d'une Agence française du sang et d'une Agence du médicament, en particulier) et la création de l'Anaes prévue pour 1997.

L'évaluation en médecine n'est pas nouvelle. Elle est une démarche complexe, qui nécessite temps, travail et compréhension.

Rendre crédible des études, par la clarté des objectifs, la rigueur de la méthode, l'utilité des résultats, nécessite temps, compétences et expérience pour les promoteurs. L'argument des détracteurs de l'évaluation, demandant « tout, et tout de suite », n'est pas pertinent.

Par ailleurs, il faut du temps pour passer du stade de l'évaluation à une décision : adaptation de l'organisation, remboursement ou non d'une technique, mise en œuvre des moyens permettant de faire évoluer les pratiques professionnelles. En effet, l'évaluation conduit à faire évoluer les comportements et les attitudes (institutionnelles et/ou individuelles). Ce problème est plus complexe, car c'est un domaine où la culture et l'organisation « sociale » ou « socioprofessionnelle » vont intervenir de manière dominante.

Yves Matillon

Recommandations médicales et professionnelles

L'élaboration des recommandations médicales et professionnelles constituent une des stratégies permettant d'utiliser de manière plus appropriée les ressources financières disponibles, tout en garantissant une qualité de soins la meilleure possible. Quelle que soit la méthodologie suivie pour leur élaboration, ces recommandations ont toutes pour objectif d'être des outils d'aide à la décision médicale et d'améliorer la qualité des soins.

Institute of Medicine. Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington : National Academy Press, Field MJ, Lohr KN. Eds 1990, 160 p.

Ces recommandations sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

En France, l'Andem a développé, avec les professionnels de santé, deux méthodes :

- la méthode conférence de consensus (CC) ;
- la méthode recommandations pour la pratique clinique (RPC).

Ces deux méthodes font appel à l'analyse de la littérature et à l'avis d'experts et de professionnels selon des modalités spécifiques et avec des indications différentes.

Les conférences de consensus

Cette méthode consiste en la rédaction de recommandations par un jury au terme d'une présentation publique de rapports d'experts délimitant l'état des connaissances. Le déroulement tient à la fois de la conférence scientifique, au cours de laquelle des experts présentent et argumentent leurs travaux, du débat démocratique où experts et public présent expriment leur point de vue et du modèle judiciaire avec l'intervention d'un jury multidisciplinaire et multiprofessionnel qui établit les recommandations à huis clos, en distinguant ce qui relève de la preuve scientifique, de la simple présomption ou de la pratique usuelle.

Andem Guide pratique pour la réalisation d'une conférence de consensus. Paris : Andem, 1996.

La méthode conférence de consensus permet un débat professionnel public et aboutit à une prise de position par un jury indépendant dont les recommandations ne seront pas rediscutées.

Cette méthode trouve sa place quand :

- le thème à traiter est limité et peut se dé-

Quelques conférences de consensus

Conférences de consensus auxquelles l'Andem a directement participé

• Médicaliser la ménopause • Lithiase vésiculaire : stratégie thérapeutique • Indications de la transplantation hépatique • Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques • Arthroscopie du genou • Les choix thérapeutiques dans le cancer du rectum • Suivi des patients opérés d'un mélanome de stade I • Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir

Conférences de consensus pour lesquelles un label a été demandé et accordé par l'Andem

• La prise en charge de la stérilité : pour qui ? comment ? pour quels résultats ? • Maladies sexuellement transmises chez la femme, la mère, la mineure • Facteurs pronostiques chez les malades en réanimation • L'entorse de cheville au service d'accueil et d'urgence • Le déclenchement de l'accouchement • Les méningites purulentes communautaires

La liste complète est disponible auprès de l'Andem

cliner en quatre à six questions précises pour lesquelles des recommandations peuvent être faites dans le temps limité (24 à 48 heures) dont dispose le jury à l'issue de la séance publique ;

• le thème à traiter donne lieu à une controverse nécessitant un débat public et une prise de position de la communauté professionnelle.

L'Andem est intervenue soit en accompagnant sur le plan méthodologique 18 conférences de consensus, soit en attribuant 17 fois à la demande des promoteurs d'une conférence de consensus, un label méthodologique.

La conférence de consensus a des limites liées aux indications elles-mêmes de cette méthode (thème restreint, nombre limité de questions, …). Pour ces raisons et à la suite de l'important travail réalisé par l'Agence for Health Care Policy and Research (AHCPR), l'Andem a décrit et développé dès 1993, la méthode de recommandations pour la pratique clinique.

Recommandations pour la pratique clinique

Il s'agit d'une méthode combinant l'avis d'experts et une analyse standardisée de la littérature fondée sur la quantification du niveau de preuve scientifique.

Il s'agit d'un travail de synthèse de données multiples et souvent dispersées destiné à traiter un thème souvent vaste et décliné en de nombreuses questions et sous-questions.

➤ Andem. Les recommandations pour la Pratique Clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris : Andem, 1996.

Ce travail permet de définir des stratégies médicales optimales en fonction de l'état des connaissances et de l'art en précisant ce qui est approprié ou non et ce qui doit faire l'objet d'études complémentaires (dans le domaine de la recherche clinique, par exemple).

C'est une méthode bien adaptée lorsqu'il s'agit d'établir des recommandations sur des stratégies médicales lourdes et complexes pour lesquelles la littérature médicale à analyser est abondante et souvent de qualité hétérogène quant au niveau de preuve scientifique fourni.

Utilisation des recommandations

Les modalités de diffusion des textes issus de l'élaboration de recommandations sont un des éléments déterminants de l'impact des recommandations. La diffusion fait appel à des documents écrits (texte des recommandations et documents d'expertise) et à des actions de communication, voire médiatiques.

Les actions médiatiques cherchent à sensibiliser d'autres cibles que les professionnels directement concernés. Il peut s'agir d'un communiqué de presse ou d'une conférence de presse avec dossier de presse reprenant les messages essentiels des recommandations.

Les recommandations seront largement diffusées, *in extenso*, dans la presse profession-

Quelques recommandations pour la pratique clinique

- Asthme : critères de gravité, aspects diagnostiques et thérapeutiques.
- Bon usage des antibiotiques à l'hôpital.
- Chirurgie de la surdité.
- Évaluation et état des connaissances concernant l'incontinence urinaire de l'adulte.
- Indications, contre-indications et conditions d'utilisation des produits sanguins labiles (globules rouges, plaquettes, granulocytes, plasma thérapeutique).
- Médicaments antidépresseurs.
- Pontage aorto-coronaire.
- Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col.
- Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans.
- Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire.
- Suivi de psychotiques.

La liste complète est disponible auprès de l'Andem

nelle et implantées sur des supports multimédia (CD-Rom, minitel, serveur Internet, …).

La simple diffusion de recommandations n'est cependant bien souvent pas suffisante pour espérer avoir un impact sur les pratiques professionnelles et sur la qualité des soins.

Les recommandations ne doivent être alors considérées que comme un outil au service d'actions d'amélioration de la qualité des soins. Les moyens à mettre à disposition sont :

• l'utilisation des recommandations comme référentiels cognitifs et pédagogiques lors d'actions de formation initiale universitaire ou non et lors d'actions de formation continue ;

• les méthodes pédagogiques utilisées doivent alors faire appel non seulement au texte écrit des recommandations mais aussi à des études de cas, à la communication orale et à des supports interactifs ;

• l'utilisation des recommandations comme référentiels au cours d'une démarche d'évaluation de la pratique professionnelle (audits, programme d'assurance qualité). Il y a alors appropriation et utilisation des recommandations, afin de conduire et d'influencer un changement des pratiques professionnelles. L'impact de telles actions d'appropriation de recommandations a bien été démontré dans des conditions cliniques particulières ;

• enfin, ces recommandations peuvent servir de point de départ à l'élaboration de standards de pratique dans l'optique d'une régulation médicalisée des dépenses de santé (recommandations et références médicales) ou d'une reconnaissance externe (accréditation et certification).

L'utilité de telles recommandations est grandement conditionnée par leur crédibilité qui nécessite une méthodologie explicite et rigoureuse dans le cadre d'un partenariat étroit et adapté avec les sociétés savantes et les groupes professionnels concernés par le thème clinique.

A. Durocher, P. Dosquet, L. Pazart, H. Maisonneuve, J. Massol, F. Carpentier, Y. Matillon

• Grol R. Implementing guidelines in general practice care. Qual Health Care 1992 ; I : 184-91.

• Lomas J. Words without action ? The production, dissemination and impact of consensus recommandations. Annu Rev Public Health 1991, 12 : 41-65.

Nicolas F, Raimondeau JY, Blanloeil Y, Le Conte PH, Villers D, Touze MD. Maîtrise médicalisée des dépenses : influence des consensus, audits et leaders d'opinion, sur les pratiques médicales. J Econ Méd 1996, 14 : 145-57.

Qualité de vie liée à la santé

Outil d'évaluation et évaluation de l'outil

« Mesurer » constitue une composante essentielle de la recherche, tant en sciences sociales, qu'en médecine et en biologie. Cependant, les débats relatifs à la mesure et aux *propriétés métrologiques*, sont en général absents de la littérature médicale. La prise de décision médicale repose souvent sur des critères dits *objectifs*, qui n'intègrent pas de *vision qualitative*. Pourtant, aujourd'hui, l'appréciation de la *qualité de vie* permet de quantifier les états de santé et d'éclairer la décision médicale.

La qualité de vie a différentes significations reflétant l'expérience, la connaissance et les valeurs de chaque individu. Elle englobe des champs très vastes, qui sont explorés par des questionnaires portant sur la culture, la philosophie, la vie relationnelle, la vie spirituelle, les finances, la politique, la psychologie.

La notion de qualité de vie est trop générale, pour ne pas susciter des interprétations confuses. La définition d'une « *qualité de vie liée à la santé* » correspond mieux au domaine de l'évaluation médicale et constitue un *indicateur de résultat* pour apprécier les conséquences d'une pathologie, l'effet des procédures de soins médicaux, ou encore l'effet des politiques de prévention.

Cette approche modifie la perception du monde médical à l'égard des exigences de la mesure, et de ses fondements théoriques. Une échelle de mesure de qualité de vie doit être construite en respectant une procédure scientifique pour chacune des étapes. Le choix des items, en relation avec la finalité de la mesure, doit être complété par une étude de fidélité et de validité, qui explore plusieurs axes (validité de contenu, validité de structure…). Avant d'être acceptées et reconnues, les propriétés métrologiques doivent être vérifiées sur des échantillons de sujets soumis au questionnaire. *La validation d'une échelle* de qualité de vie peut ainsi prendre plusieurs années, mais constitue un préalable à toute appropriation par la communauté scientifique.

En France, paradoxalement, la prise en compte de la qualité de vie est très variable, et un grand nombre de questionnaires sont utilisés (SF36, NHP, SIP, EORTC, Flic, …). Pour certains, la validation reste discutable. Il existe par ailleurs dans le monde médical, des réticences à revendiquer pleinement ces outils : lesquels sont disponibles et lesquels choisir, comment utiliser en pratique ces mesures, comment interpréter des données de qualité de vie ?

L'approche quantitative d'un concept qualitatif n'est pas toujours bien comprise, confusion entretenue par les tenants du dogme d'une frontière infranchissable entre le monde des « *qualités* » et celui des « *quantités* », qui pourtant ne sont tous deux que des représentations abstraites d'un même objet. La qualité de vie reste donc un concept encore mal compris et mal utilisé, alors que sa prise en compte dans les décisions médicales et en santé publique offre aujourd'hui des solutions originales et pertinentes.

Pascal Auquier

Les domaines de mise en œuvre

L'évaluation des soins recouvre plusieurs domaines : pratiques, activités et technologies. Elle concerne des professions différentes : médecins, personnels paramédicaux, libéraux, hospitaliers, gestionnaires ou administratifs.

L'évaluation des technologies médicales

Institute of Medecine. Assessing medical technologies. Washington : National Academy Press 1985, 573 p.

L'évaluation des technologies médicales a pour objectif de fournir à différents partenaires institutionnels, directions du ministère des Affaires sociales et caisses nationales d'assurance maladie, une aide à la décision en matière de diffusion et de financement.

Par technologie de santé, on entend les techniques médicales diagnostiques et thérapeutiques, mais aussi les programmes de prévention et de dépistage.

• Andem. Doppler en obstétrique : évaluation clinique et économique. Paris : Andem 1995, 122 p.
• Andem. Usage thérapeutique des cyclotrons en cancérologie : évaluation clinique et économique. Paris : Andem 1995, 103 p.

Une méthode rigoureuse

Avec cet objectif, l'Andem a contribué à la constitution il y a trois ans, du réseau international des agences d'évaluation technologique : International Network of agencies for health technology assessment (Inahta).

La crédibilité de cette démarche repose sur une méthode rigoureuse et explicite, établie et discutée au plan international avec des structures et institutions des principaux pays développés.

Toute étude d'évaluation technologique s'appuie sur la réalisation d'un bilan des connaissances scientifiques et techniques publiées. La synthèse des informations disponibles nécessite en premier lieu l'interrogation systématique de toutes les bases de données pertinentes à partir desquelles les articles sont sélectionnés en fonction de leur caractère approprié. Puis, des grilles systématiques d'analyse permettent de préciser la validité interne et externe des résultats des études qui ont été retenues. L'évaluation consiste à analyser la performance technique, la sécurité et les bénéfices liés à l'utilisation d'une technique et ce de façon comparative aux alternatives existantes : technologies plus anciennes ou médicaments.

Si, au terme de cette approche clinique, un bénéfice pour le patient est démontré, l'analyse économique est alors justifiée. Ce fut le cas lors de l'évaluation de l'utilité du Doppler en obstétrique ou de l'efficacité du traitement des cancers par cyclotrons. Dès lors, il est procédé, au travers d'une analyse de la littérature économique, à une analyse critique des données disponibles. Parallèlement, sont effectuées une analyse actuelle et prospective des tendances du marché et une étude des relations entre les différents acteurs concernés par la diffusion de la technique (industriels, cliniciens et patients). En effet, pour être opérationnelle, la synthèse « sta-

tique » de l'information économique doit être nécessairement mise en perspective : l'évolution de l'offre industrielle, l'étude de son niveau de concurrence permettra d'anticiper sur le niveau de prix des équipements concernés, variable susceptible de remettre à court terme en cause les résultats des études économiques retenues par une revue de la littérature même récente. L'évaluation économique contribue ainsi à éclairer le processus décisionnel en levant les incertitudes économiques sur la supériorité potentielle d'une technique.

Ce bilan est enrichi par la participation systématique d'un groupe d'experts formé de médecins mais aussi de professionnels concernés par ces technologies et qui apportent leur expérience tout au long de la conduite des études. L'objectif est d'intégrer dans une perspective de santé publique les intérêts parfois divergents des acteurs concernés (médecins prescripteurs, patients,…). Des enjeux sociaux, voire culturels, peuvent intervenir et rendre cette participation complexe. Ainsi, le rapport de l'Andem sur le bénéfice de l'implant cochléaire chez le jeune enfant sourd congénital, de par ses conséquences familiales, sociales et psychologiques, a nécessité d'aller au-delà des aspects techniques et cliniques ; c'est pourquoi, outre les médecins et les professionnels concernées par cette technique, la consultation a été élargie aux associations de sourds et de parents.

Si l'avis des experts sollicités est recueilli, seule la responsabilité de l'Andem est engagée dans le texte final.

Ces six dernières années, ce sont vingt-neuf études d'évaluation technologique qui ont été réalisées selon cette méthode.

Contexte de mise en œuvre

L'évaluation des technologies de santé n'a de sens que placée dans deux perspectives :

- l'autorisation de mise sur le marché des innovations,
- les décisions de prise en charge par les organismes de financement.

Pour ce qui concerne l'autorisation de mise sur le marché et dans le cadre de la libre circulation des marchandises, l'ensemble des dispositifs médicaux, comme les médicaments, seront soumis à un « label », le marquage CE, valable dans tous les pays dès que délivré par un organisme notifié. Le principe de délégation de la compétence et celui de reconnaissance mutuelle ont donc été adoptés. Cependant, en raison de règles nationales divergentes, l'harmonisation européenne se limite à requérir une conformité à des « exigences essentielles ». Ainsi, les essais cliniques, lorsqu'ils sont nécessaires pour mieux maîtriser en amont le risque sanitaire, sont encore insuffisamment réalisés et l'Andem peut alors être sollicitée pour fournir un avis complémentaire. L'exemple le plus récent est celui des implants mammaires remplis de gel de silicone. Il s'agit dans ce cas d'établir les conditions de mise en œuvre des évaluations toxicologique et clinique avant mise sur le marché satisfaisantes sur le plan méthodologique.

Mais c'est aussi en matière de prise en charge par les organismes de financement, d'une technologie de santé, que les travaux de l'Andem fournissent des arguments objectifs d'aide à la décision. Le but de l'étude est de situer la place d'une nouvelle technologie par rapport aux autres techniques alternatives existantes ou aux médicaments, à la fois sur le plan clinique et économique, et ce, pour son remboursement. La non prise en compte de ce type d'évaluation peut conduire à diffuser et à financer une technique dont l'utilité n'est pas démontrée. À l'inverse, un processus de recherche et développement original et coûteux peut aboutir à un refus de prise en charge par l'organisme financeur, faute d'évaluation.

Cette mission de l'Andem, qui sera systématisée au sein de la nouvelle Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) s'inscrit dans la procédure de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS). Pour la NGAP, au-delà de la phase de description des actes et de leur hiérarchisation les uns par rapport aux autres, l'évaluation doit définir leur utilité, c'est-à-dire les indications cliniques pour lesquelles la réalisation d'un acte est justifiée. Le principe est similaire pour le TIPS où c'est le service médical rendu des nouvelles prestations de soins qui doit être évalué, et ce toujours dans une logique comparative.

Par la NGAP et le TIPS sont surtout concernés la médecine ambulatoire et les établissement de soins privés.

Mais les établissements de soins publics le sont également pour deux raisons principales :

- l'hôpital est le lieu privilégié, en particulier les hôpitaux universitaires, pour favoriser

• Conseil des Communautés européennes. Directive du Conseil relative aux dispositifs médicaux implantables actifs n° 90/385/CEE du 20 juin 1990. *JOCE* du 20 juillet 1990, L. 189.

• Conseil des Communautés européennes. Directive du Conseil relative aux dispositifs médicaux n° 93/42/CEE du 14 juin 1993. *JOCE* du 12 juillet 1990, L. 183.

Andem. Les implants mammaires remplis de gel de silicone. Paris : Andem 1996, 96 p.

Andem. L'implant cochléaire chez l'enfant sourd pré-lingual. Paris : Andem 1994, 112 p.

voir p. XVI

Le marquage Communauté européenne (CE) est d'ores et déjà obligatoire pour les dispositifs médicaux implantables actifs et sera étendu à l'ensemble des dispositifs en juin 1998.

l'émergence de nouvelles techniques. Les équipes de recherche hospitalo-universitaires associées ou non à celles d'autres secteurs, notamment privés, doivent garantir le développement d'essais cliniques valides, permettant de répondre aux questions concernant la sécurité, l'efficacité et l'utilité des techniques. Cette expérimentation, dans le cadre de la recherche clinique, soutenue par des partenaires privés et publics, doit tendre à devenir plus systématique. Elle doit, par ailleurs, respecter l'intérêt des patients et les conditions réglementaires et juridiques à leur droit à l'information ;

• en outre, l'hôpital est le lieu où les dépenses de santé sont significatives ; encore faut-il que ces dépenses correspondent à l'utilisation appropriée en routine de techniques efficaces. Les directeurs d'établissements ont une responsabilité à ne pas négliger lorsqu'ils favorisent en nombre, la réalisation conjoncturelle d'actes diagnostiques et/ou thérapeutiques dont l'utilité n'est qu'implicite et/ou non démontrée.

Les évaluations technologiques réalisées par l'Andem depuis 1995

- Traitement des anévrysmes de l'aorte par prothèses endovasculaires (janvier 1995)
- Usage thérapeutique des cyclotrons en cancérologie : évaluation clinique et économique (février 1995)
- Doppler en obstétrique : évaluation clinique et économique (mai 1995)
- Évaluation de l'opportunité d'un programme de dépistage : l'exemple de l'hémochromatose (octobre 1995)
- Matériel à usage unique : état des connaissances et recommandations (janvier 1996)
- Prothèses mammaires remplies de gel de silicone (mai 1996)
- Greffons cornéens (septembre 1996)
- Greffons osseux (en cours)
- Chirurgie ambulatoire (en cours)
- L'imagerie numérique en radiologie (en cours)

La liste complète est disponible auprès de l'Andem

Étant donné l'importance de ces enjeux, l'évaluation technologique doit être mieux connue et maîtrisée par l'ensemble des professionnels de santé comme par les responsables institutionnels. En effet, face à l'innovation, les acteurs concernés, médecins prescripteurs, industriels et administrateurs des organismes sociaux de financement, développent chacun des logiques qui leur sont propres. Les praticiens cherchent à mener une activité professionnelle conforme à l'état de l'art en ayant la possibilité de choisir parmi les techniques disponibles, les industriels se situent naturellement dans une logique de profit. Enfin, dans un contexte où les contraintes économiques s'accentuent, les administrateurs des caisses d'assurance maladie s'efforcent de rendre optimale l'allocation des ressources.

Les limites du processus actuel d'évaluation rendent difficile l'intégration de ces intérêts parfois divergents dans une politique de santé publique.

Cette constatation amène à conclure sur la poursuite de l'effort entrepris en matière d'évaluation et sur le nécessaire renforcement de la collaboration entre les professionnels de santé, les industriels et les structures institutionnelles ayant des responsabilités de santé publique.

Frédéric Fleurette,
Suzanne Charvet-Protat, Yves Matillon

L'évaluation des pratiques en médecine générale

La spécificité de la médecine générale justifie-t-elle une approche particulière de l'évaluation des pratiques ? S'il est vrai que les maladies rencontrées en ville et à l'hôpital sont les mêmes et que les différentes étapes d'une consultation sont dans les deux cas très proches d'un praticien à l'autre, les termes de médecine, de médecin et de malade recouvrent des réalités très différentes qui permettent bien de parler de spécificité : la maladie est vue à des moments différents, l'utilisation des moyens diagnostiques ou thérapeutiques est particulière, la notion d'équipe médicale a un autre sens, les stra-

tégies diagnostiques et thérapeutiques sont différentes, le champ d'action ne se limite pas à l'activité de soins.

Une réalité de pratique

Depuis 1990, l'évaluation des pratiques médicales est devenue une réalité en médecine générale. Si des facteurs économiques et facteurs conventionnels ont accéléré le mouvement, il est important de constater que la prise de conscience de la dimension évaluative de l'exercice médical ambulatoire a, avant même ces contraintes, touché tous les professionnels de santé responsables et le généraliste dans son cabinet.

Cette évolution n'est pas propre à la France, elle a touché les principaux pays industrialisés. Les grands principes décrits par Donabédian en 1966 ont trouvé leur application en Angleterre où en 1977 le Royal College of General Practitioners a mis l'évaluation des pratiques en tête de ses préoccupations. En 1991, un document du General Medical Service Committee « Building your own future » sensibilisait tous les généralistes anglais à la méthodologie de l'audit médical et à l'évaluation des pratiques.

Introduite en France sur le plan des idées, il y a une vingtaine d'années, son implantation a d'abord lentement progressé. Elle a été le fait de personnalités isolées et des travaux ponctuels d'évaluation ont été réalisés dès les années quatre-vingt. L'Andem a contribué à diffuser le concept à toutes les filières de soins, en particulier à la médecine générale. Parallèlement différentes structures ont diffusé auprès des praticiens des conseils méthodologiques.

Avec les années quatre-vingt-dix, le processus s'est accéléré. Le réseau de médecine libérale de l'Andem a expérimenté un travail d'évaluation à travers un audit médical sur le statut vaccinal des personnes de plus de soixante ans. Cette étude a montré l'impact que pouvaient avoir des recommandations librement acceptées sur le comportement des médecins. Le succès du guide méthodologique publié par l'Andem sur la pratique de l'audit médical en médecine générale, les plus de cinquante audits de pratiques en médecine générale publiés, les larges diffusions des résultats des conférences de consensus, l'élaboration de recommandations de plus en plus nombreuses concernant l'exercice libéral montrent que les médecins français sont de plus en plus convaincus du caractère indispensable de l'évaluation médicale dans l'aide à la décision et dans l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale.

A. Donabedian. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966 ; 44 : 166-206.

Medical Audit Advisory Group. *Medical audit in general practice : a survival guide.* Wiltshire : MAAG 1992, 36 p.

R. Baker, P. Presley. *The practice audit plan : a hand book of medical audit for primary care teams.* Bristol : Royal College of General Practitioners, 1990, 32 p.

Y. Matillon. *Évaluation en médecine : les missions de l'Andem.* Lyon : Chir, 1992, 88 : 1.

C. D. Shaw. Aspects of audit. 3. Audit in British general practice. Br Med J, 1980, 280 : 1361-63.

Andem. *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical.* Paris : Andem, 1993 : 32 p.

Méthodes

Évaluer sa pratique c'est la comparer avec des recommandations de bonnes pratiques communément admises. L'évaluation sous-entend ainsi, à la fois des recommandations adaptées à la pratique de la médecine générale, adoptées par la profession et des moyens fiables pour permettre à chaque médecin de pouvoir apprécier sa pratique. De la comparaison entre ces deux pôles va permettre de mettre en place les mesures correctrices pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

Mieux connaître sa pratique pour mieux l'évaluer

Depuis 1990 un effort à été fait pour développer les méthodes permettant au praticien de ville de mieux apprécier sa pratique et la confronter aux recommandations établies.

Parmi les différentes méthodes possibles, l'audit médical a pris une place prépondérante en France. L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés au malade. C'est une méthode d'évaluation tournée vers la pratique du soin. C'est une demande interne réalisée par le médecin à partir de son exercice médical. C'est une méthode efficace si on l'applique avec rigueur. Elle semble la mieux adaptée à la complexité de l'exercice de la médecine générale. Son objectif est d'identifier les occasions, les circonstances propices à l'amélioration de la qualité des soins et de fournir les moyens de la réaliser.

Un audit comprend six étapes : constituer un groupe de médecins promoteurs de l'enquête, choisir un sujet, définir les références souhaitées, déterminer les critères et normes, analyser les résultats obtenus en les comparant avec les références choisies et identifier l'action permettant de modifier le comportement, et modifier le comportement.

Chaque étape est tributaire de la précédente. De la bonne articulation de ces différents pas dans la progression du processus d'évaluation dépend le succès de l'audit.

Pour utiliser cet outil de mesure indispensa-

ble qu'est l'évaluation et améliorer la qualité des soins, la médecine générale a ainsi utilisé les mêmes outils que le monde hospitalier. Elle a dû cependant créer ses propres outils en tenant compte des conditions particulières de son exercice. L'audit médical s'inscrit dans cette logique.

Promu par l'Andem et par de nombreux organismes de formation qui ont vu en lui un outil performant pour évaluer non seulement la performance du médecin mais aussi la qualité d'une formation, l'audit médical en médecine générale a maintenant ses lettres de noblesse avec plus de cinquante audits publiés et un supplément régulier dans une revue médicale.

Les particularités de la médecine générale, ajoutées aux difficultés inhérentes à une démarche qui remet en question certains aspects de la pratique médicale, montrent bien que l'évaluation de la qualité des soins en médecine générale est un encore un domaine où il est difficile d'avancer et l'on comprend mieux que l'évolution des mentalités paraisse lente à certains. Il faut tenir compte des relations entre l'évaluation de la qualité des soins et les modalités de régulation du système de santé. Cette difficulté ne doit pas faire différer la mise en place de moyens efficaces pour que chaque médecin puisse mesurer l'écart qui existe entre sa pratique et des paramètres fiables de référence. Cette démarche est fondamentale au plan pédagogique. On pourrait souhaiter qu'elle soit prise en compte au plan professionnel et dans la régulation du système de santé comme cela s'est engagé, il y a quelques années, dans certains autres pays.

Michel Doumenc, Marielle Lafont

World Organization of National Colleges Academies. Quality assurance for family doctors. Wellington : WONCA Marwick J, Grol R, Borgiel A Eds, 1992, 99 p.

M. Doumenc. *Les différentes phases de l'audit.* Rev Prat MG, 1996, Audit n° 1 ; 347 : 4.
M. Molinari. *Le choix d'un sujet d'audit.* Rev Prat MG 1996, Audit n° 2 ; 347 : 4.
P. Hofliger. *Comment nous avons amélioré notre pratique.* Rev Prat MG Audit n° 347

Médecin généraliste et références

La difficulté en médecine générale est d'avoir des références adaptées à son exercice. Ceux qui les faisaient traditionnellement étaient des spécialistes hospitaliers sans pratique de la médecine ambulatoire. Le désintérêt des généralistes à l'élaboration de références sur leurs pratiques est de moins en moins fréquent et de plus en plus de généralistes sont conscients de l'intérêt d'avoir à leur disposition des références adaptées à leur exercice. Les raisons invoquées, manque de temps, manque à gagner, manque de formation à une méthodologie rigoureuse, manque d'habitude, sont de plus en plus rarement opposées à la nécessité ressentie de faire participer la médecine générale au processus général de l'évaluation.

Les médecins généralistes sont partie prenante avant même le début de l'élaboration des recommandations pour la partie clinique en étant souvent à l'origine du choix du sujet de la recommandation — les groupes régionaux de médecins libéraux de l'Andem ont ainsi mis en évidence l'importance et les problèmes qu'ils rencontraient dans leur pratique concernant la prise en charge de la douleur cancéreuse, la recommandation de l'Agence, réalisée en 1995, leur a apporté la réponse qu'ils attendaient. La place privilégiée qu'ils tiennent dans le système de soin les amènent à jouer un rôle essentiel dans les groupes d'élaboration. À la fois experts de la médecine de premier recours et lien privilégié entre le monde médical et la population des patients, ils assurent l'applicabilité des recommandations et en sont les garants. De la même manière, leur participation à la diffusion et à la mesure d'impact est un gage de succès.

MD, ML

Évaluation des soins et assurance qualité à l'hôpital

L'évaluation des pratiques cliniques, la recherche de la qualité, la prévention des risques ne sont pas des démarches nouvelles à l'hôpital puisqu'elles sont la base même des pratiques soignantes enseignées depuis les origines de la médecine. Mais, depuis quelques années, évaluation, qualité, sécurité sont les maîtres mots de toute réforme de santé (cf. loi du 31 juillet 1991 et ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996).

Est-ce un effet de mode, la conséquence de la mise en cause de la sécurité de nos pratiques ou une réelle volonté d'amélioration de la qualité ? Et en avons-nous les moyens ?

En matière d'évaluation ou de qualité à l'hôpital, la confusion est grande, de nouveaux concepts apparaissent tous les jours : évaluation des pratiques professionnelles (nous préférons le terme pratiques cliniques car nous nous intéressons *a priori* plus aux pratiques de soins qu'aux pratiques des jardiniers ou des chauffagistes hospitaliers tout autant professionnels que les soignants), assurance de la qualité, amélioration continue de la qualité (le fin du fin du moment, le TQM des anglo-saxons), sans parler de la gestion des risques, de la sécurité sanitaire ou de l'accréditation.

Évaluation des pratiques cliniques

La mise en œuvre d'un programme d'évaluation des pratiques cliniques à l'hôpital peut

avoir deux objectifs : améliorer la qualité (parfois en acceptant que les coûts soient augmentés) ou baisser les coûts (sans diminuer la qualité des soins, voire en l'améliorant). Ce dernier objectif de rationalisation des pratiques se rapproche du concept des références médicales opposables. Le parallèle s'arrête ici car il existe des spécificités propres au monde hospitalier : lieu de formation, lieu de recherche mais surtout lieu ou différents prescripteurs, dont certains en formation, interviennent sur un même malade. De plus, même s'il n'est pas prescripteur, le personnel infirmier intervient dans la demande d'examens ou la dispensation de médicaments. Pourtant, en raison même de ces spécificités, l'hôpital est un site idéal de la mise en œuvre de recommandations de pratiques cliniques.

Cette mise en œuvre peut passer par quatre types d'actions :

• des actions de formation spécifique sur le ou les thèmes faisant l'objet de recommandations, faisant intervenir si possible les leaders d'opinion locaux. En effet, il ne faut pas attendre de la diffusion simple de recommandations, par exemple par courrier, un quelconque effet. Ceci est démontré en pratique hospitalière comme en pratique de ville, surtout si ces recommandations ont été élaborées au niveau national n'impliquant pas ceux qui vont avoir à les appliquer ;

• un retour d'information au prescripteur par patient, par type de prescription, par prescripteur, concernant le nombre d'examens réalisés, le caractère approprié ou non des pratiques, leur coût. Pour être utilisé en routine, ce type d'actions nécessite un système d'information hospitalier dont nous ne disposons pas aujourd'hui ;

• un encadrement des prescriptions au moment de leur réalisation. C'est la méthode qui est considérée comme la plus efficace ; elle est de plus parfaitement cohérente avec le rôle formateur de toute structure hospitalière. Elle consiste à rappeler au médecin les recommandations de pratiques au moment où elles sont susceptibles d'être mise en œuvre : sur le dossier médical, par affichage, sur les documents de prescription ou sur écran en cas de prescription informatique. Ces méthodes peuvent associer des barrières qui empêchent le médecin de prescrire en dehors des recommandations (signal d'alerte en cas de prescription informatique, fiches limitant la prescription aux bonnes indications). En informant simplement de cette façon le prescripteur du coût des actes qu'il engendre, certains auteurs ont obtenu une baisse de 10 % des prescriptions ;

• des mécanismes incitatifs ou coercitifs financiers peuvent être développés. À l'hôpital, l'opposabilité par médecin est impossible à réaliser mais les actions d'évaluation peuvent être prises en compte dans les mécanismes d'allocation budgétaire par service.

Ces différents types d'actions peuvent être mis en œuvre à l'hôpital, isolément ou de façon associée ainsi que nous l'avons montré à l'AP-HP sur un certain nombre de thèmes. Cependant, la mise en œuvre de bonnes pratiques hospitalières est un processus long et difficile. L'absence de systèmes d'information pertinents rend illusoire l'évaluation simultanée de nombreuses recommandations et leur pérennisation.

Prévention des thromboses veineuses en chirurgie, prise en charge de la douleur postopératoire, des traumatismes du crâne ou de la cheville aux urgences, antibiothérapie…

Selon l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée :
• l'évaluation des soins s'appuiera sur les bonnes pratiques cliniques définies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé selon les méthodes scientifiques qui président déjà pour la médecine ambulatoire à l'élaboration des références médicales ;
• tous les établissements de santé doivent s'engager d'ici à cinq ans dans une procédure d'accréditation de leurs activités qui appréciera la qualité de celles-ci ;
• les établissements doivent réaliser des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge.

Qualité du processus de soins

La qualité d'un processus de soins dépend tout autant de l'organisation générale d'un établissement que du caractère approprié ou non des seules pratiques cliniques. Les processus de soins sont complexes, les intervenants sont nombreux auprès d'un même malade et la culture soignante, en particulier médicale, n'est pas particulièrement orientée sur la formalisation par écrit de ses pratiques. Cela justifie le développement de démarches d'assurance de la qualité et leur conséquence logique, l'accréditation, c'est-à-dire la reconnaissance de cette qualité accordée par un organisme extérieur.

Des expériences d'accréditation ou proches de celle-ci se développent aujourd'hui en milieu hospitalier, ainsi celle de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer qui vient de publier un guide d'accréditation des centres de lutte contre le cancer ou l'expérience que nous avons développée à l'AP-HP. Dans la suite d'une réflexion sur la restructuration des urgences-portes, nous avons élaboré une grille d'évaluation de l'organisation des urgences-portes adultes, réalisé un audit dans les seize établissements retenus SAU et rendu des recommandations issues de cet audit aux seize établissements, charge à eux d'en tenir compte dans leur plan d'actions.

Certaines sociétés médicales scientifiques élaborent des grilles d'accréditation. Il restera à voir de quelle façon ces différentes expériences seront prises en compte par la future Anaes.

Évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Que l'on touche au domaine de l'évaluation des pratiques cliniques ou à celui de l'accréditation, le débat reste important sur le type d'indicateurs à prendre en compte : évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Les structures représentent les moyens consacrés au soin des malades, ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la délivrance des soins médicaux. Les procédures regroupent les activités des médecins et des professionnels de soins directement ou indirectement consacrées au diagnostic et au traitement des malades : examen clinique, stratégies de prescription des examens complémentaires et des traitements, suivi des malades, qualité des gestes, circuit du malade…

Les résultats des soins sont les changements que ceux-ci induisent chez le malade en termes d'état de santé, de qualité de vie, de satisfaction. Concernant ces différents domaines, il existe de nombreux indicateurs potentiels.

Le meilleur indicateur de qualité théorique est celui qui qualifie l'état de santé. Une bonne qualité des soins devrait être reflétée par de bons résultats en terme d'indicateurs de santé. Pourtant la plupart des études d'évaluation vérifient simplement l'adéquation à un référentiel, une norme ou des recommandations, car les indicateurs de résultats (en particulier morbidité, mortalité) sont difficiles à mesurer et à interpréter (ainsi le lien entre le résultat et la qualité des procédures mises en œuvre n'est pas toujours évident).

L'évaluation des procédures semble plus pertinente et plus facile à mettre en œuvre que l'évaluation des résultats. En effet, il est plus facile d'évaluer de manière reproductible, et sans biais le plus souvent, le processus de soin (ce qui est fait au malade, où, quand et comment), d'interpréter ces données, d'identifier les dysfonctionnements et d'intervenir afin de corriger ceux-ci. De plus, une nouvelle évaluation quelques mois plus tard permet de déterminer si cette intervention a été efficace.

Ce débat se développe aux États-Unis où l'évaluation des résultats, par exemple, le taux de mortalité pour tel type d'intervention par hôpital ou par chirurgien, a pris une importance très grande dans l'évaluation en routine de la performance des structures hospitalières.

L'administration fédérale américaine vient de cesser de publier les taux de mortalité par hôpital des patients pris en charge par le programme Medicare en raison de la difficulté d'ajuster ses données sur la gravité de la maladie.

Une autre façon d'évaluer la qualité est de pondérer ces indicateurs de résultats par un indicateur de qualité de vie ou de prendre en compte la satisfaction du patient (du client).

Les indicateurs de satisfaction sont ainsi de plus en plus utilisés en routine pour évaluer une structure hospitalière, sans que là non plus le lien soit clair entre satisfaction et qualité des soins. Les taux de satisfaction sont régulièrement mesurés en France dans de nombreux hôpitaux.

Quels que soient les discussions concernant les domaines pris en compte, les méthodes utilisées ou les indicateurs mesurés, l'évaluation des soins et les actions d'assurance de la qualité sont aujourd'hui un enjeu majeur de toute structure hospitalière qui doit mettre en place les moyens de leur réalisation. **Pierre Durieux**

L'accréditation des établissements de santé

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit en France l'accréditation des établissements de santé, des réseaux de soins hospitaliers et des groupements de coopération sanitaire. Cette disposition existe déjà dans plusieurs pays étrangers (États-Unis d'Amérique, Canada, Grande-Bretagne, Catalogne, Australie, Nouvelle Zélande…). Mais s'agit-il bien de la même chose ?

Buts et objectifs de l'accréditation

Bien qu'il existe plusieurs orientations en matière d'accréditation au niveau international, on s'accorde en général sur son but : obtenir une reconnaissance de la qualité des établissements par les pairs et éventuellement par le public et inciter à atteindre certains standards.

En France, il s'agit d'une procédure externe d'évaluation visant à « assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». Cet objectif amène à rechercher la participation des professionnels de santé à la procédure.

L'accréditation ne doit pas être confondue avec la certification et la recertification des compétences individuelles des professionnels de santé qui lui est complémentaire et a été mise en place dans plusieurs pays.

Champ de l'accréditation

Au niveau international, lorsque la procédure existe, le pourcentage d'établissements accrédités est très variable (de 10 % à 100 %). Dans certains pays, d'autres structures que les établissements sont concernés (aux États-Unis d'Amérique, les services de soins à domicile).

En France, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation spécifie que l'accréditation concernait tous les établissements de santé publics et privés et que l'analyse porte sur les services et activités pratiqués au sein de l'établissement. Les réseaux de soins hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire spécifiés sont également concernés.

L'accréditation en France concernera au moins 3 800 établissements de santé auxquels il convient d'ajouter les réseaux de soins et les groupements de coopération sanitaire. Ce programme ambitieux, dont la réalisation nécessitera des moyens humains et financiers importants, aura un impact potentiel en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins considérable.

Au niveau international, ce sont généralement les associations de professionnels qui sont à l'origine d'un tel programme souvent développé grâce à un organisme à vocation professionnelle. En Catalogne, c'est le ministère de la Santé qui est à l'origine du programme et qui l'a développé. En France, c'est l'État qui est à l'origine de l'accréditation (création par ordonnance) et la mise en œuvre du programme est prévu par une agence (Anaes) ayant le statut d'établissement public administratif.

Type d'évaluation concerné par la procédure d'accréditation

L'ordonnance précise que l'accréditation utilisera des indicateurs, critères et référentiels d'évaluation portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. Ce projet est ambitieux comparativement à la plupart des pays qui se limitent souvent au processus et aux structures avec parfois des mesures en termes de résultat. Il est probable qu'au début, les aspects liés aux processus seront privilégiés.

Le fait que les « différents services et activités de l'établissement » soient concernés entraîne la nécessité que les équipes de visiteurs soient pluridisciplinaires lorsque l'établissement comporte plusieurs services ou activités. À l'étranger, sauf en Catalogne, les équipes d'accréditation ont une composition triangulaire : infirmières, médecins, administrateurs d'établissements. Il est probable qu'il en sera de même en France, au moins pour les établissements de court séjour, du fait du type d'accréditation proposée.

Ces visiteurs seront des membres du réseau d'experts constitué et animé par l'Anaes. Ils n'exerceront pas cette activité à temps complet afin de conserver un niveau de pratique suffisant pour être reconnus par les professionnels. Toutefois, il est à prévoir dans un premier

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

L'Anaes a été créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Il s'agit d'un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. C'est une instance à vocation professionnelle. Son conseil d'administration comporte au moins cinquante pour cent de médecins. Par ailleurs, l'État, les organismes d'assurance maladie et mutualistes ne peuvent représenter plus de vingt-cinq pour cent des membres de ce conseil.

Au titre de la mission d'accréditation, l'Anaes élabore ou valide les méthodes et référentiels, elle les diffuse et accrédite les établissements.

Au titre de sa mission d'évaluation en santé, elle est chargée du champ hospitalier et ambulatoire en liaison notamment avec les unions régionales des médecins libéraux. Elle reprend les missions de l'Andem en les élargissant.

Pour assurer ses missions, l'Agence nationale s'appuie sur un conseil scientifique comportant une section d'évaluation et une section d'accréditation et sur un collège d'accréditation qui dispose de pouvoirs propres en matière d'accréditation (validation du rapport d'accréditation, recommandation à l'établissement).

DC, SD, PG

temps, des problèmes qualitatifs et quantitatifs : la France ne dispose pas aujourd'hui d'un nombre suffisant de compétences dans ce domaine. Des efforts importants en matière de formation doivent être réalisés dans les prochaines années.

Le choix des visiteurs ne peut être le fait que de l'Anaes pour des raisons d'indépendance et de validité de la procédure. La récusation d'un visiteur par un directeur d'établissement ne devrait pouvoir être motivée que par des « conflits d'intérêts » directs ou indirects qu'aurait ce visiteur vis-à-vis de l'établissement concerné. Il est également prévu qu'il n'exerce pas dans la région de l'établissement à accréditer.

Conséquences de l'accréditation

L'accréditation a pour objet l'amélioration de la qualité des soins, dans tous les systèmes de santé où elle a été instaurée. Mais, dans plusieurs pays l'accréditation implique des conséquences diverses : aux États-Unis d'Amérique (lien avec les financeurs, notamment dans le cadre de Medicare et de Medicaid), au Canada (agrément pour la formation universitaire), en Catalogne (le financement par la région d'un établissement de santé est lié à l'accréditation). En France, il n'a pas été institué dans l'ordonnance de conséquence directe à l'accréditation.

En effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, qui est destinataire du rapport d'accréditation validé par le collège de l'accréditation de l'Anaes, est compétent en matière d'autorisation et de planification. Il l'est aussi en matière de contractualisation et, c'est probablement à ce niveau que l'impact de l'accréditation est potentiellement le plus fort. Le contrat pluriannuel passé entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation fixe les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation. Ces contrats comportent d'autres dispositions et notamment, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la Conférence régionale de santé. Ainsi les résultats de l'accréditation pourraient être utilisés dans la fixation des objectifs du contrat passés entre l'Agence régionale de l'hospitalisation et l'établissement.

L'objectif de l'accréditation est l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient. Sa mise en œuvre (réalisée par l'Anaes) nécessite la collaboration des professionnels de santé qui devront également tenir compte du point de vue du patient ; les études d'évaluation de la satisfaction des patients seront prises en compte.

Surtout, pour atteindre ses objectifs, l'accréditation nécessite que les praticiens s'approprient la procédure pour qu'elle ne soit pas une évaluation un jour donné mais bien une action d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

D. Caysac, S. Deschaume, P. Gardeur

Procédure d'accréditation

Il s'agit d'une procédure dont le caractère volontaire demeure : elle est engagée à l'initiative de l'établissement de santé dans un délai de cinq ans à partir de la publication de l'ordonnance hospitalière d'avril 1996. La procédure pourra être engagée dans le cadre de la contractualisation entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement de santé. En cas de carence, il est prévu que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation se substitue au directeur de l'établissement de santé pour faire la demande.

Cette procédure d'accréditation sera mise en œuvre par l'Anaes. Ainsi, un document d'analyse comportant les méthodes et référentiels correspondant au type d'établissement devrait être élaboré par l'Anaes puis transmis à l'établissement de santé. Un calendrier d'exécution de la procédure devrait être établi entre l'Anaes et l'établissement de santé en tenant compte de la nature de celui-ci et de ses services et activités.

La visite d'accréditation pourrait être précédée d'une phase d'auto-évaluation. À cette occasion, l'établissement s'appuierait sur les documents préalablement adressés par l'Anaes.

Le rapport de visite des experts devrait être contradictoire ; l'établissement de santé concerné dispose d'un délai pour faire ses remarques. Il est analysé par le collège de l'accréditation, instance interne de l'Anaes mais disposant de sa propre autonomie de décision dans l'accréditation des établissements de santé. Ce collège fait des recommandations éventuelles à l'établissement, le cas échéant par service ou activité ; il précise le délai au terme duquel doit être engagée une nouvelle procédure d'accréditation.

Le rapport d'accréditation validé par le collège est adressé au directeur de l'établissement de santé et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation concernée.

Le principe de « reconnaissance de la qualité » contenu dans la définition de l'accréditation devrait également concerner le patient, ce qui suppose la transparence de la décision d'accréditation vis-à-vis du public dans des conditions qui seront à déterminer.

Un décret viendra préciser la procédure d'accréditation, seuls les grands principes ayant été indiqués dans le décret constitutif de l'Anaes.

DC, SD, PG

Évaluation en santé publique

L'action ou le programme en santé publique vise à améliorer la santé d'une population. Son évaluation consiste à apprécier son déroulement ou à mesurer ses effets, elle est donc un processus qui accompagne l'action depuis sa conception jusqu'à ses résultats.

Dans le domaine de la santé publique, plus que dans tout autre domaine, l'évaluation est indissociable de l'action entreprise.

Si on considère l'action de santé publique comme une suite logique d'opérations à entreprendre afin de préserver ou d'améliorer la santé d'une population, la qualité de cette action ou celle du programme envisagé reposera sur la clarté de sa conception, l'organisation de sa préparation et de son déroulement et la pertinence des résultats obtenus. Dans ces conditions, l'intérêt de suivre méthodiquement une démarche élaborée sous forme de procédures s'impose de facto.

Ces procédures, qui doivent prendre en compte tous les éléments constitutifs du projet, participent à l'élaboration de l'évaluation elle-même.

L'évaluation en santé publique, comme dans d'autres secteurs de la santé, est une démarche scientifique incontournable dés lors que l'on cherche à savoir le pourquoi, le comment et les conséquences d'une décision dans ce domaine.

L'évaluation d'une action ou d'un programme de santé publique peut s'intégrer ou non dans l'évaluation d'une politique publique c'est-à-dire se donner comme but de porter un jugement, non seulement sur le programme, mais encore sur la législation, les services et les institutions concernés.

Les actions de santé, selon leur thème, visent des « populations cibles » diverses et utilisent des stratégies variées (dépistage de masse de certains cancers, prévention des accidents chez les enfants, maintien à domicile des personnes âgées…). Ceci explique qu'il n'est pas aisé d'élaborer un cadre unique pour leur évaluation, d'autant que le projet peut prendre forme, soit par une ou des actions indépendantes, soit par un ensemble coordonné d'actions dépendantes appelé Programme de santé publique.

Une fois accepté le rôle fondamental de l'évaluation, les questions traditionnelles se posent pour savoir : quand ? pourquoi ? sur quoi ? comment ? entreprendre cette démarche d'évaluation.

Ne pouvant couvrir tout le champs des processus complexes et interactifs des actions de santé publique et de leur évaluation, l'Andem a construit une liste de *conseils méthodiques*, à l'usage des promoteurs potentiels des actions de santé publique, qui peuvent être suivis, quel que soit le thème choisi, à la fois pour le dé-

Suchman EA. *Evaluative research : principles and practice in public service and social action programs.* New York : Russell Sage, 1967, 186 p.

• Viveret P. *L'évaluation des politiques et des actions publiques. Propositions en vue de l'évaluation du revenu minimum d'insertion. Rapports au Premier ministre.* Paris : La documentation Française, 1989, coll. *Rapports officiels*, 193 p.

• Conseil Scientifique de l'évaluation. *L'évaluation en développement 1995. Rapport annuel sur l'évolution des pratiques d'évaluation des politiques publiques.* Paris : La documentation Française, 1996, 247 p.

roulement de l'action et pour le dispositif de fonctionnement de son évaluation.

Pour ce faire, l'Andem a privilégié la méthode déductive et construit un ensemble organisé de questions appropriées qui renvoient à autant de procédures indispensables à finaliser. À travers cette méthode, la démarche d'évaluation est décomposée en opérations élémentaires d'évaluation puis recomposée en trois grandes étapes essentielles. À chacune de ces étapes correspond un certain nombre de questions auxquelles les promoteurs se doivent de répondre.

Andem. *Évaluation d'une action de santé publique : Recommandations.* Paris : Andem, 1995, 48 p.

Quelques exemples, parmi ces questions, illustreront ces propos :

Première étape

Dans quel contexte a émergé le projet d'action ?

Quel est l'initiateur du projet ?

A-t-on recherché et analysé la littérature ?

Quels sont les besoins identifiés ?

Existe-t-il d'autres moyens de réalisation ?

…

Si l'on considère l'exemple d'un programme départemental de dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans il est indispensable et facile de répondre à ces questions avant la mise en œuvre du projet.

Évaluer : quand ?

La première des trois grandes étapes de l'évaluation, intitulée évaluation *a priori* ou analyse préliminaire, est déterminante pour l'organisation et la cohérence du programme ou de l'action. Elle règle le choix et le bien-fondé du projet, conditionne les modes de décision, de suivi, de réalisation de l'ensemble des activités à entreprendre. Ces modalités préliminaires caractérisent l'originalité de la démarche d'évaluation en santé publique (voir encadré ci-contre).

La deuxième étape de l'évaluation correspond au recueil éventuel de mesures, pendant l'action, à des fins de correction. On la nomme évaluation en cours, évaluation concomitante ou évaluation intermédiaire. Elle peut être renouvelée autant de fois qu'il sera jugé utile de le faire, elle est ni indispensable ni obligatoire. Néanmoins, elle favorise fortement le suivi et le contrôle de l'action ou du programme.

La troisième étape, enfin, constitue l'évaluation finale. Elle se rapporte à l'exploitation des résultats, leur interprétation et leur utilisation. Cette troisième et dernière phase de l'évaluation exige pour être significative, le respect des procédures inscrites dans le cahier des charges et la mise en concordance des objectifs du programme avec ceux des évaluations préalables et intermédiaires.

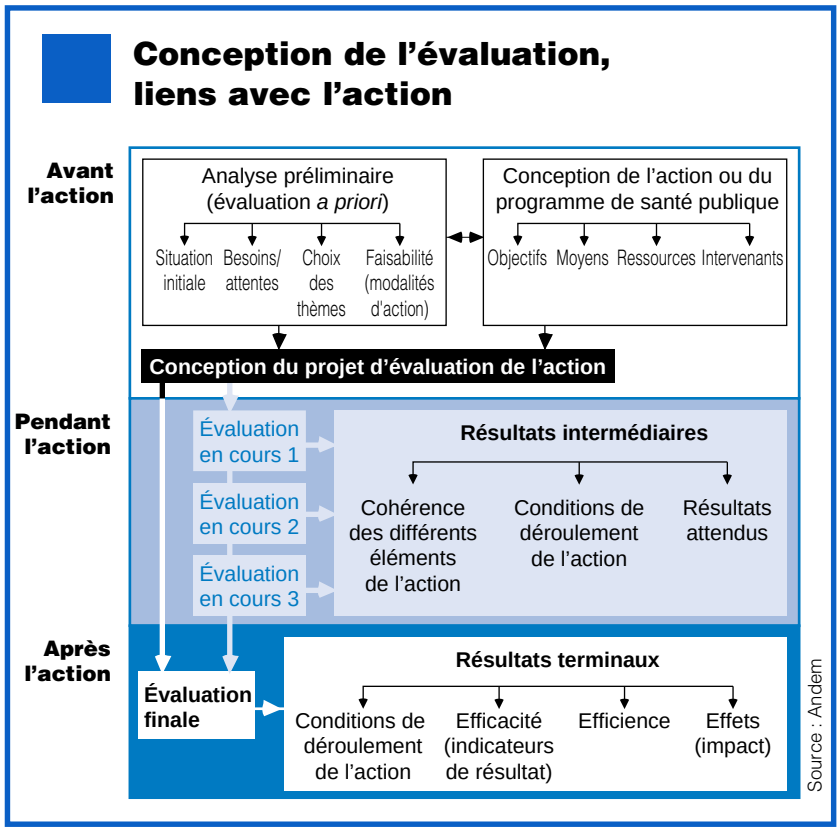
La démarche d'évaluation en santé publique et telle qu'elle est présentée par l'Andem, doit être envisagée et structurée avant le lancement de toute action.

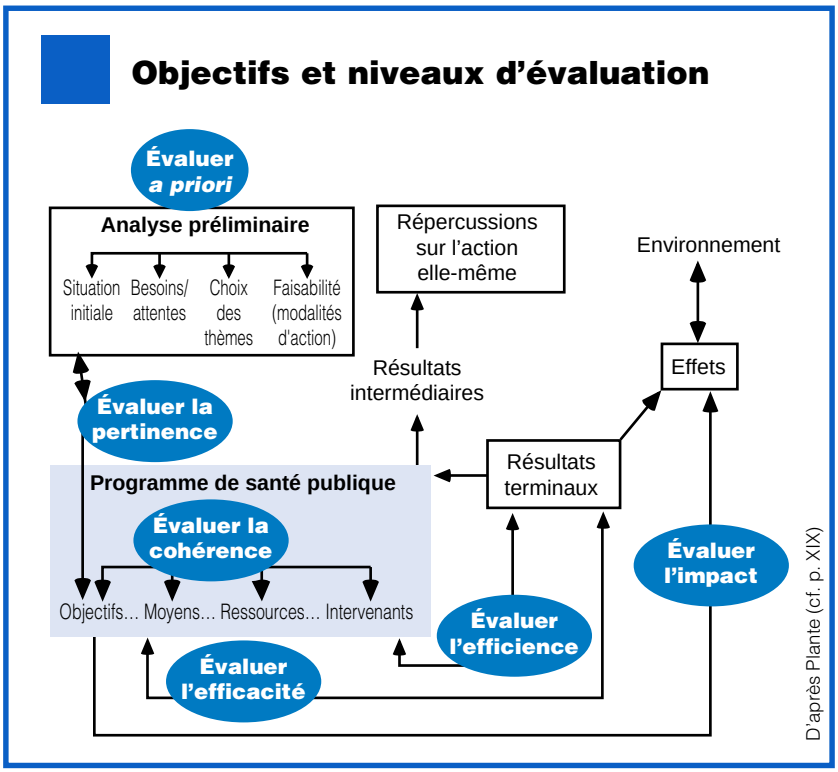
Évaluer : quoi ?

Selon les objectifs poursuivis et les caractéristiques de l'action entreprise, on attribuera différentes missions à la démarche d'évaluation (voir encadré page suivante) :

J. Plante. Principes d'une évaluation socialement utile (leçons de l'expérience québécoise). In : *Outils, pratiques, institutions pour évaluer les politiques publiques. Actes du séminaire PLAN-ENA, avril-juillet 1990.* Paris : Commissariat Général du Plan, Textes rassemblés par B. Perret 1991 : 29-57.

- soit évaluer la pertinence de l'action, c'est-à-dire le lien entre les besoins identifiés et les objectifs poursuivis,
- soit évaluer la cohérence, c'est-à-dire le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre,
- soit évaluer l'efficacité, c'est-à-dire la relation entre les objectifs poursuivis et les résul-





tats obtenus (on étudiera, par exemple, le nombre et la gravité des accidents chez les enfants dans un programme de prévention des accidents domestiques ou bien les connaissances et les attitudes des enfants ou de leurs parents en fonction des objectifs poursuivis et des indicateurs choisis),

- soit encore évaluer l'efficience, c'est-à-dire la relation entre les ressources attribuées et les résultats obtenus,
- ou encore évaluer l'impact de l'action, c'est-à-dire les effets autres que ceux observés sur la population cible : ceux observés sur les acteurs ou sur l'environnement. (on doit étudier, par exemple, dans un programme de dépistage systématique de cancer, les effets sur les professionnels non directement concernés par le programme ainsi que d'éventuels effets sur des populations n'entrant pas exactement dans la population cible, âge par exemple).

Évaluer : pourquoi ?

L'évaluation se définit globalement comme un processus d'observation et de comparaison.

Autrement dit, la comparaison s'établit toujours entre des données recueillies par des techniques de questionnement ou d'observation et un ensemble de normes, règles ou repères, appelé référentiel. En l'absence de moyens de comparaison, la démarche se réduit à une activité de suivi ou « monitorage », sans véritable évaluation.

C'est en fonction des buts à atteindre, qui seront définis dans l'étape préliminaire, que l'on choisira d'apprécier soit le déroulement, soit les effets spécifiques de l'action, soit plus généralement la nature et le degré de l'impact.

Il convient d'apporter ici une précision importante sur le double sens du terme évaluation employé en santé publique. Celui-ci est en effet utilisé pour désigner deux types d'actions qui répondent à des objectifs différents :

Le premier doit démontrer, en employant des méthodes comparatives de type « avant/après », « ici/ailleurs » ou analytiques, l'efficacité supposée, au stade expérimental, de certaines stratégies d'intervention avant leur diffusion et/ou leur généralisation. On parle, dans ce cas, d'une recherche évaluative. (« un programme de dépistage systématique de l'hémochromatose en France serait-il efficace ? »).

Le second cherche à vérifier, dans les situations de travail de routine, les performances annoncées par l'application des dites stratégies d'intervention. On qualifie ce type d'objectif d'évaluation pragmatique car les résultats recueillis lors de ces activités classiques, peuvent justifier l'introduction de modifications ultérieures dans leur déroulement. L'évaluation, dans ce cas, est considérée comme dynamique. (La pertinence d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein étant démontré scientifiquement dans une certaine tranche d'âge, dans certaines conditions expérimentales et dans un pays donné, qu'en est-il lorsque ce programme est organisé, en routine, dans un département français ?)

Évaluer : comment ?

Le but de toute évaluation est de porter un jugement sur une activité, une ressource, ou un résultat. La recherche et le choix des critères qui présideront à ce jugement sont déterminants. En effet, les critères sélectionnés devront qualifier, de manière fiable, les caractéristiques étudiées, que celles-ci se rapportent à l'état de santé, à l'état de connaissance, aux attitudes des

➤ Y. Matillon, P. Durieux. *L'évaluation médicale : du concept à la pratique.* Paris : Flammarion, 1994, 161 p.

L'exemple du dépistage du cancer du sein

L'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein est un bon exemple d'évaluation de programme de santé publique : il s'agit d'une entreprise difficile et coûteuse, financièrement et socialement et son rapport coût/efficacité n'est acceptable que s'il est effectué avec une grande rigueur méthodologique et technique. C'est pourquoi, son évaluation a été conçue dès sa mise en place par les décideurs.

Initié à partir de 1989 sous l'égide du Fonds national de prévention d'éducation et d'intervention en santé (FNPEIS) dans une dizaine de départements expérimentaux, le dépistage du cancer du sein a fait l'objet d'une première évaluation par la Cnamts en 1993 incluant également une évaluation économique. C'est donc sur cette base d'évaluation *a priori* que le programme national de dépistage systématique du cancer du sein a été lancé par le ministre de la Santé en mai 1994 avec comme objectif de réduire la mortalité par cancer du sein dans la tranche d'âge cible. Un comité de pilotage composé d'experts et de représentants institutionnels, devenu ensuite le « groupe permanent » (GP) du Comité national de pilotage s'est réuni dès l'été 1993. Sa première tâche a été d'élaborer un cadre de référence, « cahier des charges », très précis, décrivant les principes de base du programme. Ceux-ci concernent l'organisation du programme (incluant la gestion du fichier des femmes concernées, leur information et leur invitation), l'assurance de qualité des actes techniques (formation, contrôle de qualité des appareils, double lecture), les résultats des tests mammographiques, le suivi des femmes dont les résultats sont positifs, et enfin le recueil des indicateurs permettant d'avoir des critères explicites d'évaluation.

Le programme est suivi en continu dans chaque département qui l'a mis en place et par la direction générale de la Santé, de façon à vérifier sa dynamique, pouvoir corriger et améliorer de façon permanente et adéquate les erreurs, dysfonctionnements ou imperfections de ce programme.

Pour pouvoir juger de la finalité du programme et de l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixés, des indicateurs ont été mis en place. L'objectif final est de réduire la mortalité ; cependant, compte tenu des longs délais nécessaires pour les mesurer il faudra au moins une bonne dizaine d'années pour l'apprécier. C'est pourquoi des indicateurs intermédiaires sont nécessaires pour pouvoir apprécier la qualité du programme : l'impact de la campagne, la qualité du test, la qualité de la procédure, l'efficacité, l'étude des délais (voir ci-contre).

Tous les départements ayant initié un programme de dépistage ont fait l'objet d'une visite sur site par des experts du comité de pilotage et du coordinateur du programme. L'autorisation des nouveaux sites s'est faite après examen du dossier et sa présentation par ses responsables devant le GP. Des mesures de conformité avec le cahier des charges ont été préconisées chaque fois que cela était nécessaire notamment pour la mise en place du contrôle de qualité ou d'amélioration de la gestion des données et du suivi. Un délai a été donné pour permettre de se mettre aux normes.

Au total, un programme de dépistage organisé du cancer du sein fonctionne dans vingt départements dont dix depuis 1994. Une dizaine de départements s'apprêtent à démarrer d'ici l'été 1997.

D'ores et déjà, s'il n'est pas encore possible de savoir si le dépistage systématique du cancer du sein, en tant que tel, permettra des bénéfices en terme de réduction de la mortalité chez les femmes dépistées. Il est possible de dire que la mise en place de ce programme, est révélateur de multiples aspects du système de soins et ouvre la voie de façon novatrice à d'importantes mutations qui devraient se faire à moyen terme dans les pratiques de soins notamment dans les domaines de l'assurance de qualité, du suivi et de l'évaluation des mesures prises.

Christine Jestin

Indicateurs pour l'évaluation des campagnes de dépistage du cancer du sein

1 • Impact de la campagne
Taux de participation Insee
Taux de participation rapporté à la population invitée
Si possible
Taux de dépistage spontané

2 • Qualité du test
Taux de tests suspects à la première lecture
Taux de discordance entre les lectures
Taux final de tests suspects
Valeur prédictive positive du test

3 • Qualité de la procédure
- *À court terme*
  Taux de cancers chez les dépistées
  Taux de biopsies réalisées
  Taux de biopsies positives
  Valeur prédictive positive de l'indication de biopsie
- *À moyen terme*
  Taux de faux négatifs
  Taux de cancers d'intervalle

4 • Efficacité
- *À court terme*
  Taux de cancers invasifs inférieurs à 10 mm
  Taux de cancers sans envahissement ganglionnaire
  Taux de cancers *in situ*
- *À moyen terme*
  Taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes dépistées
  Taux de cancers chez les femmes non dépistées
  Taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes non dépistées dans la population cible

5 • L'étude des délais
Délais (moyenne, médiane et extrême) entre :
- la date du dépistage et la date de l'envoi des résultats,
- la date du dépistage et la date du traitement,
- deux mammographies de dépistage dans le cadre du programme.

populations concernées ou encore aux composantes spécifiques du programme.

Les variations de ces caractéristiques seront mesurées, dans la réalité, par des données concrètes nommées indicateurs et qui rendent compte du critère de jugement correspondant.

La collecte des indicateurs s'effectue avec des outils méthodologiques. Les outils de l'évaluation en santé publique, comme ceux de bien d'autres domaines, appartiennent aux méthodologies de disciplines scientifiques connues et utilisées depuis longtemps dont l'apport n'est plus à démontrer.

L'épidémiologie, les sciences sociales, les sciences économiques y compris les techniques comptables et de gestion, ont toujours contribué et le font plus que jamais, à la connaissance des relations de la santé avec son environnement. De plus, le caractère collectif des opérations de santé publique, les situe toujours dans l'un ou l'autre de ces domaines.

- Les études épidémiologiques comparent les effets réalisés aux effets attendus en utilisant des protocoles expérimentaux d'essais contrôlés, des procédures d'enquêtes de type quasi-expérimental, ou des enquêtes d'observation avant/après, ici/ailleurs.
- L'analyse économique permet de définir la rentabilité et l'efficience d'une action ou sa logique de productivité en pratiquant des analyses coût/efficacité, coût/utilité, coût/bénéfice.
- Les sciences sociales, enfin, explorent des hypothèses sur des causes implicites de résultats inattendus, recueillent des opinions, étudient des attitudes…

➤ G. Bréart, J. Bouyer. Méthodes épidémiologiques en évaluation. Rev Epidémiol Santé Publ, 1991, 39 : 5-14

Les méthodologies employées, contribuent à traduire la démarche d'évaluation en démarche méthodologique, couramment nommée « conduite de projet ».

Dans ce travail, il est d'usage de construire des tableaux de bord d'activité, d'utiliser des diagrammes d'organisation tels que ceux du type « Pert », ou des algorithmes de décision.

➤ R. Pineault, C. Daveluy. *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Agence d'ARC, 1986, 408 p.

L'intérêt d'une action ou d'un programme de santé publique, est de mesurer les résultats et les effets produits, que ceux-ci soient prévus ou imprévus ; de les interpréter et d'en déduire des recommandations.

La mise en l'application, totale ou partielle, de ces recommandations, pourra, selon les cas, faire l'objet d'autres évaluations. Ainsi, pourra-t-on, à plus ou moins long terme et si besoin est, mettre en évidence des répercussions ultérieures.

L'évaluation est un apport majeur d'aide à la décision pour entreprendre, poursuivre, modifier, analyser une action de santé publique. Elle représente un des moyens les plus adapté, pour participer à l'élaboration de systèmes de régulation de santé collective, nécessaires pour répondre en permanence à la réalité du social.

C. Blum-Boisgard, J. Gaillot-Mangin, F. Chabaud, Y. Matillon

Évaluation de la prévention

L'évaluation de la prévention est au même titre que l'évaluation des autres actions de santé une préoccupation majeure des intervenants en santé publique. La prévention peut être définie comme l'ensemble des actions ayant pour objectif de réduire l'incidence (prévention primaire) ou la prévalence (prévention secondaire) des maladies.

L'évaluer implique de porter un jugement de valeur sur sa capacité à atteindre ses objectifs. On distingue dans les interventions :

- les techniques, définition la plus élémentaire de l'activité des professionnels de santé (administration d'un supplément vitaminé) ;
- les pratiques, mises en œuvre des techniques selon le comportement habituel, la façon d'agir au quotidien des professionnels de santé (frottis du col utérin) ;
- les programmes, mis en œuvre de façon cohérente dans le temps et l'espace de techniques pour atteindre un but précis (vaccination) ;
- les politiques, mises en œuvre de techniques multiples de façon concertée, généralement au niveau central (prévention des accidents de la circulation).

Ces activités peuvent être réalisées au sein d'une clientèle (médecins, hôpital…), d'une population cible ou d'une collectivité territoriale (pays, région, département…)

Les actions de santé en général et de prévention en particulier peuvent être décomposées en ressources (moyens humains et financiers mobilisés), procédures (activités, techniques…), résultats exprimés sous forme d'un état de santé et impact, ensemble des conséquences attendues et inattendues de l'intervention.

L'évaluation peut être de recherche ; elle est alors de type épidémiologique, visant à démontrer l'efficacité potentielle ou réelle de l'intervention. Elle concerne alors surtout les techniques et doit pour être valide comparer deux ou plusieurs groupes de sujets qui ne diffèrent en moyenne que par la réalisation de l'intervention ; le modèle en est l'essai thérapeutique dont l'application à la prévention soulève un certain nombre de questions méthodologiques. Elle s'applique aussi à des programmes et des politiques et vise à vérifier l'efficacité en situation réelle de l'intervention. On ne peut alors utiliser que des méthodes quasi expérimentales (randomisation de groupes) ou non expérimentales (comparaison avant-après, ici-ailleurs, études de cohorte et cas témoins) rendant la conclusion causale plus difficile. Ce type d'évaluation suppose des mesures dans au moins deux échantillons, l'un issu de la population où est réalisée l'intervention, l'autre issu de population qui n'en bénéficie pas.

L'évaluation peut être professionnelle ; elle concerne surtout les pratiques, mais aussi les programmes et les politiques, elle est alors le plus souvent non épidémiologique ; elle vise à vérifier que les activités (dont l'efficacité est supposée démontrée puisque mises en œuvre) sont réalisées selon des références préétablies et/ou que le résultat est conforme à l'objectif visé. Ce type d'évaluation impose donc des mesures dans un seul échantillon issu de la population où est réalisée l'intervention.

L'étude Suvimax (évaluation de recherche sur un mode expérimental), le projet Canevas (évaluation de programme sur un mode quasi-expérimental) et le programme PTVP (évaluation de pratiques en milieu hospitalier) présentent des exemples d'évaluation de la prévention dans des contextes différents. Ils démontrent l'extrême diversité des méthodes à utiliser qui doivent être adaptées au type de prévention, au mode de réalisation et aux questions auxquelles on souhaite répondre. Il n'existe pas d'outil unique permettant d'assurer de telles évaluations essentielles pour les choix de santé publique : l'évaluation de recherche est indispensable à la réalisation des choix les plus éclairés, l'évaluation professionnelle est indispensable à la vérification de la pertinence des choix et de l'adéquation de leur mise en œuvre dans les pratiques, les programmes et les politiques de santé. **S. Briançon, P. Presiozi, M. M. Cao, P. Galan, D.-J. Lepaux, J.-F. Collin, A. Paul-Dauphin, S. Hercberg**

Le projet Canevas

Contexte

L'évaluation des actions de prévention peut s'effectuer par des essais d'intervention en population. Ces études ont en commun, contrairement aux essais randomisés et contrôlés individuels, de prendre en compte l'ensemble des habitants d'une zone géographique afin de former des groupes bénéficiant ou non d'un programme de santé. Les essais en population, dans l'évaluation d'interventions préventives, apportent des informations sur les méthodes de prévention utilisables à grande échelle. La mesure préventive est évaluée en situation réelle, dans la communauté. L'efficacité de la prévention est alors également évaluée dans le milieu réel avec les interactions psycho-socio-sanitaires multiples qui y naissent.

Les essais en population permettent une bonne diffusion de l'information augmentant ainsi l'efficacité de l'intervention. Ils permettent la généralisation des résultats pour les décideurs politiques. Cependant des critiques méthodologiques peuvent être faites. Ils ne permettent pas de conclure à l'efficacité du contrôle du facteur étudié car ils ne prennent pas en compte tous les facteurs étiologiques. De plus, on observe parfois un effet de grappe qui consiste à avoir deux groupes ▶

L'étude Suvimax

Suvimax (supplémentation en vitamines et minéraux antioxydants) est un essai d'intervention randomisé, en double aveugle.

Contexte

Des travaux expérimentaux, cliniques et épidémiologiques, ont suggéré le rôle protecteur possible de certains minéraux et vitamines antioxydants vis-à-vis de processus contribuant au déterminisme de grandes pathologies (affections cardio-vasculaires et cancers). Elles sont à l'évidence d'origine multifactorielle. Le poids relatif des facteurs alimentaires dans leur déterminisme est difficile à préciser, mais des arguments épidémiologiques, cliniques et expérimentaux laissent à penser qu'ils sont importants. Ce fait est essentiel compte tenu que des possibilités d'intervention sur l'alimentation existent.

Cependant la nature même des approches épidémiologiques utilisées et des résultats observés (corrélations géographiques et même individuelles) ne permet pas d'affirmer l'existence d'un lien de causalité entre ces facteurs nutritionnels et les pathologies incriminées, ce que seuls les essais expérimentaux peuvent faire. C'est dans cet esprit que ce situe le projet Suvimax.

Objectif

L'objectif est d'évaluer dans un ▶

Le programme PTVP

Il s'agit d'une évaluation de la pratique de la prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP) au CHU de Nancy.

Il comporte deux parties : l'une chez les patients opérés pour lesquels il existe un référentiel issu des données de la science et mis en forme grâce à des conférences de consensus et l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique ; un véritable audit peut donc être mis en place. L'autre chez les patients non opérés pour lesquels il n'existe pas actuellement de consensus ; il s'agit donc uniquement d'une enquête de pratique.

Contexte

Le choix de ce sujet est lié au fait qu'il existe des référentiels de bonne pratique pour les patients opérés, et qu'à l'inverse il n'existe ▶

globalement différents quant aux variables étudiées alors que les individus qui les constituent sont semblables.

Objectif

Le projet Canevas (Le canton pour l'évaluation en santé) a pour objectif de développer un instrument pour l'évaluation basé sur la méthodologie de l'essai en population pour des sujets résidant dans des zones géographiques multifocales limitées, bien circonscrites, mais de surface suffisamment importante permettant de disposer d'informations pertinentes.
L'institut fédéral de recherches (IFR) « évaluation et prévention » souhaite construire un instrument utilisable à long terme, dans le domaine de la santé, pour la prévention mais aussi pour d'autres types d'interventions (évaluation des soins, de la protection sociale…), sur lequel les membres de l'IFR ou d'autres équipes pourront greffer des recherches, répondant à leurs besoins spécifiques.

Méthodes

Unités géographiques

Les groupes (clusters) utilisés comme unités de randomisation peuvent être des départements, des arrondissements, des cantons, des villes, des villages, des lieux de travail, des écoles… Une distinction peut être faite entre les « petites communautés » (entreprises, écoles) et les communautés plus importantes (villes, départements). Dans ce dernier cas, il n'est pas possible d'enregistrer les informations pour chaque individu, mais il est nécessaire de travailler sur des échantillons d'individus représentatifs de la communauté. Pour ce projet, l'unité géographique retenue est le canton. Pour des raisons méthodologiques, il est préférable qu'il y ait au moins trente unités.
La Lorraine est composée de 2 348 communes dont 1 996 sont rurales, de 144 cantons (38 en Meurthe-et-Moselle, 31 en Meuse, 44 en Moselle, 31 dans les Vosges).
Les cantons regroupent un nombre suffisant d'habitants et sont assez nombreux pour que le tirage au sort de certains d'entre eux permette d'obtenir des unités géographiques indépendantes et représentatives. Le canton est une circonscription administrative qui ne possède ni bien ni administration spécialisée. Différents indicateurs sont connus et disponibles à l'Insee à l'échelle cantonale : le nombre d'habitants, la structure d'âge et la densité de population, des indicateurs socio-économiques tels que la répartition des catégories sociales, la part des communes rurales dans le canton et enfin des indicateurs de densité médicale

---

essai contrôlé individuel chez des sujets présumés sains, l'efficacité d'une supplémentation en vitamines et minéraux antioxydants, à doses nutritionnelles (une à deux fois les apports nutritionnels conseillés), pour réduire l'incidence des pathologies cardiovasculaires et des cancers, et de la mortalité qui leur est consécutive. Les nutriments étudiés sont les vitamines E, C et le bêta-carotène, le zinc et le sélénium.

Méthodologie

Type d'étude

Il s'agit de comparer par cette étude expérimentale deux groupes de sujets recevant de façon continue, selon les mêmes modalités : l'un une association de minéraux et vitamines antioxydants donnés à doses nutritionnelles (principe actif ou verum), l'autre, un placebo.
L'attribution du type de capsule (principe actif ou placebo) a été fait, en double insu, par tirage au sort individuel, stratifié sur le sexe, la classe d'âge et certains facteurs de risque des pathologies étudiées.

Échantillonnage

L'étude inclut 13 500 sujets adultes volontaires (hommes de 45 à 60 ans et femmes de 35 à 60 ans). Ces volontaires ont été recrutés à partir d'un panel de 80 000 volontaires sélectionnés au niveau national par une campagne multimédia (télévision, radio, presse écrite nationale et régionale). La composition de la cohorte approche le plus possible celle de la population nationale pour les classes d'âge concernées.

Nutriments et doses

Les quantités journalières, ajoutées aux apports naturels par l'alimentation, permettent d'assurer des apports en ces nutriments qui se situent entre 1 et 3 fois les apports nutritionnels recommandés : zinc 20 mg, sélénium 100 mg, bêta-carotène 6 mg, vitamine C 120 mg, vitamine E 30 mg. Ces doses pourraient être obtenues par des conseils alimentaires et/ou la consommation d'aliments enrichis. À cet égard l'étude Suvimax se situe donc dans une finalité « nutritionnelle » et non « pharmacologique ».

Critères de jugement

L'efficacité de l'intervention sera jugée sur quatre critères principaux : la mortalité globale, l'incidence des cancers tous sites confondus, l'incidence de l'infarctus du myocarde, l'incidence de la cataracte.
Les critères accessoires sont : la mortalité par cancer et l'incidence de certaines localisations cancéreuses, la mortalité par cardiopathie ischémique et par mort subite de cause inconnue, l'incidence de l'angor, la qualité de vie.

Surveillance de la cohorte

La durée de la surveillance a été

---

aucune donnée scientifique certaine concernant l'efficacité des héparines de bas poids moléculaires (HBPM) dans la prévention de la TVP chez les patients non opérés. D'autre part les héparines peuvent être à l'origine d'une thrombopénie (chute des plaquettes sanguines) et ce risque doit être pris en compte
Les problèmes suspectés sont la non application à 100 % du référentiel chez les malades chirurgicaux, une grande variabilité de pratique chez les malades médicaux et le non respect des règles de surveillance impliquées par le libellé de l'autorisation de mise sur le marché.
Le choix de ce sujet suppose l'acceptation de perspectives de changement. Ce travail doit s'inscrire dans un contexte institutionnel favorable permettant de déboucher sur des corrections, et une perspective d'amélioration dans une véritable démarche qualité. Il est mis en place par la commission de la qualité des soins de l'établissement qui en définit les grandes orientations, créé un comité de pilotage ainsi que le groupe projet chargé de la réalisation sur le terrain.
Ce travail est important pour l'hôpital au sein duquel les HBPM sont largement utilisées et représentent un poste important des dépenses pharmaceutiques pour la société : la TVP est une maladie lourde de conséquences avec des coûts directs, indirects et intangibles élevés, sans oublier l'intérêt du patient chez lequel la survenue d'une TVP comporte un risque vital et porte atteinte à sa qualité de vie.

Objectifs

Pour les indications et la posologie, l'objectif est, en chirurgie, de comparer la pratique réelle à la pratique théorique et répondre

comme le nombre de médecins libéraux.
Plusieurs scénarios de sélection de cantons ont été développés afin de ne retenir que des cantons qui ne se touchent pas. À partir du scénario donnant la meilleure représentation régionale, les cantons ont été regroupés par triplet sur les critères suivants :

- la population totale, divisée en classes ;
- le pourcentage de sujets âgés de plus de 60 ans ;
- le pourcentage d'ouvriers.

Les cantons de la périphérie des régions sont exclus. En effet, les sujets habitant à la périphérie peuvent être amenés à se soigner dans d'autres régions ; ils disparaitraient alors des fichiers (exemple : recueil des hospitalisations). Les cantons comportant des fractions de villes sont exclus.
Vingt-quatre cantons ont été choisis, constituant 8 triplets. Pour chaque triplet, un des cantons sera ensuite éliminé afin de former une paire. Ces cantons exclus le seront par un consensus des membres de l'IFR.

Recueil d'informations

Le recueil d'informations se fera d'une part, de manière exhaustive pour des paramètres recueillis en routine par les institutions régionales, et d'autre part, sur des échantillons transversaux aléatoires de 500 personnes par canton, répétés régulièrement. La taille exacte des échantillons sera proportionnelle à l'effectif de la population.
Les informations recueillies seront socio-démographiques, cliniques et biologiques. Elles seront relatives au mode de vie (activité physique, tabagisme, prise d'alcool, alimentation, exposition à des toxiques…), à la santé (antécédents, événements pathologiques, qualité de vie), aux consommations de soins (recours aux structures hospitalières, prise de médicaments). Ces données seront obtenues par questionnaires auto-administrés ou administrés par enquêteur ou par consultations des fichiers de données des hôpitaux et des centres d'examens de santé. Une collaboration avec le Comité français d'éducation pour la santé est à l 'étude pour utiliser des questionnaires dérivés du « Baromètre santé ».
Toute équipe souhaitant bénéficier de cette structure pour évaluer un programme pourra soumettre son projet au conseil scientifique de l'IFR qui décidera des modalités de collaboration.
Un premier projet est à l'étude dans le cadre des financements du Fond d'intervention en santé publique sur le thème de la prévention de l'alcoolisme, retenu comme prioritaire par la région Lorraine.

---

fixée à huit ans. Elle se fait sur le plan biologique, clinique et paraclinique, et alimentaire.

Surveillance des événements-santé et de la consommation alimentaire

Elle se fait grâce à un minitel optimisé par un boîtier périphérique remis gratuitement à tous les volontaires et qui permet d'améliorer l'ergonomie du minitel et de fonctionner hors commutation téléphonique. Les données saisies sont téléchargées sur un serveur.

- Tous les événements-santé, la « consommation médicale », l'observance et la morbidité ressentie sont recueillis chaque mois.
- La consommation alimentaire est mesurée un jour tous les deux mois (sous forme d'un enregistrement de l'alimentation pendant 24 heures) grâce à un document iconographique spécialement conçu à cet effet.

Surveillance clinique

Un contact direct entre les volontaires et les équipes médicales Suvimax pour le bilan clinique et paraclinique a lieu tous les deux ans. Le suivi médical des volontaires est assuré par des équipes médicales qui se déplacent à bord de 2 unités mobiles spécialement aménagées à cet effet qui stationnent au niveau des centres hospitaliers des 65 villes-étapes. Le personnel (médecins, infirmières et techniciens radio) a été spécialement recruté et formé pour cette enquête.

Surveillance biologique

Elle se fait tous les deux ans (prélèvement de 35 ml de sang veineux), en alternance avec le bilan clinique, dans les unités mobiles. Les principaux paramètres étudiés sont les vitamines et les oligo-éléments antioxydants, l'hémoglobine, un bilan lipidique, la glycémie, l'iodurie. Une biothèque a été réalisée la première année de prélèvement (12 paillettes par sujet sont stockés dans deux biothèques au CTS d'Annemasse et au CIRC de Lyon).

Structures de surveillance

À côté de la coordination nationale (Dr Serge Hercberg), quatre équipes de recherche et/ou hospitalo-universitaires : à Paris (Dr Pilar Galan, Dr Paul Preziosi), à Tours (Dr Denis Malvy), à Nancy (Pr Serge Briançon, Dr Agnès Paul-Dauphin) et à Grenoble (Pr Alain Favier, Pr Anne-Marie Roussel) ont la responsabilité de coordonner sur le plan régional le projet Suvimax.
Les coordinateurs s'appuient sur deux comités opérationnels indépendants, en charge de la surveillance du protocole sur les aspects méthodologiques et cliniques : le comité de surveillance (international avec un représentant du ministère du Travail et des Affaires sociales et du ministère de l'Agriculture) et le comité médical.

---

aux questions suivantes : pour un patient traité : « Était-il légitime de traiter ce patient ? » et « le traitement appliqué était-il approprié ? » et pour un patient non traité : « Était-il légitime de ne pas traiter ce patient ? ». Le référentiel utilisé est celui des RPC de l'AP-HP de Paris. L'objectif est, en médecine, d'acquérir des connaissances sur ce qui est fait dans ce domaine à l'aide d'une enquête de pratiques. Un constat sera établi, permettant la mise en place d'une réflexion sur les pratiques.
Pour la surveillance du traitement, l'objectif est de comparer la pratique réelle à la pratique théorique. sur la base des règles imposées par l'autorisation de mise sur le marché pour la surveillance.

Méthodes

Réalisation d'une enquête transversale sur les pratiques dans 17 services volontaires : 9 de chirurgie, 5 de réanimation, 3 de médecine.
Recueil de données sur 387 dossiers de patients sélectionnés par échantillonnage aléatoire dans une liste administrative des séjours du mois d'octobre 1995.
Élaboration d'une fiche de recueil « fermée, explicite ». Contrôle et validation des données.
Classification des dossiers chirurgicaux en conformes, déviants acceptables après révision et non acceptables après classification dans un des groupes de risque faible, modéré ou élevé en fonction du type de chirurgie et des caractéristiques du patient.

Conséquences

Les résultats analysés par le comité de pilotage et transmis à la commission d'évaluation doivent conduire à définir des modalités de corrections des déviances avec suivi des résultats.

L'évaluation économique des actions de santé

Avec l'augmentation de la demande de soins dans un contexte de resserrement budgétaire, l'évaluation économique des actions de santé devient incontournable si l'on veut maintenir un système de soin de qualité accessible à tous. Après avoir évoqué la nécessité et les difficultés de l'évaluation médico-économique, le chapitre présente les outils et le cheminement de cette démarche, ainsi que l'aide qu'elle apporte aux décideurs, favorisant la prise de décision sur des critères plus objectifs qu'intuitifs.

Si, avec Contandriopoulos, on peut définir l'évaluation comme « la démarche consistant fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention (une technique, une pratique, une organisation, un programme, une politique) dans le but d'aider à la décision », on peut convenir que, dans le champ de la santé, il s'agit là d'une démarche qui est aussi vieille que l'expérimentation scientifique pratiquée dans ce domaine.

A. P. Contandriopoulos. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *In :* Th. Lebrun, J.-Cl. Sailly, M. Amouretti. *L'évaluation en matière de santé. Des concepts à la pratique.* Sofestec/Cresge éditeur, 1991, 15-32.

La nécessité de l'évaluation

Ce qui est plus récent (le milieu des années quatre-vingt) et beaucoup moins accepté par les milieux médicaux, est lié à l'apparition de l'évaluation de nature médico-économique, discipline nouvelle ajoutant des critères économiques aux critères médicaux. Plusieurs éléments expliquent cette réticence, liés à des considérations de nature éthique ou à l'organisation spécifique du système de production des soins.

Éthique et évaluation

Le monde des soignants est très réservé, voire inquiet, quant à l'importance croissante accordée aux aspects économiques dans les prises de décision touchant au système de soins : comment peut-on introduire des critères de nature financière dans un domaine aussi essentiel que celui de la santé ? Ne serait-il pas choquant de refuser des soins au nom de considérations économiques ? Il est de la grandeur du médecin, qui a liberté de prescription, de ne considérer que le bien de son patient et de lui prescrire ce qu'il juge bon. Au nom même de son éthique, le soignant n'aurait pas à prendre en compte les conséquences économiques de ses décisions.

Pour l'économiste de la santé, à l'inverse de ces idées, il y a une nécessité d'ordre éthique à prendre en compte les aspects économiques. Le problème que l'économiste tente de résoudre est d'obtenir le plus de santé possible avec un budget donné ; ces préoccupations rejoignent celles des soignants qui souhaitent également produire le maximum de santé chez leurs patients, compte tenu des contraintes qui sont les leurs : état des techniques, temps disponible, hiérarchisation des urgences. De ce fait, la démarche éthique exige que le budget dont on dispose soit réparti de façon optimale.

Un système de soins propice à une régulation économique ?

En raison des particularités du bien santé (importance qui lui est attachée, grande incertitude sur son maintien, degré de gravité potentiellement lourd des maladies, souhait de permettre l'accès de tous aux soins), les pays développés ont institué des systèmes d'assurance maladie, chargés de mutualiser les risques et de rompre la liaison économique directe entre le malade et le soignant. Cette occultation des aspects économiques constitue l'honneur de nos sociétés qui ont ainsi souhaité le développement de soins de qualité pour tous.

Cependant, si pour des raisons de solidarité, on pousse trop loin cette logique, le système risque de devenir moins efficace, c'est-à-dire de produire moins de santé que ce que l'on pourrait en attendre. Aussi, apparaît-il nécessaire de réintroduire dans le système de soins, en particulier chez les offreurs, des préoccupations d'ordre économique en vue d'en améliorer l'efficience. Ceci est d'autant plus nécessaire actuellement où l'on est confronté simultanément à la montée des besoins et au resserrement des contraintes financières.

Ceci est encore renforcé dans le cas du système de soins français qui se caractérise par des spécificités rendant plus difficile la régulation économique : multiplicité des régimes, présence de deux tutelles ; absence d'une politique de santé publique ; cloisonnement entre décideurs et financeurs, entre dispositifs et filières, entre aspects médicaux et sociaux ; faible place accordée à l'évaluation ; faiblesse des moyens de régulation de la médecine libérale. Reste à savoir si la réforme en cours portera remède à l'essentiel de ces dysfonctionnements. En toute hypothèse, une place grandissante devra être réservée à l'évaluation.

Une démarche complexe, une pratique courageuse

Ce type d'évaluation a pour objet la recherche de l'efficience, c'est-à-dire du meilleur rapport coût/performances des actions de santé. C'est là une démarche complexe :

- en raison de l'état d'esprit qu'elle suppose : remise en question constante des résultats des actions entreprises au regard de la fin recherchée ;
- en raison de la rigueur nécessaire de la démarche, qui doit se référer à des méthodologies éprouvées ;
- en raison de la diversité des champs couverts (depuis l'évaluation d'une politique de santé jusqu'à celle d'une pratique ou d'une technique), des points de vue à considérer et des critères de jugement adoptés.

C'est là une pratique courageuse, difficile, exigeant la collaboration de nombreuses disciplines, notamment épidémiologique, médicale, économique, statistique, voire psychosociale.

Les outils

Les responsable de la santé publique et les professionnels de santé sont et seront de plus en plus confrontés à des questions du type : faut-il lancer un programme de dépistage de l'hépatite C ? Faut-il continuer à dépister le cancer du colon ? Faut-il privilégier la greffe du rein par rapport à l'hémodialyse ? Les apports de la caméra à positrons justifient-ils sa diffusion et si oui, dans quel cas ? Quel type de traitement antiasthmatique faut-il préconiser pour tel type de malade ? Le retour rapide au domicile doit-il être préconisé pour tel type d'intervention chirurgicale ?

Pour répondre à ces questions, il convient d'évaluer, en vue de les comparer, les rapports coûts-résultats des divers actions ou programmes de santé effectués ou entrevus. Ceci suppose trois types d'opérations : mesurer les coûts, mesurer les résultats, combiner ces deux

éléments. Or, ce cheminement est difficile pour plusieurs ordres de raisons : en l'absence de prix de marché dans le domaine de la santé, la mesure des coûts pose des problèmes méthodologiques redoutables ; en second lieu, l'occultation des aspects économiques rend difficile la révélation des préférences des individus et de la collectivité face aux utilisations alternatives des ressources : comment faire s'exprimer ces préférences, les mesurer et les additionner ? Enfin, les systèmes d'information élaborés dans le système de soins ne sont pas conçus pour recueillir facilement les informations souhaitables en vue de reconstituer ces rapports coûts-résultats.

L'évaluation économique suppose donc que l'on rapproche les coûts des résultats dans une analyse intégrée. Nous expliciterons tout d'abord l'évaluation des coûts avant d'envisager la mise en relation de chacun de ces termes dans des modèles de coût-efficacité, de coût-utilité ou de coût-bénéfice. Auparavant, nous expliciterons la nécessité de définir le point de vue d'où l'on se place pour effectuer l'évaluation médico-économique.

Ces évaluations peuvent être réalisée du point de vue de plusieurs acteurs. On peut considérer le seul patient, envisager sa famille (ainsi, pour le coût de la sclérose en plaques, peut-on analyser les répercussions de l'atteinte sur l'entourage du patient). La perspective peut s'élargir à l'institution de soins (ainsi pour alléger leur budget, certaines structures hospitalières peuvent avoir intérêt à faire réaliser des prestations en ambulatoire). Très souvent, le point de vue adopté est celui de l'assurance maladie, ou celui de l'État, voire, plus largement encore, celui de la collectivité toute entière. En toute hypothèse, le point de vue adopté doit être clairement annoncé car il influe sur la nature des éléments pris en compte dans l'évaluation, notamment dans le calcul des coûts.

L'évaluation des coûts

Lorsque l'on évalue le coût d'une pathologie ou les aspects de coûts liés à une action de santé, plusieurs types de coûts sont habituellement distingués.

Les coûts directs

Ils représentent la valeur de l'ensemble des ressources consommées directement pour traiter la maladie ou pour produire l'action de santé évaluée. On les répartit en coûts directs médicaux (coût des interventions, des tests, des médicaments, du traitement des effets secondaires) et coûts directs non médicaux (frais de transport, par exemple). Ces coûts directs peuvent être subdivisés en coûts variables (qui sont fonction du niveau d'activité : par exemple, le matériel jetable utilisé lors d'une intervention) et en coûts fixes, qui sont indépendants du nombre d'actions effectuées (par exemple, l'amortissement des bâtiments).

Les coûts indirects

Ils reflètent la valeur des conséquences de la maladie ou de l'action de santé qui ne sont pas prises en compte dans les coûts directs. On distingue d'une part, les coûts pouvant être mesurés, par exemple les pertes de production liées à un arrêt d'activité professionnelle, d'autre part les coûts intangibles tels que les conséquences psychologiques, la survenue d'un handicap, le *pretium doloris*.

Quels coûts prendre en compte ?

La nature des coûts à prendre en compte dépend du point de vue d'où l'on se place et de la nature de l'évaluation effectuée. Pour les évaluations de type coût-efficacité ou coût-utilité qui seront présentées plus loin, l'opinion générale prévaut que l'on s'intéresse uniquement aux coûts directs.

Dans un secteur où les aspects économiques sont occultés et où il existe de nombreux prix administrés, la reconstitution des coûts se heurte à de nombreux problèmes méthodologiques.

Pour les économistes, la notion de coût pour une action qu'il faudrait adopter est celle du coût d'opportunité. Ce coût est défini par la valeur de ce que produirait l'utilisation alternative des ressources affectées à cette action si elles étaient appliquées à la production d'une autre action. Cette opération est rendue très difficile en l'absence de prix de marché. En toute hypothèse, dans un système administré où sont appliqués les nomenclatures en médecine ambulatoire, les forfaits ou les budgets globaux en médecine hospitalière, comment connaître, de façon précise, le coût unitaire des ressources consommées ?

En pratique, et en fonction de la nature de la question posée, de l'identité du demandeur et du point de vue d'où l'on se place (celui du patient, de l'hôpital, de la sécurité sociale, de

la collectivité), plusieurs mesures de coût sont utilisées :

- les tarifs de convention, tels qu'ils sont définis par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), par les tarifs de prestation journalière, par les prix publics de médicaments ;
- les résultats de la comptabilité analytique, utilisés dans la reconstitution des coûts à l'hôpital, qui posent question au regard de la prise en compte des charges fixes ;
- les coûts de référence : coûts associés à une pathologie (groupe homogène de malades, GHM) ; coûts standards associés à une prestation médicale (indice de coût relatif, ICR) ;
- les reconstitutions du coût réel à partir d'un relevé détaillé du volume de chaque ressource utilisée, ces volumes étant ensuite valorisés par le recours à des prix (eux-mêmes pas toujours faciles à reconstituer !).

Pour ce qui est de la mesure des pertes de production, plusieurs propositions sont avancées : certaines recourent au niveau du salaire moyen de l'ensemble des actifs ou des actifs de la catégorie professionnelle concernée, d'autres au produit intérieur brut par actif, d'autres encore au coût d'ajustement que représente, pour les entreprises, l'absence d'un salarié.

Enfin, des difficultés sont souvent rencontrées dans l'établissement des fonctions de coût, qui relient les coûts aux quantités produites, notamment lorsque des effets de seuil se produisent en lien avec le volume de production (par exemple, lorsque le coût de certains examens complémentaires est fonction de la quantité produite).

Les études coût-efficacité

Dans ce type d'évaluation, on compare, pour plusieurs stratégies, les coûts et les résultats obtenus, ces derniers étant mesurés en unités physiques (par exemple, la réduction de la pression sanguine exprimée en mm/Hg ou le nombre d'années supplémentaires de survie). On peut ainsi comparer différents types de stratégies dans toutes sortes de domaines (intérêt d'une campagne de dépistage du cancer du côlon ; traitement des insuffisants rénaux chroniques par dialyse ou par greffe du rein ; traitement de l'infarctus du myocarde par trois stratégies médicamenteuses différentes, etc.). Pour des maladies graves, on peut ainsi déterminer, par exemple, le montant financier nécessaire pour gagner une année de vie.

Dans ce genre d'études, il importe de s'intéresser à un critère d'efficacité qui soit pertinent. Plusieurs critères peuvent être utilisés. Il existe en premier lieu des résultats intermédiaires (par exemple l'évolution d'un paramètre biologique ou clinique). La question est alors de savoir s'il existe une liaison positive (et, si oui, laquelle : de type linéaire, proportionnel, etc.) entre ce résulat intermédiaire et l'amélioration de la santé ? La question se pose de manière aiguë dans l'évaluation des stratégies diagnostiques : les résultats obtenus influent-ils sur la thérapeutique adoptée et sur les résultats de cette dernière ? Un autre exemple est donné, dans les campagnes de dépistage, par la détection de cancers : cette détection change-t-elle les taux de mortalité de la population concernée ? En second lieu, on peut recourir à des critères plus tangibles de cette amélioration, à savoir les années de vie gagnées.

Une illustration de la nécessaire pertinence des indicateurs de résultats utilisés est fournie par la procréation médicalement assistée, prend-on comme indicateur d'efficacité le nombre de grossesses biochimiques, le nombre de grossesses cliniques, le nombre d'enfants nés vivants ou le nombre d'enfants nés et sans handicap ?

Depuis quelque temps, dans certaines affections (traitement du cancer par exemple), les cliniciens ajoutent, parmi les critères d'efficacité, la mesure de la qualité de vie, telle qu'elle peut être mesurée par des instruments généraux (du type ISPN, SF 36, SIP) ou par des instruments spécifiques élaborés dans le cadre de pathologies particulières (l'asthme, le cancer). Les avis sont partagés sur la pertinence de cet ajout dans le cadre d'études coût-efficacité.

Les études coût-utilité

Ces études constituent, en fait, un enrichissement des études coût-efficacité en ce sens que l'efficacité est ici pondérée par la qualité de vie afin de mesurer l'« utilité » de l'action ainsi évaluée. Dans ce type d'étude, le coût de la stratégie est mis en face du résultat de l'action, apprécié désormais à travers une mesure unique incorporant à la fois la quantité et la qualité de vie gagnée. À l'aide de méthodes dites expérimentales, du type échelles visuelles analogiques, loteries (standard Gamble),

marchandage temps (time trade off), on tente de mesurer les pondérations de qualité de vie qu'un individu présente concernant les états de santé proposés à son évaluation. Deux indicateurs sont actuellement utilisés : les Qalys (*Quality adjusted life years*), qui multiplient chaque année de vie par une pondération comprise entre 0 et 1, pondération traduisant l'évaluation de l'état de santé ; les Hyes (*Healthy years equivalent*) que l'on définit comme le nombre d'équivalent années en bonne santé correspondant à un certain nombre d'années passées dans un état de santé donné.

De multiples controverses ont surgi, depuis le début des années quatre-vingt-dix, pour critiquer les fondements théoriques et méthodologiques des méthodes expérimentales utilisées et pour comparer les mérites respectifs des deux types d'indicateurs élaborés. Concernant les Qalys, Pliskin *et al.*, par exemple, ont défini les conditions nécessaires pour que cet instrument constitue une mesure cardinale valide des décisions individuelles : indépendance entre nombre d'années et qualité de l'état de santé ; indépendance de la substitution durée de vie/qualité de vie à l'égard du nombre d'années restant à vivre ; hypothèse de neutralité au risque. Loomes et McKenzie ont montré que la réalité ne correspond guère à ces hypothèses. De plus, la façon dont on calcule les Qalys (selon les différentes méthodes exposées plus haut) aboutit à des résultats assez différents. Concernant les Hyes, il semble que les hypothèses sur lesquelles repose cet indicateur soient moins restrictives que pour les Qalys, même si certains auteurs ne sont pas en accord sur ce point. La controverse n'est pas achevée, mais de nouvelles voies de recherche se dessinent, tels les essais pour établir les Qalys à partir d'une fonction d'utilité multi-attributs.

Au total, si l'ensemble des experts s'accorde à reconnaître l'intérêt de recourir à des études de type coût-utilité, il n'y a pas accord quant au meilleur moyen d'y parvenir.

Les études coût-bénéfice

Les études coût-efficacité et coût-utilité sont particulièrement intéressantes dans le cadre de décisions touchant un petit nombre de stratégies ayant trait au même domaine sanitaire (par exemple comparaison de deux stratégies médicamenteuses dans la prise en charge du diabète). Elles se heurtent néanmoins à deux types de limites : d'une part, elles ne prennent pas en considération les conséquences non tangibles des actions de santé ; d'autre part, si les coûts des stratégies peuvent être comparés entre eux, il n'en va pas toujours de même des résultats (comment comparer une diminution du nombre de crises chez un asthmatique avec l'allongement d'un périmètre de marche chez un artéritique ?). Les études coût-bénéfice tentent de remédier à ces inconvénients en évaluant et les coûts et les résultats en termes monétaires. De ce fait, tous les programmes analysés peuvent être comparés entre eux puisqu'évalués dans la même unité.

Pour apprécier les résultats en unités monétaires, deux méthodes sont utilisées. La première, déjà ancienne, se propose de mesurer le prix de la vie humaine à partir de la théorie du capital humain. Elle consiste à valoriser les jours de vie ou de santé perdus à cause d'une atteinte, au moyen de la valeur productive de l'individu. Cette méthode est aujourd'hui très critiquée, notamment en raison des difficultés d'application qu'elle soulève dans une économie se caractérisant par le chômage et la flexibilité ou encore dans le cas de patients âgés.

Une seconde méthode, dite d'évaluation contingente, tente de mesurer le consentement à payer des individus pour une amélioration de leur santé. Empruntée à l'économie de l'environnement, cette méthode a été appliquée au domaine de la santé depuis les années quatre-vingt-dix. On citera à cet égard Gafni ; dans des applications au traitement de l'hypertension, Johannesson ; dans le dépistage anténatal, Moatti, Julian, Le Gales et Seror ; dans le traitement de la narcolepsie, Allenet. Cette méthode doit encore être étayée aux niveaux conceptuel et méthodologique : comment construire des scénarios réalistes pouvant être proposés aux personnes interrogées, comment déterminer les populations à enquêter, comment traiter les divers biais repérés dans les réponses ?

À propos des études coût-bénéfice, les experts soulignent à la fois l'intérêt qu'il y aurait à disposer d'un indicateur unique et cardinal des résultats et la difficulté à construire cet indicateur.

Devant cette difficulté, certains économistes pensent qu'en attendant des avancées conceptuelles et méthodologiques, il convient de préférer à ces analyses (idéales mais non praticables pour le moment) des études offrant aux

- M. Le Net. *Le prix de la vie humaine*. Paris : La documentation Française, 1978.
- B. Walliser. *Les disparités des valeurs de la vie humaine*. Revue RCB, ministère de l'Économie et des Finances, direction de la Prévision, 1975.
- M. W. Jones-Lee. *The Value of Life and Safety: A Survey of Recent Developments*. Genève : Paper on Risk and Insurance, 1985, 10, 36.

J. S. Pliskin, D. S. Shepard, M. C. Weinstein. *Utility Functions for Life Years and Health Status*. Operations Research, 1980, 28 : 206-224.

C. Buron, A.-M. Fericelli, C. Le Gales. *Théorie de l'utilité espérée multi-attributs explicitement décomposée : norme des modèles Qalys ?* Communication aux 17es Journées des économistes français de la santé, Grenoble, juin 1995.

- A. Gafni. Willingness-to-Pay as a Mesure of Benefits. *Medical Care*, 1991, 29(12) : 1246-52.
- A. Johannesson, H. Aberg, L. Agreus, L. Borgquist, B. Jonsson. Cost-Benefit Analysis of Non-Pharmaceutical Treatment of Hypertension. *Journal of Internal Medicine*, 1991, 230 : 307-12.
- M. Johannesson. Economic evaluation of hypertension treatment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1992, 8(3) : 506-23.

décideurs les divers types de résultats obtenus grâce à une action de santé (changements dans l'état de santé, dans la qualité de vie perçue, dans le recours aux soins, dans l'activité, professionnelle ou non) sans pouvoir agréger ceux-ci, et en mettant en présence de ces divers résultats, le coût de l'investissement nécessaire pour les obtenir.

D'autre part, on réalise des études coût-bénéfices au sens étroit : on rapproche alors des coûts d'une stratégie, les coûts évités grâce à cette dernière (par exemple des journées d'hospitalisation en moins, le recours évité à une tierce personne, de moindres arrêts de travail). Tant les coûts que les résultats sont alors estimés en unités monétaires. Mais il faut indiquer que cette approche ne prend pas en compte les résultats non tangibles d'une action de santé.

La question de l'actualisation

Bien des actions de santé font intervenir le temps, soit au niveau de leur réalisation (traitement au long cours, par exemple, recours à des appareils dont la durée de vie est longue), soit au niveau de leurs conséquences (évitement d'une maladie à long terme, par exemple). Or, on sait que l'on accorde plus de valeur au présent qu'au futur. De ce fait, si l'on veut comparer des périodes de temps différentes, il importe de les comptabiliser dans une même unité de mesure, ce qui se traduit par la technique de l'actualisation.

Les économistes sont d'accord pour indiquer que toute mesure de coût faisant intervenir le temps doit recourir à la technique de l'actualisation. Néanmoins, dans le cas des coûts monétaires associés au bien non marchand que constitue la santé, non transférable dans le temps, le principe et, surtout, les modalités de l'application de l'actualisation posent problème : quel taux faut-il utiliser ? Faut-il actualiser et les coûts et les résultats ? Si oui, le taux d'actualisation appliqué doit-il être le même ?

Concrètement, les préconisations effectuées sur ce point sont de procéder à une actualisation doublée d'une analyse de sensibilité, ce qui permet de voir dans quelle mesure les résultats de l'évaluation sont dépendants du taux d'actualisation retenu.

Même si des avancées significatives ont été réalisées depuis une dizaine d'années concernant les soubassements théoriques de l'évaluation économique, ainsi que la mise au point des méthodologies appropriées, des progrès doivent encore être réalisés pour que ces travaux d'évaluation soient jugés pleinement recevables au regard de leur pertinence scientifique et qu'ils soient acceptés par les professionnels de santé et par les décideurs. À cet égard, les travaux de standardisation des méthodes qui sont entrepris tant au niveau national qu'européen et les évolutions en cours ou prévues dans les règles de fonctionnement du système de soins devraient entraîner un développement plus important et mieux accepté de ces évaluations.

Jean-Claude Sailly et Thérèse Lebrun

- J.-P. Moatti, C. Julian, A. Loundou, G. Macquart-Moulin, C. Le Gales, V. Seror, S. Ayme. Willingness to Pay for Amniocentesis Among a General Population of French Pregnant Women, MK Chytyl, Duru G, Van Eimeren W, Flagle CD (Eds), *In* : *Health Systems.* The Challenge of Change, Prague : Omnipress, 1992, 414-417.
- B. Allenet. *La mesure du bénéfice en santé par la méthode de l'évaluation contingente : application au domaine du médicament.* Thèse présentée devant l'Université Claude Bernard Lyon I, pour l'obtention du diplôme de doctorat, mars 1996.

L'aide à la décision

L'analyse décisionnelle occupe une place centrale dans l'élaboration et la résolution des évaluations prospectives des programmes et actions de santé. Cette analyse repose sur un ensemble de méthodes qui se situent à la croisée de plusieurs disciplines complémentaires : économie, épidémiologie, biostatistique, mathématique, psychométrie.

Son objectif général est d'éclairer les modalités de choix du décideur et non pas de se substituer à ce dernier. Paradoxalement, ce type de méthodes est peu utilisé, alors que grandit le besoin d'asseoir les décisions de santé publique sur des bases rationnelles et claires pour aller vers plus d'efficience dans le système de prestation et de remboursement des soins. Si les méthodes proposées sont théoriquement rigoureuses et bien adaptées à la résolution des problèmes actuellement posés, leur recevabilité par les décideurs de santé publique et par le corps médical reste en pratique sujette à caution.

Les raisons de cet état de fait sont multiples : les choix méthodologiques des analyses proposées ne sont pas toujours transparents ; en second lieu, l'analyse décisionnelle permet d'estimer, puis de réduire l'incertitude, non de la supprimer, ce qui interdit le plus souvent d'aboutir à une recommandation univoque. Enfin, toute formulation décisionnelle implique une réduction de la réalité à ses composantes principales : la qualité des analyses dépend donc du juste équilibre trouvé entre, d'une part les simplifications abusives de la réalité et

d'autre part la trop grande complexité rendant impossible la mise en œuvre.

Les étapes et les outils nécessaires à la mise en œuvre d'une analyse décisionnelle sont décrits ici dans le but de faciliter l'acquisition d'un langage commun et de permettre une réflexion critique constructive sur les analyses qui sont conduites. Pour être menée à bien, cette mise en œuvre suppose de conduire avec rigueur une démarche progressive. Il est nécessaire de parcourir successivement plusieurs étapes (voir ci-contre).

Au total, la conduite d'une analyse de décision en santé publique représente une démarche structurée et systématique. Son premier intérêt — savoir pour décider — tient au fait qu'elle impose une identification puis une formulation explicite de la question posée et des composantes du problème décisionnel. Elle tend donc à favoriser la prise de décision sur des critères plus objectifs qu'intuitifs. Son second intérêt est de réduire l'incertitude inhérente au processus décisionnel en déterminant si l'imprécision des connaissances affecte le choix stratégique et, si c'est le cas, quel est l'impact potentiel de cette imprécision.

Il s'agit d'un exercice multidisciplinaire dont l'objectif ultime n'est pas de se substituer au décideur, mais de fournir à ce dernier des éléments objectifs d'information. De ce point de vue, mieux vaut une analyse claire et bien documentée, conduite avec rigueur dans le cadre d'une question restreinte, plutôt qu'une modélisation complexe, à prétention exhaustive, dont l'opacité technologique compromet l'acceptabilité. Pour les méthodologistes soucieux d'améliorer l'impact décisionnel des analyses comme pour leurs destinataires potentiels, le principal enjeu commun est aujourd'hui de trouver les voies d'une plus grande transparence méthodologique, sans pour autant compromettre la représentation la plus rigoureuse possible d'une réalité souvent complexe et multifactorielle.

Michel Lamure et Pierre-Philippe Sagnier

Les huit étapes pour analyse décisionnelle

1 Définir précisément le problème décisionnel

La première étape consiste en une définition précise et non ambiguë de la question posée. C'est l'étape fondamentale qui conditionne l'ensemble de la démarche. Elle est pourtant trop souvent négligée par les investigateurs qui considèrent, à tort, que la question « s'impose d'elle-même », sans qu'il soit besoin d'en établir une formulation explicite. Pour être non ambiguë, la question peut être formulée en termes généraux, mais doit comporter des indications sur le type de programme étudié, la (ou les) population(s) à laquelle ce programme s'adresse et le critère principal de jugement envisagé.

Exemple

Quatre formulations possibles d'une question concernant le dépistage du cancer du sein

1. Faut-il dépister le cancer du sein ?

2. Faut-il dépister le cancer du sein chez les femmes après la ménopause ?

3. Le dépistage du cancer du sein par mammographie augmente-t-il l'espérance de vie des femmes ménopausées ?

4. Quelle stratégie de dépistage du cancer du sein par mammographie peut être recommandée sur base du rapport coût-efficacité ?

2 Choisir une perspective de travail

Le choix d'une perspective claire pour l'analyse est un corollaire indispensable à la formulation précise de la question de recherche. En effet, l'estimation de certains des paramètres de l'évaluation est directement dépendante de la perspective choisie. Plusieurs perspectives peuvent ainsi être choisies :

- la société dans son ensemble ;
- l'État ;
- le prestataire de soins (hôpital, clinique, médecin...) ;
- les organismes de sécurité sociale et les mutuelles ;
- les patients eux-mêmes.

La perspective de la société dans son ensemble est la « meilleure » du point de vue de l'évaluation socio-économique des programmes. C'est une perspective globale qui prend en compte le coût d'opportunité des différentes interventions proposées. Les recommandations fondées sur ce type d'analyse tendent à rapprocher les schémas d'allocation des ressources en santé de l'efficience économique optimale. Cependant, sa mise en œuvre se heurte au fait que l'estimation exhaustive des coûts directs, indirects et intangibles n'est parfois pas faisable. Dans l'intervalle, il est souvent raisonnable de choisir une perspective plus limitée, mais adaptée aux besoins spécifiques de chaque décideur, ce qui permet de conduire l'évaluation dans de bonnes conditions techniques.

la mise en œuvre d'une

3 Identifier les « interventions » qui seront prises en compte dans l'évaluation

À l'instar de l'essai thérapeutique de type expérimental, le choix du comparateur est une étape-clef dans le développement de modèles décisionnels intégrant des critères épidémiologiques et économiques. Toute évaluation prospective repose sur la comparaison de deux ou plusieurs interventions diagnostiques ou/et thérapeutiques. La (ou les) stratégie(s) nouvelle(s) que l'on veut évaluer sera (seront) toujours comparée(s) à une stratégie « de base ». Le plus souvent, une pratique de référence existe qui servira de base pour l'évaluation prospective. Cette pratique de référence peut être la pratique médicale usuelle, si celle-ci est largement utilisée et acceptée. Il peut aussi s'agir de la pratique recommandée, c'est-à-dire compatible avec la référence médicale opposable, lorsque celle-ci existe. Il peut enfin s'agir de la pratique médicale « la moins chère ». Ailleurs, le terme de comparaison sera l'absence d'intervention lorsque aucune technique de référence n'existe dans le champ de la pathologie considérée. (C'est le cas, par exemple dans le cas de l'introduction d'un nouveau vaccin).
Ce choix doit également être fait en fonction des objectifs et du destinataire de l'étude. Un exemple est donné ci-après dans le cadre de la commission de la transparence.

Exemple

Amélioration du service médical rendu par un nouveau médicament. Choix des comparateurs et des éléments à prendre en compte :

1. Définir le groupe des médicaments à même visée thérapeutique.

2. Choisir les comparateurs :
- les médicaments utilisés comme comparateurs dans les essais cliniques de l'AMM,
- les médicaments utilisés dans les essais cliniques post-AMM, quand ceux-ci existent,
- les médicaments inscrits dans la même indication thérapeutique,
- les autres stratégies ou alternatives thérapeutiques.

3. Quels éléments prendre en compte dans les stratégies comparées ?
- efficacité,
- tolérance,
- coprescriptions et posologie,
- durée des traitements et interruptions de traitement,
- acceptabilité, observance, commodité d'emploi.

4 Choisir les critères de jugement

L'analyse décisionnelle offre un cadre méthodologique rigoureux dont l'intérêt est de pouvoir être adapté de façon flexible à des questions par nature très diverses. Ceci est dû à la possibilité d'utiliser des critères de jugement variés. Cependant, si le choix du critère de jugement influence peu la conduite relativement standardisée de l'analyse, il conditionne entièrement la nature des résultats et la portée des conclusions obtenues. Ce choix est donc essentiel et découle directement de la question originelle, dès lors que cette dernière a reçu une formulation explicite et précise.
Il peut s'agir d'un critère purement médical comme pour l'évaluation des tests diagnostiques et de l'aide à la décision médicale en pratique clinique. Dans ces deux cas, l'analyse guide la décision individuelle du médecin vis-à-vis d'un patient particulier ou d'un groupe de patients bien défini. Les voies de recherche actuelle dans ces domaines portent sur le développement de systèmes experts performants. Cependant, c'est dans le domaine de la santé publique que cette famille de méthodes a connu son développement le plus important dans la dernière décennie. Il s'agit alors d'aider à la décision à visée collective reposant sur des critères de jugement médicaux et économiques. Ces derniers peuvent être utilisés séparément ou concomitamment.

Exemple

Critères de jugement utilisables pour l'évaluation d'un programme ou d'une action de santé

1. Critères médicaux
- valeurs prédictives d'un test : nombre de cas correctement identifiés, nombre de faux-positifs (de faux-négatifs) évités,
- nombre de cas évités,
- mortalité/survie ; nombre de vies sauvées,
- espérance de vie ; nombre d'années de vie gagnées.

2. Critères économiques
- minimisation des coûts (idéalement coûts d'opportunité) : coûts directs médicaux et non médicaux, coûts indirects : perte de production du patient, de son entourage ;
- critères coût-bénéfice : coûts et bénéfices exprimés dans une unité commune, impliquant, s'il y a lieu, d'estimer une valeur monétaire de la vie humaine,
- mesure des préférences individuelles et collectives : utilité associée à un état de santé, exprimée par un indicateur unidimensionnel.

3. Critères de qualité de vie : approche multidimensionnelle de la qualité de vie liée à la santé
- échelles génériques : index global ou score sur chacune des dimensions de l'échelle,
- échelles spécifiques.

4. Critères composés
- rapport coût-efficacité : coût (en unités monétaires) par unité de bénéfice médical (en unités « naturelles » : nombre de vies sauvées, années de vie gagnées, etc.),
- rapport coût-utilité : coût (en unité monétaire) par année de vie sauvée pondérée par l'utilité associée à cette survie (Qaly).

Les huit étapes pour la mise en œuvre d'une analyse décisionnelle (suite)

5 Décrire les stratégies retenues

À la différence de l'essai thérapeutique de type expérimental dont la problématique est volontairement restreinte au test d'une hypothèse médicale ou biologique limitée, l'évaluation épidémiologique et économique se propose de rendre compte d'une réalité plus complexe. Même lorsque l'analyse décisionnelle évalue une intervention ponctuelle — par exemple un médicament nouveau ou une technique diagnostique nouvelle — cette dernière s'intègre toujours dans une stratégie globale de prise en charge des patients considérés. La qualité décisionnelle de l'analyse dépend donc en partie de sa capacité à refléter la complexité des interventions étudiées. Par l'utilisation du terme « stratégie », on entend donc définir une chaîne plus ou moins complexe d'actions à visée diagnostique et thérapeutique.

La construction des stratégies à évaluer impose une lecture de la réalité qui tend à réduire cette dernière à ses composantes principales. Les conclusions de portée générale à partir d'une lecture très réductionniste du réel suscitent un scepticisme justifié vis-à-vis des démarches d'évaluation prospective. À l'inverse, l'exigence d'exhaustivité dans la représentation du réel condamne à ne jamais pouvoir conclure. La crédibilité des analyses décisionnelles en santé publique repose donc sur la capacité à trouver un juste équilibre entre validité interne, d'une part, et faisabilité, d'autre part.
Il est donc nécessaire de rechercher un consensus *a priori* entre les promoteurs de l'analyse, les évaluateurs et les destinataires des résultats. Le plus souvent les bases de ce consensus seront trouvées dans une recherche exhaustive des données scientifiques déjà disponibles et des pratiques médicales usuelles. La contribution d'experts et de représentants d'associations professionnelles, choisis pour leur compétence dans le domaine étudié, sera également utile.

Exemple

Quels éléments prendre en compte dans la description des stratégies évaluées ?

- Quels sont les patients concernés ? Y a-t-il plusieurs sous-populations distinctes ?
- L'intervention comporte-t-elle une phase de dépistage de l'affection considérée ? Quelles sont les modalités de ce dépistage ?
- Quelles sont les étapes-clé du diagnostic de l'affection considérée : examens cliniques, biologiques, d'imagerie médicale, etc ?
- Les conclusions diagnostiques peuvent-elles s'exprimer de façon binaire (malade/non malade) ou y a-t-il lieu de prévoir plus de deux classes diagnostiques ?
- Quelles sont les modalités thérapeutiques usuelles/nouvelles qu'il est pertinent de prendre en compte ?
- Les traitements considérés imposent-ils une surveillance clinique et paraclinique particulière ? une coprescription ?
- Selon quels critères d'efficacité médicale ces traitements ont-ils été évalués : taux de guérison, taux de survie, incidence des récidives, paramètre clinique, critère biologique, etc. ?
- Quel est l'horizon temporel pertinent pour l'analyse ? Les résultats de l'intervention évaluée peuvent-ils être appréciés dans un intervalle de temps court ? Quelle est l'histoire naturelle de la maladie ? S'agit-il d'une maladie aiguë ou chronique ? D'éventuelles conséquences à long terme doivent-elles être prises en compte ?

6 Mesurer ou estimer modèle décisionnel

On appelle paramètres des modèles décisionnels toutes les informations statistiques, épidémiologiques, économiques et psychométriques nécessaires à l'analyse. Le nombre et le type des paramètres à prendre en compte dépendent de la nature et de la complexité du modèle choisi. Il est difficile d'en faire une description exhaustive, mais il est possible d'esquisser une typologie destinée à faciliter la collecte des informations.
Les paramètres du modèle peuvent être estimés à partir des données publiées dans la littérature scientifique et avec les informations obtenues auprès des experts du domaine considéré. On peut alors identifier deux situations « types ».
Ou bien, il existe des informations disponibles sur le paramètre considéré ; on en fera une analyse critique qui doit porter, d'une part, sur la qualité des sources de l'information, d'autre part, sur la précision de l'estimation du paramètre. Ou bien tout ou partie de ces informations manque : la démarche suivante peut alors être proposée. Dans un premier temps, on fait une estimation non statistique des paramètres manquants, au mieux à partir du jugement des experts (groupes nominaux, méthode Delphi...). Pour chacun des paramètres en question, il faut obtenir une valeur « de base » et un intervalle des variations possibles du paramètre autour de cette valeur. Ceci permet de tester la sensibilité des conclusions de l'analyse aux variations du paramètre inconnu. Si les conclusions sont peu affectées par ces variations, il est légitime d'exclure *a posteriori* le paramètre du modèle. Cette absence de sensibilité est une information utile en

les paramètres du

elle-même, puisqu'elle conduit à minimiser la valeur décisionnelle d'une donnée que l'on pensait *a priori* importante. En revanche, si les conclusions de l'analyse se révèlent sensibles au(x) paramètre(s) inconnu(s), il est alors légitime de mettre en œuvre les études ou démarches *ad hoc* en vue d'en obtenir une estimation fiable.

7 Choisir la méthode de représentation et de structuration des données

Les étapes précédentes nécessitent de définir, tôt dans le processus de mise en place de l'analyse, une politique de structuration et/ou de représentation des données, dans l'optique de la production de résultats pertinents à analyser et à interpréter par rapport aux objectifs de cette analyse. La phase de structuration des données est essentielle dans le déroulement de l'analyse ; elle peut être suivie ou non d'une phase de représentation des données. Cela dépend de l'existence *a priori* d'un modèle.

Par modèle, nous entendons toute représentation de la réalité du ou des phénomènes observés. Cette représentation peut prendre des formes diverses. Elle peut atteindre un niveau de complexité élevé ou être tout à fait simple. Sur ce point, il faut garder à l'esprit les deux contraintes antagonistes déjà indiquées, à savoir représentativité et applicabilité de la modélisation.

Par ailleurs, la modélisation implique que l'on dispose de données pour mesurer, qualitativement ou quantitativement, l'adéquation du modèle à la réalité. Il faut d'une part, disposer d'un système d'information adapté au problème étudié, d'autre part, pouvoir nourrir correctement le modèle avec les données recueillies. On voit là les limites théoriques et pratiques de la modélisation.

Plusieurs méthodes de représentation et de structuration des données sont à disposition, dont la présentation dépasserait l'objet de cette communication. Indiquons seulement le nom de plusieurs techniques utilisées :

- description des données à l'aide des analyses en composantes principales, des analyses factorielles des correspondances, qui synthétisent les informations en respectant l'aspect multidimensionnel de celles-ci ;
- structuration des données à l'aide d'analyses de classification ;
- construction des modèles (permettant, notamment, d'étudier l'évolution de variables dans le temps, par exemple des états de santé).

8 Analyse et interprétation des résultats

L'étape d'analyse statistique des résultats constitue le dernier pas vers la production de résultats finaux que le décideur pourra utiliser avec profit. Ces résultats doivent être fournis avec une mesure de la précision statistique, c'est-à-dire une mesure de l'incertitude.

Dans un premier temps, le calcul des critères de jugement est fait sous le modèle dit « de base », c'est-à-dire en utilisant les valeurs « moyennes » des paramètres du modèle. On a vu que la connaissance de ces valeurs peut être dérivée de la littérature, de l'analyse statistique de données statiques transversales ou dynamiques longitudinales, voire du jugement d'experts. Cette analyse décisionnelle de base conduit à l'estimation du critère de jugement et permet d'aboutir à une recommandation stratégique, sous l'hypothèse que les variables incluses dans le modèle ont toutes une valeur connue et précise. Or, on sait que l'estimation de certaines de ces valeurs est entachée d'incertitude. L'interprétation des résultats sous l'hypothèse de base doit donc prendre en compte l'incertitude inhérente à la modélisation. Ceci suppose de mener une étude systématique de la sensibilité des conclusions de l'analyse décisionnelle à la variation des valeurs des paramètres de base. Concrètement, on fera successivement varier chacun des paramètres du modèle sur la totalité de l'intervalle de ses valeurs possibles, les autres paramètres restant constants. Plus rarement, il est également possible de tester l'impact de la variation concomitante de deux ou plusieurs paramètres dans le cadre de modélisations décisionnelles très élaborées.

ML, PPhS

tribune

L'évaluation
Des mythes aux réalités

Vingt-cinq ans après la publication de l'ouvrage de Cochrane[1] posant les bases d'une évaluation médicale efficace, efficiente et équitable, et malgré de très nombreux travaux scientifiques, l'évaluation n'a pas connu de développement notable au niveau des pratiques et des politiques publiques.

Donnons-en quelques exemples. Dans le secteur curatif, la pratique médicale dominante, restant centrée sur l'approche par le diagnostic, malgré l'importance pour les malades atteints de maladies chroniques d'agir sur les conséquences fonctionnelles et sociales[2], continue à multiplier les prescriptions inefficaces pour les malades et inefficientes pour l'économie du système de soins. Dans le secteur de la prévention, les campagnes de vaccination ROR (rubéole, oreillons, rougeole) visant à l'éradication sont inefficientes en n'atteignant pas un taux de couverture suffisant ; les examens de dépistage restent inefficients car insuffisamment ciblés sur les populations les plus à risque ou/et techniquement mal interprétés (cas de la mammographie). Dans le secteur médico-social des soins de longue durée persiste une grande inégalité des conditions matérielles par rapport aux hôpitaux pour malades aigus.

Cependant, aujourd'hui, l'évaluation est devenue à la mode dans le domaine de la santé au nom d'un double mythe, celui de la maîtrise des dépenses de santé et celui de l'allocation des ressources sur la base d'outils conçus sur une rationalité technocratique que les acteurs dominants du système tentent de s'approprier.

C'est à partir de cette évolution récente que certaines réalités de l'évaluation peuvent être appréhendées, notamment les problèmes techniques et les enjeux pour les différents acteurs.

Efficience et efficacité des institutions hospitalières

En matière d'efficience et d'efficacité des institutions de *nouveaux outils de gestion hospitalière* visent à lier les indicateurs d'utilisation de ressources aux types de cas traités (notamment de leur gravité). Leur mise en œuvre nécessite la construction d'un *système d'information* permettant de classer les cas, la création d'une *comptabilité analytique* pour le calcul des coûts hospitaliers, puis son rattachement au système d'information. Une telle démarche soulève la question du choix des objectifs assignés au système d'information. Dans la plupart des cas, des objectifs de gestion comptable sont retenus notamment pour l'allocation des moyens et les médecins construisent des outils simples visant à lier cette allocation aux procédures de soins pour des groupes de diagnostic. De telles méthodes mettent en évidence, par comparaison, des écarts en matière de coût entre services ou établissements et génèrent un raccourcissement du temps d'hospitalisation. Celui-ci devient même un objectif pour les médecins afin d'obtenir des moyens sans qu'ils s'interrogent sur l'efficacité de leurs pratiques c'est-à-dire sans tenir compte des résultats. Plus récemment, notamment aux États-Unis, les systèmes d'information mis au point par des experts de ces systèmes en collaboration avec des équipes soignantes visent à mesurer la qualité des soins en terme de processus de soins et de résultats pour les malades[3].

Dans tous les cas ces méthodes soulèvent le problème de l'équilibre entre contrôle bureaucratique externe des organismes financiers et administratifs et initiative des producteurs de soins. Cet équilibre peut être facilité par l'utilisation d'outils, sur lesquels se fonde le système d'information, répondant aux objectifs des deux groupes d'acteurs. Lorsque les soignants effectuent des évaluations multidimensionnelles fines des patients, des agrégations des données individuelles recueillies sont possibles et les mêmes outils peuvent alors servir à des objectifs différents : mesure de la qualité des soins d'une part, s'appuyant sur l'évolution d'indicateurs de santé et allocation des ressources d'autre part, à partir de la mesure des ressources utilisées, par groupe de malades par exemple.

Évaluation des pratiques médicales

La prise de décision, en médecine, relève d'un ensemble complexe, source d'incer-

titude : considérations scientifiques (plus ou moins solides), souhaits des malades, préférences des médecins et influences diverses (disponibilité des services, souhait d'un proche, intérêt financier) dont certaines n'ont aucune relation avec la décision à prendre. Les variations de recours à l'hôpital et de pratique de certains actes chirurgicaux, entre pays et entre zones géographiques limitées d'un même pays, observées lors d'enquêtes épidémiologiques, en témoignent[4]. Le recours aux *conférences de consensus* est un moyen pour tenter de réduire l'incertitude médicale. Si leur but est d'informer les médecins praticiens sur l'état des connaissances scientifiques et sur les règles de bonne pratique qui en découlent afin qu'ils s'y conforment, l'étude de leur impact sur les pratiques médicales montre qu'il reste modeste ; les recommandations semblent en revanche recueillir un vif intérêt auprès des décideurs.

L'obligation de respect, par les médecins libéraux, de *références médicales* de bonne pratique *opposables* (RMO) pour des pathologies courantes est actuellement mise en place en France. Établies par les représentants des syndicats médicaux et les responsables de la sécurité sociale, leur méthode d'élaboration reste obscure : brefs textes adoptant volontairement une formulation négative et poursuivant des objectifs économiques[5]. Ces textes entretiennent une certaine confusion entre les recommandations de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) et les RMO.

Évaluation des technologies médicales

Pour Donadebian[6] l'évaluation des technologies médicales et l'évaluation de la qualité des soins ne peuvent être isolées l'une de l'autre. Mais elle a cependant des spécificités. Les innovations technologiques les plus sophistiquées par exemple symbolisent le pouvoir de la médecine (et du corps médical) et, dès lors, leur évaluation est particulièrement difficile à entreprendre. Les entreprises qui les fabriquent disposent de quasi-monopole d'où leur prix élevé, leur obsolescence rapide. S'appuyant sur les représentants les plus prestigieux des spécialités médicales et les media elles font pression sur les pouvoirs publics pour autoriser leur diffusion avant toute évaluation. Cette diffusion pose le problème de l'égalité à leur accès notamment du fait de leur coût et constitue un composant majeur de la progression des dépenses de santé[7, 8].

Évaluation et régulation des systèmes de soins

L'évaluation est un élément clef de la *régulation des systèmes de soins* et soulève deux enjeux majeurs. Le premier enjeu est le maintien de l'autonomie des professionnels face à la normalisation des pratiques. Il s'agit pour eux d'accepter de participer à la gestion du système de soins non pas en proposant des outils destinés à la gestion comptable mais en développant des outils permettant de mesurer l'efficacité de leur pratique. Il s'agit pour les décideurs d'accepter et même de faciliter cette logique praticienne. En cas de refus ou d'incapacité des uns ou des autres, le risque est de laisser place à un contrôle tatillon et bureaucratique portant sur les écarts par rapport à des standards sans rapport avec l'efficacité des pratiques. Les mécanismes de négociation développés entre les différents acteurs jouent un rôle important pour la poursuite d'objectifs communs. On peut ainsi opposer les systèmes où cette négociation s'inscrit naturellement dans un modèle de médiation sociale forte entre partenaires sociaux (cogestion « à l'allemande »), à ceux où se retrouvent face à face l'administration responsable de l'intérêt général et les corporations défendant leurs intérêts propres (néocorporatisme à la française[9]) et où le consensus a peu de chance d'être atteint.

Le second est le choix au niveau collectif, s'appuyant sur une expertise collective en matière d'innovation, du développement contrôlé de l'innovation technologique afin d'assurer les meilleurs résultats en terme de santé et au meilleur coût. Cela implique la création d'un organisme chargé de l'expertise indépendant à la fois des pouvoirs publics, des lobbies du complexe médico-industriel. Parallèlement, il importe d'informer les consommateurs sur l'efficacité des technologies et des pratiques afin de les faire participer aux choix qu'impose une gestion démocratique du système de soins. ■

Références bibliographiques

1 A. L. Cochrane. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. The Nuffield Provincial HospitalsTrust. Londres : 1972.

2 P. H. N. Wood. Comment mesurer les conséquences de la maladie ? La classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. Genève : *Chronique OMS*, 1980, n° 34 : 400-405.

3 tel est le cas de la démarche du « Resident Assessment Instrument » utilisée pour l'accréditation des *nursing homes* par le programme de financement fédéral Medicare et récemment introduit en France, voir H. Gardent, J.-Cl. Henrard, P.-Y. Malo, C. Leone. *Expérimentation d'une démarche visant à l'amélioration de la qualité de soins dans les institutions pour personnes âgées*. Paris : FNG, 1995.

4 K. McPherson. Variations entre pays des pratiques médicales. *In : Les systèmes de santé À la recherche d'efficacité*. Paris : OCDE, 1990, p. 17-30.

5 *Prescrire*, 1996, n° 167, 811.

6 G. Donabedian. The assessment of technology and quality : a comparative studt of certainties and ambiguities. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1988, 4 (4) : 487-496.

7 OCDE. *La santé : financement et prestations — analyse comparée des pays de l'OCDE*. Paris : 1987.

8 A. J. Culyer. La maîtrise des dépenses de santé en Europe. *In* : OCDE *Les systèmes de santé. À la recherche d'efficacité*. Paris, 1990, p. 31- 44.

9 B. Jobert, P. Muller. *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris : PUF, 1987.

Jean-Claude Henrard
Professeur de santé publique,
Université René Descartes, Paris V,
directeur de l'IFR n° 12 « santé,
vieillissement, société ».

tribune

Priorités de santé publique
Les dangers d'une dérive utilitariste

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé institue une Conférence nationale de la santé chargée annuellement « de proposer les priorités de la politique de santé publique », en s'appuyant notamment sur le rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP). Lors de sa première réunion de septembre 1996, cette Conférence s'est largement contentée de reprendre à son compte les priorités fixées par le HCSP.

A priori, tous ceux qui déploraient l'absence d'une « véritable politique de santé publique » dans notre pays ne peuvent que se féliciter de ces évolutions récentes. Les expériences internationales d'exercice formalisé de fixation de priorités pour la politique de santé (Royaume-Uni[1], Norvège[2], état d'Oregon[3], Banque mondiale[4]) incitent néanmoins à tempérer l'enthousiasme de l'économiste, accoutumé à juger du bien-fondé de l'allocation des ressources dans le système de santé en fonction de deux critères : *l'efficience* (les membres de la collectivité retirent-ils le maximum de bien-être des ressources ainsi consommées ?), d'une part ; *l'équité* (la répartition entre les individus des coûts et des avantages des activités de soins peut-elle être considérée ou non comme juste par différents systèmes d'éthique collective ?), d'autre part. De ce double point de vue, la fixation d'objectifs prioritaires pour le système de santé soulève trois questions.

Identifier les besoins de santé

La première concerne la *façon dont les besoins de santé de la population sont identifiés et mesurés*. S'agit-il de la mesure de la prévalence/incidence des principales pathologies, ou alternativement, comme avec le *concept de « mortalité évitable »*, privilégié par le HCSP, de la plus ou moins grande capacité du système de santé à faire bénéficier les patients d'une amélioration de leur état de santé. Cette dernière approche a le mérite d'un plus grand réalisme mais elle tend, de fait, à conditionner le besoin sanitaire à l'état donné des techniques et de l'expertise médicales ainsi qu'à la façon dont celles-ci le transforment en demande de consommation de biens et services médicaux. Or, la médiation médicale n'est pas toujours la mieux adaptée à l'expression des besoins. Un anthropologue dénonçait récemment, par exemple, dans les colonnes de la principale revue de santé publique australienne, l'« attraction fatale » que l'introduction de programmes de dialyse et de transplantation rénale dans les années quatre-vingt avait exercé parmi les

aborigènes de ce pays en incitant les nombreux insuffisants rénaux de cette population à migrer vers les zones urbaines afin d'avoir accès à ces technologies. Le résultat a été en définitive « d'isoler ces personnes de leurs réseaux religieux et sociaux de soutien qui étaient seuls en mesure de leur assurer une qualité de vie raisonnable dans leurs dernières années, ceci pour des améliorations marginales de la survie »[5].

Comparer les besoins de santé

La deuxième interrogation concerne le *choix d'une unité de mesure* (d'un indicateur) permettant d'agréger et de comparer entre eux les besoins de personnes différentes souffrant de pathologies différentes. Selon les optiques, l'accent peut être mis sur : les années de vie perdues, les années de vie perdues « prématurément », les Qalys (années de vie ajustées par la qualité, chères à certains économistes[6]), ou le « coût social » de la maladie qui prend en compte à la fois les coûts des prises en charge médicales et les pertes de production liées à la morbidité et la mortalité[4].

Quelles ressources pour quelles priorités ?

La troisième, et plus délicate, question concerne la façon dont vont être déduites de la mesure de ces indicateurs des *priorités en termes d'allocation des ressources*. Ou bien, on se propose de proportionner strictement les ressources accordées aux différentes pathologies à leur part respective dans l'indicateur de santé publique choisi (par exemple à leur part dans la mortalité globale ou évitable). Mais une telle règle de proportionnalité soulève d'énormes problèmes d'efficience dés lors que les rendements de l'activité de soins ne sont jamais constants (on ne dépense pas la même chose pour gagner une année de vie supplémentaire pour tous les patients et en toutes circonstances, comme l'illustre le tableau ci-contre). Elle soulève aussi des problèmes d'équité, car tout prouve que les préférences collectives en matière de priorités sanitaires ne reflètent pas forcément la fréquence des pathologies. Ce qu'attestent les enquêtes démontrant le souci des Français d'un effort important de lutte contre le sida, même en pleine connaissance de cause de la part plus importante des maladies cardio-vasculaires, des cancers ou des accidents de la route dans la mortalité[7].

Ou bien, on se contente de définir des priorités « ordinales » (c'est-à-dire d'indiquer que tel problème de santé demande des efforts particuliers). Mais, comme le souligne l'économiste écossais Gavin Mooney, la démarche de santé publique risque alors de « sombrer dans la ritualisation politico-médiatique plutôt que de chercher sérieusement à maximiser la santé de la nation »[8].

Dans les deux cas, on esquive la difficulté majeure de l'allocation des ressources dans le système de santé : le fait que le progrès médical obéit désormais, pour l'essentiel, à *une loi des rendements décroissants* : plus on étend les indications, plus il faudra en général dépenser de ressources pour obtenir une même unité de résultat supplémentaire. Ainsi, le progrès majeur dans le traitement des cancers du sein des vingt dernières années, l'introduction de traitements hormonothérapiques et polychimiothérapiques adjuvants a permis des gains significatifs pour des coûts « raisonnables » (de l'ordre de 50 000 F par année de vie supplémentaire gagnée en comparaison des traitements classiques par chirurgie et radiothérapie) dans le groupe des patientes pour lesquelles la plus grande efficacité a été démontrée (patientes préménopausées avec ganglions envahis et récepteurs aux oestrogènes positifs lors du diagnostic). Mais, ces coûts marginaux sont multipliés par dix ou quinze dès qu'on étend ces thérapies adjuvantes à d'autres catégories de patientes[9].

Qu'elle demeure ambiguë ou qu'elle s'affiche explicitement (comme dans le cas de la proposition de l'État d'Oregon de répartir les ressources en fonction de la hiérarchie des coûts par Qaly[3]), une certaine logique de santé publique peut conduire à identifier l'optimum social à l'*égalisation du coût marginal de l'année de vie gagnée* entre toutes les actions visant à améliorer la santé de la population. À la lecture du tableau, la tentation peut en effet être grande de vouloir redistribuer les moyens au détriment de la dialyse en centre ou de la greffe cardiaque et au profit de la prévention du tabagisme puisque celle-ci « rapporterait » beaucoup plus en terme de santé publique par franc investi. Une telle démarche

Coût par « année de vie gagnée ajustée sur la qualité » de différentes interventions (Coût actualisé par Qaly, en francs, 1990)

Grande Bretagne	
Prévention du tabagisme par le généraliste	2 500
Stimulation cardiaque pour bloc auriculo-ventriculaire	10 000
Prothèse de hanche	11 000
Pontage coronarien (angine sévère)	15 000
Greffe de rein	44 000
Dépistage mammographique cancer du sein (femme > 50)	51 000
Transplantation cardiaque	73 000
Pontage coronarien (angine modérée)	183 000
Dialyse en centre	200 000
États-Unis d'Amérique	
Dépistage néonatal phénylcétonurie	0
Traitement hypertension (hommes de 40 ans, TA diastolique > 105 mm Hg)	65 000
Traitement hypertension (hommes de 40 ans, TA diastolique = 95–105 mm Hg)	132 000
Traitements hormonaux de la ménopause (femmes non hystérectomisées)	186 000

équivaut à une *éthique utilitariste* qui consiste à « accorder un poids égal aux intérêts égaux de toutes les parties », « à additionner les avantages et les inconvénients » et « à choisir ce qui dégage l'équilibre global le plus positif »[10], sans se préoccuper d'équité c'est-à-dire des écarts qui peuvent exister entre les plus démunis et le reste de la population. Concrètement, si pour un même budget de X francs, l'utilitariste a à choisir entre consacrer cette somme pour produire un gain d'espérance de vie de dix ans pour l'individu A, ou alternativement, des gains respectifs de quatre ans pour deux autres individus, B et C, il privilégiera A, et ceci même si l'espérance de vie initiale de A était supérieure à celle de B et C.

Entre efficience et équité égalitariste

Comme je l'ai montré ailleurs[11], la combinaison de l'éthique hippocratique avec des systèmes d'assurance maladie à financement collectif, permettant « hors marché » l'accès aux soins de toute la population, assure au contraire que la logique distributive de la pratique médicale demeure que les soins doivent être proportionnels à la maladie et non à la richesse. Cette combinaison garantit que c'est le *critère du besoin des personnes les plus défavorisées du point de vue de leur santé* qui tend à demeurer dominant dans les choix médicaux, les cas les plus graves et les plus critiques se voyant accorder une priorité. Ainsi, pour la répartition des organes aux fins de transplantation, on accorde, en France, la priorité aux receveurs dont la vie est la plus menacée à court terme, en pleine connaissance de cause que les ratios coût/efficacité de la greffe sont moins bons pour cette catégorie de patients. Le critère de l'urgence médicale renvoie en réalité à une *éthique collective profondément égalitariste*, qui selon le « principe de justice » proposé dans l'œuvre du philosophe John Rawls « juge d'une situation en fonction du niveau d'utilité de la personne la plus mal lotie dans cette situation » et accorde la priorité dans la distribution des biens rares à « ceux qui ont aujourd'hui le plus faible niveau de bien-être »[12].

Aux États-Unis, et là encore l'exemple des transplantations est révélateur, « les forces du marché exercent déjà des pressions sur les centres de greffe pour privilégier les patients en meilleure santé afin d'optimiser la survie et d'abaisser les coûts pour se positionner dans la concurrence entre contrats d'assurance et entre établissements de soins » [13]. Sauf à céder sans combat à la privatisation et au marché, tout système d'assurance maladie financé par la solidarité collective est condamné à vivre une tension permanente entre l'objectif d'efficience et le souci d'équité égalitariste qui fait sa grandeur morale et sa légitimité sociale. Il n'existe pas de « solutions techniques » à cette tension. C'est la discussion des compromis socialement acceptables entre ces deux logiques qui doit faire l'objet de débats. Pour avancer en ce sens, il est temps de tordre le cou à l'illusion objectiviste et utilitariste qui prétendrait déduire mécaniquement les priorités d'affectation de ressources de la mesure épidémiologique des besoins. ■

Pr Jean-Paul Moatti
Faculté des Sciences économiques,
Université de la Méditerranée,
Inserm U 379, Institut Paoli-Calmette,
Marseille.

Références bibliographiques

1 *Department: The health of the nation.* Londres : HMSO, 1992.

2 *T: Guidelines for priority setting in norwegian health care*. Oslo : Ministry of Health & Social affairs, 1987.

3 D. C. Hadorn. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991, 265 : 2218-2225.

4 H. Barnum. Evaluating healthy days of life gained from health projects. *Soc Sci Med* 1987, 24 : 833-841.

5 J. Willis. Fatal attraction : do high-technology treatments for end-stage renal disease benefit Aboriginal patients in central Australia ? *Austr J Publ Hlth*, 1995, 19 : 603-609.

6 G. Loomes, L. Mc Kenzie. The use of Qaly's in health care decision making. *Soc Sci Med*, 1989, 28 : 299-308.

7 J.-P. Moatti, W. Dab, L. Abenhaim, S. Bastide. Perceptions individuelles et collectives des risques pour la santé en Île-de-France : leçons pour la prévention. *In* : A. D'Houtaud, M. Field, R. Gueguen (eds) : *Représentations de la santé*, Eds Inserm, 1989 : 379-390.

8 G. Mooney. *Key issues in health economics.* Wheatseaf, Brighton, 1994.

9 B. E. Hillner *et al.* Assessing the cost-effectiveness of adjuvant therapies in early breast cancer using a decision analysis model. *Brst Canc Res*, 1993, 25 : 97-105.

10 R. M. Hare. *Moral thinking: its levels, methods and points*. Oxford : Clarendon Press, 1981.

11 J.-P. Moatti, A.-G. Le Corroller. Réflexions économistes sur l'éthique médicale. *J Eco Méd*, 1996, 14 : 67-78.

12 J. Rawls. *Théorie de la justice* (traduction française). Paris : Seuil, 1987.

13 K. W. Washburn *et coll.* A regional experience with emergency liver transplantation. *Transplant*, 1996, 61 : 235-239.

La démarche qualité en milieu hospitalier

De l'évolution des pratiques médicales à celle de l'organisation hospitalière

L'évolution technologique en médecine est marquée par une accélération de l'innovation avec de véritables révolutions. Accélération de l'innovation en radiologie par l'utilisation des ultrasons, la tomodensitométrie computérisée puis l'imagerie par résonance magnétique. Révolution en chirurgie, par l'essor de la vidéochirurgie liée à la miniaturisation des caméras numériques. L'évolution des pratiques médicales, le fonctionnement administratif des hôpitaux n'a pas toujours suivi ces évolutions, soit par manque de capacité d'adaptation, soit par méconnaissance des conséquences de ces évolutions sur la prise en charge des malades. On sait la difficulté de la démarche qualité en médecine pour des raisons (des prétextes ?) multiples et parfois complexes qui tiennent aux médecins, aux administrations, aux politiques et aux malades potentiels c'est-à-dire aux Français eux-mêmes.

Le constat

Du côté médical, deux des difficultés tiennent à la définition de critères d'analyse pertinents qui doivent être à la fois précoces (mortalité, infections nosocomiales, etc.) et tardifs (guérison à long terme, qualité de vie ou de survie) et à la nécessité d'une évaluation tant quantitative que qualitative, plus difficile à apprécier, surtout que l'on ne peut dissocier des résultats « objectifs », la composante psychologique des malades. Le secret médical a trop souvent permis de se réfugier dans un anonymat bien confortable oubliant qu'il concerne le malade et non l'activité des médecins. La peur de la mainmise de « l'administration » sur la médecine a fait le reste. Cet ensemble de raisons fait qu'il existe peu de références validées en France et que, pour ceux qui le souhaiteraient réellement, il est difficile voire impossible de s'évaluer sur des critères réellement médicaux.

Les administrations et les tutelles n'ont pas toujours montré une réelle volonté d'évaluer les centres hospitaliers, malgré la loi hospitalière, peut-être découragées d'emblée par les faibles possibilités réglementaires d'adaptation et certainement effrayées par l'ampleur des dysfonctionnements qu'elles risquaient de révéler. Ces dysfonctionnements, traduisant aussi un défaut de management, pouvaient faire remettre en cause l'encadrement et donc les tutelles elles-mêmes. Le risque d'être accusé d'incompétence n'était pas fait pour favoriser les ardeurs en ce domaine. Il était dès lors plus facile d'affirmer l'impossibilité de contrôler l'activité des médecins et de trouver dans le « pouvoir médical » la source de tous les maux.

Les responsables politiques n'ont pas non plus montré une volonté farouche d'évaluation ou de simple transparence en l'absence souvent de toute proposition alternative aux schémas actuels. Les problèmes de la santé sont des sujets sensibles chez les électeurs et la facilité, réelle, de l'accès aux soins en France ainsi que leur qualité globale ont été des prétextes faciles pour ne pas aborder un domaine aussi polémique. Le rôle de l'hôpital comme « principal employeur » des villes est un leitmotiv classique mais pèse considérablement dans la façon dont les élus abordent le problème de l'hospitalisation en France. La crainte, parfaitement justifiée, de voir remise en cause la raison d'être de certaines structures a sans doute beaucoup fait pour le maintien du *statu quo*, c'est-à-dire l'absence de toute évaluation.

Enfin, il est rare de se préoccuper de ces problèmes avant de devenir « usager », c'est-à-dire malade, d'autant que la place faite aux « consommateurs » dans les décisions concernant les établissements hospitaliers est pour le moins réduite. Il est irréaliste de penser que, malade, on puisse réclamer la mise en œuvre d'une démarche qualité dont les résultats seraient au minimum décalés. La notion

de qualité pour la population est trop souvent synonyme de proximité et ceux qui, de par leur position sociale, pourraient avoir un poids réel pour faire évoluer les mentalités, n'en font rien croyant savoir par qui et où il faut être soigné, habituellement sur la foi de « professeurs » qui en fait, et comme tout le monde, n'ont eux-mêmes aucun critère réel de jugement.

Cette étude a pour but de montrer quelques-unes des conséquences pratiques qui ont été tirées d'une tentative d'amélioration de la qualité hospitalière, à partir d'un établissement en restructuration obligé de réfléchir à ses projets, donc à ses pratiques, et d'une spécialité particulièrement marquée par l'innovation, la pathologie digestive.

L'évolution des pratiques : l'exemple de la pathologie digestive

La coelioscopie est une révolution très particulière dans le domaine scientifique, son développement déconcertant s'étant fait avant toute évaluation scientifique alors même que les premières publications faisaient état d'une augmentation du risque pour les malades. Cette propagation quasi immédiate, sans délai entre pays riches et pays pauvres, en moins de trois ans, est due aux progrès des techniques de communication et il devient alors indispensable à tout établissement de réfléchir à sa propre capacité en ce domaine. La coelioscopie confirme que les échanges doivent inclure le son et les images, la logique fait comprendre que les données suivront. La communication doit être dès aujourd'hui une préoccupation majeure des hôpitaux. Enfin, le développement et l'expertise de cette technique se sont faits essentiellement dans des structures privées sous l'œil parfois indifférent, souvent réprobateur des universitaires. On peut se demander si les circuits de décisions ou d'investissements dans les structures publiques sont encore adaptés aux exigences du monde moderne. Une cellule recherche et développement du modèle de l'industrie, probablement adaptée, doit faire partie d'un centre hospitalier universitaire moderne.

Quoiqu'il en soit la vidéochirurgie a depuis confirmé tout l'intérêt qu'on lui portait à travers notamment les articles de la presse spécialisée médicale ou administrative. On y trouve un nombre d'allégations parfaitement fausses qui traduisent probablement les difficultés d'appréhension de ce qu'est réellement la pratique médicale. Dire que, avec la coeliochirurgie, *les risques sont diminués* est très surprenant alors que les accidents per-opératoires peuvent être plus fréquents et que le risque infectieux, lié à la décontamination du matériel qui, pour partie, ne passe pas à l'autoclave est un réel problème. Il amène à méconnaître les indispensables adaptations des procédures en ce domaine par exemple l'application d'autres techniques de stérilisation que le « trempage » pourtant encore en cours dans la plupart des établissements français.

Affirmer que la *vidéochirurgie coûte moins cher parce que la durée d'hospitalisation est raccourcie,* parce que l'hospitalisation de certaines pathologies peut être réduite et la reprise de travail plus précoce, est un non-sens pour les hôpitaux à dotation globale mais peut être vrai pour la collectivité. Le problème reste pour les premiers, le triple surcoût dans le système actuel : instrumentation et équipement plus chers, durée d'occupation des blocs allongée et augmentation du nombre de malades opérables dans le même nombre de lits. De fait, les durées d'hospitalisation peuvent être allongées, l'amortissement dépend du nombre d'interventions faites, la durée de l'intervention dépend de l'expérience. La connaissance précise des activités médicales est devenue indispensable pour une gestion économique des ressources.

On peut aussi lire dans des revues dédiées à l'architecture et l'aménagement des hôpitaux, à propos de la coelioscopie : les ressources « bloc opératoire » sont minimisées, la chirurgie mini-invasive permet une anesthésie légère, le bloc mini-invasif est « connecté » à l'ambulatoire et au bloc traditionnel. L'erreur porte d'une part sur la confusion mini-accès — mini-invasif et d'autre part l'association vidéochirurgie — anesthésie légère. L'extension actuelle des indications de la coelioscopie, en France et aux États-Unis d'Amérique notamment pour la chirurgie colique, rend obsolète la notion de blocs mini-invasifs sauf à multiplier inutilement matériel et locaux. Les plateaux techniques doivent être regroupés pour être efficaces, et, pour leur conception ou leur réaménagement, le mode d'anesthésie et les circuits d'hospitalisation sont plus importants à considérer que les actes qui s'y déroulent.

Une autre évolution majeure concerne certains gestes interventionnels, classiquement chirurgicaux, actuellement effectués par les médecins, radiologues ou endoscopistes. Globalement ils entraînent une moindre agression et une diminution de la durée d'hospitalisation. De même, le traitement des cancers digestifs, s'il reste chirurgical, fait de plus en plus appel aux protocoles associant radio et chimiothérapie pré ou postopératoire. Ces évolutions suggèrent que : il est impossible de prévoir des locaux adaptés en l'absence de projets communs et d'analyse des capacités techniques matérielles et humaines disponibles, en pathologie digestive, il n'y pas de projet médical cohérent isolé entre médecins, radiologues, chirurgiens, etc. Il y avait trop de lits d'hospitalisation notamment en médecine, il y en aura demain beaucoup trop.

Les conséquences : l'évolution de l'organisation hospitalière à l'IMM

À partir de ces considérations, quatre grands domaines doivent être repensés.

La formation médicale continue est devenue une impérative nécessité parce que les innovations sont de plus en plus rapides. La communication et la formation classique (revues, congrès, compagnonnage, etc.) persisteront mais le traitement des malades nécessite des échanges plus fréquents entre les médecins au sein de l'équipe, de l'établissement et avec l'extérieur (expertise, enseignement, transfert de documents

médicaux). En pathologie digestive, on voit bien l'intérêt d'une connexion en temps réel permettant, au vu des images, de discuter en commun d'un diagnostic ou, ce qui est plus important, d'un geste thérapeutique éventuel. Cela est aussi vrai pour le radiologue qui, avant de poursuivre un examen, ou de réaliser un geste interventionnel, pourra souhaiter prendre l'avis des cliniciens concernés devant les premières images obtenues. Le déplacement des hommes n'est plus justifié, et pas rentable, pour toutes ces circonstances et le câblage numérique (VDI) de l'hôpital est apparu indispensable avec du matériel et une cellule adaptés à la communication vers l'extérieur.

La prise de décision thérapeutique. Jusqu'à récemment, la prise de décision thérapeutique, plus ou moins facile, était habituellement simple dans sa procédure.

Le thérapeute choisissait le geste adapté pour le patient parmi ceux qu'il maitrisait. Le développement d'actes alternatifs oblige à se poser la question de la pertinence de ses choix. L'exemple du traitement de la lithiase biliaire est particulièrement parlant puisque l'on peut proposer : une chirurgie ouverte ou coelioscopique, un geste interventionnel endoscopique, radiologique, chirurgical percutané ou à travers un drainage, une lithotritie percutanée, des médicaments dissolvants… ou rien ! Est-il possible de choisir entre plusieurs techniques quand on n'en maîtrise que quelques-unes, d'autant que la rapidité des innovations obligerait à une mise à jour dans les différentes spécialités. Il devient donc nécessaire de partager les décisions thérapeutiques entre ceux qui les réalisent. Le cloisonnement de l'hôpital en services (chirurgie digestive, gastro-entérologie, endoscopie) devient un handicap et ceux-ci doivent disparaître au profit d'un département de pathologie d'organe, ici la pathologie digestive. À cette occasion, l'excédent des lits de médecine est réglé puisqu'ils sont intégrés dans le département. Ce regroupement des cliniciens impose une nouvelle répartition des tâches pour « rentabiliser » les praticiens et les spécialistes (par exemple : la visite des patients hospitalisés doit-elle continuer à dépendre de chaque praticien ?).

L'organisation des plateaux techniques. L'exemple du bloc opératoire est le plus démonstratif. Les « opérateurs » n'étant plus les seuls chirurgiens — qu'est-ce qu'un chirurgien ? — le plateau technique interventionnel doit être remanié car il appartient à tous les opérateurs. Le « bloc » doit aujourd'hui gérer les demandes de pratiquement toutes les spécialités ; l'anesthésiste en est le dénominateur commun. Cette notion, associée à la pénurie médicale dans cette spécialité, justifie un regroupement des locaux et la nomination d'un anesthésiste comme coordonnateur-responsable.

D'autres services, dont le rôle essentiel est de mettre à la disposition des cliniciens une compétence et un plateau technique propre, ont également un rôle spécifique. Les praticiens hospitaliers appartiennent ainsi à un département clinique regroupé par pathologie (médico-chirurgical si besoin) ou à un département médico-technique : anatomopathologie, laboratoire, pharmacie, bloc opératoire, imagerie médicale, réanimation.

Limites et avenir de l'évaluation

Les conséquences sur l'organigramme : la dotation budgétaire définie par l'activité impose une stratégie qui dépasse chaque équipe. Les interrelations entre spécialités, les économies de personnel et la lourdeur des investissements matériels nécessitent d'optimiser leur utilisation. Cependant, peu nombreux sont les médecins hospitaliers qui se rappellent appartenir à une institution et, à ce titre, avoir des comptes à rendre, préférant souvent organiser « leur » service comme une PME autonome. Les choix médicaux retentissent lourdement sur la répartition des ressources de chaque équipe : le projet médical et les investissements dépendent aussi de la politique d'établissement d'où la nécessité d'un coordinateur « extérieur ». Il faut une direction des prestations hospitalières.

Malgré cette volonté de réfléchir sur les structures et les procédures, certains problèmes n'ont pas trouvé de solution en l'absence d'un cadre réglementaire. Citons la faible prise en compte des missions administratives dans la charge de travail et surtout la formation des chefs de services, les missions d'enseignement et de recherche réservées aux seuls CHU, le rôle et les filières des structures d'hospitalisation en France, etc. La nomination par la même instance, le ministre, du directeur et des chefs de service n'est pas faite pour faciliter la gestion des hôpitaux.

Le but à atteindre est celui d'une prise en charge optimale des malades par une médecine la plus sobre possible. Il faut donc imposer l'évaluation — médicale, hôtelière, financière — pour analyser les pratiques et maîtriser leur évolution. Cette démarche en elle-même, améliore la prise en charge des patients et permet une meilleure prise en charge financière. On pourrait ainsi redéployer les efforts financiers sur des critères plus objectifs, l'exemple de l'ambulatoire en est un parmi d'autres.

La politique de maîtrise des coûts par régulation de l'offre a échoué ; une politique d'amélioration de la qualité par l'évaluation devrait être plus efficace ; en cas d'échec, seule une politique de financement en coût par pathologie amènera à associer maîtrise financière et qualité des soins. ■

Pr Brice Gayet
Université Paris VI
IMM, 6 place de Port-au-Prince,
75013 Paris

Bibliographie

Patrick Gardeur, médecin inspecteur de santé publique à la direction générale de la Santé a assuré la coordination de ce dossier.
Les autres articles et encadrés ont été rédigés par : **Pascal Auquier**, maître de conférence en santé publique, Faculté de médecine de Marseille Inserm U379 • **Claudine Blum-Boisgard**, professeur de santé publique, direction de la Prospection et de l'Information médicale, AP-HP • **Serge Briançon**, professeur de santé publique, École de santé publique, Nancy • **My Maï Cao**, médecin, École de santé publique, Nancy • **Françoise Carpentier**, professeur des universités, Andem • **Daniel Caysac**, directeur d'hôpital, direction des Hôpitaux • **François Chabaud**, médecin, ORS Poitou-Charentes • **Suzanne Charvet-Protat**, économiste, Andem • **Jean-François Collin**, maître de conférence, IFR Inserm n° 28 « évaluation et prévention », Nancy • **Stéphanie Deschaume**, économiste, direction générale de la Santé • **Patrice Dosquet**, médecin, Andem • **Michel Doumenc**, professeur associé en médecine générale, Andem • **Pierre Durieux**, maître de conférence, service de santé publique, Hôpital Cochin • **Alain Durocher**, professeur, Hôpital A. Calmette, Lille • **Frédéric Fleurette**, médecin, Andem • **Jacqueline Gaillot-Mangin**, médecin, Andem • **Pilar Galan**, médecin, Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation, Cnam, Paris • **Serge Hercberg**, docteur en pharmacie, Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation, Cnam, Paris • **Christine Jestin**, médecin inspecteur de santé publique, direction générale de la Santé • **Marielle Lafont**, médecin, Andem • **Michel Lamure**, informaticien, professeur, GS Santé, Université Lyon 1 • **Thérèse Lebrun**, économiste, chargée de recherche à l'Inserm, Cresge-Labores, Lille • **Dominique-Jeanne Lepaux**, médecin, École de santé publique, Nancy • **Hervé Maisonneuve**, médecin, Andem • **Jacques Massol**, professeur des université, Andem • **Yves Matillon**, professeur, directeur de l'Andem • **Agnès Paul-Dauphin**, médecin, École de santé publique, Nancy • **Lionel Pazart**, médecin, Andem • **Paul Presiozi**, médecin, Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation, Cnam, Paris • **Pierre-Philippe Sagnier**, médecin, Bayer AG pharma • **Jean-Claude Sailly**, économiste, directeur de recherche au CNRS, Cresge-Labores, Lille.
Merci à **Brice Gayet**, **Jean-Claude Henrard** et **Jean-Paul Moatti** pour leurs tribunes.

Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale . *Évaluation d'une action de santé publique : recommandations.* Paris : Andem, 1995, 48 p.

Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical.* Paris : Andem, 1993, 33 p.

Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. *Les conférences de consensus : base méthodologique pour leur réalisation en France.* Paris : Andem, 1990, 15 p.

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc). *Les protocoles de l'évaluation dans les opérations de la politique de la ville.* Paris : Crédoc, 1994, 79 p.

Commissariat général au Plan, École nationale d'administration. *Outils, pratiques, institutions pour évaluer les politiques publiques. (séminaire Plan-Ena, avril-juillet 1990).* Paris : la Documentation française, 1991, 294 p.

Conseil national du sida. *De la nécessité d'évaluer l'action publique en matière de prévention du VIH/sida. Rapport suivi de recommandations.* Paris : CNS, 1996, 32 p.

Conseil scientifique de l'évaluation. *L'évaluation en développement 1995. Rapport annuel sur l'évolution des pratiques d'évaluation des politiques publiques.* Paris : la Documentation française, 1996, 247 p.

Direction générale de la Santé. *Évaluation de la politique de la Santé pour tous en l'an 2000. Années 1993-1994. France.* Vanves : DGS, 1994, 74 + 66 p.

Petit guide de l'évaluation des politiques publiques. Paris : La documentation Française, 1996.

C. Hadji. *L'évaluation, règles du jeu.* Paris : ESF éditions, 1993.

Th. Lebrun, J. C. Sailly, M. Amouretti. *L'évaluation en matière de santé. Des concepts à la pratique.* Lille : Cresge, 1991, 480 p.

Y. Matillon, P. Durieux. *L'évaluation médicale du concept à la pratique.* Paris : Flammarion, coll. *Médecine science*, 1996.

R. Pineault, C. Daveluy. *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies.* Montréal : Éditions nouvelles, 1995, 408 p.

Adresses utiles

Andem
159, rue Nationale
75640 Paris Cedex 19
01 42 16 72 72

Cresge
1, rue Norbert Ségard
BP 109
59016 Lille
03 20 13 40 60

Credes
1, rue Paul Cézanne
75008 Paris
01 40 76 82 01

Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
Cedit AP-HP
3, avenue Victoria
75100 Paris RP
01 40 27 31 09

Conférence nationale des unions régionales des médecins libéraux
Maison des professions libérales
46, boulevard de la Tour Maubourg
75007 Paris
01 44 11 31 50

Causes de la surmortalité prématurée en France

Comparaison avec la situation en Angleterre-Pays de Galles

On constate une surmortalité prématurée en France par rapport à l'Angleterre. Le risque de décès pour un Français âgé de 25 à 44 ans est le double de celui des Anglais de la même tranche d'âge. L'analyse des données présentée ici indique que le risque lié au suicide, à l'alcoolisme ou aux accidents de la route est trois fois plus élevé en France.

Les rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé de la population* ont mis en avant le niveau particulièrement élevé en France de la mortalité « prématurée » (décès avant 65 ans). Cette spécificité de la situation française apparaît très nettement lorsque l'on compare les risques de décès des hommes entre pays de niveau de développement comparable. Une « surmortalité prématurée » s'observe également, mais dans une moindre mesure, pour les femmes. Au contraire, après 65 ans, la situation française apparaît favorable par rapport aux autres pays.

Pour mettre en évidence les causes de décès responsables de cet excès de mortalité, nous avons conduit une étude détaillée des différences de mortalité entre la France et l'Angleterre-Pays-de-Galles : mesure des écarts de mortalité entre les deux pays à différents âges, évolution de ces écarts depuis le début des années quatre-vingt et analyse du poids des différentes pathologies responsables des écarts constatés.

Niveau de la mortalité générale

Les taux de décès comparatifs toutes causes confondues pour l'ensemble de la population sont moins élevés en France qu'en Angleterre-Galles (tableau ci-dessous). L'analyse du niveau de la mortalité par âge indique cependant des disparités importantes selon le sexe et la classe d'âge étudiés. Avant 65 ans chez les hommes et avant 44 ans chez les femmes, les risques de décès sont plus élevés en France. L'écart maximum entre les deux pays concerne les sujets entre 25 et 44 ans. Pour cette classe d'âge, le risque

Taux de décès par sexe et âge en France et en Angleterre-Galles (1993, taux comparatifs pour 100 000)

	Moins de 25 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus	Total
Hommes						
France	87,7	234,0	929,1	2868,4	10428,3	1251,8
Angleterre	68,8	126,0	839,5	3799,4	12791,4	1434,1
Taux français sur taux anglais	1,3	1,9	1,1	0,8	0,8	0,9
Femmes						
France	47,2	89,9	369,0	1210,8	6890,6	690,5
Angleterre	43,2	73,2	506,8	2169,4	8635,8	915,6
Taux français sur taux anglais	1,1	1,2	0,7	0,6	0,8	0,8

* *La santé en France*. Rapport du Haut Comité de la santé publique, La documentation Française (tomes 1 et 2), novembre 1994. Rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé 1996, septembre 1996.

de décès est multiplié par deux chez les hommes en France. Après 65 ans, la situation s'inverse et les taux de décès sont nettement moins élevés en France, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

Évolution de la mortalité générale (1980-1993)

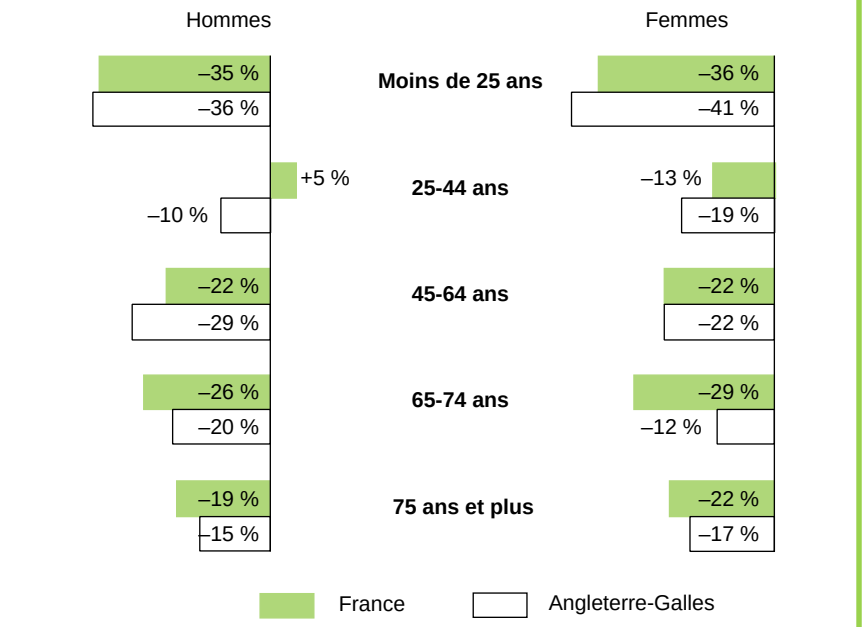
Depuis le début des années quatre-vingt, les taux de décès ont fortement diminué dans les deux pays. Les progrès n'ont cependant pas été du même ordre pour toutes les classes d'âge. Avant 25 ans, on observe sur la période étudiée, une baisse importante et de même ampleur des taux de décès dans les deux pays. Pour les risques de décès entre 25 et 44 ans, les progrès ont été moindres et on constate même, dans le cas de la France, une augmentation de la mortalité chez les hommes. Entre 45 et 64 ans, la diminution a été, pour les hommes, plus marquée en Angleterre qu'en France. Après 65 ans, au contraire, les progrès ont été plus nets en France.

Ces évolutions se sont traduites par une augmentation dans le temps de l'écart de mortalité entre les deux pays pour les sujets de moins de 65 ans (augmentation de la surmortalité en France surtout chez les hommes) alors que les écarts de mortalité sont restés relativement constants après 65 ans (surmortalité en Angleterre).

Niveau de la mortalité selon le type d'affection

Les écarts de mortalité générale mis en évidence entre les deux pays varient selon le type d'affection étudiée. Les tableaux page ci-contre présentent les causes de décès pour lesquelles ces écarts sont maximum (risques de décès multipliés par plus de 2).

Évolution entre 1980 et 1993 des taux de décès par sexe et âge en France et en Angleterre-Galles
(taux comparatifs)



Les causes pour lesquelles les risques de décès sont nettement plus élevés en France sont : le sida (risque multiplié par 5 et plus), le suicide (risque multiplié par 3), l'alcoolisme (risque multiplié par 3 chez les hommes et par 2 chez les femmes), les accidents de la circulation (risque multiplié par 3 avant 65 ans), les autres types d'accidents (après 45 ans), les cancers des voies aérodigestives supérieures chez les hommes entre 25 et 64 ans et les cancers du poumon (chez les hommes entre 25 et 44 ans).

Les indices de surmortalité pour la plupart de ces causes ne varient pas très fortement en fonction de l'âge ; mais, ce type de cause ayant un plus gros poids dans la mortalité des jeunes, leur fréquence augmentée entraîne la surmortalité générale observée précédemment chez les jeunes adultes en France par rapport à l'Angleterre-Galles.

Les causes pour lesquelles on constate une surmortalité en Angleterre par rapport à la France sont en moins grand nombre : infarctus (risque multiplié par 3 après 45 ans en Angleterre), maladies de l'appareil respiratoire (après 45 ans) et, uniquement chez les femmes, cancers du poumon après 45 ans et cancers VADS après 65 ans.

Évolution de la mortalité selon le type d'affection (1980-1993)

La figure page 22 indique, pour les hommes avant 65 ans, les variations des principales causes de décès dans les deux pays entre 1980 et 1993. Pour les cancers VADS et l'alcoolisme, la surmortalité française a eu tendance à se réduire car les taux de décès ont augmenté en Angleterre depuis le début des années quatre-vingt alors que la mortalité a diminué en France durant la même période. Les taux de décès restent cependant encore nettement plus élevés en France qu'en Angleterre-Galles.

Pour le cancer du poumon, on observe des tendances inverses : augmentation des taux de décès en France et diminution de la mortalité en Angleterre. Si bien que, alors que la mortalité était plus éle-

Causes pour lesquelles les risques de décès sont plus de 2 fois plus élevés en France qu'en Angleterre-Galles (selon le sexe et l'âge, 1993. Rapport du taux de décès français sur le taux de décès anglais, taux comparatifs)

Moins de 25 ans		25-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus	
Hommes							
Accidents de la circulation	2,5	Sida	7,6	Sida	6,3	Suicide	5,5
		Cancer VADS*	3,9	Alcool**	4,6	Alcool**	4,8
		Accidents de la circulation	3,2	Cancer VADS*	3,2	Autres types d'accidents	3,4
		Alcool**	3,1	Accidents de la circulation	3,0	Accidents de la circulation	2,1
		Cancer du poumon	2,7	Autres types d'accidents	2,9		
		Suicide	2,6	Suicide	2,8		
Femmes							
Accidents de la circulation	2,7	Sida	14,3	Sida	12,6	Suicide	4,8
Suicide	2,7	Suicide	3,6	Suicides	3,9	Autres types d'accidents	3,1
		Accidents de la circulation	3,4	Accidents de la circulation	3,1	Alcool**	2,6
		Alcool**	2,3	Alcool**	3,0		
				Autres types d'accidents	2,0		

* Cancers des voies aérodigestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.
** Psychoses alcooliques et cirrhoses

Causes pour lesquelles les risques de décès sont plus de 2 fois plus élevés en Angleterre-Galles qu'en France (selon le sexe et l'âge, 1993. Rapport du taux de décès anglais sur le taux de décès français, taux comparatifs)

Moins de 25 ans		25-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus	
Hommes							
				Infarctus	3,5	Infarctus	3,2
						Appareil respiratoire**	2,4
Femmes							
		Infarctus	2,8	Infarctus	5,3	Cancer du poumon	4,0
				Appareil respiratoire**	3,1	Infarctus	3,3
				Cancer du poumon	3,1	Appareil respiratoire**	2,9
				AVC***	2,0	Cancer VADS*	2,8

* Cancers des voies aérodigestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.
** Maladies de l'appareil respiratoire.
*** Accidents vasculaires cérébraux.

vée au début des années quatre-vingt en Angleterre, les taux de décès sont actuellement plus élevés en France.

La mortalité par accident de la circulation a diminué dans les deux pays. Pour les autres types d'accident, la baisse a été plus prononcée en France (le niveau de la mortalité reste cependant toujours plus élevé en France).

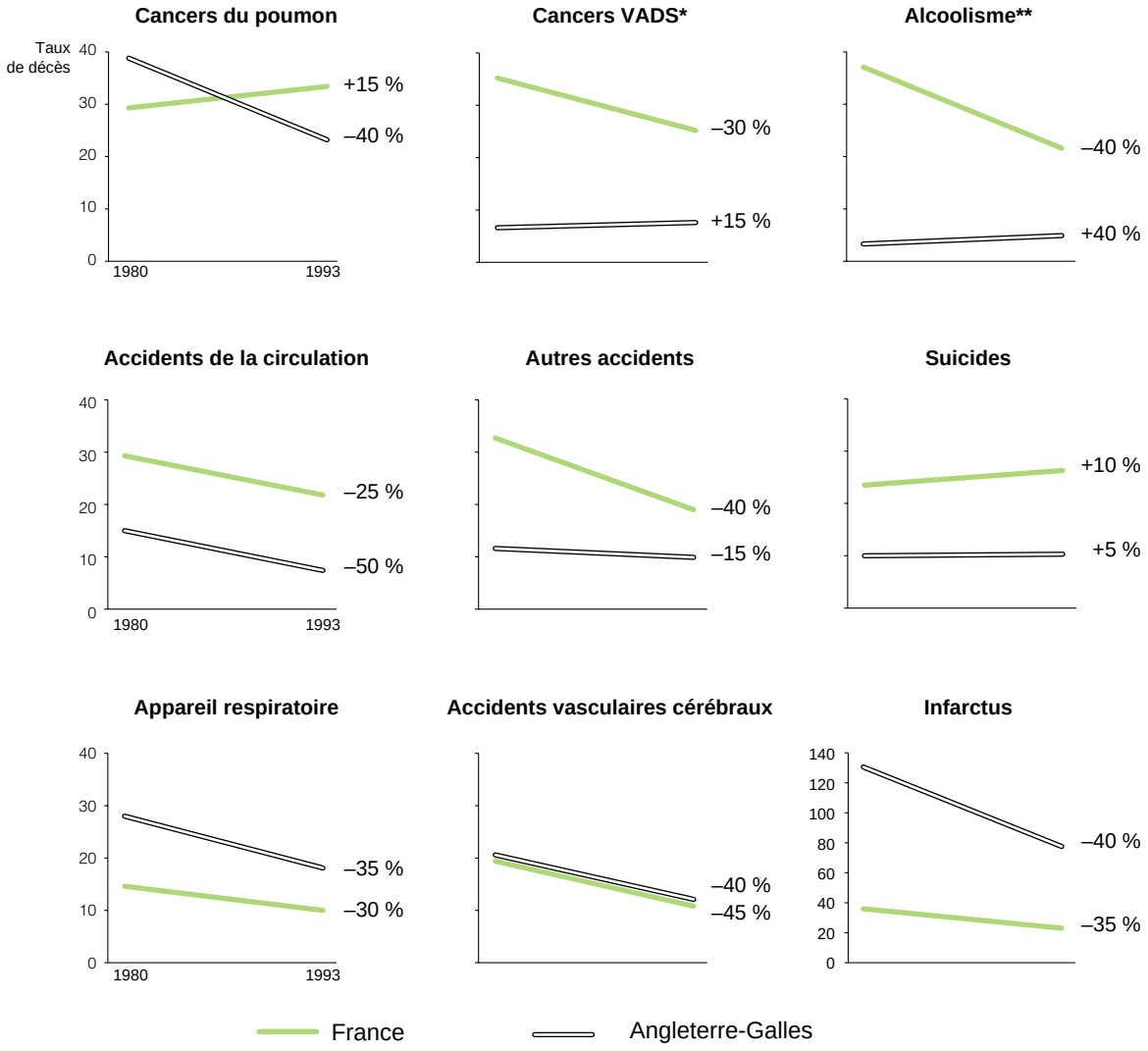
La mortalité par suicide a eu tendance à progresser (modérément) dans les deux pays.

En ce qui concerne les pathologies pour lesquelles les risques de décès sont plus élevés en Angleterre, les écarts entre les deux pays ont eu tendance à se réduire en 15 ans (infarctus et maladies de l'appareil respiratoire) mais les niveaux de mortalité restent supérieurs en Angleterre.

Poids des différentes causes de décès dans les écarts de mortalité

Le tableau page 23 (en haut) indique le poids des différentes causes pour expliquer la surmortalité observée en France chez les hommes avant 65 ans. Ce poids est la résultante à la fois du niveau de surmortalité de la cause considérée et de

Variation de la mortalité « prématurée » des hommes entre 1980 et 1993 en France et en Angleterre (taux de décès masculins pour les moins de 65 ans, taux comparatifs pour 100 000)



* Cancers des voies aérodigestives supérieures: lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, oesophage
** Psychoses alcooliques et cirrhoses

l'effectif total des décès correspondant à cette cause (le tableau page 23 en bas présente les effectifs annuels de décès avant 65 ans).

Le poids des différentes pathologies varie selon les classes d'âge. Avant 25 ans la surmortalité en France chez les hommes s'explique essentiellement par la fréquence des accidents de la circulation (40 % de la surmortalité). Entre 25 et 44 ans, trois pathologies sont responsables de 60 % de la surmortalité observée : le sida, le suicide et les accidents de la circulation. Entre 45 et 64 ans, les cancers VADS, l'alcoolisme et les cancers du poumon expliquent 50 % de la surmortalité constatée en France.

Pourquoi une telle surmortalité prématurée ?

Cette analyse met clairement en évidence une surmortalité « prématurée » en France par rapport à l'Angleterre, en particulier chez les hommes. Les causes de décès responsables de cette surmortalité sont très spécifiques : sida, suicide, alcoolisme, accidents de la circulation, autres types d'accident, cancers des voies aérodigestives supérieures et cancers du poumon. Ce type de pathologie ayant un poids prépondérant dans la mortalité des jeunes, leur fréquence élevée conduit à une surmortalité prématurée (toutes causes) en France par rapport à l'Angleterre. Après 65 ans, on constate toujours pour la plupart de ces mêmes causes un risque très augmenté de décès en France par rapport à l'Angleterre, mais ces pathologies ayant un moindre poids dans la mortalité des sujets âgés, n'entraînent plus une surmortalité générale. Au contraire, le niveau de la pathologie circulatoire nettement plus élevé en Angleterre conduit à une surmortalité générale en Angleterre par rapport à la France après 65 ans.

La surmortalité « prématurée » observée en France pour un certain nombre de causes peut-elle s'expliquer par des différences d'enregistrement des causes de décès entre les deux pays ? Même s'il existe certainement des disparités, que ce soit en terme de certification ou de codification des causes de décès*, on peut difficilement retenir une telle hypothèse pour trois raisons essentielles :

- le niveau de mortalité toutes causes (qui lui ne peut être affecté par des différences de pratiques d'enregistrement) apparaît nettement plus élevé en France (en particulier entre 25 et 44 ans),
- les écarts de mortalité par cause mis en évidence sont extrêmement marqués et s'observent pour la plupart des classes d'âge,
- la fréquence des causes de décès inconnus ou mal définis est nettement plus élevée en France qu'en Angleterre (en

* É. Jougla, G. Pavillon. *International comparability of causes of death data, Methods and results. EASP working group on health, morbidity and mortality differentials in Europe.* Urgup, Turkey October 18-24, 1995.

Poids des pathologies explicatives de la surmortalité prématurée observée chez les hommes en France par rapport à l'Angleterre-Galles (1993)

Moins de 25 ans		25-44 ans		45-64 ans	
Accidents circulation	41 %	Sida	23 %	Cancers VADS*	19 %
Suicide	12 %	Suicide	20 %	Alcool**	17 %
Autres accidents	6 %	Accidents circulation	16 %	Cancer poumon	11 %
Autres maladies	5 %	Alcool**	7 %	Autres cancers	15 %
Causes mal définies	35 %	Autres accidents	5 %	Suicide	8 %
		Cancers VADS*	4 %	Autres accidents	8 %
		Cancer poumon	4 %	Accidents circulation	4 %
		Autres maladies	5 %	Sida	4 %
		Causes mal définies	15 %	Autres maladies	4 %
				Causes mal définies	11 %
Total	100 %	Total	100 %	Total	100 %

* Cancers des voies aérodigestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.
** Psychoses alcooliques et cirrhoses

Lecture : 23 % de la surmortalité générale de la France par rapport à l'Angleterre pour les hommes entre 25 et 44 ans est expliquée par la fréquence plus élevée des décès par sida en France.

Effectifs de décès avant 65 ans observés en 1993 en France et en Angleterre-Galles

	France		Angleterre-Galles	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Accidents de la circulation	5 418	1 794	1 684	511
Autres accidents	4 682	1 420	2 218	787
Suicides	6 489	2 294	2 311	561
Autres morts violentes	1 785	669	1 064	455
Cancers VADS*	6 028	552	1 664	541
Cancer du poumon	8 079	988	5 053	2 508
Cancer du sein		4 151		4 855
Autres cancers	15 454	8 958	11 866	9 819
Sida	3 631	770	452	48
Alcool**	5 251	2 016	1 123	630
Infarctus	5 775	1 034	16 835	4 596
Maladies cérébro-vasculaires	2 662	1 321	2 648	2 120
Autres maladies circulatoires	5 063	2 057	3 303	1 990
Causes mal définies	5 151	2 027	492	291
Autres maladies	10 400	5 823	11 373	8 228
Total	85 868	35 874	62 086	37 940

* Cancers des voies aérodigestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.
** Psychoses alcooliques et cirrhoses

particulier au sein des populations jeunes) ; or des études complémentaires, en particulier auprès des instituts médico-légaux*, ont montré que les causes non connues de la statistique résultaient la plupart du temps d'une absence d'information sur un certain nombre de morts violentes (en particulier suicides et accidents). La réintégration de ces causes dans la statistique aurait ainsi au contraire pour effet une augmentation du niveau de surmortalité observée en France par mort violente.

Les causes de décès responsables de la surmortalité en France apparaissent toutes extrêmement liées aux comportements et habitudes de vie des sujets : alcoolisme (psychoses, cirrhoses, cancers VADS, accidents), tabagisme (cancer du poumon, cancers VADS…), prises de risque (accidents de la circulation, autres types d'accidents…), comportement sexuel (sida)… Pour certaines de ces causes (cancers VADS, alcoolisme, autres accidents), les taux de décès ont davantage diminué depuis les années quatre-vingt en France qu'en Angleterre mais leur niveau actuel reste encore nettement plus élevé en France. Pour les autres pathologies, l'évolution dans le temps n'a pas été favorable à la France. Pour les accidents de la circulation et le suicide, la France ne réduit pas son retard (l'écart entre les deux pays a même tendance à s'accroître). Pour le cancer du poumon chez les hommes avant 65 ans, on observe même une inversion de tendance (les taux sont actuellement plus élevés en France alors que c'était l'inverse au début des années quatre-vingt).

Les tendances ainsi mises en évidence (fréquence augmentée chez les hommes français des pathologies liées aux habitudes de vie et aux comportements individuels à risque) ne découlent pas uniquement de la comparaison avec l'Angleterre et s'observent également en comparant la France à d'autres pays. Ces observations montrent ainsi clairement qu'une des priorités de santé publique devrait consister à accentuer les efforts permettant d'agir sur les facteurs liés à ces comportements tout en analysant les raisons des meilleurs résultats obtenus par d'autres pays dans certains domaines. D'autant plus que, contrairement à d'autres problèmes de santé, on dispose de moyens qui ont déjà prouvé leur efficacité pour lutter contre ce type de pathologie et de mort violente responsable d'un très grand nombre de décès (limitation de vitesse, port de la ceinture, prévention des accidents domestiques, augmentation du prix du tabac, limitation des publicités sur l'alcool et le tabac, éducation pour la santé…).

Matériel et méthodes

Les données analysées sont basées sur les statistiques nationales de causes de décès publiées annuellement par les deux pays : pour la France, SC8 de l'Inserm* et pour l'Angleterre-Galles, Office of Population Censuses and Surveys**.

Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès et les taux de décès en 1980 et 1993, calculés sur la base des populations moyennes de chaque pays. Des taux de décès standardisés par âge ont été calculés par la méthode des taux comparatifs (standardisation directe) en utilisant en tant que population de référence la population moyenne « France-Angleterre-Galles » de l'année 1993 par sexe et classe d'âge (de 5 ans). Des indices de surmortalité ont été calculés en rapportant les taux de décès d'un pays aux taux de décès de l'autre. Les évolutions du niveau de mortalité entre les années quatre-vingt et 1993 ont été analysées. Le taux de variation entre les deux périodes a été obtenu en calculant, pour les principales causes de décès, le rapport : (taux 1993 - taux 1980) * 100 / taux 1980 (variation relative exprimée en pourcentage).

Effectifs, taux de décès, indice de surmortalité et taux de variation sont présentés par sexe, par classe d'âge et par cause de décès. Pour chaque décès, la cause analysée est la cause principale (codée selon la neuvième révision de la Classification Internationale des maladies). Deux regroupements ont été opérés : les cancers des voies aérodigestives supérieures (« VADS » : cancers des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage) et les causes de décès liées directement à l'alcoolisme (psychoses alcooliques et cirrhoses). Les écarts de mortalité générale (toutes causes) observés entre les deux pays ont été répartis en fonction des différentes causes de décès afin de mettre en évidence le poids des pathologies responsables des écarts de mortalité.

* Statistiques des causes médicales de décès, Service d'information sur les causes médicales de décès, SC8 Inserm.

** Mortality statistics, Office of Population Censuses ans Surveys, Series DH2 causes.

Éric Jougla
Alain Le Toullec
Service d'information sur les causes médicales de décès, SC8 Inserm, Le Vésinet

* D. Lecomte, F. Hatton, G. Renaud, A. Le Toullec. Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans, résultats d'une étude coopérative. *BEH*, 1994 ; 2 : 5-6.

formation

Formation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales

École nationale de santé publique, Rennes

Responsable pédagogique
Jean-Luc Prigent

Renseignements
Concours de recrutement
Ministère du Travail et des Affaires sociales
Bureau du recrutement et de la Formation (SRH8)
75507 Paris Cedex 15
Tél. : 01 44 36 90 86
Scolarité
École nationale de la santé publique
Filière IASS
Avenue du Professeur Léon Bernard
35043 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 28 27 35

Conditions d'accès et public
Les élèves inspecteurs sont recrutés par la voie d'un concours national organisé par le ministère du Travail et des Affaires sociales.
Les conditions d'accès sont les suivantes :
- concours externe : être titulaire d'une licence ou de l'un des diplômes ou certificats exigés des candidats au concours externe d'entrée à l'Éna et à être âgé de 35 ans au plus (45 ans pour les femmes élevant ou ayant élevé au moins un enfant pendant cinq ans) ;
- concours interne : fonctionnaire ou agent de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics qui en dépendent, avoir accompli quatre ans de services civils valables ou validables pour la retraite dont au moins deux ans dans un corps catégorie B.

Objectifs
La formation initiale d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, sanctionnée par la titularisation dans le corps des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS), est une formation professionnelle visant l'acquisition de connaissances et de méthodes favorisant la prise de décision dans le champ sanitaire et social.
Le but de cette formation est l'apprentissage d'une part, des bases du métier d'inspecteur, et d'autre part, des modes d'action propres à un type d'emploi en relation avec les responsabilités exercées notamment en matière de :
- planification et allocation des ressources des établissements sanitaires et sociaux
- contrôle des organismes de sécurité sociale
- actions sociales
- actions de santé.

Modules
- Méthodes d'observation
- Régulation et méthodes d'aide à la décision
- Méthodes d'inspection
- Méthode de gestion des relations humaines et sociales
- Connaissance du cadre juridique de l'action sanitaire et sociale
- Connaissance des populations, des politiques et des logiques d'intervention
- Connaissance des enjeux et de l'organisation de la protection sociale
- Connaissances à caractère financier
- Connaissance des enjeux de l'action collective
- Module interprofessionnel de santé publique
- Module inter-école

Débouchés
Les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales titularisés sont, à l'issue des deux ans de formation, affectés dans les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (Drass, Ddass)

Déroulement
La formation initiale des IASS est proposée sur une durée de deux ans. Trois stages en service déconcentré sont organisés au cours de ce cursus :
- stage « découverte » (2 mois)
- stage « filière » (2 mois)
- stage « d'exercice professionnel » (4 mois)

En fin de formation, les inspecteurs stagiaires présentent un mémoire sur une problématique professionnelle.

Les huit métiers préparés à l'ENSP

- Directeur d'hôpital
- Infirmier général
- Ingénieur du génie sanitaire
- **Inspecteur des affaires sanitaires et sociales**
- Médecin inspecteur de santé publique
- Pharmacien inspecteur de santé publique
- Ingénieur d'études sanitaires
- Directeur d'établissement social

Propositions du Haut Comité

Pour une politique de prévention, de soins et de réhabilitation en matière de conduites d'alcoolisation

Au sein du Haut Comité de la santé publique, le groupe de travail sur les comportements de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites a présenté en séance plénière du 26 novembre 1996, une communication intitulée « Pour une politique de prévention, de soins et de réhabilitation en matière de conduites d'alcoolisation ». Ces orientations seront développées dans son rapport triennal en 1998.

La consommation à risque d'alcool représente avec la consommation de tabac, en France, un des déterminants majeurs des principales causes de mortalité prématurée. De même, l'alcool est responsable de nombreux états morbides ainsi que de nombreux dysfonctionnements sociaux (accidents, absentéisme, problèmes familiaux, violence…).

Les conduites d'alcoolisation : le déni français

Ce constat a amené tant la Conférence nationale de santé que les Conférences régionales à rappeler la place majeure que doit occuper la lutte contre les comportements à risque liés à l'alcool dans une politique nationale de santé publique impliquant un renforcement du rôle de l'État dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de cette politique.

En préambule à la définition des axes de cette politique, le Haut Comité de la santé publique souligne que l'alcool jouit en France d'un statut particulier.

Son poids culturel et économique lui confère une image positive, à l'inverse, l'alcoolodépendant ou la personne en difficulté avec l'alcool est perçu de manière fortement négative.

Il y a une position contradictoire entre la volonté régulièrement affirmée de lutter contre les dommages liés aux conduites d'alcoolisation et les multiples actions visant à promouvoir la consommation d'alcool et à en valoriser les effets économiques, culturels… Ainsi l'alcoolisme fait, en France, l'objet d'un déni consensuellement accepté.

Les pouvoirs publics, responsables de la lutte contre l'alcoolisme, doivent réaffirmer leur engagement à mener celle-ci dans le cadre d'un plan national de lutte contre les comportements à risque liés à l'alcool.

Les principes généraux de la définition du plan

Pour aider à la définition de ce plan, il y a lieu d'améliorer la connaissance du phénomène d'alcoolisation :

- en adoptant les concepts d'alcoolodépendance, d'usage nocif dommageable et de consommation d'alcool. Ainsi la politique de santé sur ce thème s'établira en tenant compte des différents aspects des conduites d'alcoolisation ;
- en construisant un système d'information relatif à la connaissance de la production, de la distribution, de la consommation d'alcool et de ses modalités de consommation en France. Ce système d'information indépendant de tout intêret particulier aura pour objectif l'homogénéisation et la validation des données produites par les multiples sources existantes. De plus, les enquêtes sur les comportements à risque et sur les facteurs de protection ou de vulnérabilité permettant d'adapter et de finaliser les stratégies de prévention devront être promues et encouragées.

Le Haut Comité constate que les moyens financiers actuellement mis en œuvre pour lutter contre le risque alcool sont notoirement insuffisants et nécessitent d'être mis en adéquation avec l'importance du problème. L'effort doit porter

sur la prévention, le soin et la réhabilitation, avec un effort plus intense sur la prévention dont les crédits sont particulièrement insuffisants.

Le plan doit comporter un volet centré sur la prévention et un volet centré sur le dispositif de prise en charge et de réhabilitation et veiller à les mettre en cohérence. À partir des orientations prises dans ces trois domaines (prévention, soins, réhabilitation), les pouvoirs publics doivent s'engager à financer des programmes d'actions en mobilisant de manière pérenne, les moyens financiers nécessaires.

Les mesures préventives

Les actions de prévention visent à éviter le passage de l'usage à la dépendance ainsi qu'à réduire les dommages liés aux conduites d'alcoolisation. Elles doivent faire l'objet de processus d'évaluation. Les mesures de prévention doivent être à la hauteur de l'offensive commerciale majeure développée par les producteurs et les distributeurs, notamment à destination des jeunes (mise en place des *premix*, augmentation du degré d'alcoolisation de la bière et du cidre, adaptation des stratégies commerciales).

Les mesures de prévention doivent être diversifiées, volontaires, déterminées et inscrites dans la durée. La prévention visera à diminuer l'offre et à agir sur la demande en intervenant dans les champs de l'information, de l'éducation et de la réglementation.

Afin de diminuer l'accessibilité au produit des mesures de toutes natures doivent être mises en place, notamment :

- l'interdiction de la promotion sous forme de publicité. Le Haut Comité de la santé publique souligne et déplore, au moment où il est question d'évaluer la loi Évin, que tous ses décrets d'application ne soient pas rédigés. Le Haut Comité recommande que l'on procède à une évaluation de l'état du dispositif réglementaire avant d'être en mesure d'apprécier son impact éventuel.
- l'application des réglementations en vigueur, notamment celles contenues dans le Code des débits de boisson. Le Haut Comité de la santé publique regrette l'élargissement des possibilités d'installation de buvettes dans les lieux sportifs offert par le décret du 8 août 1996. Le Haut Comité rappelle que tant le milieu sportif que le monde scolaire sont des lieux d'éducation et de structuration de l'enfant et de l'adolescent qui nécessitent d'être protégés de la promotion de produits de consommation à risque (alcool, tabac, drogue).
- des études montrent qu'il existe une forte corrélation entre la consommation d'un produit et son prix. Une augmentation du prix des boissons contenant de l'alcool doit entraîner une réduction des consommations. Ainsi, le Haut Comité de la santé publique recommande que les augmentations de taxes soient répercutées sur l'ensemble des boissons alcoolisées.

L'action sur la demande nécessite que le rôle des acteurs soit clairement défini. Les intérêts des producteurs et des distributeurs d'alcool sont en contradiction avec les intérêts de la santé publique.

L'État et les pouvoirs publics ont reçu des citoyens la mission d'intérêt général de lutter contre la consommation dommageable d'alcool et à ce titre ils sont responsables de toutes les actions de prévention utiles à cet objectif en totale indépendance. Ainsi la conception des messages, la mise en place et le financement des campagnes de prévention sont de la seule responsabilité des pouvoirs publics.

Le rôle de la réglementation en matière d'alcoolémie au volant ne doit pas être sous-estimé dans la modification des comportements de consommation. La récente introduction d'un taux de 0,50 g/l comme base d'infraction mérite d'être évaluée, de façon à savoir si cette mesure est suffisante.

À coté du dispositif général d'éducation pour la santé, le Haut Comité de la santé publique réaffirme l'intêret d'un dispositif spécifique de prévention des conduites d'alcoolisation et de l'ensemble des comportements de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites.

Le dispositif de soins et de prise en charge des conduites d'alcoolisation

Le dispositif de prise en charge des consommateurs à risque et de l'alcoolodépendant doit s'adapter au regard des trois principes suivants :

- le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme doit être maintenu.

Il convient de l'adapter aux nouveaux concepts (addiction, réseaux de prise en charge…) ainsi qu'à l'évolution et la diversité des comportements. Ses tâches doivent être diversifiées : promotion de l'alcoologie de liaison, place de la médecine de ville, des CHAA et de la médecine du travail dans le cadre de réseaux. La place du médecin généraliste dans ce dispositif doit être réaffirmée.

- l'évaluation clinique et économique des prises en charge et des diverses stratégies thérapeutiques doit être développée, en renforçant les capacités d'expertise dans ce domaine.
- l'organisation du système de lutte contre l'alcoolisme doit être régionalisée. Chaque région devrait être amenée à définir sous l'autorité du Préfet de Région un schéma régional coordonnant les structures de soins en alcoologie, notamment avec les autres dispositifs du système de soins.

La réhabilitation

Les dommages liés à l'alcool peuvent entraîner une exclusion ou une disqualification sociale, soit du fait de pathologies somatiques ou de perturbations de la vie professionnelle et sociale. La réhabilitation, au travers des post-cures et des centres d'hébergement et de réadaptation sociale, peut utiliser soit le dispositif spécialisé soit le dispositif général de réinsertion. Une évaluation de l'efficacité des dispositifs doit être menée.

Groupe de travail sur les comportements de consommation d'alcool, tabac et drogues illicites du Haut Comité de la santé publique

recherche

Institut fédératif de recherche n° 28

« prévention et évaluation »

Sigle
IFR 28

Date de création
26 avril 1995

Équipes fondatrices
- EA1124 (santé publique : santé des populations, systèmes de santé)
- EA1126 (laboratoire hygiène et recherche en santé publique)
- Inserm U 420 (épidémiologie santé travail)
- INRS
- Centre de médecine préventive (observatoire, structure, recherche)
- CHU Nancy (unité d'épidémiologie, Simes)

Équipes associées
Faculté de chirurgie dentaire
U 308 Inserm (Laboratoire Epinut)

Effectif permanent
Deux ingénieurs techniciens administratifs Inserm (secrétariat, technicien de recherche)

Directeur
Pr Serge Briançon

Coordonnées
Faculté de Médecine
9 Avenue de la Forêt de Haye
BP 184
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 59 25 74
Télécopie : 03 83 59 26 90
Électronique :
ifr-gip@sante-pub.nancy.fr

Objectifs généraux
- Favoriser le développement coordonné des travaux des équipes fondatrices par l'approfondissement de leurs coopérations scientifiques, universitaires et hospitalières, en particulier dans le domaine de la recherche clinique ou de la recherche en santé publique.
- Faciliter les évolutions de structure et d'implantation des équipes fondatrices dans le cadre d'une stratégie commune à moyen terme.
- Mettre en œuvre des actions communes ou concertées d'animation et d'information scientifique.
- Organiser des actions de formation par la recherche, notamment au niveau du DEA (DEA interrégional épidémiologie clinique et évaluation des actions de santé).
- Optimiser l'utilisation des moyens disponibles par la mise en commun d'une partie du potentiel humain et technique.

Objectifs propres à l'IFR
- Développer des recherches sur la prévention et l'évaluation (efficacité et utilité de programmes ou actions de santé, mise au point d'outils et méthodes de l'évaluation).
- Mettre en place une stratégie de valorisation des compétences de chaque équipe au service de projets transversaux dans des domaines où ni le savoir-faire, ni les informations ou la documentation détenues par une seule équipe ne seraient suffisants.

Activités réalisées ou en cours
- Organisation d'une journée « Évaluation de la prévention » lors des congrès conjoints Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) et Société française de santé publique (SFSP) Nancy, juillet 1995
- Préparation d'une monographie sur le thème « évaluation et prévention », avec présentation d'études françaises autour des grandes thématiques et méthodologies de l'évaluation de la prévention.
- Création d'un centre de documentation sur le thème « Évaluation de la prévention » : documentation spécifique offrant veille technologique, recherche bibliographique, réalisation de dossiers documentaires. Création d'un serveur Internet qui proposera, outre l'accès à la base de données « Évaluation de la prévention », une présentation de l'IFR, de ses projets et de ses chercheurs. Le centre sera un des éléments clé du projet Imesis (Initiative méditerranéenne de système d'information pour la santé publique). Imesis est un projet de coopération Euro-méditerranéenne sur la réalisation d'une plateforme documentaire multilingue qui permettra des investigations collectives dans de nombreuses sources d'information en santé publique, ainsi qu'une veille technologique efficace.
- Projet Canevas (le canton pour l'évaluation en santé) : mise à la disposition des équipes de recherche en santé publique et professionnels de santé d'un outil permettant une évaluation de l'efficacité des programmes de santé à l'échelon local dans un modèle de type quasi expérimental (voir présentation du projet dans le dossier n° 17, page XXIII).
- Une collaboration avec le CFES est en cours d'étude, d'une part pour utiliser les instruments du *Baromètre santé*, d'autre part pour envisager l'utilisation de l'outil Canevas pour l'évaluation d'actions de promotion et d'éducation pour la santé élaborées par le CFES.

L'IFR est par ce projet un des partenaires d'un programme de prévention de l'alcoolisme à l'échelon local dans le cadre des priorités régionales lorraines et soumis au soutien du « Fonds d'intervention en santé publique (FISP) »

Bibliographie succincte
- Cl. Bouchet, F. Guillemin, S. Briançon. *Non-specific effects in longitudinal studies : the impact on quality of life*. J Clin Epidemiol 1996 ; 49 : 11-16.
- F. Constant, J.-Fr. Collin, F. Guillemin, M. Boulangé. *Effectiveness of spa therapy in chronic low back pain : a randomized clinical trial*. J Rheumatol 1995 ; 22 : 1315-1320.
- S. Hercberg, P. Hebel, P. Preziosi, S. Briançon, A. Favier, P. Galan, D. Malvy, A.-M. Roussel, L. Schwartz. *Les motivations des volontaires pour participer à une étude d'intervention dans le domaine de la prévention nutritionnelle : résultats d'un pré-test du projet Suvimax*. Rev Épidemiol Santé Publique, 1995, 43 : 139-146.
- S. Hercberg, S. Briançon, A. Favier, P. Galan, P. Preziosi, A.-M. Roussel. *Le projet Suvimax : 100 000 volontaires pour la recherche en nutrition dans le domaine de la prévention*. Cah Nutr Diet 1993 ; 28 : 54-64.
- R. Perrin-Nadif, G. Auburtin, M. Dusch, J.-M. Porcher, J.-M. Mur. *Blood antioxidant enzymes as markers of biological activity resulting from exposure to respirable coalmine and biological markers of pneumoconiosis*. Occup Environ Med 1996, 53 : 41-45.
- J.-J. Moulin, Q. T. Pham, J.-M. Mur, C. Meyer-Bisch, N. Massin, P. Wild, D. Teculescu, J.-P. Perreaux, E. Hunzinger, E. Kauffer, P. Delepine, J.-F. Caillard. *Respiratory health of man-made mineral fibres production workers : results of an epidemiological survey in France*. Ann Occup Hyg, 1988 ; 32, 747-755.

Textes

- **Développement des moyens d'information adaptés en direction des personnes sans domicile fixe**
Note de principe
DAS-DSF 1 du 17 juillet 1996, *JO* du BO 96/41
Voir résumé ci-contre

- **Carnet de santé**
Décret n° 96-925 du 18 octobre 1996, *JO* du 20 octobre 1996
Voir résumé ci-contre

- **Vaccination par le vaccin antituberculeux BCG**
Décret n° 96-775 du 5 septembre 1996, *JO* du 7 septembre 1996

- **Pratique de la vaccination par vaccin antituberculeux BCG et tests tuberculiniques**
Arrêté du 5 septembre 1996, *JO* du 7 septembre 1996

- **Conseils de surveillance institués auprès des organismes nationaux du régime général de la sécurité sociale**
Décret n° 96-960 du 4 novembre 1996, *JO* du 5 novembre 1996

- **Déclaration obligatoire des suspicions de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines**
Arrêté du 19 septembre 1996, *JO* du 24 septembre 1996

- **Prise en charge des patients étrangers**
Circulaire interministérielle CP-D 1-D 2-DH-AF 1-AF 2 96-555 du 10 septembre 1996, *BO* 96/38

- **Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles**
Arrêté du 7 octobre 1996, *JO* du 25 octobre 1996

- **Création d'un Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments dans les secteurs ambulatoire et hospitalier**
Arrêté du 19 septembre 1996, *JO* du 28 septembre 1996

- **Composition et fonctionnement des conseils d'administration des établissements publics de santé**
Décret n° 96-945 du 30 octobre 1996, *JO* du 31 octobre 1996

- **Financement des programmes de prévention du saturnisme infantile**
Circulaire DGS-VS 96-320 du 15 mai 1996, *BO* 96/24

Développement de moyens d'information adaptés en direction des personnes sans domicile fixe

En plus des permanences téléphoniques existantes dans les grandes agglomérations et des documents d'information réalisés à l'initiative des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, un numéro vert national « sans abri » a été créé l'hiver dernier, le 0800 306 306. Les collectivités locales sont chargées de relayer la campagne d'information nationale qui a eu lieu au moment du passage à la numérotation à dix chiffres.
Deux types de documents sont préconisés pour informer les personnes sans domicile fixe :
- les plans de ville ou de département pour prendre connaissance des services d'accueil, d'aide alimentaire, d'accès aux soins ;
- les mini-guides d'adresses et de démarches qui devront être réalisés dans chaque département.

La réalisation de ces documents devra être mise en œuvre dans un partenariat entre les municipalités et les conseils généraux, et nécessitera la collaboration des associations concernées.
Au moins un de ces documents doit exister dès cet automne dans chaque département.

Le carnet de santé

Le carnet de santé délivré aux assurés sociaux et à leurs ayants droits de plus de seize ans comporte les éléments d'identification des personnes à l'exception du nom patronymique.
Le médecin y porte la date des soins, son cachet et sa signature et, sauf opposition du patient, les informations pertinentes pour le suivi médical.
Le carnet est rempli dans les établissements publics et privés de santé par le praticien responsable de la prise en charge du patient ; il peut être vu et/ou rempli, avec l'accord du patient, par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens.

Rapport du Haut Comité de la santé publique sur les encéphalopathies subaigues spongiformes transmissibles humaines et animales

Groupe constitué de Messieurs D. Gautier, S. Grémy, A. Hirsch et R. Sambuc

Par lettre en date du 9 juillet 1996, le secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale demandait au HCSP de définir la forme que pourrait revêtir sa contribution à la réflexion sur le problème des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles humaines et animales (ESST). À cet effet, une commission s'est constituée et a recueilli les avis des personnalités scientifiques les plus qualifiées par leurs travaux dans ce domaine.

L'actualité du sujet tient à la description récente d'une nouvelle forme de maladie de Creutzfeldt-Jakob ayant des caractéristiques cliniques et neuropathologiques spécifiques la distinguant très nettement des formes jusqu'alors reconnues. Identifié formellement chez quinze malades, ce variant pourrait être la conséquence de la transmission à l'homme de l'agent de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) par voie alimentaire. De nombreux arguments épidémiologiques, neuropathologiques et expérimentaux plaident fortement en faveur de cette hypothèse. Maladies liées aux mystérieux prions, les ESST inaugurent un nouveau concept de l'infection pour lequel nous ne disposons d'aucun cadre de référence. Ce vaste champ d'incertitudes interdit l'évaluation du risque et sa gestion car nous sommes dans l'incapacité de prévoir le nombre de sujets ayant été contaminés et pouvant être en phase d'incubation. Prenant en considération les nombreuses inconnues qui entretiennent notre impuissance à comprendre le potentiel épidémique de ces maladies et après avoir analysé l'arsenal des multiples mesures prises pour les contrôler, en référence au principe de précaution, le HCSP a dégagé plusieurs axes de propositions visant à :

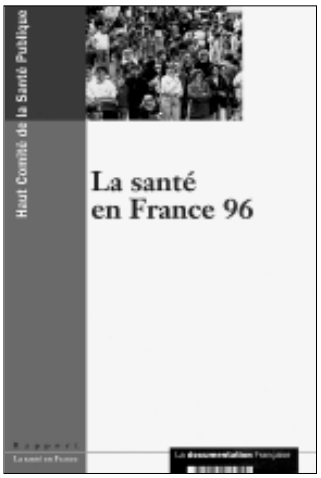
1 renforcer le réseau de surveillance de la MCJ en l'étendant à l'ensemble des ESST humaines et en créant des centres de référence pour l'étude anatomo-pathologique des prélèvements cérébraux nécropsiques ;

2 développer une véritable épidémiologie vétérinaire se préoccupant non seulement de l'ESB mais également de la tremblante du mouton.
Pour être réellement opérantes, ces deux approches épidémiologiques doivent être concertées et une étroite collaboration entre elles devrait permettre de dégager des analyses convergentes en matière d'évaluation du risque ;

3 recommander la création au niveau national et, si possible européen, d'un observatoire des maladies émergentes capable d'être immédiatement opérationnel pour gérer tout risque nouveau. Le RNSP pourrait constituer le noyau d'une telle structure ;

4 envisager la création d'une agence de sécurité sanitaire de l'ensemble de la chaîne alimentaire, rattachée au ministère de la Santé et garantissant, notamment, une parfaite traçabilité des aliments.

À l'occasion d'un bilan annuel du suivi des actions entreprises et des résultats enregistrés, qu'il se propose d'établir, le HCSP pourrait être associé à la gestion du risque en donnant son appréciation sur l'adéquation entre l'évaluation actualisée du risque et les mesures prises en matière de sécurité sanitaire.



La Santé en France 96

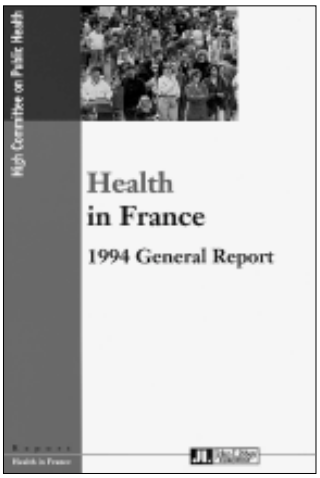
Le rapport *La Santé en France 96* succède au premier rapport général sur la santé publié par le Haut Comité de la santé publique en 1994.
Ce rapport actualise les données épidémiologiques et individualise les tendances récentes des indicateurs retenus en 1994. Il donne une vue synthétique de l'offre de soins et de l'utilisation des ressources dans le domaine de la santé, ainsi que des éléments de prévision tirés d'études récentes de simulation.
Il présente également l'état des réflexions du Haut Comité sur l'établissement de priorités nationales et régionales de santé, l'évolution de la médecine ambulatoire et de l'hospitalisation, les relations entre le monde de la santé et celui des médias.
Le rapport *La Santé en France 96*, 252 p., 75 F est édité et diffusé par la documentation Française.

Points de vente

La documentation Française
Librairie de Paris
29-31, quai Voltaire
75340 Paris Cedex 07
téléphones : 01 40 15 71 08
01 40 15 71 10
La documentation Française
Librairie de Lyon
Cité administrative La Part Dieu
165, rue Garibaldi
BP 3188
69401 Lyon Cedex 03
téléphone : 04 78 63 23 02
et sur commande dans toutes les librairies.

Par correspondance

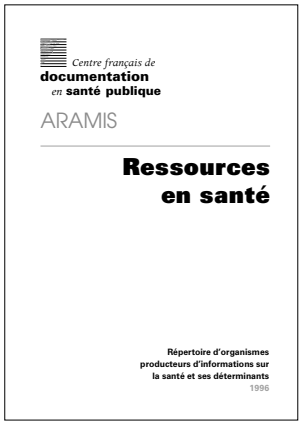
La documentation Française
Bureau vente et distribution
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
téléphone : 01 48 39 56 00



Health in France 1994

La traduction de l'intégralité du premier tome de *La Santé en France* version 1994 vient de paraître aux éditions John Libbey sous le titre *Health in France, 1994 General report*.
300 p., 250 F
Diffusion assurée uniquement par les
Éditions John Libbey Eurotext
127, rue de la République
92120 Montrouge
France
téléphone : 01 46 73 06 60

L'équipe de rédaction d'*Actualité et dossier en santé publique* vous présente ses meilleurs vœux pour l'année 1997



Ressources en santé

Les auteurs

Le Centre français de documentation en santé publique (service commun du HCSP et du Comité français d'éducation pour la santé) et Aramis, réseau de producteurs de données en santé publique

Le contenu

Il recense 180 organismes nationaux et internationaux qui produisent et / ou qui mettent à disposition du public (professionnel ou non) des informations dans le domaine de la santé publique et de l'éducation à la santé : ouvrages, revues, brochures, cassettes audiovisuelles, etc.

Comment se le procurer ?

Ressources en santé, 229 p., 75 F TTC port compris.
adresser un chèque à l'ordre d'Aramis à :

Aramis

Mme Catherine Lavielle
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves

Documentation

Livres reçus

ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.
Les mots-clef utilisés sont ceux de la Banque de données santé publique.

ALCOOL

GÉNÈSE D'UNE INSTITUTION : LE CENTRE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET D'ALCOOLOGIE
Évolution de la politique de lutte antialcoolique
C. Thiry-Bour
Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg, 1996, 207 p., 98 F

ABUS SEXUEL

TRAITEMENT ET SUIVI MÉDICAL DES AUTEURS DE DÉLITS ET CRIMES SEXUELS
Rapport 1995
Ministères du Travail et des Affaires sociales et de la Justice
Vanves : CFES, 1996, 88 p., 55 F

ÉTHIQUE

ÉTHIQUE ET RECHERCHE BIOMÉDICALE
RAPPORT 1993-1994
Comité consultatif national d'éthique
Paris : La documentation Française, 1996, 430 p., 220 F

ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET DROITS DE L'HOMME
In : Droit et démocratie, *1996, 51 p., 50 F*

HANDICAP

DICTIONNAIRE DU HANDICAP
G. Zribi, D. Poupée-Fontaine
Rennes : ENSP, 1996, 280 p., 180 F

Par Marie-Claude Versavel

INDICATEUR DE SANTÉ

LA MORBIDITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE
Première approche, juin 1996
ORS Île-de-France
Paris : ORS Île-de-France, 1996, 143 p.

LA SANTÉ, INDICATEUR D'ENVIRONNEMENTS
1er volume : observer, confronter. 2e volume : gérer, agir.
ORS Picardie
Paris : L'Harmattan, 1996, 479 p., 250 F, 287 p., 150 F

PAUVRETÉ

L'EXCLUSION
L'état des savoirs
Direction S. Paugam
Paris : La découverte, 1996, coll. Textes à l'appui, *584 p., 160 F*

PRÉCARITÉ SOCIALE : CUMUL DES RISQUES SOCIAUX ET MÉDICAUX
Enquête sur la santé et les soins médicaux
France 1991-1992
Th. Lecomte, A. Mizrahi, A. Mizrahi
Paris : Credes, 1996, n° 1129, 85 p., 125 F

SANTÉ

LA NUTRITION
J.-M. Lecerf
Toulouse : Privat, coll. Les classiques santé, *1996, 157 p., 98 F*

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET HÉMOVIGILANCE
J.-F. Quaranta
Paris : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ?, *1996, 127 p., 40 F*

CARDIOLOGIE 2000
LIVRE BLANC SUR LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES EN FRANCE
J.-P. Letouzey, A. Genet, R. Amoretti, J. de Kervasdoué, R. Cash, C. Meyer, J.-N. Collin, F. Bousquet
Paris : Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux, 1996, 360 p.

SANTÉ MENTALE

LA SOUFFRANCE DE L'HOMME
UNE APPROCHE GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE
M. Reynaud, J. A. Malarewiez
Paris : Albin-Michel, 1996, 425 p., 150 F

SIDA

ANTHROPOLOGIE ET SIDA
Bilan et perspectives
Sous la direction de J. Benoist, A. Desclaux
Paris : Karthala, coll. Médecine du monde, *1996, 382 p., 160 F*

DE LA NÉCESSITÉ D'ÉVALUER L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA
Rapport suivi de recommandations
Paris : Conseil national du sida, 1996, 32 p.

SYSTÈME DE SANTÉ

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE
M. Duriez, P.-J. Lancry, D. Lequet-Slama, S. Sandier
Paris : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ?, *1996, 127 p., 40 F*

LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN
É. Chamorand
Paris : La documentation Française, coll. Les études de la documentation Française, *1996, 142 p., 80 F*

L'ACCRÉDITATION EN FRANCE : COMMENT ? Actes du séminaire des 6 et 7 octobre 1993
École de santé publique Hôpital national de Saint-Maurice
Rennes : ENSP, 1996, 162 p., 130 F

L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LES SERVICES DE SOINS
D. Tonneau, S. Bonhoure, A.-M. Gallet, M. Pépin
Lyon : Anact, coll. Outils et méthodes, *1996, 159 p., 185 F*

LA SANTÉ EN PROJET
B. Honoré
Paris : InterÉdition, 1996, 221 p., 135 F

QU'EST-CE QU'UNE POLITIQUE DE SANTÉ ?
S. Hamon, D. Jolly
Paris : Médecine-Sciences-Flammarion, coll. Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, *1996, 40 p., 70 F*

TABAC

LE TABAGISME
Pr B. Dautzenberg
Toulouse : Privat, coll. Les classiques santé, *1996, 159 p., 98 F*

TOXICOMANIE

ENTRE RÉPRESSION, TOLÉRANCE ET PERMISSIVITÉ
La politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie
M. Ghysel
Paris : Assemblée Nationale, Commission des affaires culturelles, coll. Les documents d'information, *1996, n° 2683, 38 p., 20 F*

ALCOOL

GÉNÈSE D'UNE INSTITUTION : LE CENTRE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET D'ALCOOLOGIE
Évolution de la politique de lutte antialcoolique
C. Thiry-Bour
Strasbourg : coll. Presses universitaires de Strasbourg, *1996, 207 p., 98 F*

La politique de la lutte antialcoolique est passée par une série d'étapes, dont chacune est décisive. C'est d'abord, pendant un siècle (1850-1950), la conception traditionnelle où le buveur est défini socialement et la lutte antialcoolique est présentée en termes de sanction et de répression. À ce modèle se substitue, autour de 1950, une conception médicale, assortie d'une thérapie. À partir de 1960, les recherches en alcoologie remettent en question le modèle médical jugé trop restrictif. On va tenir compte du contexte socio-économique et du produit alcool. Enfin dans les années soixante-dix apparaît la notion de dépistage précoce. En 1975, sont créés les centres d'hygiène alimentaire (CHA), en 1983 ceux-ci deviendront Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA).

ABUS SEXUEL

TRAITEMENT ET SUIVI MÉDICAL DES AUTEURS DE DÉLITS ET CRIMES SEXUELS
Rapport 1995
Ministères du Travail et des Affaires sociales et de la Justice
Vanves : CFES, 1996, 88 p., 55 F

Face à l'augmentation du nombre d'incarcérations pour infractions à caractère sexuel (5 % en 1973, plus de 12 % de la population pénale condamnée à de longues peines en 1994), et à la suite d'une mission Igas/DH/DGS/AP, un groupe de travail « santé/justice » a été mis en place en 1991 par la direction de l'Administration pénitentiaire et la direction générale de la Santé.

Ses objectifs étaient : recenser les traitements possibles et préciser leurs conditions d'application en veillant au libre consentement des intéressés, ce qui l'a conduit à se préoccuper des conditions de vie à l'intérieur des prisons où les auteurs d'infractions sexuelles sont mal tolérés par les co-détenus ; avoir une visée de préparation à la sortie et de prévention des récidives.

Dans ses propositions, le groupe de travail est favorable à une libération sous conditions à l'issue de l'incarcération, mesure pouvant s'accompagner d'une obligation de soin, dont la mise en œuvre exige que soient étudiées les modalités de suivi thérapeutique et l'articulation entre le judiciaire et le sanitaire. Par ailleurs, il a soutenu la mise en place d'une recherche-action sur dix-sept sites dont douze SMPR, dans la double finalité de comprendre le fonctionnement mental de ces sujets et d'affiner les protocoles de soins. Il souhaite que les médecins et leurs équipes suivent une formation dans tous les domaines.

En conclusion, il estime que les conditions sont dans l'ensemble favorables à une réelle approche thérapeutique de ces pathologies. L'application de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale devrait permettre d'intégrer progressivement ces prises en charge spécifiques dans le dispositif général de soins médico-psychologiques et d'apprécier l'adéquation des moyens eu égard aux besoins.

ÉTHIQUE

ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET DROITS DE L'HOMME
In : Droit et démocratie, 1996, 51 p., 50 F

Cet ouvrage représente les actes du colloque « Droit et démocratie », qui s'est déroulé à Paris, en juin 1995 : il a constitué une de ces rencontres, encore trop rare, sur le thème de l'éthique et de la déontologie et a regroupé des personnalités d'horizons divers, de responsabilités éminentes.

L'approche retenue était tout à fait opérationnelle, de telle sorte que le débat a porté sur les principes et sur leur mise en œuvre concrète. Le débat a permis, tout d'abord, de montrer que l'éthique et la déontologie ne pouvaient trouver leur source que dans les droits de l'homme fondés sur la disparité éminente de la personne humaine et sur le respect de l'autre.

Il a, par ailleurs, esquissé dans quel cadre opérationnel, État, professionnels et juges, pourraient mettre en œuvre cette éthique et cette déontologie.

INDICATEUR DE SANTÉ

LA SANTÉ, INDICATEUR D'ENVIRONNEMENTS
1er volume : observer, confronter ; 2e volume : gérer, agir.
ORS Picardie
Paris : L'Harmattan, 1996, 479 p., 250 F, 287 p., 150 F

Les actes du 7e Congrès national des observatoires régionaux de la santé (Amiens, octobre 1994) viennent d'être édités, en deux volumes : *observer, confronter* et *gérer, agir*.

Le premier volume « observer, confronter », plutôt technique, reprend les interventions et débats concernant « les moyens et méthodes » sur quatre grands

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1996, 18 (4) : 317-396

Éditorial
- Marqueurs biologiques de prédisposition et de consommation excessive, *Maurice Dongier*

Mémoires
- Effets de l'alcool sur la sexualité humaine. Revue de la littérature, *Paul Jean-François*
- Alcool et hypertension artérielle, *Yves Juillière, Claudine Gillet*
- Nicotine et goudrons de filtres de cigarettes en fonction de la fume et des fumeurs, *Salomé Ohiami-Masseron*, *Nadjette Benamar*, *Colette Martin*, *Marie-Christine Santais*, *François Ruff*, *Robert Molimard*
- Dépistage des problèmes liés à l'alcool dans les prisons : utilisation du questionnaire « Deta », *Philippe Michaud, Fabienne Pessione, Jacqueline Lavault, Gérard Rohmer, Bernard Rueff*
- Apport de l'acamprosate dans l'aide au maintien de l'abstinence chez l'alcoolodépendant, *François Paille, Claudine Gillet*

Varia
- La double disqualification du malade alcoolique, *Jean Morenon, Martine Morenon*

Alcoologie de terrain
- Les CHAA : problèmes d'identité, *Jean-Louis Balmès*
- Le projet Evad : le discours des alcoolodépendants, *Guy Azoulaï*

Congrès
- Alcoolisation : indicateurs, mesures et moyens. Journée d'étude, *mai 1996, Ajaccio*
- Groupement de recherche psychotropes, Politique et société, *juin 1996, Paris*
- RSA/ISBRA, juin 1996, Washington
- 40e Congrès ICAA/Cipat, *juillet 1996, Amsterdam*

Vie de la SFA
- Alcoologie et dermatologie, 27 septembre 1996, Paris
- Conduites d'alcoolisation du jeune adulte, 16 octobre 1996, Paris

Groupes de travail
- Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool. Groupe Normandie Bretagne
- Prochaines réunions de la SFA
- Nouveaux membres

Informations
- Thèses. Enseignement. Actualités. Agenda. Livres. Annonces

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

thèmes de santé publique qui constituaient les ateliers — prévenir la pauvreté/précarité ; de « pas de travail » à « trop de travail » ; surveillance des eaux : toxicologie ou épidémiologie ; réseaux : pourquoi ?

Le second volume « guérir, agir », plus politique, propose des solutions, souvent originales, à la fois sur les quatre thématiques du congrès, et sur le thème plus horizontal : santé publique et collectivités territoriales.

LA MORBIDITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE
Première approche, juin 1996
ORS Île-de-France
Paris : ORS d'Île-de-France, 1996, 143 p.

Cette première approche de la morbidité, destinée à mieux faire connaître la diversité des problèmes de santé des habitants de l'Île-de-France, a été réalisée à partir de l'analyse régionale de deux enquêtes nationales : l'enquête décennale « santé et soins médicaux » et l'enquête annuelle « santé et protection sociale » dirigées par l'Insee avec l'aide du Credes.

Globalement l'étude conclue que si l'état de santé des Franciliens est le même que celui des Français, il existe quelques spécificités : les maladies cardiovasculaires et endocriniennes sont inférieures de 10 % en Île-de-France, alors que les maladies infectieuses et parasitaires sont supérieures de 22 % à la moyenne nationale. On y apprend aussi que les Franciliens consultent plus que les Français : 9,2 visites médicales en moyenne par an contre 8, et vont plus souvent chez les spécialistes, 53 % des visites en Île-de-France contre 49 % en France. L'écart observé entre la plus forte et la plus faible consommation selon la catégorie socio-professionnelle (soit entre les employés et les artisans) est plus importante en Île-de-France (3,1 visites) qu'en France (1,7 visite).

DICTIONNAIRE DU HANDICAP
G. Zribi, D. Poupée-Fontaine
Rennes : ENSP, 1996, 280 p., 180 F

Colloques, séminaires, enquêtes, publications abondent sur le sujet vaste et complexe des handicaps.

Les textes législatifs, témoins de l'intérêt que la société — bien souvent sous la pression d'associations d'usagers eux-mêmes ou de leurs parents — porte aux personnes en difficulté, se succèdent, témoignant de prises de conscience, de volonté d'agir sur le monde de la solidarité. Leur multiplicité et leur foisonnement, héritage de l'histoire et des idéologies successives peuvent constituer pour le non-initié une nouvelle source d'exclusion.

Ce livre a un immense mérite. Il fournit en premier lieu les repères chronologiques de la politique du handicap menée en France depuis 1909.

Le guide situé en fin d'ouvrage, bien que concis, renferme une mine de renseignements pratiques, ou du moins donne les moyens de les rechercher : adresses d'associations, lieux d'information complémentaire, services spécialisés, documentation, fichiers. Y sont particulièrement précisés les organismes d'information et d'orientation relevant des différentes instances de décision : ministérielles, régionales ou départementales.

Le dictionnaire lui-même est d'une extrême richesse car il regroupe l'ensemble des notions évoquées ci-dessus en un ouvrage court mais dense, compréhensible et accessible à tous.

Chaque article est conçu avec clarté et surtout s'accompagne pour chacun des références bibliographiques, juridiques ou pratiques les plus couramment utilisées.

L'index a le mérite de développer chaque sigle et de renvoyer dans le dictionnaire à l'article correspondant.

S'il existe sans doute quelques omissions concernant les modalités d'interventions particulières — partenaire, équipe pluridisciplinaire —, on trouve des articles abordant des sujets relativement récents tel celui sur la thérapie génique.

Enfin, et c'est sûrement là un des grands mérites des auteurs, les articles abordant les concepts encore insuffisamment connus, sujets de recherches variées, tant dans le domaine étiologique que dans les orientations thérapeutiques et éducatives les concernant, présentent les diverses hypothèses actuelles, même si elles font l'objet « de débats particulièrement vifs » entre les protagonistes : articles sur l'autisme infantile précoce, la psychose, le handicap mental, l'éducation et réadaptation des handicapés auditifs, pour n'en citer que quelques-uns.

Ainsi ce dictionnaire doit trouver rapidement sa place dans toute bibliothèque d'association, dans tout service spécialisé concerné mais doit pouvoir être proposé facilement aux professionnels et surtout aux intéressés eux-mêmes et à leurs familles.

Marie-Claude Versavel
Médecin, CMPP de Tours

PAUVRETÉ

PRÉCARITÉ SOCIALE : CUMUL DES RISQUES SOCIAUX ET MÉDICAUX
Enquête sur la santé et les soins médicaux France 1991-1992
Th. Lecomte, A. Mizrahi, A. Mizrahi
Paris : Credes, 1996, n° 1129, 85 p., 125 F

L'objectif de ce travail est d'essayer de mettre en évidence les risques, qui, en se cumulant et en se pérennisant, peuvent entraîner l'exclusion sociale.

Peut-on définir des indicateurs sociaux et/ou médicaux permettant de signaler une vulnérabilité particulière, susceptible d'entraîner la situation d'exclusion sociale, qui pourraient jouer

en quelque sorte le rôle de clignotant ou de signal d'alarme ? C'est à cette question que tentent de répondre les auteurs de cette étude en utilisant les données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, qui portait sur 12 649 adultes de 16 à 59 ans.

Ont ainsi été définis d'une part la précarité sociale du ménage, à partir de variables ménages (revenu et taille) et de variables individuelles, et d'autre part un indicateur de vulnérabilité médicale reposant sur des données de nature médicale ou administrative.

La liaison entre ces deux unités statistiques montre que, sur 643 ménages retenus, les personnes en situation de précarité sociale sont deux fois plus vulnérables médicalement que les autres et inversement, et que parmi les ménages, 27,8 % comportent au moins une personne médicalement vulnérable. Le cumul des deux types de risque (bi-vulnérabilité) concerne 1,5 % des personnes (chiffre sous-estimé) et 2,9 % des ménages. Cette liaison est forte dans les ménages d'une personne, alors qu'elle diminue lorsque sa taille augmente.

L'EXCLUSION
L'état des savoirs
Direction S. Paugam
Paris : La découverte, 1996., coll. Textes à l'appui, *584 p., 160 F*

Cet ouvrage collectif entend répondre à un double besoin : faire la synthèse des recherches — éclatées et peu accessibles — en faisant appel aux meilleurs spécialistes des disciplines en sciences sociales et faire connaître ces travaux à tous ceux qui élaborent, appliquent et évaluent des politiques et des actions auprès des populations défavorisées.

Il comporte six parties. La première est consacrée à une clarification de la notion d'exclusion en référence à celle du lien social et ce, à partir de différentes approches disciplinaires. Les thèmes abordés sont développés, dans les parties suivantes, de façon thématique : les trajectoires individuelles et collectives des individus et des groupes concernés ou susceptibles de le devenir ; le problème de la ségrégation spatiale — taudis, banlieues, ghettos, cités d'urgence — et la comparaison avec les États-Unis ou l'Amérique latine ; l'analyse des identités multiples des groupes marginalisés ou exclus et la construction de leur image sociale. Enfin, les deux dernières parties examinent les expériences menées en Europe et aux États-Unis et les défaillances de l'État-providence, en proposant un certain nombre de pistes et de perspectives de politique sociale.

Construit dans un souci constant de clarté et de pédagogie, cet ouvrage est une somme indispensable pour quiconque se sent concerné par une notion qui a fortement évolué depuis son apparition dans les années soixante ; en effet, il s'agit aujourd'hui non seulement d'une catégorie d'action publique au statut hégémonique, mais aussi d'une notion transversale dans les recherches en cours.

SANTÉ

LA NUTRITION
J.-M. Lecerf
Toulouse : Privat, coll. Les classiques santé, *1996, 157 p., 98 F*

LE TABAGISME
B. Dautzenberg
Toulouse : Privat, coll. Les classiques santé, *1996, 159 p., 98 F*

On doit saluer la parution de deux titres dans une nouvelle collection dont les objectifs semblent être l'éducation pour la santé. Plus que les messages délivrés, fort bien transmis d'ailleurs, l'originalité de ces deux ouvrages réside dans la qualité de la présentation et dans l'effort pédagogique. Chaque fascicule est remarquablement illustré à la fois sur le plan scientifique et artistique ce qui donne envie de lire et de relire le texte qui accompagne. Celui-ci est clair, peu technique mais très riche en informations, sachant bien répondre aux vraies questions avant de délivrer le message fort. On est loin de l'éducation sanitaire classique jalonnée d'interdits et de formules péremptoires. Trois titres sont annoncés : la fatigue, le roman du cholestérol, le bruit. On espère qu'ils suivront la même voie.

Guy Nicolas

SYSTÈME DE SANTÉ

LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN
É. Chamorand
Paris : La documentation Française, coll. Les études de la documentation Française, *1996, 142 p., 80 F*

Les États-Unis, comme d'autres pays développés, sont confrontés au problème de la maîtrise des dépenses de santé, estimées à 15 % du PIB en 1995. L'état de santé de la population, cependant, reste inférieur à celui de nombreux pays qui consacrent moins de ressources à la santé — les États-Unis sont actuellement au 25e rang pour l'espérance de vie des hommes et au 16e rang pour les femmes —, et on estime à 9 millions les Américains qui ne reçoivent pas les soins que nécessite leur état.

Tout en rappelant les facteurs économiques, politiques et socioculturels qui ont modelé le système de santé des États-Unis, cette étude analyse les dysfonctionnements de la médecine libérale ainsi que ceux des réseaux de soins intégrés sous le contrôle des compagnies d'assurances. Elle évoque les mouvements qui, de 1965 à 1980, ont tenté sans succès de proposer une protection sociale plus juste et une politique de santé répondant mieux aux besoins de la collectivité, et décrit la restructuration du système de santé, amorcée en 1981, qui ouvre la voie à la formation de grandes chaînes d'entreprises de santé à but lucratif.

Tenant compte de l'ensemble des acteurs du système, l'auteur s'efforce enfin de faire comprendre les enjeux des débats actuels sur une éventuelle réforme du système de santé qui, l'échec de la réforme Clinton l'a encore récemment prouvé, n'a jusqu'ici jamais pu aboutir.

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE
M. Duriez, P.-J. Lancry, D. Lequet-Slama, S. Sandier
Paris : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? *, 1996, 127 p., 40 F*

Cet ouvrage présente les systèmes de santé français à travers les activités de soins médicaux, ceux-ci ayant pour but de protéger, maintenir et améliorer l'état de santé. Il est organisé en deux parties : une première présente successivement l'ensemble des acteurs d'un point de vue institutionnel : tutelle, entreprises et personnels de santé, organismes de protection sociale. Dans une deuxième partie, sont décrites les règles de fonctionnement et les résultats en termes de consommation et de financement. L'ouvrage se termine par une réflexion sur les enjeux actuels et les perspectives d'un système de santé.

Lucie Degail, Geneviève Guérin, Claudine Le Grand et Patricia Siwek ont rédigé ces notes.

CALENDRIER

Paris
Du 3 au 5 février 1997
Une gérontologie innovante, performante et humaine : la pédagogie par l'exemple

Assises nationales de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées
Renseignements
FHF Géront'Expo 97
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Téléphone 01 44 06 84 44

Paris
Du 17 au 22 mars 1997
Solitude et souffrance psychique

Semaine d'information de la santé mentale
Renseignements
AFP
147, rue Saint Martin
75003 Paris
Téléphone : 01 42 71 41 11

Paris
Le 22 mars 1997
Le syndrome de l'X fragile : aspects génétiques, cliniques et thérapeutiques

Ce congrès est organisé par Mosaïques, Association des « X Fragiles »
Renseignements
Mosaïques,
Association des « X Fragiles »
77, boulevard Raspail
92270 Bois-Colombes
Téléphone et télécopie : 01 47 60 24 99

Le calendrier est réalisé avec la collaboration du
Comité français d'éducation pour la santé

Paris
Du 23 au 27 mars 1997
L'an 1 des ordonnances de la réforme de la sécurité sociale

Conférence organisée par Medec 97 ; Nutria 97
Renseignements
Société 3E
74, avenue de Kléber
75784 Paris Cedex 16
Téléphone : 01 45 53 36 24

Montpellier
Du 2 au 4 avril 1997
Des épidémiologistes de langue française

Tous les thèmes de l'épidémiologie pourront être abordés dans ce colloque organisé par l'Association des épidémiologistes de langue française.
Renseignements
Société internationale des épidémiologistes de langue française
10, rue Charles Amans
34000 Montpellier
Téléphone : 04 67 58 59 03

Montpellier
Les 3 et 4 avril 1997
Épidémiologie du vieillissement : dix ans de recherche

Congrès de la Fondation Pierre Louis
Renseignements
Société internationale des congrès et services
10, rue Charles Amans
34000 Montpellier
Téléphone : 04 67 58 59 03

Sommaire n° 3/1996 — *Santé publique*

Éditorial
- Conférence nationale de santé : un essai à transformer pour la reconnaissance de priorités de santé, *J.-F. Collin*

Études
- Stratégie de prévention en médecine générale (audit et perspectives), F. Paré, J. L. Cormier, F. Garnier, M. A. Lecomte-Bourgeois, R. J. Freund
- Actions de prévention MST-sida en milieu scolaire : enquête auprès de 100 intervenants, Rhône, 1995, *F. Pré*

Pratiques
- Discours et pratiques de santé publique sur l'immigration musulmane en Belgique francophone : trente ans d'évolution, *L. Es Safi, A. Manço*
- Connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière de paludisme en milieu urbain de Ouagadougou et de Bobodioulasso, Burkina Faso, Afrique de l'Ouest, *A. R. Gbary, I. Sombié, T. R. Guiguemendé, I. P. Guissou*

Opinions
- Les paradoxes du monde de la santé, *F. Beaulieu, J. C. Mongeau*
- Point de vue d'un médecin français exerçant dans un pays en développement sur la réforme de la sécurité sociale en France, *D. Kerouedan*
- Santé publique, économie, emploi. Trouver mieux que l'alternative « ultra-performant ou inutile », *J. Martin*

Lettre du terrain
- Recours aux services d'un hôpital universitaire par les patients sans domicile fixe (SDF), *D. Perroux*, *P. Hérault*, *S. Fanello*, *Ph. Bourrier*, *V. Derogis*

Lectures

Santé publique,
BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone 03 83 44 87 00

Cannes
Du 23 au 25 avril 1997
Nutrition et infection par le VIH

Conférence internationale abordant notamment l'éducation nutritionnelle du patient
Renseignements
Agence L SO international
23, boulevard Général Vautrin
06400 Cannes
Téléphone : 04 93 94 16 00

17
décembre
1996

Actualité et dossier en santé publique

Sommaire

1 Éditorial, *Roland Sambuc*

2 Actualité
Réforme de la protection sociale : pour une politique de santé publique, *Patricia Siwek, Pierre Ducimetière, Jean-François Dodet*
Exposition à l'amiante et santé : résultats d'une expertise collective de l'Inserm, *Marcel Goldberg*, *Denis Hémon*

11 Organisme
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

12 International
La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire, *Jean Wolas*

16 Régions
État de santé et priorités de santé publique. Synthèse des conférences régionales, *Patrice Verpillat*

19 Statistiques
Causes de la surmortalité prématurée en France. Comparaison avec la situation en Angleterre-Pays de Galles, *Éric Jougla, Alain Le Toullec*

25 Formation
Formation des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales

26 Alcoologie
Propositions du Haut Comité : pour une politique de prévention, de soins et de réhabilitation en matière de conduites d'alcoolisation

28 Recherche
Institut fédératif de recherche n° 28, « prévention et évaluation »

29 Législation & réglementation

30 L'actualité du Haut Comité
Rapport sur les encéphalopathies subaigues spongiformes transmissibles humaines et animales

32 Documentation

37 Calendrier

L'évaluation en santé

Dossier

Dossier coordonné par **Patrick Gardeur**

IV Évaluation des soins, concept et méthodes
IV L'évaluation de la pratique médicale
VI Recommandations médicales et professionnelles

IX Les domaines de mise en œuvre
IX L'évaluation des technologies médicales
XI L'évaluation des pratiques en médecine générale
XIII Évaluation des soins et assurance qualité à l'hôpital
XV L'accréditation des établissements de santé

XVIII Évaluation en santé publique
XXII Évaluation de la prévention

XXVI L'évaluation économique des actions de santé

XXXVI Tribune

XLIV Bibliographie
Adresses utiles

HCSP
Haut Comité de la Santé Publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
télécopie 01 40 56 79 49