

18

mars 1997

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

*Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*

*dossier*

**Les réformes  
des systèmes  
de santé**

Spécificités et  
convergences

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,  
Diane Lequet-Slama, 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**

Diane Lequet-Slama et Marc Duriez  
Gilles Azoulay, Laurent Chambaud,  
Ségolène Chappellon, Marie Choquet,  
Marc Danzon, André Ernst,  
Jean-Dominique Favre, Antoine Flahault,  
Michel Ghysel, Odile Heran-Le Roy,  
Guy Nicolas, Alain Letourmy,  
Henri Lewalle, Jean-Claude Saily,  
Nicolas Sandret, Alain-Jacques Valleron,  
Pierre Volovitch

Dépôt légal avril 1997 – ISSN 1243-275X

Le dossier « Les réformes des systèmes de santé,  
spécificités et convergences » se trouve encarté entre les  
pages 16 et 17. Il est numéroté de I à XXXII. 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° 18

## Sommaire

- **1 Éditorial**, Jean-Claude Saily
- **2 Actualité**  
Santé et travail, les premiers résultats de l'enquête  
Sumer 94, *Odile Heran-Le Roy, Nicolas Sandret*
- **8 International**  
Entre répression, tolérance et permissivité, la  
politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie,  
*Michel Ghysel*
- **11 Organisme**  
Observatoire français des drogues et des  
toxicomanies
- **12 Europe**  
Europe et santé (suite), *André Ernst*
- **14 Alcoologie**  
Modes de consommation d'alcool et tentatives de  
suicide chez l'homme jeune, *Jean-Dominique Favre,*  
*Marie Choquet, Gilles Azoulay*
- **17 Régions**  
Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la  
Loire, *Ségolène Chappellon*
- **21 Formation**  
Formation des directeurs d'hôpital
- **22 Études**  
Le réseau Sentinelles : douze années de recherches  
et de surveillance sur les maladies transmissibles en  
France, *Antoine Flahault, Alain-Jacques Valleron*
- **26 Recherche**  
Épidémiologie, sciences sociales et santé publique
- **27 L'actualité du Haut Comité**
- **28 Législation & réglementation**
- **30 Documentation**
- **33 Calendrier**

## Le nécessaire retour du débat politique dans **les réformes des systèmes de santé**

**C**e numéro d'*Actualité et dossier en santé publique* consacré aux réformes des systèmes de santé souligne l'impérieuse nécessité du retour du politique dans le domaine de la santé.

*À l'origine était le politique.* Lors de l'instauration des grandes familles de systèmes de santé, à la Beveridge en Europe du Nord, puis du Sud, à la Bismarck en Allemagne, en France ou au Bénélux, les principes politiques présidant à leur élaboration différaient sur des points essentiels : populations couvertes, origine des financements, mode de rémunération des professionnels de santé, niveau de décentralisation des ressources allouées.

Les organisations ainsi différenciées ont conduit à des systèmes très divers dans leur mode de fonctionnement mais une caractéristique commune les a rassemblés, à savoir le développement d'une médecine technicienne fondée sur une conception biomédicale de la santé, la croissance ininterrompue de l'offre et, corrélativement, la montée des dépenses. A partir du milieu des années soixante-dix, le ralentissement de la croissance engendre des difficultés de financement de l'ensemble des systèmes, creusant les déficits des finances publiques ou des régimes sociaux.

*Alors vient le temps de l'économie,* centré sur la nécessaire maîtrise des dépenses conduisant à des réformes conçues dans une orientation essentiellement gestionnaire : on cherche à diminuer la part des dépenses supportées par les institutions publiques (élévation du ticket modérateur et déremboursement) ; on cherche à encadrer le rythme des dépenses (instauration d'enveloppes globales) et à limiter l'offre ; on tente de réintroduire la concurrence et les méthodes de gestion ayant cours dans le privé. Ces mesures ont pour effet, certes, de diminuer le rythme de croissance des dépenses, mais aussi le taux de couverture sociale. Elles se sont heurtées, le plus souvent, à l'opinion publique et aux professionnels de la santé.

Depuis quelques années, *le débat se déplace* sous la poussée des questionnements nouveaux tels que : l'interrogation sur l'importance du rôle du système de soins dans l'amélioration de la santé, par rapport à d'autres déterminants (environnement et modes de vie) ; le degré d'adaptation de ce système à la prise en charge des maladies chroniques et invalidantes ; le développement des inégalités face à l'accès aux soins ; la mise en cause de l'efficacité des structures et des actions de soins.

*Dès lors, s'impose le retour du*

*politique.* Il convient de débattre de la conception de la santé que l'on veut promouvoir, des priorités que l'on souhaite privilégier en matière de santé, du poids que l'on accorde au système de soins, de la place donnée au préventif, au médico-social. De la maîtrise des dépenses, on passe à la régulation du système, la préoccupation de rationnement fait place à celle d'optimisation ; d'une politique d'offre, on glisse à un souci de prise en charge. Les réformes structurelles auxquelles sont attelés les pays européens suscitent un débat qui est politique avant d'être technique.

Les exposés présentés dans ce numéro devraient aider les acteurs sociaux, les professionnels de la santé, mais aussi les simples citoyens, à mieux situer les enjeux de ce débat.

**Jean-Claude Saille**

Membre du Haut Comité de la santé publique

# Santé et travail

## Les premiers résultats de l'enquête Sumer 94

**La connaissance au niveau national des nuisances auxquelles sont exposés les salariés pendant leur travail est indispensable pour définir des politiques de prévention et des priorités de recherche pertinentes. C'est l'objectif de l'enquête Sumer 94 qui a été organisée et mise en place par le ministère du Travail et des Affaires sociales.**

**P**endant leur travail, 61 % des salariés ont des contraintes posturales (position debout, à genoux, accroupie etc.), 42 % des contraintes visuelles (travail sur écran ou avec des appareils optiques...), 38 % font de la manutention manuelle, 31 % conduisent un véhicule, 28 % subissent des contraintes articulaires (répétition d'un même geste à cadence élevée, position forcée d'une ou plusieurs articulations), 27 % sont exposés au bruit (bruit supérieur à 85 db, chocs et impulsions supérieurs à 135 db, bruit gênant), 19 % aux nuisances thermiques (intempéries, froid, chaud, milieu humide), 9 % utilisent des machines-outils vibrantes et enfin 2 à 3 % des salariés sont exposés aux radiations et rayonnements ou encore travaillent dans des locaux où l'air est contrôlé. Il s'agit là d'expositions et non de risques\*. Il est nécessaire de relativiser

\* Repérer une exposition c'est affirmer la présence d'une contrainte, nuisance ou produit, au poste de travail. Définir un risque c'est affirmer que la durée ou l'intensité d'exposition est suffisante pour provoquer une atteinte éventuelle à la santé du salarié.

ser ces pourcentages en faisant intervenir les durées d'exposition relevées par les médecins pour chaque contrainte et le contexte dans lequel celle-ci se produit.

Malgré tout, même si l'on s'en tient aux expositions longues, le nombre de salariés exposés demeure relativement important. Ainsi à titre d'exemple, pendant plus de 20 heures par semaine 28 % des salariés restent debout, 13 % des ouvriers font de la manutention manuelle ou sont exposés à un bruit supérieur à 85 db et 20 % des employés et des cadres travaillent sur écran.

Le cumul des expositions à des contraintes physiques est un facteur déterminant de la pénibilité du travail. Le nombre d'expositions physiques auxquelles sont soumis les salariés dépend de leur catégorie socioprofessionnelle : les trois quarts des ouvriers sont exposés à trois contraintes physiques ou plus contre un peu plus du quart pour les autres catégories socioprofessionnelles.

Les ouvriers sont également ceux qui sont les plus fréquemment exposés à cha-

que type de contrainte physique. 84 % d'entre eux ont des contraintes posturales contre 50 % des employés et professions intermédiaires et seulement 20 % des cadres supérieurs. 60 % des ouvriers font de la manutention manuelle contre le quart des employés et professions intermédiaires. 47 % des ouvriers travaillent dans le bruit, contre 22 % des professions intermédiaires et 10 % des employés ou cadres supérieurs.

Pour les situations avec contraintes visuelles, les choses s'inversent puisque la moitié des employés, des professions intermédiaires et les deux tiers des cadres travaillent sur écran, contre un ouvrier sur douze.

S'il apparaît que les ouvriers sont les plus astreints, et parfois de façon importante, aux contraintes physiques « fortes » (bruit, manutention, vibrations, contraintes posturales et articulaires...), des catégories socioprofessionnelles traditionnellement considérées comme peu concernées par ces contraintes y sont exposées de façon non négligeable. Ainsi, la moitié des employés ou des professions intermédiaires ont des contraintes posturales. Un quart d'entre eux font de la manutention manuelle.

L'agriculture, la construction et les industries extractives sont les secteurs d'activité les plus concernés par les con-

## L'enquête

Le ministère du Travail a mis en place un outil d'évaluation des expositions aux nuisances professionnelles : l'enquête Sumer conçue et réalisée par la direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (Dares) et la direction des Relations du travail (DRT) est une enquête transversale dont l'unité statistique est le salarié qui est interrogé par son médecin du travail, qui pour l'occasion fait office d'enquêteur, sur l'ensemble de ses activités professionnelles réellement exercées lors de la dernière semaine travaillée. Le médecin du travail devait dans un premier temps répertorier les expositions au poste de travail et ne devait émettre un jugement sur le risque de pathologie que dans un second temps.

La population entrant dans le champ de l'enquête est l'ensemble des salariés couverts par le Code du travail et surveillés par la médecine du travail auxquels ont été ajoutés les salariés agricoles. Un échantillon représentatif de la population salariée a été tiré. Le premier niveau de sélection est celui des médecins du travail, le second niveau est celui des salariés surveillés par les médecins.

Le choix des médecins du travail participant à l'enquête a reposé sur

le volontariat. Seuls les médecins du travail pouvaient avoir une connaissance précise des postes de travail. Outre l'examen annuel médical de chaque salarié surveillé, les médecins du travail doivent en effet consacrer le tiers de leur temps à étudier l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail de l'ensemble des entreprises dont ils ont la charge.

La participation massive des médecins du travail dans cette enquête (1 205 médecins du travail, soit un cinquième de la profession) relativise en partie le biais dû au volontariat. Il a été vérifié que le profil des médecins du travail enquêteurs selon le type de service, le temps de travail, le sexe et l'âge était comparable à celui de l'ensemble des médecins du travail en France et qu'ils étaient donc représentatifs de l'ensemble de la profession. La participation ou non des médecins du travail n'est, en outre, vraisemblablement pas liée à la prévalence des expositions (nombre de cas d'expositions / effectifs de salariés) dans les populations qu'ils surveillent. Quant à la subjectivité des médecins du travail volontaires, elle est limitée par le cadre très strict du questionnaire composé d'une liste détaillée de situations d'exposition très précises.

Chaque médecin du travail enquêteur a tiré un échantillon aléatoire de salariés parmi ceux qu'il voyait à l'occasion de l'examen clinique annuel. La composition par activité économique, par taille d'établissement et par catégorie socioprofessionnelle de l'échantillon obtenu était assez comparable à celle de l'ensemble de la population salariée entrant dans le champ, mais il demeurait quelques légères différences. Afin de ne pas surreprésenter certains secteurs ou métiers et par conséquent certaines expositions dans les résultats, on a procédé à un redressement par calage\* sur la structure de la population salariée du champ.

L'exploitation statistique porte sur 48 190 questionnaires validés. Il y a eu 680 refus ou impossibilités de répondre à l'enquête. Après extrapolation, les données portent sur 12 millions de salariés. Ce chiffre est inférieur au nombre de salariés en France parce que la médecine du travail ne couvre pas la totalité des salariés.

\* Les données respectent alors la composition par activité économique, catégorie socioprofessionnelle et taille d'établissement observée dans la population salariée française entrant dans le champ de l'enquête.

traintes physiques avec un quart des salariés exposés à plus de six situations de contraintes physiques. Dans l'hôtellerie et la restauration, dans les services de santé, dans les services collectifs et domestiques, les salariés subissent tout particulièrement les contraintes posturales, la manutention manuelle de charges et les contraintes articulaires. Enfin, dans les activités financières (banques, assurances...), l'immobilier, les services aux

entreprises et dans une moindre mesure le commerce de gros, le travail sur écran est prépondérant.

### L'exposition à des agents biologiques

Les agents biologiques sont les micro-organismes, y compris ceux modifiés génétiquement, les cultures cellulaires et

les endoparasites humains susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication. L'exposition est délibérée quand un agent biologique bien défini est utilisé dans le processus de production. L'exposition est potentielle quand les salariés ont une probabilité d'être en contact avec un agent biologique dans le cadre de leurs activités professionnelles.

Un peu plus d'un million deux cent

### Classe des micro-organismes

- Groupe 1 non susceptible de provoquer une maladie chez l'homme.
- Groupe 2 peut provoquer une maladie chez l'homme, propagation dans la collectivité peu probable, existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace.
- Groupe 3 peut provoquer une maladie grave chez l'homme, propagation possible dans la collectivité, existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace.
- Groupe 4 peut provoquer une maladie grave chez l'homme, risque de propagation élevé dans la collectivité, pas de prophylaxie ni de traitement efficace.

mille salariés sont exposés en France, à des agents biologiques, soit un salarié sur dix. Cette exposition est délibérée pour 5 % d'entre eux et potentielle dans 97 % des cas, certains salariés pouvant cumuler les deux situations.

Les expositions délibérées sont le fait des industries biotechnologiques de production pour 71 % des salariés concernés et pour 24 % des laboratoires de recherche ou de développement utilisant des micro-organismes. Le micro-organisme le plus pathogène utilisé est de groupe 1 dans 22 % des cas, de groupe 2 dans 24 % des cas, de groupe 3 dans 10 % des cas et de groupe 4 dans 2 % des cas (voir encadré). La classe du micro organisme n'a pas été indiquée par le médecin du travail dans 42 % des cas.

Les expositions potentielles sont pour la moitié des salariés concernés le fait du travail en milieu de soins ou en laboratoire. 60 % des salariés y travaillant sont en contact avec des liquides biologiques, et 20 % exécutent des gestes invasifs (injections, prises de sang...). 18 % des expositions potentielles à des agents biologiques sont dues à un contact avec des animaux vivants, 12 % au travail dans l'industrie agro-alimentaire, 8 % au travail dans l'agriculture et aux travaux d'élimination des déchets et enfin 2 % au service funéraire et au travail dans les égouts.

Trois pour cent environ de l'ensemble des salariés exposés aux agents biologi-

ques travaillent dans les stations d'épuration des eaux usées (cumul des deux expositions).

### L'exposition à des agents chimiques

Quatre millions de salariés sont exposés aux agents chimiques, soit un tiers de la population salariée. Les salariés les plus fréquemment exposés aux agents chimiques travaillent principalement dans le secteur de la construction, dans l'industrie de la chimie, du caoutchouc et des plastiques, dans la métallurgie et la transformation des métaux, dans l'industrie et la réparation automobile, dans l'industrie des produits minéraux, des équipements mécaniques, du bois et du papier, dans l'agriculture et le secteur de la santé. Dans tous ces secteurs, près d'un salarié sur deux est exposé aux agents chimiques.

Il y a une forte disparité d'exposition selon la catégorie socioprofessionnelle : 54 % des ouvriers sont exposés aux produits chimiques, 27 % des professions intermédiaires, y compris le personnel de santé, 21 % des employés, essentiellement des agents de services hospitaliers et le personnel de services directs aux particuliers, et seulement 8 % des cadres supérieurs.

62 % des salariés exposés aux agents chimiques en utilisent un ou deux, 15 %

en utilisent plus de cinq. Le cumul de l'exposition aux produits chimiques est sensiblement le même quel que soit le secteur d'activité.

La sommation de toutes les situations d'exposition aux agents chimiques permet d'avoir une représentation globale de ces expositions et de dessiner les tendances et les grandes lignes d'utilisation des produits chimiques. Examiner quelles sont les durées d'utilisation dans l'ensemble des situations d'exposition ne pose pas de problème particulier, puisque l'enquête Sumer 94 fait un relevé des expositions et non des risques. Dans le cas de l'intensité, cette démarche est également pertinente, puisqu'une échelle commune se référant à la valeur limite d'exposition (voir ci-dessous) a été choisie pour l'ensemble des produits.

On détermine le score d'exposition en

### Intensité et VLE

La valeur limite d'exposition (VLE) est une valeur limite d'exposition court-terme (15 minutes) établie pour des produits ayant une toxicité aiguë. Lorsque la VLE était inexistante, les médecins du travail devaient prendre comme référence la population la plus exposée au produit considéré, par exemple les ponceurs de bois dans le cas de l'agent chimique « poussière de bois ».

#### Les niveaux d'intensité

- très faible** légèrement supérieure à celle de la population générale, ou à la limite de la détection.
- faible** inférieure à 50 % de la VLE
- forte** autour de 50 % de la VLE
- très forte** pouvant dépasser la VLE ou correspondant à celle de la population connue pour être la plus exposée.

croissant durée et intensité d'exposition. Ce score est composé de cinq niveaux. Ces scores définissent une échelle d'exposition et non un niveau de risque, celui-ci dépendant du produit chimique concerné.

### Score d'exposition en fonction de l'intensité et de la durée (en heures) de l'exposition

	Moins de 2		10 à 20	
	1	2 à 10	3	20 et plus
Très faible	1	1	2	3
Faible	1	2	3	4
Forte	2	3	4	5
Très forte	3	4	5	5

Les chiffres qui suivent sur la durée, l'intensité et le score d'exposition concernent l'ensemble des situations d'exposition et non des salariés (un salarié exposé à deux produits chimiques correspond à deux situations d'exposition).

La durée des expositions aux agents chimiques est inférieure à deux heures par semaine pour 46 % des situations, elle est comprise entre deux et vingt heures dans 38 % des cas et supérieure à vingt heures dans 14 % des cas.

L'intensité des expositions aux produits chimiques est très faible pour 40 % des situations. Elle se situe au alentours de 50 % de la VLE pour 47 % des situations, est très forte (égale ou supérieure à la VLE) dans 1,5 % des cas et est inconnue dans les autres cas (11 %).

Le score d'exposition (voir tableau) est de niveau 1 pour 47 % des situations d'exposition, de niveau 2,3 et 4 dans 36 % des cas et de niveau 5 dans 4,5 % des cas. Pour 12 % des situations d'exposition le score n'est pas calculable, la durée ou l'intensité étant inconnue.

Les produits auxquels les salariés sont le plus fréquemment exposés appartiennent majoritairement à la famille des solvants\* : les solvants pétroliers utilisés par 14 % des salariés exposés aux agents chimiques, les solvants halogénés (12,3 %),

\* Les solvants sont des substances synthétiques qui permettent de dissoudre aisément les corps gras, colles et peintures. La plupart des solvants pénètrent dans l'organisme par inhalation ou par la peau.

## Le questionnaire

La première partie du questionnaire fournit des informations sur le salarié (sexe, âge, statut de l'emploi, profession et catégorie socio-professionnelle) et sur l'établissement qui l'emploie (secteur d'activité, effectif de salariés).

Dans la deuxième partie, le médecin du travail fait le relevé des expositions auxquelles le salarié est soumis à partir d'une liste de plus de 200 situations de travail. Sont répertoriés des facteurs organisationnels (modalités du temps de travail, contraintes du rythme de travail, relations dans le travail, maîtrise du travail et degré de liberté), des agents physiques (nuisances sonores, thermiques, radiations, contraintes visuelles, posturales, articulaires, etc.), des agents biologiques et une centaine d'agents chimiques. Pour chaque nuisance identifiée, le médecin du travail évalue la durée d'exposition, l'existence de protections collectives, la mise à disposition de protections individuelles et l'intensité de l'exposition pour les agents chimiques. Enfin, dans la troisième partie du questionnaire, le médecin porte son jugement sur le risque de pathologie, en appréciant le ou les facteurs pouvant induire une atteinte à la santé du salarié.

les solvants alcools (13,5 %), les solvants divers dont les acétates, esters et cétones (9,6 %) ; l'éthylène glycol et ses dérivés (5,4 %), le benzène (1,4 %). Viennent ensuite les tensio-actifs (17,5 %), les acides forts (13,5 %) et les bases forts (17,5 %), les hydrocarbures pétroliers utilisés comme carburants (9,5 %), les

fumées de soudage (8,9 %), les ciments (7,8 %) et enfin les aldéhydes utilisés par 7,6 % des salariés.

Les produits chimiques pour lesquels la part des salariés exposés à des niveaux d'intensité forts ou très forts avoisine ou dépasse 20 % des salariés exposés au produit concerné sont les ciments, les

### Produits chimiques pour lesquels la part des salariés exposés à une intensité forte ou très forte est la plus élevée

	Pourcentage de salariés exposés à une intensité forte ou très forte	Effectifs de salariés exposés au produit (en milliers)
Ciments	30,0	315
Poussières de bois	25,0	185
Poussières végétales	24,5	153
Poussières animales	22,0	61
Poussières minérales	21,0	255
Fumées de vulcanisation	26,0	25
Fumées de combustion	22,5	188
Fumées de soudage	20,0	360
Goudrons et brais de houille	21,0	65
Carbonyles métalliques	20,0	13
Isocyanates et prépolymères	18,0	115

poussières de bois, les poussières végétales et animales, les fumées en général, les goudrons et brais de houille, les carbonyles métalliques et les isocyanates et prépolymères.

Par ailleurs, ont été extraits de la liste des agents chimiques recensés dans l'enquête, les substances cancérigènes correspondant au groupe 1 du CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) auxquels ont été ajoutés les oxydes de fer et les hydrocarbures polycycliques aromatiques qui sont reconnus comme certainement cancérigènes dans certaines conditions d'exposition professionnelle avec reconnaissance possible en maladie professionnelle. Le principe de ce regroupement s'appuie sur l'idée que les principes de précaution devraient être identiques quel que soit le produit conformément aux directives européennes.

### Les produits cancérigènes

8,5 % de l'ensemble des salariés, soit un million de salariés, sont exposés à des produits reconnus cancérigènes pour l'homme (liste 1 du CIRC, les oxydes de fer et les hydrocarbures polycycliques aromatiques). 84 % d'entre eux sont exposés à un seul de ces produits, et 12 % à deux produits.

Parmi les salariés exposés aux agents cancérigènes, 51 % le sont à des huiles minérales\*, 18 % à des poussières de bois, 9 % à l'amiante, 6 % aux goudrons et brais de houille, 6 % au benzène, 5 % au chrome, 3 % environ aux amines aromatiques tout comme aux hydrocarbures polycycliques aromatiques.

L'intensité d'exposition est très faible pour 36 % des expositions et très forte dans 2 % des cas. La durée d'exposition est inférieure à 2 heures par semaine pour 41 % des expositions et de plus de 2 heures dans 57 % des cas. Les scores d'ex-

\* Les huiles minérales figurent dans le groupe 1 du CIRC sous la formule « Huiles minérales non traitées et modérément traitées », dans le tableau n° 36 bis RG des maladies professionnelles, « Huiles minérales utilisées à haute température dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux » (les pathologies reconnues sont les Epithéliomas primitifs de la peau).

position obtenus sont de niveau 1 dans 42 % des cas et supérieurs à ce niveau dans 46 % des cas.

Il n'y a pas de protection collective pour la moitié des expositions, il existe une aspiration à la source dans 15 % des cas et une ventilation générale dans 10 % des cas.

46 % des salariés exposés aux agents cancérigènes travaillent dans l'industrie, principalement l'industrie des équipements mécaniques, la métallurgie et la transformation des métaux, l'industrie du bois et du papier, l'industrie de la chimie, du caoutchouc et des plastiques, l'industrie automobile. 30 % travaillent dans le secteur tertiaire, et en particulier dans la réparation automobile. 17 % travaillent dans le secteur de la construction.

17 % des ouvriers sont exposés à des agents cancérigènes, ils représentent par ailleurs 77 % des salariés exposés à ces produits.

### Les contraintes organisationnelles (horaires et rythme de travail)

Les questions sur les facteurs organisationnels sont tirées de l'enquête Conditions de travail réalisée par le ministère du Travail en 1991. Sumer vient confirmer des ordres de grandeur déjà connus en matière d'organisation du travail. Cependant le champ des salariés couverts n'est pas le même. Sumer se restreint aux salariés couverts par la médecine du travail. Il n'est donc pas possible de faire des comparaisons directes. Des travaux ultérieurs chercheront à réaliser cette comparaison.

Près de la moitié des salariés rencontrent dans leur travail l'une ou l'autre des contraintes d'horaires suivantes : travail posté en équipe alternante, travail tout ou en partie la nuit, travail en équipe de suppléance de fin de semaine, horaires irrég-

#### Proportion de salariés exposés aux différents produits parmi les salariés exposés aux agents chimiques retenus comme cancérigènes

	Pourcentage
Amiante	9,0
Amines aromatiques	3,2
Arsenic et dérivés	1,3
Benzène	6,0
Beryllium et dérivés	0,6
Bis-chloro-méthyl-éther	0,3
Cadmium et dérivés	1,0
Chlorure de vinyle	0,9
Chrome VI	5,0
Goudrons et brais de houille	6,0
Huiles minérales	51,0
Hydrocarbures polycycliques aromatiques	2,6
Nickel et dérivés	4,6
Oxyde d'éthylène	0,9
Oxyde de fer	5,6
Poussières de bois	18,0

#### Durée, intensité et score d'exposition des situations d'exposition aux produits cancérigènes

Répartition parmi les situations d'exposition en pourcentage

##### Durée d'exposition par semaine

Moins de 2 heures	41,2
2 à 10 heures	25,5
10 à 20 heures	9,0
20 heures et plus	22,8
Inconnue	1,5

##### Intensité d'exposition (mesurée ou estimée)

Très faible	36,6
Faible	38,4
Forte	11,8
Très forte	1,5
Inconnue	11,7

##### Score d'exposition

Niveau 1	41,8
Niveau 2	15,4
Niveau 3	11,5
Niveau 4	12,6
Niveau 5	6,8
Inconnu	11,9



guliers ou imprévisibles imposés par l'employeur, durée quotidienne de travail supérieure à huit heures. Bien entendu, tout le monde ne subit pas l'ensemble de ces contraintes d'horaires. Globalement, les salariés concernés se regroupent autour de trois pôles.

Dans le premier pôle, les salariés, principalement des ouvriers, ont un travail posté ou travaillent la nuit en tout ou en partie. Le travail posté touche 1 ouvrier sur 5 et le travail de nuit 1 ouvrier sur 12. Ces deux contraintes d'horaires s'observent principalement dans les établissements industriels de plus de 50 salariés. Régularité et rigidité semblent caractériser les horaires de travail de ces salariés puisqu'ils sont en outre peu nombreux à pouvoir moduler leurs horaires ou à avoir des horaires irréguliers.

Dans le deuxième pôle, les salariés cumulent les horaires irréguliers, des journées de travail supérieures à 8 heures et le travail de nuit en tout ou en partie. Ce sont par exemple les salariés de l'hôtellerie et de la restauration, des transports, du commerce ainsi que du secteur des services aux entreprises, aux particuliers ou aux collectivités, ceci quelle que soit leur catégorie socioprofessionnelle.

Enfin, un troisième pôle regroupe les salariés qui ont des horaires irréguliers et des journées de travail supérieures à huit heures. 35 % des ouvriers, 54 % des professions intermédiaires et 76 % des cadres supérieurs sont dans cette situation. Pour ces derniers, ces contraintes d'horaires sont souvent associées à la possibilité de moduler les horaires de travail.

Du point de vue des rythmes de travail, deux groupes spécifiques de salariés se distinguent en fonction du type de contrainte de rythme qu'ils subissent. Le premier est composé de salariés soumis à des contraintes de production (travail à la chaîne, déplacement automatique d'un produit ou cadence automatique d'une machine, contraintes techniques, dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, normes de production à respecter en une journée au plus). C'est le cas de 67 % des ouvriers, de la moitié des professions intermédiaires et de 40 % des employés ou des ca-

<b>Les contraintes d'horaires</b> (en pourcentage)					
	Travail posté	Travail de nuit	Équipe de suppléance de fin de semaine	Horaires irréguliers	Durée quotidienne de travail > à 8 h
<b>Secteur d'activité économique</b>					
Industrie	23,8	4,4	3,6	13,0	34,5
Construction	2,1	0,8	1,7	13,1	37,6
Tertiaire	7,3	6,3	6,3	18,5	41,1
Agriculture	2,4	2,7	6,1	23,8	33,9
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>					
Cadres et professions intellectuelles supérieures					
Professions intermédiaires	8,4	4,8	4,7	19,8	49,2
Employés	7,6	5,3	7,3	14,8	29,9
Ouvriers	18,0	6,0	4,5	15,0	29,1
Ensemble des salariés	11,0	5,1	5,2	16,9	38,7

<b>Les contraintes de rythme</b> (en pourcentage)							
	Autres contraintes techniques			Plusieurs tâches à effectuer à la fois			
	Déplacement automatique d'un produit Travail à la chaîne	Normes de production à la journée	Dépendance des collègues	Réponse immédiate à une demande			
<b>Secteur d'activité économique</b>							
Industrie	10,3	17,3	23,0	33,5	50,8	36,0	45,6
Construction	0,3	1,4	17,3	29,4	36,9	29,1	32,2
Tertiaire	1,7	2,3	10,4	23,2	32,5	61,0	51,4
Agriculture	6,9	9,3	17,0	20,5	30,8	21,4	26,1
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>							
Cadres et professions intellectuelles supérieures							
Professions intermédiaires	0,6	1,7	15,9	26,7	36,4	60,5	60,2
Employés	1,1	1,4	7,9	21,6	25,3	64,2	52,4
Ouvriers	9,5	15,1	20,8	30,7	51,5	28,5	28,4
Ensemble des salariés	4,1	6,6	14,6	26,3	37,6	49,8	47,1

dres supérieurs. Ces contraintes s'observent principalement dans l'industrie et dans les transports où respectivement 68 % et 63 % des salariés sont concernés. Ce sont les salariés des gros établissements qui sont le plus soumis à ce type de contrainte de rythme.

Dans le deuxième groupe, les salariés voient plutôt leur rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate ou par un cumul de tâches. C'est le cas de 79 % des cadres supérieurs, professions intermédiaires ou employés, mais c'est encore le cas de près d'un ouvrier sur deux. 74 %

des salariés du secteur tertiaire vivent sous ces contraintes de rythme. C'est particulièrement vrai dans le secteur du commerce et de la réparation automobile, dans l'hôtellerie et la restauration, les activités financières, les services rendus aux entreprises, aux particuliers et aux collectivités et enfin dans le secteur de la santé. ■

#### **Odile Heran-Le Roy**

Responsable du domaine santé et travail à la Dares

#### **Dr Nicolas Sandret**

Médecin-inspecteur du travail

# Entre répression, tolérance et permissivité

## La politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie

**On parle souvent du libéralisme des Pays-Bas en matière de stupéfiants. Qu'en est-il vraiment ? Quels sont les effets d'une telle politique ? Et comment réagissent les pouvoirs publics face à l'inquiétude des pays voisins, aux législations plus strictes ? Une mission d'information présidée par le docteur Michel Ghysel, créée par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale s'est intéressée à la situation des Pays-Bas et ses problèmes avec les pays frontaliers.**

**L**es Pays-Bas suivent, depuis près de vingt ans, une politique à l'égard des stupéfiants différente de celle de leurs voisins, tout en se situant dans un environnement européen de libre circulation des biens et des personnes.

Ils mènent une politique originale ayant favorisé des résultats en termes de sécurité et de santé publiques et se sont dotés d'un dispositif légal adapté à une philosophie pragmatique, notamment avec la « loi sur l'opium » de 1976. L'accompagnement médico-social est fondé sur l'importance traditionnelle des programmes de substitution et l'importance de la prévention du sida chez les toxicomanes.

### Mesures pour contrôler l'offre

La question des stupéfiants révèle un véritable « fossé psychologique » entre la

France et les Pays-Bas. Les Néerlandais ne considèrent pas les stupéfiants comme un mal absolu et éradicable mais comme un fait social inévitable, dont il convient de maîtriser, à leurs yeux, autant que possible, les conséquences sanitaires et sociales.

Leur politique de lutte contre la toxicomanie a donc toujours eu comme objectif essentiel de maîtriser les conséquences sociales du problème sanitaire que constitue l'usage des drogues dangereuses.

Le fondement de cette législation repose sur la distinction entre les drogues douces (produit du chanvre) qui sont pour les Néerlandais un « risque acceptable » et les drogues dures.

Si la loi réprime la possession de tous les stupéfiants, il existe une dépenalisation de fait, de l'usage des drogues douces qui ne constitue qu'une simple contravention au demeurant jamais relevée

(675 000 personnes consommant régulièrement du cannabis pour 15 millions d'habitants).

Le commerce de détail du cannabis est autorisé dans des commerces spécialisés (« *koffieshops* ») sous un certain nombre de conditions : réglementation de la quantité de vente unitaire, absence de vente aux mineurs, de publicité, de tapage, interdiction de la vente d'alcool et de drogues dures. L'objectif de leur autorisation est de parvenir à un cloisonnement strict des marchés des différentes drogues et de garantir la qualité des produits délivrés.

La production du Nederwiet, cannabis néerlandais caractérisé par une forte teneur en THC (Tetrahydrocannabinol) s'est considérablement développée aux Pays-Bas. On estime à 35 000 le nombre de « cultivateurs » à domicile.

À l'inverse, le trafic en gros des drogues douces, la détention et le trafic des drogues dures et chimiques restent prohibés et peuvent faire l'objet d'une répression.

On conçoit l'importance, dans la mise en œuvre de cette politique, du rôle de la police.

Cependant, surtout dans les grandes villes, on peut constater une tolérance du fait de la consommation personnelle de certaines drogues dures.

## Limiter les risques liés à l'usage de drogue

Les Pays-Bas ont, depuis longtemps, développé une politique très active dans le domaine de l'aide sanitaire et sociale en faveur des toxicomanes : on estime que 80 % des toxicomanes ont eu accès aux programmes sanitaires et sociaux. Cette politique est caractérisée par l'importance des programmes de substitution et la forte prévention du sida chez les toxicomanes.

La distribution de méthadone occupe une place centrale dans la prise en charge des héroïnomanes en Hollande où les communautés thérapeutiques et les programmes de post-cure sont paradoxalement moins développés que dans d'autres pays européens.

L'utilisation de méthadone suscite des critiques notamment en ce qui concerne le risque de polytoxicomanie qu'elle favorise.

Il existe aujourd'hui deux formes de distribution de méthadone aux Pays-Bas : elle est prescrite soit dans le cadre de programmes de réduction, soit dans le cadre des programmes de maintenance. L'objectif est de parvenir à une abstinence totale dans un délai réduit en prescrivant des doses dégressives de méthadone. Les résultats ne sont guère positifs et on observe souvent une rechute du patient.

La spécificité néerlandaise de la prévention du sida chez les toxicomanes tient ici à la rapidité avec laquelle cette politique a été mise en place et son ampleur actuelle (100 000 seringues en 1985, 1 million en 1995).

Les autorités néerlandaises insistent traditionnellement sur les résultats sanitaires de la politique menée aux Pays-Bas en matière de lutte contre la toxicomanie.

## Les effets d'un système libéral

Concernant les drogues dites « douces » (700 000 consommateurs réguliers), les autorités néerlandaises constatent que la consommation ne s'écarte pas du modèle courant constaté dans le reste du monde occidental. En tout état de cause, la

dépénalisation de l'usage n'a pas, selon elles, entraîné une augmentation de la consommation chez les jeunes. Il faut toutefois signaler une diminution de l'âge du début de la consommation de produits issus du cannabis (15 ans en moyenne).

Les chiffres relatifs à la toxicomanie portant sur les drogues dures permettent de constater, selon les autorités néerlandaises, le faible nombre de toxicomanes aux Pays-Bas, le caractère vieillissant de cette population et la faible prévalence du sida chez les toxicomanes.

Les Pays-Bas se réjouissent également que le nombre des héroïnomanes de moins de 21 ans soit faible et que, pour cette forme de toxicomanie, le nombre d'entrées chez les jeunes diminue régulièrement.

Cette appréciation positive est toutefois tempérée par l'inquiétude que suscite chez les responsables hollandais la très forte augmentation de la consommation d'« ecstasy ».

À l'inverse, le nombre de décès par surdose semble, rapporté au nombre d'habitants, en moyenne deux fois moins élevé aux Pays-Bas qu'à l'étranger.

Ce bilan globalement positif doit toutefois être relativisé : selon des sources non officielles, il est possible de signaler une forte augmentation du nombre de toxicomanes lourds sous méthadone (+30 % en cinq ans).

De plus, les cas d'intoxication canna-bique liés notamment à un taux élevé de THC dans certaines variétés de *Nederwiet*, ne cessent de progresser.

Il faut donc se demander si la distinction opérée entre les drogues dures et les drogues douces est toujours acceptable.

L'opinion publique hollandaise se montre de plus en plus sensible aux nuisances imputées aux toxicomanes et un récent sondage montre que la population juge désormais la politique de lutte contre la toxicomanie trop laxiste.

La part des toxicomanes dans la criminalité totale se situe entre 10 et 20 %.

Cette criminalité est par ailleurs imputable à un noyau très actif de toxicomanes qui se caractérise par la commission d'une pluralité de délits et un taux de récidives très important.

Il est à signaler que le quasi-triplement des places de prison aux Pays-Bas en cours des cinq dernières années a été consacré à l'incarcération de toxicomanes délinquants.

Les autorités néerlandaises tempèrent par ailleurs la relation causale automatique faite par la population entre la toxicomanie et la délinquance en constatant que, dans la population toxicomane, la commission de délits est souvent antérieure à l'entrée dans la toxicomanie.

Le groupe minoritaire, mais très dérangeant, des toxicomanes violents est estimé à 5 000 ou 7 000 personnes. Certaines municipalités ont mis en place des programmes de soins sous contrôle judiciaire s'apparentant à une injonction thérapeutique et permettant d'offrir aux toxicomanes délinquants le choix entre l'accès aux programmes de soins et l'incarcération immédiate.

Des « sections sans drogue » se développent dans les établissements pénitentiaires, qui ont la caractéristique de ne pas tolérer en prison la consommation de drogues dures.

Les dérives constatées ont conduit les autorités néerlandaises à durcir progressivement les contraintes d'une politique dont le fondement demeure, en tout état de cause, très libéral.

Elles concernent notamment le détournement de la philosophie initiale des *koffieshops*, les effets transfrontaliers de la politique néerlandaise et le développement de la criminalité organisée.

Les *koffieshops* se doivent de respecter un certain nombre d'obligations, décrites un peu plus haut, mais ceux-ci ont connu un certain nombre de dérives.

La première est relative au développement difficilement maîtrisé du nombre d'établissements. Parallèlement à la prolifération des établissements légaux, il y a eu une augmentation considérable des lieux de vente « sauvages ». Ceux-ci sont fréquemment contrôlés par les organisations criminelles, alors même que la légalisation des *koffieshops* avait pour objet initial de les écarter de l'économie de ce secteur.

En matière d'approvisionnement, dans ce système peu réaliste qui consiste à

autoriser la détention et la vente au détail tout en prohibant le négoce du cannabis, un important secteur économique « gris » s'est développé, peu conforme aux intentions initiales des auteurs de la législation néerlandaise.

On ne compte plus par ailleurs les infractions à la législation sur les *koffie-shops* (le non-respect des cinq critères), parmi lesquelles la vente de drogue dure ou d'armes à feu.

### Les contentieux avec les pays frontaliers

Compte tenu des principes de libre circulation au sein de l'Union européenne, la politique particulière des Pays-Bas crée des difficultés pour les États proches.

Il existe en premier lieu aux Pays-Bas une population, peu nombreuse mais dans une situation de grande détresse, de quelques centaines de toxicomanes dont la dépendance les conduit à tenter de résider en permanence dans ce pays.

En second lieu, un véritable « tourisme de la drogue » s'est développé à destination des Pays-Bas. La catégorie des consommateurs de drogues dures est en fort développement.

D'une façon générale, ces « touristes », habitués ou nouveaux, ne sont pas appréhendés par la police tant qu'ils restent détenteurs de stupéfiants en quantité « limitée », qu'ils n'exercent pas un rôle de revendeur et ne troublent pas l'ordre public.

Dans le cadre de filières extrêmement organisées, les Pays-Bas apparaissent comme le premier lieu d'approvisionnement en drogues dures de leurs voisins frontaliers.

Dans ce contexte, il est facile de comprendre la colère des pays voisins qui se sont, en ratifiant la convention de Schengen, engagés à combattre les effets transfrontaliers indésirables de leur politique nationale.

Il serait inimaginable que la construction tant souhaitée d'un espace de libre circulation en Europe conduise au développement de trafics prohibés dont on connaît les dangers pour la santé publi-

que. C'est l'une des raisons qui a conduit la France en juin 1995, à faire jouer la « clause de sauvegarde » prévue à l'article 2 de la Convention de Schengen, afin de maintenir les contrôles aux postes fixes des frontières intérieures de l'espace Schengen.

Cette détermination est d'autant plus justifiée que se développe la criminalité organisée aux Pays-Bas. Selon les estimations néerlandaises, une centaine d'organisations criminelles y seraient actives, dont les quatre cinquièmes seraient impliquées, à un titre ou un autre, dans le trafic de drogue.

Les groupes d'étrangers se spécialisent dans le commerce des drogues dures. Le poids économique de ce secteur est très important car, d'après les autorités hollandaises, il représente un chiffre d'affaires de 10 milliards de florins (31 milliards de francs).

Les statistiques des douanes et de la police font en premier lieu état d'une forte progression des saisies, certes en partie imputable à une plus grande efficacité des services. De nombreuses affaires défraient la chronique. Le nombre d'infractions à la loi sur le blanchiment (2 600 en 1994) peut également témoigner du poids financier des transactions douteuses.

### Un durcissement de la politique concernant la toxicomanie

Face à ces dérives, les évolutions récentes de la politique des Pays-Bas contre la toxicomanie sont sensibles.

Des ajustements antérieurs à 1996 ont eu pour objectif de revenir aux principes de base de la politique suivie tout en corrigeant les excès progressivement apparus.

L'application plus stricte de la loi sur l'opium et la lutte accrue contre les trafics organisés ont, en premier lieu, nécessité la création de nouvelles places de détention, dont la forte augmentation (4 000 en 1990, 11 000 en 1995) témoigne de la vigilance des autorités néerlandaises dans l'application de la législation sur les stupéfiants.

Une adaptation de la législation pour combattre les trafics organisés a été engagée.

La loi sur la prévention de l'abus des produits chimiques pour la production illicite de stupéfiants comporte de lourdes peines financières et privatives de liberté à l'encontre des contrevenants.

Une politique de réduction du nombre des *koffieshops* a été engagée par les autorités nationales et locales : elles ont obtenu la fermeture des établissements ne respectant pas les critères légaux et l'instauration de règles supplémentaires pour ceux demeurant en activité.

Une coopération accrue a été recherchée avec les États frontaliers, symbolisée par la création, avec la France et la Belgique, du groupe de Hazeldonk qui a mené de spectaculaires actions contre les *drugrunners* opérant sur les autoroutes.

Une note relative à la politique des stupéfiants a finalement été adoptée par le gouvernement le 15 septembre 1995.

Sa caractéristique essentielle est de faire une large part à la continuité, dans la ligne établie depuis le rapport Baan de 1972. Si les grands principes fondateurs de la politique néerlandaise et leurs effets positifs sont réaffirmés, la note constate toutefois que la légalisation intégrale de la consommation des drogues dures et douces est impossible et propose de surcroît de durcir un certain nombre de contraintes, c'est-à-dire de lutter contre les nuisances, contre les trafics organisés et limiter les implications transfrontalières de la politique des Pays-Bas.

Plus que jamais, l'harmonisation des législations européennes s'impose afin d'éviter la cacophonie et de ce fait, faciliter la mise en œuvre d'une véritable politique de santé publique à l'échelle communautaire. ■

#### Docteur Michel Ghysel

Membre du Haut Comité de la santé publique, président du groupe d'études parlementaire de lutte contre la toxicomanie, secrétaire de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

# Observatoire français des drogues et des toxicomanies

## Date de création

1993 : texte fondateur  
1995 : mise en place

## Statut

Groupement d'intérêt public

## Missions

### Nationales

L'OFDT assure une mission d'observation globale du phénomène drogues et toxicomanies par le recueil, l'analyse, la synthèse des données et connaissances ; l'amélioration des sources d'information ; la valorisation et la diffusion ; l'expertise et l'animation des études et de la recherche dans ces domaines.

### Européennes

L'OFDT, point de contact national du Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies, est le correspondant français de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. À ce titre il contribue à l'observation du phénomène au niveau européen.

## Le travail en réseau

L'OFDT met en avant une méthode : le travail en réseau coopératif. Ce principe est mis en application dans le projet de « réseau d'information sur les drogues et les toxicomanies » qui vise à améliorer la capacité d'analyse et de synthèse des acteurs du domaine en facilitant la circulation des informations et le travail en coopération. L'OFDT s'engage sur ce projet avec de nombreux partenaires, acteurs de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, et spécialistes dans la connaissance du phénomène.



## Conseil d'administration

### Président

G. Azibert  
Vice-président  
F. de Veyrinas

## Une équipe

### Directeur

J.-M. Costes  
Une dizaine de permanents

## Coodonnées

### OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
105, rue la Fayette  
75010 Paris  
Téléphone :  
33 (0) 1 53 20 16 16  
Télécopie :  
33 (0) 1 53 20 16 00  
Électronique : ofdt@ofdt.fr

## Actions

- Élaboration et mise à jour périodique d'un répertoire des sources d'information.
- Publication périodique d'un rapport sur l'état du phénomène drogues et toxicomanies en France.
- Amélioration de la fiabilité des indicateurs permanents mobilisés dans le cadre du rapport statistique, et élaboration de nouveaux indicateurs.
- Mise en place d'un dispositif complémentaire de suivi des tendances récentes de l'usage de drogues.

- Étude et préparation d'un dispositif d'observation globale des consommations et des comportements vis-à-vis des drogues.
- Lancement d'un programme d'études\*.
- Mise en valeur des données et connaissances disponibles.
- Mise en place d'un réseau d'information sur les drogues et les toxicomanies (Reitox-France).
- Création d'un bulletin électronique comportant des informations sur les travaux réalisés

par l'observatoire et ses partenaires, et l'accès à la base de données permanentes.

- Participation au programme de travail de l'observatoire européen et à la mise en place d'un réseau européen d'information (Reitox).
- Participation aux travaux internationaux développés dans le champ de compétence de l'observatoire.

\* Programme d'études 1997 : appel d'offres p. 25

# Europe et santé (suite)

*12 novembre 1996*

## Suite des comptes rendus du conseil des ministres de la Santé européens.

**I**l est facile de prédire l'avenir quand il est passé mais parfois c'est tentant. Le Conseil Santé du 12 novembre 1996 pourrait se prêter à cet exercice. Il a été considéré comme sans grand relief, malgré une présidence irlandaise qui avait commencé sous des auspices toniques et cordiaux. Mais il permet de mieux comprendre les événements communautaires qui se succèdent depuis le début de l'année : rapport du Parlement européen sur la crise de la vache folle, discours en réponse du président Santer, réorganisation au pas de charge de la Commission européenne, modification de l'article 129 du Traité qui définit les compétences communautaires en santé publique. Comme s'ils y étaient en germe.

Deux types de dossiers étaient à l'ordre du jour, comme les deux branches d'une pince avec laquelle il faudrait attraper « la santé publique ». D'un côté, des dossiers spécifiquement sanitaires : création d'un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles et fonctionnement de la task-force créée sur le même sujet avec les États-Unis d'Amérique. Ce sujet est

sensible : sida, Creutzfeldt-Jakob, Ebola, tuberculose multirésistante, diphtérie sont dans la maison ou frappent aux portes et chacun continue de réagir avec ses moyens, craignant les paniques et la médiatisation. Il y a un vrai besoin de coordination. Avec les États-Unis d'Amérique, un travail conjoint est engagé mais ils sont très en avance sur l'Europe. Il faudrait donc être à niveau.

Pourquoi progresse-t-on lentement ? Parce que les quinze sont différents, différemment jaloux de leur souveraineté et différemment désireux de s'allier. Mais aussi parce qu'il n'y a pas, dans le Traité, de base juridique solide pour harmoniser les approches et coordonner si nécessaire les réponses. Pour pallier cette carence, il faudrait l'unanimité politique. Malgré les événements récents, elle n'existe pas. Le Conseil a donc demandé que les travaux se poursuivent.

Sur le sang, l'Irlande avait souhaité accélérer le mouvement. Un colloque a été organisé en septembre à Adare pour faire suite à celui que les Italiens avaient monté en avril à Rome. L'objectif était d'actionner la Commission, de la pousser à s'engager au-delà de la communication qu'elle a faite en 1995 sur le sujet. Pourquoi ? Les frontières disparaissent, on ressent le besoin d'assurer partout la qualité et l'« éthique » des produits et de

promouvoir l'autosuffisance. Le Conseil de l'Europe n'est-il pas au cœur de ce sujet, moteur et reconnu ? C'est exact mais... cela ne satisfait pas. C'est comme si la Communauté en tant que telle devait aller au-delà. Dans le même esprit d'ailleurs, la présidence néerlandaise a engagé pour ce semestre une réflexion sur les dons d'organe. La difficulté est que, comme pour les maladies transmissibles, il n'y a pas vraiment de base juridique pour faire plus que des colloques et des recommandations. D'où une invite faite par le Conseil à la Commission et aux États membres à coopérer.

## Le Traité ne va pas assez loin

L'autre partie des dossiers s'ancre dans la Communauté économique et interpelle les « autres politiques » : lutte contre la publicité en faveur du tabac, crise de la l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), exigences en matière de protection de la santé dans les autres politiques. Les ministres de la Santé se heurtent là, où du moins entrent dans le jeu de la confrontation, avec leurs collègues ministres des grands secteurs économiques (agriculture, industrie, etc.) — comme le commissaire Flynn chargé de la Santé avec les autres commissaires. Le Traité est

clair : « les exigences en matière de protection de la santé sont une constituante des autres politiques de la Communauté » et des moyens juridiques sont prévus dans d'autres articles.

La Commission a fait son rapport annuel sur le sujet et confessé que ce n'était pas un exercice facile : comment repérer la dimension santé parmi les dizaines de projets de directives, règlements et décisions qui sont sur le métier ? Comment évaluer leur impact avant et après ? Le Conseil a constaté la difficulté et accentue sa pression pour « voir clair », pour que des outils soient forgés pour l'avenir. Il est conscient que les enjeux les plus importants sont bien là.

La preuve en est aisément donnée avec les deux dossiers sensibles qui suivent, le tabac et la politique vétérinaire. Sur l'ESB, le Conseil santé s'est montré bien dans son rôle pour demander de nouveau une meilleure surveillance de l'épidémie, l'approfondissement de la recherche, la rigueur dans les mesures de protection (produits alimentaires, cosmétiques, médicaments). Est-ce suffisant ? Deux mois plus tard, le Parlement européen déposera les conclusions de la Commission d'enquête : la machine n'a pas fonctionné. Les responsabilités sont lourdes et largement partagées. La santé n'a pas été la *priorité*.

Des échanges auxquels donne lieu le projet de résolution concernant la réduction du tabagisme, on peut tirer une leçon très proche : qu'il suffise de dire que les groupes de pression sont à ce point présents que certains États ont pu discuter du point de savoir si la Communauté est justifiée à lutter « contre le tabagisme », plutôt que « contre les maladies liées au tabagisme » ! Finalement, pour ne pas bloquer la résolution car elle devrait être prise à l'unanimité, les ministres se sont entendus pour coopérer ensemble afin de « prévenir les maladies et les décès associés au tabac et à la dépendance du tabac ». On est loin du projet de directive, plusieurs fois repoussé mais combien nécessaire, qui interdirait la publicité pour le tabac.

Dans ces deux domaines, il n'y a pas en principe de problème de base juridi-

## Programme de lutte contre la toxicomanie

Le Conseil a adopté, après conciliation avec le Parlement européen, le programme de lutte contre la toxicomanie. De 1997 à 2001, 175 MF pourront être engagés pour mener des actions associant plusieurs États : échange d'informations et d'expériences, information, éducation à la santé, formation.

Le Comité de gestion du programme a tenu sa première réunion et prépare les priorités pour 1998. Les dates de dépôt de dossiers sont les 15 septembre et 15 mars.

Le programme de lutte contre la toxicomanie peut être demandé à

M. Ernst ou Mme de Galard  
Direction générale de la Santé,  
1, place de Fontenoy 75350 Paris 07 SP

que : elle existe. Elle est claire mais elle est fondée sur le marché intérieur ou sur la politique agricole commune, pas sur la « santé publique ». Celle-ci est en quelque sorte « accessoire ».

Pour résumer, on constate donc que quels que soient les dossiers, la santé publique n'est pas positionnée comme elle devrait l'être. Le président Santer a engagé des réformes qui, très parallèlement à ce qui se fait en France, devraient permettre d'améliorer la veille sanitaire, l'expertise scientifique indépendante, l'alerte et faciliter la prise de mesures de protection de la santé. La conférence intergouvernementale (CIG) qui travaille à l'amélioration du Traité de Maastricht est également saisie de projets pour réécrire l'article 129, dont un de la Commission. Quelque chose va donc bouger.

Ce Conseil n'était finalement pas sans relief. ■

### André Ernst

Chargé de mission pour les affaires européennes,  
direction générale de la Santé

# Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune

**L'enquête effectuée auprès de jeunes hommes reçus dans les centres de sélection des armées montre l'existence d'un lien évident entre alcoolisation et tentative de suicide. Le risque suicidaire varie selon les types, la fréquence et les modalités de la consommation d'alcool, par exemple : l'ivresse solitaire multiplie le risque suicidaire par 3,59 ; l'ivresse pour oublier par 4,25.**

**L**es conduites d'alcoolisation du jeune adulte sont encore peu étudiées, par rapport aux travaux sur les comportements de consommation des jeunes scolaires et à ceux sur les troubles liés à l'usage de l'alcool chez l'adulte. Il s'agit pourtant d'une période déterminante, dans laquelle s'installent les consommations dont les dangers et la nocivité, telle que les classifications la décrivent, sont souvent les premiers pas vers la dépendance. Ce temps est à l'évidence celui sur lequel doivent porter les efforts pour faciliter une prise en charge précoce.

Cette étude s'intéresse d'abord au niveau de consommation des toxiques (alcool, tabac, drogues illicites) à l'entrée dans la vie d'adulte et ensuite aux liens qui peuvent exister entre l'alcoolisation et le passage à l'acte suicidaire<sup>1</sup>. En effet, cette préoccupation tient à l'observation clinique des jeunes suicidants, mais aussi à la fréquence du suicide des alcoolodépendants et à la place de l'al-

coolisation dans les tentatives de suicide. Nous souhaitons montrer que certains modes d'alcoolisation sont, plus que les autres, associés au risque de passage à l'acte suicidaire. Nous donnons quelques résultats globaux sur les consommations de toxiques, puis détaillons les modalités d'alcoolisation et les gestes suicidaires.

## Population et méthodes

Il s'agit d'une population exclusivement masculine, représentative des 400 000 sujets sélectionnés tous les ans dans l'ensemble des 10 centres de sélection de métropole. 9 758 sujets ont été tirés au sort. 9 270 réponses furent exploitables (taux de participation : 95 %). L'âge moyen est de 20 ans, les extrêmes se situant de 17 à 29 ans. Le taux de réponse aux 119 items de l'autoquestionnaire varie entre 88 % et 99 % selon les questions. L'enquête s'est déroulée entre novembre 1992 et février 1993.

## Description des comportements

### *Consommation de tabac*

Parmi ces jeunes, 55,5 % fument du tabac et 42,4 % ont une consommation importante (au moins 10 cigarettes par jour). L'âge moyen de la première consommation est de 15,3 ans.

### *Consommation de drogues illicites*

31,3 % ont déjà consommé une drogue illicite, qui dans la majorité des cas est du haschich. La consommation répétée de drogues illicites (au moins 10 fois dans la vie) concerne 15,2 % des sujets, 14,6 % pour le haschich, 0,7 % pour l'héroïne et 0,7 % pour la cocaïne. L'âge moyen de la première consommation est de 17 ans.

### *Consommation d'alcool*

28 % ont une consommation régulière d'alcool (définie par une consommation au moins deux fois par semaine et trois ivresses dans la vie). Précisons que 11 % des sujets ne boivent pas d'alcool, 57 % en prennent une fois par semaine et 32 % deux fois et plus par semaine. La bière et les alcools forts sont les boissons préférées, mais le vin est, à cet âge, aussi une boisson consommée de façon non négligeable. L'âge moyen de la première alcoolisation est de 14,8 ans.

L'existence de trois ivresses dans la



vie est très fréquente (62,5 %). Seulement 22 % des sujets n'ont pas été ivres. 1 % a connu des ivresses répétées avant 12 ans et 9 % avant 15 ans. L'utilisation simultanée d'une drogue illicite intervient chez 9,8 % des sujets. L'âge moyen de la première ivresse est de 16,1 ans. La précocité des ivresses est un indicateur de risque, non seulement d'une consommation élevée d'alcool à l'âge adulte, mais aussi de l'usage de drogues illicites (en particulier de drogues dures).

### Tentatives de suicide

4,7 % des sujets disent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, dont la moitié a récidivé. L'âge moyen du premier geste est de 16,3 ans. Les moyens principalement utilisés sont les médicaments ou la phlébotomie dans huit cas sur 10. Les difficultés mises en avant par les sujets sont scolaires quatre fois sur dix, familiales et sentimentales près de sept fois sur dix. Parmi les principaux motifs, le désir de mort est le plus fréquent (40 %), puis la fuite des problèmes (36 %) et de façon plus marginale apparaissent les fonctions d'appel (9 %), ordalique (8 %) et hétéroagressive (3 %). L'alcool est utilisé dans près d'un tiers des cas pour se donner du courage et comme un poison. Il intervient comme initiateur d'un passage à l'acte non préparé dans près d'un cas sur trois.

### Les tentatives de suicide en fonction des conduites d'alcoolisation

Toute alcoolisation régulière augmente le risque de tentative de suicide mais peu (RR=1,7).

La répétition des ivresses est fortement corrélée au risque suicidaire et le risque relatif est d'autant plus élevé que les ivresses sont précoces (RR=7,2 avant 12 ans, RR=5,6 de 12 à 15 ans, RR=2,7 de 16 à 18 ans, RR=2,2 après 18 ans).

L'ivresse avec des amis et plus généralement l'ivresse festive ne sont pas associées au risque suicidaire. En revanche l'ivresse solitaire y est très fortement liée (RR=7,7), ainsi que l'ivresse « pour

oublier ses problèmes » (RR=7,3) ou par « perte de contrôle » (RR=4,7).

L'analyse factorielle confirme ces différences car elle distingue les gros consommateurs d'alcool selon les modalités ou les motivations de leurs ivresses. Ainsi, parmi les gros buveurs, il y a d'une part ceux qui s'enivrent en groupe et d'autre part ceux qui sont coutumiers de l'ivresse en solitaire. Pour les seconds, le risque suicidaire est nettement augmenté.

Une analyse de régression logistique (tableau ci-dessous) montre que l'ivresse

Plus que la précocité de la première ivresse et des ivresses multiples, l'ivresse « en solitaire » serait l'indicateur le plus pertinent pour l'évaluation du risque suicidaire à 20 ans. Les décès qui suivent le service national ont été étudiés, vingt ans après celui-ci, par Andreasson *et al.*<sup>6</sup> en Suède, montrant que, pour les consommateurs excessifs d'alcool à l'âge du service national, les deux risques majeurs sont les suicides et les morts violentes, notamment par accidents de la route. Le lien le plus fort avec l'ivresse solitaire

### Tentatives de suicide (régression logistique)

Ordre d'entrée dans la régression	Variable	Odd-ratio	Intervalle de confiance 95 %
1	Ivresse souvent solitaire	3,59	2,54 – 5,07
2	Ivresse pour oublier des problèmes	4,52	3,45 – 5,91
3	Ivresse associant alcool et drogues	2,63	1,96 – 3,55
4	Trois ivresses avant 15 ans	1,91	1,41 – 2,59

solitaire multiplie le risque suicidaire par 3,59 et l'ivresse pour oublier le majeure par 4,52. Le lien statistique est fort (significativité et odd-ratio élevés). Leurs fréquences varient dans le même sens (coefficients positifs). La consommation de drogues lors d'une ivresse alcoolique intervient à un degré moindre. La précocité des ivresses répétées joue un rôle moindre, quoique significatif (OR=1,9).

### Discussion

Les données recueillies à partir de notre population confirment les résultats de l'enquête nationale de l'Inserm U 169<sup>2</sup>, en particulier l'importance des antécédents de tentative de suicide (4,7 %).

Leur lien avec toutes les alcoolisations régulières, surtout avec les ivresses répétées, est important, comme ceci avait été décrit précédemment<sup>3</sup>. La précocité des ivresses multiples serait l'indicateur le plus adapté à l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent vers 16 ans, où le recours répétitif à l'alcool viendrait prendre la place du vécu dépressif de l'adulte<sup>4,5</sup>.

marque le plus haut risque suicidaire. On peut supposer que les ivresses conviviales, qui se distribuent loin de la tentative de suicide, présentent surtout un risque élevé d'accidentalité.

### Conclusions

La consommation de drogues licites reste nettement plus importante que celle des drogues illicites.

Lorsque l'alcool est consommé avant 15 ans, cette consommation est un indicateur de risque d'une consommation régulière d'alcool, d'un usage de drogues illicites et parmi celles-ci plus encore de drogues dures.

L'intérêt de l'individualisation de deux groupes parmi les gros consommateurs d'alcool, celui des ivresses conviviales et celui des ivresses solitaires, permet de proposer deux modèles de prévention diamétralement opposés, à savoir offrir une aide médicale face à une menace dépressive, ou prendre des mesures éducatives et d'accompagnement en cas d'ivresses conviviales.

D'autres facteurs du risque suicidaire, non étudiés en détail, ont été relevés, tels l'usage de drogues illicites, de tabac et l'homosexualité. Parmi les sujets ayant fait un geste suicidaire, un sur deux présente deux facteurs de risque ou plus.

Cette étude permet enfin d'évoquer des applications cliniques, que sont l'évaluation du risque suicidaire chez tout sujet s'alcoolisant, notamment à la recherche d'ivresses solitaires chez les jeunes et la prise en compte du geste suicidaire chez les sujets ayant un problème avec l'alcool, offrant dans l'urgence une judicieuse occasion de médicalisation. ■

### Références bibliographiques

1. Azoulay G. Les modalités de l'ivresse alcoolique comme facteur prédictif du risque de tentatives de suicide chez le jeune adulte masculin. Étude épidémiologique [Mémoire de DEA « Neurobiologie et psychopathologie des comportements »]. Paris : Université Paris VI, 1995.
2. Choquet M., Ledoux S. Adolescents, enquête nationale, analyses et prospective. Paris : Éditions Inserm, 1994.
3. Choquet M. Des idées de suicide au passage à l'acte : où se situe l'alcool ? *Bulletin de la Société Française d'Alcoologie* 1986 ; 8 (1) : 11-21.
4. Neiger B. L., Hopkins R. W. Adolescent suicide : character trait of high-risk teenagers. *Adolescence* 1988 ; 23 : 469-475.
5. Smith D. J., Burvill P. W. Relationship between alcohol consumption and attempted suicide morbidity rates in Perth, Western Australia, 1968-1984. *Addictive Behaviors* 1991 ; 16 : 57-61.
6. Andreasson S., Allebeck P., Romelsjö A. Alcohol and mortality among young men : longitudinal study of Swedish conscripts. *British Medical Journal* 1988 ; 286 : 1021-1025.

#### Jean-Dominique Favre

Hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart

#### Marie Choquet

Inserm U 169, Villejuif

#### Gilles Azoulay

Collectif 125, 75006 Paris

# alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

### Sommaire 1997, 19 (4) : 1-96

#### Éditorial

- Regard et compétence alcoologiques, valeurs en nécessité de diffusion, *Lionel Bénichou*

#### Mémoires

- Alcoolisme et dépression : réflexions psychopathologiques, *Marie-Pierre Pancrazi-Boyer, Patrick Boyer*
- La transferrine bisialylée : un marqueur performant de la consommation excessive d'alcool, *André Nau, Gérard Camillieri, Marie-France Dumon, Marc Hervouet, Gérard Berthon, Jean Paccalin*
- Sport et consommation d'alcool à l'adolescence, *Marie Choquet, Christine Hassler*
- Suivi ambulatoire de patients alcoolodépendants après hospitalisation, *François de Laharpe, Pascal Kaas*

#### Mise au point

- Traitements chimiothérapeutiques de l'appétence pour l'alcool, *Jean Adès, Michel Lejoyeux*

#### Varia

- Primero resista la tierra. Seule, la terre résiste..., *Joëlle Balvay*

#### Alcoologie de terrain

- Le CHAA de l'an 2000. Pour qui, pourquoi, comment ? *Jean-Loup Théry*
- Le rituel des dix jours. De l'illusion à la désillusion de l'accompagnement..., *Isabelle Boulze, Yves Le Bars, Jean-Louis Balmès*

#### Congrès

- 5<sup>e</sup> journée nationale française des unités d'hospitalisation d'alcoologie publiques et privées, novembre 1996, Paris
- 4<sup>es</sup> journées d'alcoologie Antilles-Guyanne, novembre 1996, Point-à-Pitre

#### Vie de la SFA

- Assemblée générale de la Société française d'alcoologie, 23 novembre 1996, Val-de-Grâce, Paris
- Alcool et urgences, 22 et 23 novembre 1996, Val-de-Grâce, Paris
- Groupes régionaux : Normandie-Bretagne, Languedoc-Roussillon
- Prochaines réunions de la SFA. Nouveaux membres

#### Informations

- Thèses et mémoires. Actualités. Agenda. Livres. Annonces

*Alcoologie*, Pr Jean-Dominique Favre,  
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex  
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

# Dossier

## Les réformes des systèmes de santé

### Spécificités et convergences

#### Sommaire

- |             |  |                |  |
|-------------|--|----------------|--|
| ■ <b>II</b> | <b>Réformes et systèmes</b>                        | ■ <b>XVII</b>  | <b>Nouvelles orientations</b>                      |
| ■ <b>X</b>  | <b>Tendances gestionnaires</b>                     | XVII           | Une meilleure adéquation des moyens et des besoins |
| XI          | Désengagement financier des institutions publiques | XIX            | Libéralisme et concurrence                         |
| XII         | Rationalisation et réduction des structures        | XXII           | Les réseaux de soins                               |
| XIII        | Un encadrement des dépenses fixé <i>a priori</i>   | XXIV           | La compatibilité avec les impératifs collectifs    |
| XV          | L'entreprise comme modèle                          | ■ <b>XXV</b>   | <b>Tribune</b>                                     |
|             |  | ■ <b>XXXII</b> | <b>Bibliographie</b>                               |
|             |  |                | <b>Adresses utiles</b>                             |

**D**epuis le milieu des années soixante-dix, l'ensemble des pays européens, bien que disposant de systèmes de santé et de protection sociale fondés sur des principes différents, se sont retrouvés confrontés à une même problématique : financer un domaine d'intervention sociale fortement inflationniste dans une période de croissance économique ralentie.

Dès lors, la majorité de ces pays a développé des politiques tendant à réduire le rythme d'évolution des dépenses de santé. Si les mesures prises présentent de grandes lignes de convergence, elles varient toutefois en fonction des contextes institutionnel, social et culturel. Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les antagonismes entre préoccupations gestionnaires et nécessité d'une vision à long terme ont généralement freiné l'instauration et l'application de véritables réformes. La persistance, voire même l'accentuation de tendances lourdes en matière d'offre et de demande de soins, a incité, depuis, bon nombre de décideurs politiques à s'orienter vers des réformes de fond.

Après avoir surtout proposé des mesures ponctuelles, souvent dictées par le seul souci d'équilibre des comptes sociaux, les responsables ont tenté d'appréhender de façon plus structurelle les systèmes de soins et de protection sociale maladie. La préoccupation essentielle est ainsi devenue la recherche d'une plus grande rationalité des activités du domaine. En même

temps, dans certains pays, la volonté de prendre de la distance vis-à-vis de la gestion publique est significative d'une réorientation idéologique.

La conception de chaque système de santé et de son financement s'est trouvée progressivement transformée au cours des années récentes, et parfois très profondément. C'est le cas aux Pays-Bas (réforme Dekker), en Grande-Bretagne (réforme Thatcher), en l'Allemagne (réforme Seehofer) et plus récemment, en France (réforme Juppé).

Sur un registre nouveau, l'extension de la notion de santé publique et de son champ d'action, les préoccupations croissantes, tant des pouvoirs publics que des usagers, concernant l'environnement, l'hygiène de vie et l'apparition de risques nouveaux ont accentué la nécessité d'une révision profonde. Les réformes intègrent de plus en plus, mais à des degrés divers, des interventions publiques relatives à la qualité des soins.

Au-delà de la rationalité des activités sanitaires et de la recherche de l'efficacité se pose le problème de l'équité, de la garantie d'un égal accès aux soins. Ce problème se pose avec d'autant plus d'acuité que le développement des nouvelles technologies et thérapies, leurs coûts élevés se heurtent à des contraintes financières. On peut se demander si les réflexions menées dans certains pays ont bien toujours intégré un tel objectif.



# Réformes et systèmes

**Si les thérapeutiques sont sensiblement les mêmes dans tous les pays d'Europe, les systèmes d'organisation des soins et leurs modes de financement diffèrent d'un pays à l'autre.**

**L**e domaine de la santé est un domaine d'intervention sociale. Ceci signifie qu'il associe à ses activités caractéristiques — les soins — des activités de tutelle et de financement collectif.

Ces dernières ont un « effet structurant » sur la relation entre le prestataire de soins et le malade.

La comparaison des systèmes de santé et de leurs réformes doit intégrer cet aspect. En effet, si les soins dispensés en Allemagne et en France ont de grandes chances d'être les mêmes, médicalement parlant, ils ne sont pas considérés institutionnellement de la même façon, leur prise en charge par l'organisation sanitaire et par les institutions de financement diffèrent profondément.

C'est pourquoi, analyser les réformes des systèmes de santé implique, au préalable, de spécifier les modèles institutionnels dans lesquels elles sont mises en œuvre et qui régissent les relations entre les différents acteurs : administration, gestionnaires, prestataires de soins, assurés, malades. Significatives de choix idéologiques, ces relations permettent d'explicitier les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre dans les réformes.

Cette première démarche consiste à élaborer une typologie fondée sur les dimensions

institutionnelles de la santé exprimant les spécificités des divers systèmes en matière de rapports entre intervenants.

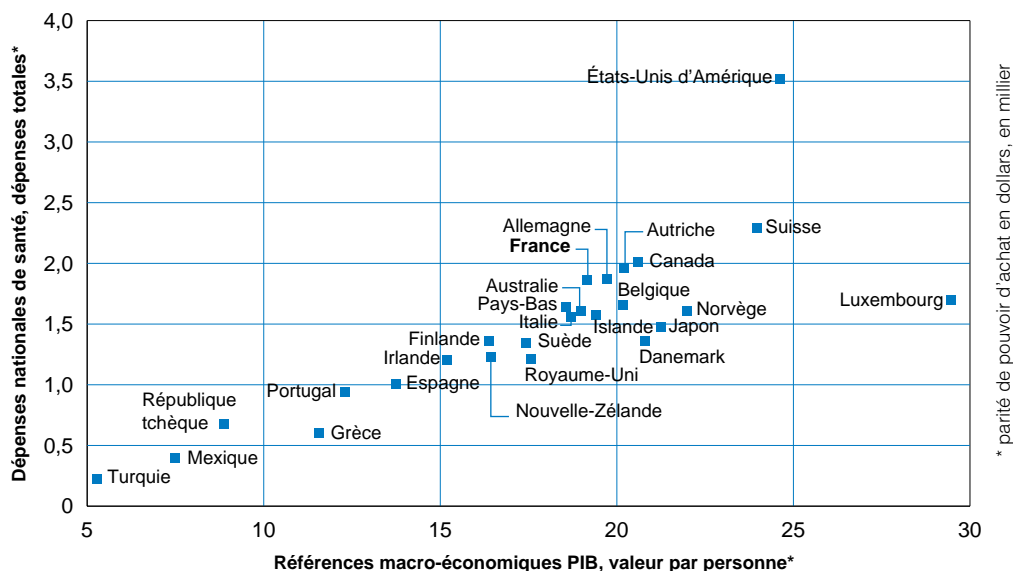
Trois grandes catégories de systèmes de santé peuvent être distingués : les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État, les services nationaux de santé et les systèmes mixtes d'Europe du sud.

## **Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État**

Ce type de système s'observe dans des pays de protection sociale ancienne, d'inspiration bismarckienne. La nécessaire appartenance à une catégorie professionnelle pour bénéficier de la protection sociale maladie s'est toutefois atténuée, à partir des années soixante-dix, au profit d'une généralisation à l'ensemble des résidents. L'assurance maladie universelle liée à une caisse unique, programmée dans la réforme « Juppé », en France, s'éloigne de l'inspiration bismarckienne.

Dans de tels systèmes, tutelle et financeurs ont des rôles distincts. Les principes d'organisation se réfèrent à des prérogatives précises re-

## Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en fonction du PIB par personne (1994)



Le graphique de l'OCDE, présenté ci-dessus, illustre bien, au-delà des résultats de la seule analyse de corrélation entre revenu et dépense par personne, l'incidence des structures sur le niveau des dépenses de santé. On s'aperçoit

en effet que pour un groupe important de pays particuliers — il s'agit en fait de la quasi-totalité des pays de l'Union européenne, à l'exception de la Grèce et du Portugal — les écarts relatifs de revenu sont moins importants que les écarts

relatifs de dépense de santé par personne. On s'aperçoit en particulier que les services nationaux de santé (Royaume-Uni, Danemark..) ont des niveaux de dépense nettement moins élevés.

connues aux différents acteurs à qui sont dévolues des fonctions sociales spécifiques : l'État, garant de la santé publique, l'assurance maladie responsable de la gestion des comptes par les partenaires sociaux, les professionnels de santé chargés d'une mission d'assistance médicale.

Selon la nature des liens entre ces diverses fonctions, on distingue à l'intérieur de cette catégorie : les systèmes à relations intégrées, ceux à relations libérales et les systèmes mixtes.

### Systèmes à relations intégrées

Dans les systèmes à relations intégrées entre assurés, prestataires de soins et organismes de financement, les praticiens sont directement liés, en ce qui concerne leur rémunération et leur

activité, aux associations de caisses d'assurance maladie. Les assurés s'insèrent dans un schéma de relations relativement rigides avec les caisses et avec les médecins. C'est le cas de l'Allemagne et de l'Autriche (voir schéma p. IV).

Les hôpitaux, s'inscrivant dans une optique de service public, se trouvent dans une situation ambivalente. Leur financement courant est assuré par les caisses d'assurance maladie, l'investissement est financé par le détenteur de la tutelle, le Land. Depuis 1996, en Allemagne, cette situation a évolué.

### Systèmes à relations plus libérales

Dans les systèmes où la relation entre prestataire et assureur ainsi qu'entre assuré et assurance maladie est moins contraignante, l'échange entre médecin et malade, bien que

# Les réformes du système de santé allemand

## L'action concertée

En 1977, à l'époque où la quasi-totalité des pays développés se trouvaient confrontés à la problématique de l'évolution des dépenses de santé dans un cadre économique de plus en plus contraint, l'Allemagne était le premier pays à instaurer une politique globale de maîtrise des dépenses de santé. Une instance spécifique était créée, l'« action concertée », conférence réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la santé.

Deux sessions se tiennent chaque année, l'une en automne émet des recommandations, l'autre, en mars, analyse les résultats de l'année écoulée.

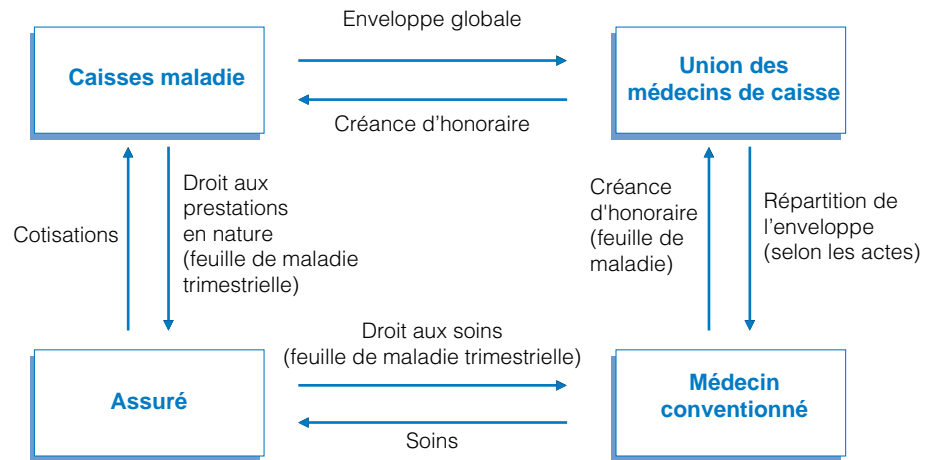
L'instauration de cette conférence s'est inscrite dans un contexte social, politique, juridique propre à l'Allemagne. Son fonctionnement procède des fondements de l'idéologie libérale qui régit les institutions. La concertation entre partenaires, sans l'intervention des instances fédérales, s'est érigée en principe et constitue un rouage essentiel de la résolution des conflits économiques et sociaux.

L'objectif fondamental de la politique instaurée en 1977 a consisté à garantir l'équilibre comptable de l'assurance maladie afin de préserver la stabilité des taux de cotisation et donc de garantir par là-même un niveau de charges sociales acceptable pour les entreprises.

Si les médecins se sont laissés convaincre de la nécessité d'une régulation au nom de la sauvegarde du système, il n'en a pas été de même avec l'industrie pharmaceutique et les hôpitaux soutenus par les Lands.

L'alignement de l'évolution des dépenses de santé sur celle des grandeurs macro-économiques fut un objectif atteint jusqu'en 1982. Ultérieurement,

## Les relations entre les acteurs en médecine de ville



certaines dérives sont apparues. Durant la décennie quatre-vingt, les mesures prises se sont focalisées sur le gel des rémunérations médicales (1983-1985) et des prix pharmaceutiques (1985-1987, 1988-1989) ou sur l'augmentation de la participation des malades en matière d'achats de biens médicaux.

Ces mesures sporadiques ont conduit finalement à l'élaboration de la première grande réforme, la réforme Blüm, du nom du ministre des Affaires sociales en 1989.

### La réforme Blüm

Si elle constitue l'aboutissement d'expériences successives, cette réforme est apparue, par certains aspects, en rupture avec certains principes fondamentaux du système de santé. Un des points concernait, en effet, l'institution d'une participation des ménages à plusieurs catégories de dépenses. Le ticket modérateur acquiert alors en Allemagne le rôle d'instrument de régulation des dépenses. Son montant est relativement important, notamment en matière de soins

d'auxiliaires médicaux, de cures médicales, de prothèses dentaires, d'optique et transports. Le forfait journalier à l'hôpital est augmenté. La réforme de la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie est un des points importants du plan de Norbert Blüm avec l'instauration d'un système de prise en charge forfaitaire et de prix de référence. Une dissociation est opérée entre le prix et le tarif de remboursement. Le pharmacien a le droit de substitution.

La réforme Blüm était encore essentiellement gestionnaire, elle ne s'attaquait pas aux problèmes structurels : pas de compensation entre les caisses de sécurité sociale ce qui entraînait de forts écarts entre le montant des cotisations des assurés, démographie médicale non contenue, aucune coordination entre médecine de ville et hospitalisation, double financement des hôpitaux par la sécurité sociale et les Lands.

### La réforme Seehofer

La réforme Seehofer adoptée le 20 décembre 1992 propose :

- des mesures d'urgence : la budgétisation des honoraires médicaux, la fixation d'un budget médicament pour les médecins et les hôpitaux dans les anciens Lands, la baisse impérative du prix des médicaments, la redéfinition et le relèvement du ticket modérateur. Trois réformes structurelles sont mises en place par étapes :

- l'instauration de forfaits par pathologie pour le financement des hôpitaux ;
- la mise en place d'une coordination entre médecine ambulatoire et hospitalière, ainsi que la rationalisation à l'intérieur des différentes spécialités ;
- l'instauration d'une concurrence entre caisses assortie d'un mécanisme de compensation.

Ces mesures ne sont pas uniquement guidées comme les précédentes par la recherche d'un équilibre comptable des caisses d'assurance maladie. Elles visent une stabilité du système à long terme en agissant sur les facteurs structurels de blocage.

MD

codifié, s'effectue sur un mode libéral. L'assurance maladie intervient généralement *a posteriori* dans le financement des prestations. La rémunération du médecin, bien que réglementée par les conventions, est « réalisée » dans le cadre du contact praticien-malade. Ces systèmes se rencontrent en France, Belgique, Luxembourg.

### Système mixte

On peut enfin distinguer un système mixte. Il s'agit de celui mis en place aux Pays-Bas. L'assurance maladie publique organise une médecine de caisse et un rapport relativement dirigiste entre le malade et le système de santé. L'assurance privée à laquelle doivent s'inscrire les titulaires de revenus supérieurs à un certain seuil (180 000 FF par an) fonctionne sur la base de relations libérales. 42 % des assurés en dépendent.

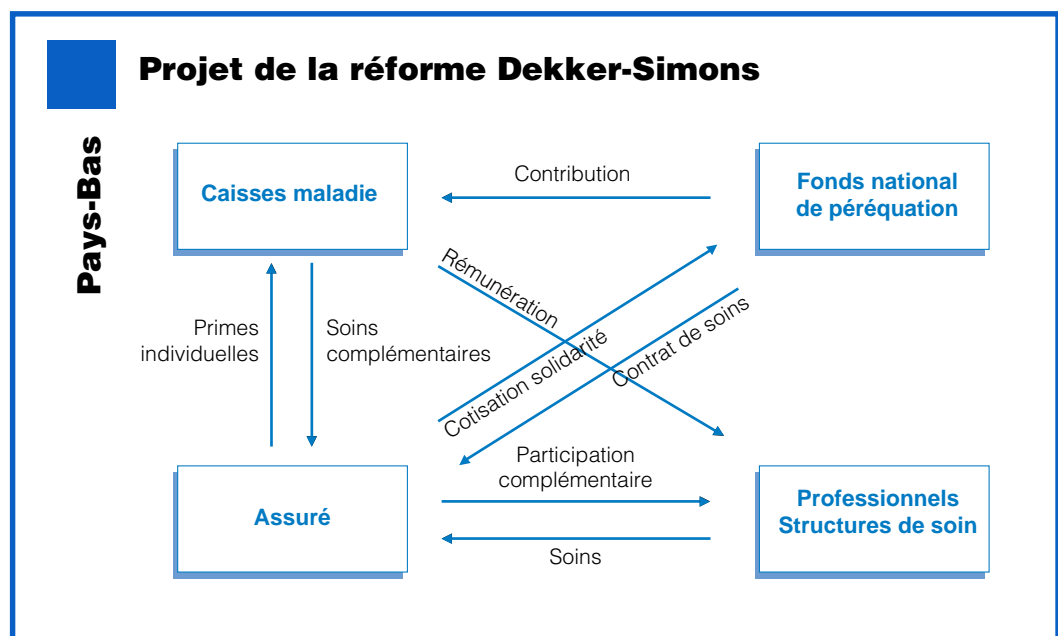
Il est certain, et nous le verrons dans l'analyse des réformes, que les distinctions entre ces sous-catégories sont mouvantes. De nouveaux modes de gestion, de nouvelles références, peuvent modifier le rôle de tel ou tel acteur. On peut citer, d'ores et déjà, l'introduction de la concurrence entre caisses en Allemagne qui les rend plus dépendantes des comportements des médecins et des assurés, l'instauration d'objectifs nationaux quantifiés de références médicales opposables qui limite sensiblement, en France, la relation libérale qui prévalait entre médecin et caisse ainsi qu'entre médecin et malade.

La réforme présentée en novembre 1995 en France conduit à nuancer le classement de son système dans cette catégorie. Le rôle dévolu désormais au Parlement dans la fixation d'objectifs financiers et sanitaires lui donne un ascendant sur les caisses d'assurance maladie. Il demeure

cependant que la gestion par les partenaires sociaux constitue un des rouages importants. Par ailleurs, la logique de contrats d'objectifs entre institutions régionales et établissements, l'attribution d'enveloppes financières et la fixation de normes déclinées au niveau régional et des professions, pourrait évoquer une « approche intégrée ». Cependant, la « non-insertion » des professionnels et des assurés à l'organisation administrative éloigne le système d'une conception étatique des relations entre acteurs directs et institutions. La relation entre le médecin et le malade garde une tonalité libérale.

### Les services nationaux de santé

Les services nationaux de santé constituent une deuxième catégorie de système où tutelle et financement sont assumés par la même instance administrative. Ils se fondent sur les principes beveridgiens d'accès universel aux soins et de fiscalisation des dépenses de santé. Il s'agit de systèmes créés au milieu du xx<sup>e</sup> siècle sur la base de traditions sociales-démocrates. Le modèle de service national de santé, mis en place après-guerre, en Grande-Bretagne, s'est imposé ensuite en Irlande et dans les pays du nord de



l'Europe (Finlande, Suède, Danemark). Les « acteurs directs » — prestataires de soins et malades — sont liés étroitement aux structures institutionnelles, centrales et à leurs déclinaisons régionales et locales. La responsabilité de la production de soins et de sa gestion est décentralisée au niveau de la région et de la municipalité.

Certaines dispositions atténuent parfois les principes Beveridgeiens d'égalité d'accès. En Irlande, par exemple, il est possible en payant une participation individuelle de bénéficier de certaines prestations supplémentaires. Au Danemark également, moyennant un supplément annuel (catégorie 2), il est possible de s'adresser directement à un spécialiste. La réforme britannique de 1989 et les projets finlandais apportent un infléchissement sensible à la procédure d'allocation et de répartition administrative en instituant un « marché interne » entre cabinets de généralistes ou autorités de districts d'une part et établissements hospitaliers d'autre part.

### Les services de santé « mixtes » des pays d'Europe du sud

Les services nationaux de santé des pays du sud de l'Europe (Italie, Grèce, Espagne, Portugal) sont plus difficiles à classer dans une catégorie homogène. Instaurés entre la fin des années soixante-dix et le milieu des années quatre-vingt sur une base Beveridgeienne, ils se sont greffés sur des mosaïques de régimes et mutuelles déjà en place. Comme l'écrit très justement Nadine Richez, à propos de ce qu'elle nomme « variante latine du modèle ouest européen de protection sociale » : « proches à l'origine du modèle bismarckien », ces pays « ont évolué progressivement vers un système de solidarité nationale sans rompre totalement avec les principes de l'appartenance professionnelle et de la logique de métier. »

Le choix de créer un service national de santé était idéologique. Il résultait d'une réaction contre des régimes politiques antérieurs souvent fondés sur un mutualisme qui favorisait certaines catégories socio-professionnelles et n'avait pas de vocation à tendre vers une assurance universelle. Il répondait aussi à la nécessité de mettre en place un programme de développement des structures sanitaires et de protection universelle de la population,

► Nadine Richez. *Les systèmes de santé de l'Europe du sud. L'avenir de l'espace méditerranéen.* Paris : Édition Publisud, 1991

À la fin de la décennie soixante-dix et au début des années quatre-vingt, les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Grèce, Portugal) se sont engagés dans la création de services nationaux de santé fondés sur le principe d'un accès universel aux soins, assuré essentiellement par le service public et financé par le budget de l'État.

Dans le même temps, les pays du nord de l'Europe, de tradition sociale ancienne, se trouvaient confrontés, depuis quelques années déjà, à la distorsion grandissante entre l'évolution des dépenses de santé et celle des activités économiques, source du financement social.

Pour les quatre pays du sud, le choix d'un service national de santé se fondait sur plusieurs considérations. Historiquement, trois de ces pays sortaient d'une période d'organisation étatique autocratique où corporatisme et mutualisme s'avéraient être les éléments fondamentaux du système de protection sociale. Ce dernier se caractérisait donc par une parcellisation et un éclatement des structures. Après la chute de ces régimes politiques, la réaction s'est traduite par une volonté d'homogénéiser les droits et les prestations de protection sociale et d'affirmer le droit à la santé pour tous dans une volonté de cohésion nationale.

### Des inégalités à compenser

Cette recherche d'égalité explique que, en dépit de la récession économique, l'Italie, le Portugal, la Grèce, et l'Espagne se soient lancés dans des constructions ambitieuses. Cette option semblait s'imposer dans des pays où le niveau de vie constituait un frein à l'accès aux soins pour certaines catégories de population et où les disparités étaient particulièrement marquées. Les inégalités de répartition des moyens étaient très prononcées entre les régions du nord et du sud (Italie, Espagne), entre les villes et les zones rurales (Portugal, Grèce, Espa-



# nationaux de santé du sud de l'Europe

gne). En Grèce, par exemple, plus de 50 % des lits et 75 % du personnel médical hospitalier se trouvaient concentrés, en 1986, dans deux villes : Athènes et Thessalonique. La même répartition du corps médical existait au niveau des soins primaires.

La structuration sociale des pays du sud de l'Europe était moins diversifiée que dans les autres pays économiquement plus développés. Elle se caractérisait par une proportion relativement plus faible de classes moyennes, surtout en Espagne, en Grèce et au Portugal, ainsi que par une répartition entre secteurs d'activité laissant une moindre place à l'industrie et aux services. De ce fait, l'importance du salariat était moindre qu'en Europe du Nord.

Les services nationaux du sud se sont greffés sur des systèmes ou des sous-systèmes déjà en place, avec pour vocation de les remplacer progressivement. En fait, ces institutions ont subsisté en partie. Les dysfonctionnements des structures publiques ont même permis et renforcé leur maintien, leur conférant ainsi un rôle quasi officiel de substitut. De plus, le contexte économique va conduire ces pays à associer rapidement au principe général d'accès universel, une limitation des biens et services pris en charge.

Dans les quatre pays, la mise en œuvre des réformes s'est heurtée à des obstacles spécifiques : extrême politisation du fonctionnement des Unités sanitaires locales en Italie, faiblesse de l'échelon régional au Portugal et en Grèce, défaut de coordination générale du système au Portugal en raison d'une dispersion des responsabilités et des moyens, forte implication politique des régions en Espagne sur des revendications autonomistes.

Des objectifs particuliers ont été mis en avant. La Grèce, par exemple, et le Portugal, dans une moindre mesure, ont souhaité rattraper très rapidement leur fort retard en matière

d'assistance sanitaire, ce qui les a amenés à s'engager dans des programmes souvent trop ambitieux par rapport aux moyens. Aujourd'hui encore, la Grèce est le seul pays européen qui n'a pas cherché réellement à introduire des mesures de maîtrise des dépenses de santé.

Ces quelques particularités évoquées, l'option choisie en matière de système de santé et la pratique suivie révèlent de fortes similitudes entre les quatre pays méditerranéens.

## **La répartition équitable des ressources entre régions : un principe difficile à mettre en œuvre**

En Espagne, comme en Italie, la décentralisation ne s'est pas accompagnée d'une répartition des ressources fondée sur des critères significatifs de morbidité. Dans ces deux pays, les dotations régionales se fondent sur un seul paramètre : la population protégée. Leur détermination n'intègre aucune variable susceptible de faire apparaître les différences de besoins entre régions : besoins liés à des structures démographiques différentes, à une forte diversité dans la structure sociale et les conditions de vie des populations.

Dans les quatre pays, et malgré les efforts importants déployés par les responsables dans le sens d'un meilleur équilibre, les disparités régionales restent encore relativement fortes, non seulement au niveau des moyens mais aussi et surtout de la qualité des soins.

## **Un modèle centré sur la prédominance du secteur public**

Dans l'esprit des réformateurs, le secteur public devait constituer le support des politiques de santé. En réalité, son développement et son rôle ont été confrontés à d'importants obstacles.

En raison de conditions économiques difficiles, l'insuffisance des moyens al-

loués au service national de santé a rendu impossible l'application complète des réformes envisagées.

Les trop faibles rémunérations offertes aux praticiens dans le secteur public les ont souvent incités à pratiquer un double exercice public-privé ou, comme en Grèce qui a interdit cette pratique, à désertir ce secteur. Les dysfonctionnements du secteur public pénalisent fortement les catégories sociales les moins aisées qui ne se reportent pas sur le secteur privé.

En Italie, un rapport réalisé par le service des études de la Chambre des députés constate que si un tiers des classes supérieures s'adresse aux structures privées et 44,4 % d'entre elles aux deux secteurs, les proportions pour les classes moyennes basses sont respectivement de 1,4 % et 31,0 %. Quant aux catégories sociales les moins aisées, elles ne s'adressent jamais au secteur privé. La même constatation est faite pour l'Espagne et le Portugal.

Les responsables politiques tentent, depuis quelques années déjà, de revenir progressivement sur la générosité de systèmes de protection sociale à vocation universelle que les conditions économiques ne peuvent plus garantir. Toutes les réformes récentes (Italie, Portugal, Grèce) accroissent le niveau de participation des ménages. Comme dans les autres pays européens, mais de façon sans doute plus aiguë, tout au moins pour la Grèce et le Portugal, sans assainissement des finances publiques ni reprise de la croissance économique et de la demande intérieure, ces réformes ne préserveront pas un accès égalitaire aux soins.

L'orientation de l'Union européenne vers une libéralisation des échanges communautaires risque, en outre, de grever lourdement les systèmes de protection sociale de ces pays qui ne pourront faire face à des augmentations importantes de prix.

DLS

particulièrement en Espagne, en Grèce et au Portugal.

En Italie, le souhait de créer un service national de santé correspondait, en période d'essoufflement de l'essor économique d'après-guerre et de turbulences politiques, à un souci de cohésion nationale exprimée par le « compromis historique » institué entre les divers partis politiques démocratiques non extrémistes.

L'instauration de ces systèmes de santé et de protection sociale dans une période de forte dépression économique devait très rapidement constituer un obstacle important à leur mise en œuvre générale. Par ailleurs, les difficultés de mettre en place des instruments de gestion permettant d'appréhender la demande solvable et de légitimer ainsi les procédures de répartition du budget santé voté par le Parlement, ont constitué des obstacles fondamentaux à cette réalisation.

Il en est résulté des systèmes hybrides qui, tout en confirmant les structures d'un service national de santé (vote d'un budget santé pour les soins curatifs et les actions de santé publique, mise en place d'unités sanitaires liées aux instances administratives locales et régionales) laissent subsister certains régimes de sécurité sociale ou mutualistes antérieurs et tentent d'intégrer des instruments de gestion caractéristiques des systèmes de caisses, notamment la participation financière des patients.

La tendance générale, observée dans ces quatre pays, serait une réorientation vers un modèle où l'intervention de l'État serait de plus en plus réduite. Le risque est dès lors de voir s'atténuer progressivement certains principes fondamentaux des services nationaux de santé tels que l'universalité et l'équité dans l'accès aux soins.

## Belgique

L'Union européenne peut revendiquer la paternité des systèmes de sécurité sociale. Leur institutionnalisation, en Belgique comme ailleurs, leur confère une place centrale dans les politiques de redistribution de revenus. Ainsi, les 6 % de la population belge qui se situent en dessous du seuil de pauvreté défini par les critères européens pourraient atteindre près de 42 % si le système faisait défaut. C'est dire l'importance des transferts sociaux qu'elle réalise et qui représentent près de 25 % du revenu national.

Au cours de la dernière décennie, la légitimité de la sécurité sociale s'est renforcée. Dès lors, plutôt que de la réformer, il était préférable d'opter pour la modernisation<sup>1</sup>.

Cet objectif politique a été lancé par le Premier ministre Dehaene, dans une note de négociation en vue de former le gouvernement fédéral de coalition en juin 1995, le but étant d'adapter la sécurité sociale aux « temps nouveaux »<sup>2</sup>.

### Cinq raisons

Dans un ouvrage publié sous le titre *La société de l'information, clés pour une ère nouvelle*<sup>3</sup>, le Premier ministre avance les principales justifications d'une politique de modernisation de la sécurité sociale :

- la modification des schémas familiaux dans la société, caractérisée par un accroissement des familles monoparentales ;
- le vieillissement de la population et ses conséquences financières, ainsi que le départ anticipé du marché du travail ;
- le mode de financement de la sécurité sociale défavorable pour l'emploi ;
- l'émergence d'une nouvelle notion de carrière et la multiplication des emplois atypiques ;
- un rythme de croissance plus modéré de l'économie.

### Les principes

Les grandes tendances de l'évolution

contextuelle fondent les principes qui doivent gouverner la modernisation<sup>4</sup> :

- le maintien de l'équilibre financier de la sécurité sociale, l'amélioration de son efficacité dans le cadre d'un renforcement de la lutte contre la pauvreté ;
- l'association assurance sociale et solidarité entre personnes ;
- l'augmentation de l'importance d'un financement alternatif, de sorte que le financement de la sécurité sociale grève moins le travail et favorise la création d'emplois ;
- l'adaptation des structures de sécurité sociale permettant d'établir une distinction plus nette entre les secteurs liés au travail (accidents du travail, indemnités journalières, pension d'invalidité) et les secteurs généraux. Les secteurs généraux seront harmonisés progressivement afin d'arriver à terme à une couverture uniforme des risques généraux pour l'ensemble de la population ; ce dernier point constitue l'un des moyens les plus efficaces de lutter contre la pauvreté ;
- la poursuite de la gestion globale de la sécurité sociale, dans le respect du principe de la gestion paritaire ;
- l'intensification de la lutte contre la fraude fiscale, les abus, le travail au noir... ;
- une limitation de la croissance réelle globale des dépenses, grâce à l'instauration d'une norme légale permettant d'assurer, à court terme, la viabilité du régime ;
- l'application uniforme de la loi dans tout le pays.

### Les mesures

La définition des principes de la modernisation débouche sur des propositions de mesures que le gouvernement tentera d'appliquer au cours de la législature 1995-1999. Nous nous limiterons à l'énoncé des mesures relatives aux principaux secteurs : les soins de santé et les pensions.

### Les soins de santé

L'objectif global en matière de soins de santé est de garantir leur accès, en par-

ticulier aux groupes socialement fragilisés<sup>5</sup>. Mais les propositions du gouvernement dessinent une restructuration de ce secteur car il envisage de :

- fixer une norme de croissance réelle des dépenses : maximum 1,5 % ;
- responsabiliser les différents partenaires ; généraliser le système des enveloppes à l'ensemble du secteur et évaluer le profil des prestataires ;
- limiter la pléthore des dispensateurs de soins, en concertation avec les communautés ;
- programmer plus strictement les services médico-techniques et les appareils médicaux lourds et promouvoir les accords de coopération entre hôpitaux ;
- mieux structurer l'organisation des soins de santé, revaloriser le médecin généraliste, renforcer la spécialisation dans le secteur des hôpitaux et instaurer l'échelonnement des soins ;
- encourager l'hospitalisation de jour et réduire la durée moyenne de séjour,
- procéder à l'enregistrement simplifié et accéléré des médicaments, instaurer des contrats « prix-volumes » avec l'industrie pharmaceutique et collecter des données pour établir des profils de prescripteurs ;
- désigner par élection les représentants des médecins dans les instances de sécurité sociale ;
- supprimer les distorsions de consommation injustifiées ;
- améliorer la couverture des personnes âgées et des malades chroniques.

## Les pensions

Dans ce secteur, il s'agit de s'adapter aux conséquences de l'évolution démographique et à la nécessité de freiner la croissance des dépenses, tout en préservant le système légal. Le gouvernement propose de :

- modifier les mécanismes de calcul de la pension légale (fraction de carrière, périodes assimilées, coefficients de revalorisation et salaires fictifs) ;
- instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes ;

- réduire progressivement le régime des prépensions et encourager la prépension à mi-temps ;
- promouvoir les deuxième et troisième piliers en tant qu'alternative à une partie des augmentations salariales ;
- maîtriser la dynamique des dépenses pour les futurs pensionnés de la fonction publique ;
- renforcer la solidarité entre pensions élevées et modestes ;
- examiner les possibilités de constituer, à terme, une partie de la pension légale par un système de capitalisation.

## La gestion

Le gouvernement formule quatre propositions pour moderniser la gestion et la rendre plus efficace :

- informatisation plus poussée<sup>6</sup> ;
- mise en place d'un nouveau cadre de travail pour les organismes publics de sécurité sociale ;
- renforcement de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale ;
- meilleure répartition des tâches entre organismes nationaux de sécurité sociale.

## Les perspectives

La modernisation s'inscrit dans une évolution en cours depuis longtemps. Elle ne dessine pas « une reconstruction de l'idée de progrès et de solidarité qui ait une force certaine pour tracer les perspectives positives de changement en faveur de ceux qui souffrent, doutent ou désespèrent »<sup>7</sup>. Ceci s'explique sans doute par le constat qu'« en même temps que s'affaiblit et se transforme un monde que nous avons connu, est en train d'apparaître une société que nous ne connaissons pas encore »<sup>8</sup>.

Mais aussi parce que cette modernisation s'inscrit dans les anciennes règles du jeu, la solidarité entre travailleurs et entre régions et qu'à terme, cette dernière semble remise en question dans les secteurs des soins de santé et des allocations familiales. Mais surtout par les orientations pre-

mières du gouvernement de conduire la Belgique (avec un endettement global équivalent à environ 130 % du PNB) dans le premier peloton des pays qui entreront dans l'Union européenne monétaire, et donc de mener une politique avant tout budgétaire, pour satisfaire aux critères fixés à Maastricht par les douze.

Ces contraintes actuelles — vision floue de l'avenir, remise en cause des mécanismes institutionnels de financement de l'État et par voie de conséquence de la sécurité sociale, endettement de l'État — fixent comme perspectives un débat sur les contours et le contenu de la sécurité sociale belge après la législation actuelle, tout comme l'écrivait d'ailleurs le Premier ministre « dans une phase ultérieure de la réforme de l'État, la répartition actuelle des compétences sera évaluée et rectifiée dans le sens d'une plus grande homogénéité des prestations servies »<sup>9</sup>.

Henri Lewalle

1. Loi du 26 juillet 1996 (M.B. du 1<sup>er</sup> août 1996)

2. Pour rédiger cet article, nous nous sommes largement inspirés de la publication d'E. Arcq et de P. Reman : *Les interlocuteurs sociaux et la modernisation de la sécurité sociale*. In : *Courrier hebdomadaire du Crisp*, n° 1508-1509, Bruxelles 1996.

3. J.-L. Dehaene. *La société de l'information, clés pour une ère nouvelle*. Éditions Luc Pire, 1995.

4. J.-L. Dehaene. *Une politique énergétique pour une société nouvelle*. Lignes de force du programme du Gouvernement fédéral, 4 juin 1995.

5. Sur ce volet, nous invitons le lecteur à consulter l'excellent article de Jean Hermesse : *L'accès aux soins de santé en Belgique*. In : *Solidarité santé*, n° 2, 1997.

6. Notamment par la mise en circulation, dès le 1<sup>er</sup> juillet 1998, d'une carte d'identité sociale dont chaque résident sera doté (carte à puce) et la création d'un réseau entre les hôpitaux et les organismes assureurs.

7. P. Palsterman, P. Reman. De la réforme à la modernisation. In : *La Revue nouvelle*, novembre 1995, Rixensart p. 40 à 49.

8. M. Molitor. Chômage et démocratie in *La Revue nouvelle*, juin 1996, Rixensart, p. 52 à 63.

9. J.-L. Dehaene. *La société de l'information*, op. cit. p. 192.



# Les tendances gestionnaires des politiques de maîtrise des dépenses de santé

**La crise économique qui sévit dans les pays occidentaux, conjuguée à l'augmentation des dépenses de santé, a entraîné la mise en place de politiques de maîtrise des dépenses de santé.**

**L**a croissance économique de l'après-guerre avait permis aux pays européens les plus développés de se doter de structures sanitaires performantes et d'élargir leurs systèmes de protection sociale. À la fin de cette période, la distorsion croissante entre accroissement des dépenses de santé et ressources disponibles oblige les gouvernants à contrer les dérives observées. Avec les moyens que les systèmes mettaient à leur disposition, les responsables ont tenté de limiter certaines évolutions tant du côté de la demande que de l'offre.

Ces mesures ponctuelles adoptées, pour la plupart des pays, dans un objectif de gestion financière ont débouché progressivement sur des réflexions plus fondamentales concernant la capacité du secteur public et des instances de décision à gérer le système, ainsi que sur la nécessité de mesurer les produits des activités sanitaires.

## **En Allemagne : l'action concertée**

Seule l'Allemagne amorce, dès 1977, une autre approche en mettant en place des objectifs quantifiés, décidés dans le cadre d'une instance de réflexion regroupant tous les acteurs du sys-

tème de santé et de la société civile : l'action concertée.

Essentiellement indicatives, les recommandations, dont l'efficacité ne dépend que de la force du consensus dégagé lors de la mise en pratique des mesures décidées entre les différents partenaires, n'ont aucun caractère obligatoire.

Initié par le gouvernement fédéral, le principe de cette conférence a pu choquer au départ certains acteurs du système de santé allemand, notamment les industriels de la pharmacie, mais aussi les hôpitaux et les syndicats allemands. Le plus libéral et le plus puissant, le *Hartmannbund*, stigmatisait dès le départ « l'interventionnisme du ministère des Affaires sociales ». Il est peu habituel en Allemagne que le gouvernement s'insère dans le jeu relationnel des acteurs. La cogestion des activités économiques et sociales par les partenaires sociaux est une référence fondamentale. En fait, le gouvernement a su convaincre en évoquant la faillite du système de protection sociale. En effet, la récession qui, déjà à l'époque, s'avérait être de grande ampleur menaçait l'équilibre comptable de l'assurance maladie. Il s'agissait de préserver la stabilité des taux de cotisation et donc de garantir un niveau de char-

ges sociales économiquement acceptable pour les entreprises. Cette préoccupation se double du souci de préserver un système de santé envisagé non seulement sous l'angle de l'organisation des soins mais aussi des relations institutionnelles qui le régissent.

L'organisation entre médecins, caisses et usagers facilitait la mise en place d'une telle instance.

Après des premiers résultats prometteurs, puisque l'alignement de l'évolution des dépenses de santé sur celle des grandeurs macro-économiques fut un objectif atteint jusqu'en 1982, certaines dérives apparaissent. L'indiscipline des hôpitaux, soutenus par les Lands, et de l'industrie pharmaceutique conduit les professionnels de santé à s'écarter des recommandations. Le gouvernement fédéral se voit, dès lors, contraint d'intervenir plus directement dans le fonctionnement du système de santé et de proposer d'autres orientations. Dans les autres pays, à partir de la fin des années soixante-dix, les politiques menées par les responsables s'orientent essentiellement selon quatre axes. Les pays du Sud de l'Europe, engagés à la même période dans des processus de création de services nationaux de santé, suivront les mêmes directions mais avec retard.

## **Le désengagement financier des institutions publiques**

Le désengagement financier des institutions publiques a constitué un des premiers instruments de régulation des dépenses. Il était légitimé par la nécessité de responsabiliser les assurés et, indirectement, les praticiens et les industriels. Cette politique n'a pas eu le même impact selon les pays et ses modalités se sont insérées différemment dans les systèmes en place.

### **Le ticket modérateur**

Si son utilisation comme instrument de maîtrise des dépenses ne posait guère de problème en

France et en Belgique où les textes fondateurs le prévoyaient, il n'en était pas de même en Grande-Bretagne et plus généralement dans les services nationaux de santé.

En Allemagne, le ticket modérateur n'a été instauré qu'assez tardivement et seulement pour les biens médicaux avec, pour justification, l'incidence de la liberté des prix industriels. De réforme en réforme, il est devenu un élément important des plans d'économie proposés par les divers ministres de la santé, malgré l'opposition des assurés qui, encore en 1989, évoquèrent à cet égard « le démantèlement de la Sécurité sociale ».

La mise en place, en 1992 au Portugal, d'un forfait sur les soins assez faible et ne touchant que moins de la moitié des assurés, en raison des nombreuses dérogations instituées, a suscité de même une véritable levée de boucliers qui actuellement bloque, en partie, son application.

### **Dissociation entre prix et tarifs de remboursement**

La dissociation entre prix et tarifs de remboursement est une des voies souvent explorées par les responsables. Déjà en place depuis de nombreuses années, en ce qui concerne le remboursement de certaines prothèses et de cures dans quelques pays, elle est instaurée aux Pays-Bas et en Allemagne depuis 1989, pour la pharmacie.

Un système de prise en charge forfaitaire est institué (Festbetrag). Le remboursement s'effectue en référence à un niveau de prix arrêté par l'assurance maladie. Ce prix s'ajuste sur celui du médicament générique. En cas d'achat d'un produit considéré comme équivalent mais plus coûteux, la différence est à la charge de l'assuré. Ces forfaits ne sont pas appliqués pour les médicaments récents innovants pour ne pas léser la recherche pharmaceutique.

En Allemagne, la démarche suivie consiste à faire pression sur les prix à la production dont la fixation est libre. Elle vise donc essentiellement les industriels et non les consommateurs.

La mise en place du « secteur 2 à honoraires libres » pour les médecins, en France, correspond à une dissociation instituée au niveau du financement des services de soins. Devant les difficultés d'accès aux soins suscitées par cette disposition, l'entrée dans le « secteur 2 à honoraires libres » a été restreint aux médecins

hospitaliers désireux de s'installer. Au Luxembourg, le souhait des médecins de voir s'instaurer un équivalent a été fortement rejeté par les assurés et les instances politiques. Cette formule est l'unique exemple, en Europe, d'une application de la dissociation au niveau d'une prestation de service.

En tout état de cause, ce genre de démarche constitue un pas vers la conception d'un prix de marché en matière de soins et biens médicaux.

## Le déremboursement

Le déremboursement, justifié au départ, en Europe, par la notion de confort se voit progressivement légitimé par une référence plus « scientifique », celle de la non-efficacité (cures thermales, médicaments...).

Enfin, de plus en plus, les États se limitent à la prise en charge du seul coût sanitaire en matière d'hospitalisation, laissant au patient la rémunération forfaitaire pour les dépenses d'hôtellerie.

Mais le plus fort désengagement apparaît dans les pays qui se sont dotés d'un service national de santé. Les dysfonctionnements de ce dernier provoquent l'apparition de structures de soins et de financement privées parallèles (Grèce, Espagne, Portugal).

## Rationalisation et réduction des structures

Le deuxième axe généralement développé par les pays européens dans leur volonté de maîtriser l'évolution des dépenses de santé concerne la rationalisation et la réduction des structures d'offre.

En France, la carte sanitaire, mise en place au début des années soixante-dix, s'est efforcée de rationaliser les structures par reconversion de services et réduction du nombre de lits. Entre 1979 et 1994, le parc hospitalier a diminué de 10 %. Ce mouvement a touché plus fortement le secteur public que le secteur privé.

La Belgique s'est engagée, depuis 1990, dans une politique de réaménagement de l'in-

frastructure hospitalière par concentration et suppression de toutes les petites unités. À Bruxelles, par exemple, les 44 hôpitaux généraux d'une capacité moyenne de 165 lits ont été réduits à 21 structures de 224 lits environ.

L'Allemagne n'a pu développer avec efficacité ce type de politique jusqu'aux années récentes, les Lands, responsables du financement des investissements hospitaliers, ne souhaitant pas heurter les intérêts locaux. Selon des estimations concordantes, de sources diverses, 80 000 lits seraient actuellement excédentaires. Depuis la réforme Seehofer, le financement dual de l'hôpital a été abandonné. Les coûts d'investissements sont financés sur les paiements par pathologie depuis 1996. Il est encore difficile de savoir si cette mesure aura un impact sur les capacités d'offre hospitalière.

En Grande-Bretagne, la réforme Thatcher a conduit à la fermeture d'un grand nombre de structures et de lits. En neuf ans, entre 1985 et 1994, 118 000 lits ont été fermés.

Aux Pays-Bas, la politique de restriction des capacités hospitalières a fait l'objet d'études portant sur les risques en matière d'accès aux soins.

## Limiter l'accès aux professions médicales

L'instauration de limites d'accès aux professions médicales se généralise sous la forme de *numerus clausus*, à l'entrée dans les études ou, dans certains pays, à l'entrée du service national de santé ou du système de médecine de caisses (Allemagne). À contre-courant, une réforme adoptée en Italie, en 1992, mais non appliquée, envisageait de supprimer les limitations à l'entrée du système afin de créer une concurrence entre médecins libéraux et salariés.

La loi Seehofer en Allemagne a fortement limité la liberté d'installation des médecins. De 1993 à 1998, la carte sanitaire est resserrée. L'attribution des places vacantes est réglementée par la loi, en tenant compte des listes d'attente, des intérêts des cabinets médicaux déjà en place. À partir de 1999, les autorisations d'installation seront déterminées en fonction des besoins. Elles prendront fin automatiquement lorsque le praticien atteindra 68 ans.

En Belgique, il n'existe pas actuellement de *numerus clausus*. Toutefois, le gouvernement belge, dans son programme de contrôle de l'of-

F. M. Rutten a ainsi démontré que ces derniers sont influencés par le volume de l'offre. En période de réduction des lits hospitaliers, les classes sociales à revenu élevé ont un nombre d'admissions disproportionné par rapport aux autres. Les classes socio-professionnelles les moins aisées ont un recours plus fréquent à l'hôpital lorsque le ratio lits par habitant est fort. F. M. Rutten en conclut qu'une politique de restriction menée dans un objectif de rationalisation de l'activité des structures de soins peut ainsi dépasser un seuil en deçà duquel les inégalités entre les différents groupes sociaux augmentent.

fre, explore actuellement deux orientations : l'introduction d'un quota d'étudiants et la révision des conditions de droit à la retraite. Le principe d'une régulation de la démographie médicale est cependant rejeté violemment par les étudiants alors qu'il est ardemment souhaité par la profession. En effet, le corps médical réclame une réduction drastique du nombre de diplômés, de 1 200, en 1996, à 600 à partir de 2002. Leurs principaux arguments se fondent sur la surconsommation de soins, conséquence d'un afflux trop important de praticiens, et sur le risque de moins bonne qualité que peut entraîner une faible pratique.

### **Le développement des interrelations entre les structures de soins : les alternatives à l'hospitalisation**

Les alternatives à l'hospitalisation constituent une des formes les plus fréquemment observées en Europe des politiques destinées à restructurer les services de soins afin de rationaliser à la fois les dépenses hospitalières et l'itinéraire du malade dans le sens d'un service plus proche.

De façon générale, les alternatives à l'hospitalisation ont connu une gestation lente dans la quasi-totalité des pays de l'Union Européenne pour ne commencer à se développer qu'à partir du milieu des années quatre-vingt. Le Royaume-Uni constitue cependant une exception. Le National Health Service a, dès le début des années soixante-dix, intégré dans ses programmes la promotion de la chirurgie ambulatoire. L'évolution ultérieure a permis d'arriver à effectuer, vers 1985, un tiers des opérations chirurgicales en ambulatoire. La réforme de 1989 tend à accélérer cette tendance. La suppression de certains services résultant de la restructuration opérée par le « marché interne » est justifiée officiellement par l'évolution attendue de la pratique chirurgicale, notamment la coelochirurgie.

Au Pays-Bas, les alternatives à l'hospitalisation se sont surtout développées à partir du milieu des années quatre-vingt et s'inscrivent désormais dans le sens des mesures préconisées par la réforme Dekker, notamment dans les réseaux de soins que sont susceptibles de constituer les caisses d'assurance maladie.

Au Danemark et en Irlande, le véritable développement de ces modalités date de la même

époque et s'affirme de plus en plus depuis les années quatre-vingt-dix. La Suède et la Finlande restent un peu en deçà des évolutions de l'Europe du Nord.

En France, intégrées dans le champ des cartes sanitaires par la loi du 31 juillet 1991, les alternatives à l'hospitalisation ont reçu ainsi une incitation à se développer qui a été reprise dans le cadre de la réforme récente.

En Europe du Sud, l'Espagne et le Portugal sont pratiquement les seuls pays ayant inscrit dans leur politique de santé des programmes de création de formules alternatives à l'hospitalisation, l'Espagne depuis 1990, le Portugal depuis le programme gouvernemental de 1992.

## **Un encadrement des dépenses fixé a priori**

La troisième grande orientation constitue une étape importante dans l'évolution des conceptions traditionnelles de maîtrise des dépenses de santé. Elle correspond à une politique charnière avant la prise en compte de réformes de structures visant l'efficacité et la mesure des produits.

La politique des enveloppes, qui était inhérente au fonctionnement des services nationaux de santé, a été adoptée dans les systèmes bismarckiens articulés autour de caisses de sécurité sociale, à la suite du constat d'inefficacité des mesures visant la rationalisation des structures d'offre ou des comportements.

Ces budgets globaux ont pour objectif d'imposer une contrainte financière, instituant, par là-même, un contrôle *a priori* de l'offre.

Désormais, les responsables de tutelle ou financiers décident en début d'année de ce qui doit être décerné financièrement à tel ou tel type de structures de soins. En Allemagne, la référence à la notion de dépenses « socialement acceptables » a légitimé les normes arrêtées par l'action concertée. On verra par la suite que « le socialement acceptable » des années quatre-vingt a évolué d'une conception purement budgétaire à la prise en compte simultanée dans les années quatre-vingt-dix de la référence à l'équité et à la qualité des soins.

## Le NHS britannique après la réforme

La réforme du système de santé anglais de 1991 a combiné un changement radical : la mise en place d'un « marché interne », avec le maintien d'un des piliers de l'ancien système : un financement largement appuyé sur l'impôt.

L'introduction des incitations et des sanctions du marché devait permettre pour les initiateurs de la réforme une amélioration du niveau et de la qualité des soins tout en facilitant un transfert de ressources de l'hôpital vers les soins primaires. Le maintien du mode de financement devait pérenniser les aspects positifs de l'ancien système : équité, accessibilité, et, « last not least », contrôle de la dépense.

Le marché mis en place par la réforme est un marché « interne », « organisé ». Interne parce que la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée, et que les offreurs et demandeurs qui interviennent sur ce marché sont des organes du système lui-même.

Les *districts health authorities* (DHA) sont financeurs. Ils ont la responsabilité de la promotion de la santé de leur population (250 à 300 000 personnes). Ils doivent identifier les besoins locaux en matière de santé, déterminer des priorités, les hiérarchiser, développer la prévention et la promotion de la santé. À noter que la réforme leur donne une fonction importante de programmation et de prévision.

Par ailleurs, les DHA financent l'achat de services de santé avec à une enveloppe calculée grâce à une formule de capitation pondérée prenant en compte la population mais aussi l'âge, les facteurs

de morbidité, le niveau de pauvreté de la région. Le district signe des contrats avec les hôpitaux et autres fournisseurs de services de santé. Ces derniers peuvent appartenir à son secteur mais également, concurrence oblige, à d'autres régions.

C'est enfin au district de vérifier que les hôpitaux atteignent les objectifs de qualité prévus dans les contrats : listes d'attente, mortalité périnatale, augmentation de l'activité en hospitalisation de jour ou n'importe quel autre critère.

Les médecins généralistes volontaires devenus détenteurs de budgets (« Fund Holders ») sont également des acheteurs.

### Des médecins généralistes plutôt satisfaits

L'importance de la population couverte est la condition minimum pour un équilibre du risque. Dans la réforme britannique ne peuvent se porter volontaires que les cabinets de groupe dont le nombre de patients inscrit est supérieur à un plancher plusieurs fois révisé à la baisse et aujourd'hui fixé à 7 000 patients. Deuxième mesure : on a sévèrement limité le champ des soins que le médecin généraliste détenteur d'enveloppe budgétaire peut acheter. Il s'agit des soins les moins chers et les plus courants (ORL, chirurgie orthopédique, hernies, varices...). Enfin dernière protection, dès que les frais entraînés par un patient dépassent 5 000 £ par an en traitement hospitalier, les coûts supplémentaires sont pris en charge par le district. L'accueil des médecins généralistes à cette réforme, réservé dans un premier temps, est devenu plu-

tôt positif. Certains généralistes, qui craignaient que la passation de contrats entre districts et hôpitaux ne réduisent leur liberté, voient dans la gestion d'un budget propre la possibilité d'une plus grande autonomie. Les médecins généralistes ont également vite compris que la gestion de ce budget leur donnait un important moyen de pression sur l'hôpital, en particulier sur les délais pour obtenir les résultats d'un examen (radio, laboratoire). S'ouvrirait également pour eux la possibilité d'entamer un dialogue avec les médecins hospitaliers. Pour être payé, l'hôpital doit fournir des résultats de consultation, des comptes rendus d'hospitalisation.

Certains médecins généralistes demeurent toutefois réticents dans la mesure où ils craignent de devenir des « rationneurs » de soins. Ce n'est plus l'hôpital qui dira non mais eux. D'autres craignent que le système n'engendre une médecine à deux vitesses.

Les fournisseurs : hôpitaux ou centres de soins communautaires, peuvent choisir de devenir autonomes : « NHS Trusts ». Leur autonomie s'applique à la politique menée en matière de personnel, au choix des investissements. Dans ce dernier domaine le capital n'est plus un « bien gratuit ». Les hôpitaux devront rémunérer leur capital au taux de 6 %. La règle de passage au statut de « trust » est le volontariat mais dans les faits une pression assez forte semble avoir été exercée.

Pierre Volovitch



Des taux directeurs pour encadrer la croissance des dépenses, généralement hospitalières au départ, on a donc glissé progressivement vers la notion d'enveloppes globales en France, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Belgique. Ces enveloppes, d'abord appliquées à des dépenses, concernent ensuite des activités médicales ou de prescription. Plus récemment, et notamment en France, la fixation d'enveloppes s'est traduite par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) ou des accords cadres. Ces deux instruments correspondent à des taux directeurs assortis de sanctions ou bonifications.

Comme tout autre instrument, l'enveloppe de financement s'insère de façon spécifique aux données institutionnelles de chaque système et demeure foncièrement marquée par la conception qui préside aux relations entre acteurs.

En Allemagne, le principe de la médecine de caisse a conduit à l'instauration d'enveloppes collectives négociées entre associations de caisses et unions de médecins. Ces enveloppes sont réparties entre les divers praticiens d'une union en fonction du nombre d'actes. Une trop grande activité de la part d'un médecin lèse ses confrères. En Grande-Bretagne, les relations individuelles entre médecin et service national de santé (NHS) se sont traduites par l'attribution d'une enveloppe individuelle à chaque praticien volontaire pour négocier « l'achat » de soins spécialisés aux hôpitaux. Dans le premier cas, la solidarité est instituée entre praticiens. Elle s'insère bien dans la conception du système de santé allemand où les associations professionnelles sont les relais entre les médecins et les caisses. Dans le second cas, en Grande-Bretagne, une concurrence peut émerger entre les malades dans le « partage » de l'enveloppe réservée aux soins secondaires.

L'encadrement *a priori* des dépenses s'est très vite heurté à la question de la qualité des soins et de l'équité. En fait, cette procédure de dotation globale se doit de dépasser le stade strictement administratif, budgétaire. L'institution d'une enveloppe est directement associée à l'évolution économique générale. Elle consiste à transposer sur un secteur susceptible de devenir « sur-inflationniste » des normes représentatives de contraintes conjoncturelles globales. Appliquée trop schématiquement, cette conception risque de poser problème. Sans relation à une analyse micro-économique, la recherche de rationalité, d'efficacité, risque de faire défaut et de conduire ainsi à des phéno-

mènes de blocage ou des effets pervers pour éviter les contraintes imposées.

De telles conséquences ont pu être observées dans plusieurs pays. En Allemagne, quelques années après la naissance de l'action concertée, les médecins ont contourné le principe d'une augmentation de leurs rémunérations ajustée sur celles des salaires, en multipliant les prestations hors enveloppe. En France, le budget global hospitalier a induit des phénomènes d'externalisation des soins et perpétué certaines disparités entre structures. En Grande-Bretagne l'enveloppe accordée par les régions aux hôpitaux a longtemps été évaluée en fonction du niveau de dépenses antérieur permettant ainsi aux établissements excédentaires en nombre de lits de survivre au détriment de ceux moins bien pourvus.

Afin de remédier à l'opacité de tels instruments vis-à-vis de la connaissance de l'activité, les responsables ont progressivement cherché à leur associer des méthodes permettant d'établir une relation entre financement et activités. C'est le cas des paiements par cas dont les formules les plus connues sont les groupes homogènes de malades (GHM), les Diagnostic Related Groups (DRG), appliquées ou à l'étude, au Portugal, en France, en Allemagne, en Espagne dans certaines régions (Catalogne), en Suède, Autriche, Belgique.

L'Italie commence à généraliser ce système après des expérimentations menées localement ces dernières années.

## Les règles de gestion de l'entreprise comme modèle

La quatrième grande orientation observée dans certains pays correspond à une référence aux règles de gestion de l'entreprise. Elle a pu s'accompagner de tentatives de privatisation.

Cette ligne politique est particulièrement marquée en Europe du Sud où redéfinition du rôle du secteur public, aspiration à un libéralisme gestionnaire, accent mis sur la responsabilité des régions sont les orientations désormais essentielles.

De tels choix peuvent surprendre dans des pays qui ont opté pour des services nationaux de santé. Cette volonté de réforme n'est pas seulement liée aux difficultés économiques que connaissent actuellement ces pays. Elle répond également à leur souhait de se rapprocher des directives communautaires concernant la réduction des déficits publics dans le cadre de l'adoption d'une monnaie commune. Toutefois se pose ici la problématique de développement économique inégal entre Europe du Nord et Europe du Sud.

En Italie, en Espagne, certaines régions comme la Lombardie, la Catalogne, s'engagent résolument dans de nouveaux modèles gestionnaires des services de santé. Des sociétés publiques ou privées se voient confier la gestion d'hôpitaux. La Catalogne va encore plus loin en faisant contrôler l'ensemble de son dispositif sanitaire par des sociétés publiques indépendantes.

En Grèce, les défaillances dans le fonctionnement du service national et l'insuffisance des crédits affectés à la santé ont entraîné non seulement une hausse des dépenses du secteur privé mais aussi la création d'un véritable marché parallèle des soins. La réforme de 1992 autorise les régimes de sécurité sociale à passer des conventions avec des centres de diagnostic privés. L'impact de la récession économique de forte ampleur que connaît la Grèce actuellement pèse sur la conduite du système de santé par les responsables. De même, le secteur médical est fortement mis à contribution dans le plan de réduction du déficit des finances publiques lié aussi au souhait des dirigeants de se rapprocher des critères de Maastricht.

Au Portugal, le système de santé participe au plan de privatisation progressive de certains secteurs de l'économie décidée en 1989. Les Portugais devaient avoir une protection légale représentant 60 % de leurs dépenses, le reste étant couvert par une assurance privée complémentaire facultative. Une réforme de 1993 prévoyait la possibilité, pour les personnes ayant un certain niveau de revenu, de sortir de la protection offerte par le service national de santé pour s'orienter vers une assurance privée optionnelle. En octobre 1995, à la suite d'élections législatives, le gouvernement social-démocrate a été remplacé par un gouvernement socialiste. Les réformes prévues dans le texte législatif de 1993 ont été suspendues. Une commission de réflexion sur l'avenir du système de santé por-

tugais a été mise en place en 1996. En mars 1997, elle n'a toujours pas remis son rapport ni fait connaître ses pistes de travail.

En Autriche, des hôpitaux provinciaux ont été absorbés par des compagnies privées.

Cette évolution générale peut paraître inquiétante dans un contexte économique européen difficile et dans des pays où les disparités sociales sont encore fortes. Les conséquences d'une restriction du secteur public peuvent être assez lourdes en ce qui concerne l'accès aux soins.

Au Danemark, les gouvernements ont toujours rejeté la solution de la privatisation d'une partie du système de soins pour remédier aux problèmes que connaît le service national de santé. Récemment, le Jutland s'est vu refuser par le gouvernement la création d'unités privées pour résorber les listes d'attente. Le dernier rapport sur le système de santé danois, paru en janvier 1997, réaffirme l'ancrage du système de santé dans sa globalité au service public. ■



# Les nouvelles orientations des réformes

## De la recherche de l'efficacité au libéralisme

**Outre la maîtrise des dépenses, les réformes des systèmes de santé ont des objectifs différents : meilleure adéquation entre l'offre et les besoins, accentuation du libéralisme, décentralisation de la gestion avec la création de réseaux de soins.**

**D**ans de nombreux pays européens, les mesures visant à contraindre les dépenses et à rationaliser l'offre de soins se sont soldées par des difficultés de fonctionnement des structures sanitaires de soins et la reconduction de disparités antérieures.

De la recherche d'une adéquation entre moyens et besoins à l'introduction de mécanismes jusque là étrangers au domaine de la santé, les nouvelles réformes (que d'aucuns appellent « réforme deuxième génération ») ne répondent pas toutes aux mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes fondements.

### La recherche d'une meilleure adéquation moyens/besoins

Les politiques de désengagement financier des institutions publiques et de contrôle de l'offre menées dans les années quatre-vingt ayant

montré leurs limites, de nouveaux instruments sont alors mis en œuvre qui visent à apprécier, compte tenu des moyens disponibles et d'une estimation des besoins, l'activité sanitaire elle-même. Contrats d'objectifs, maîtrise médicalisée entrent dans cette logique.

En Grande-Bretagne, les contrats passés entre autorités de district et hôpitaux autonomes incluent des clauses résolutoires concernant des objectifs précis, telle par exemple la réduction des listes d'attente, véritable problème de santé publique dans ce pays. Si l'hôpital n'a pas traité tous les patients prévus par le contrat, il n'est pas payé.

En France, l'institution de conférences de santé réunies dans chaque région et au niveau national répond au souci de mieux évaluer les besoins. Le niveau régional est désormais considéré le niveau d'analyse le plus pertinent. Tous les autres pays européens ont, depuis longtemps, intégré cette approche. Des agences régionales d'hospitalisation, récemment instaurées, sont chargées de négocier avec les établissements des contrats d'objectifs pluri-annuels concernant les orientations et les moyens.

En Catalogne, un dispositif similaire a été institué.

La maîtrise médicalisée correspond à la fixation de limites de nature médicale aux prescriptions. Cette disposition, adoptée en France en 1993, s'inspire de pratiques déjà mises en

œuvre aux États-Unis par les compagnies d'assurance qui ont imposé aux praticiens exerçant dans les HMO (Health maintenance organisations) des « guidelines ».

## L'Italie fait le choix de la concurrence

### Italie

Né en 1978, le service national de santé affirme son unité par rapport à la multiplicité d'organismes et de mutuelles qui constituaient la trame du système ancien. Le projet est fortement lié au contexte politique créé par la stratégie de compromis historique préconisée par le parti communiste qui n'envisage pas cependant de faire partie du gouvernement. L'accord sur la réalisation d'un projet politique commun regroupe tous les partis politiques à l'exception des néo-fascistes et de l'extrême gauche.

Paradoxalement, la récession économique donne ainsi naissance, en Italie, par l'émergence d'un programme politique alternatif, à une réforme ambitieuse du service sanitaire.

### Les italiens mécontents de leur système de santé

Le service national de santé a très mauvaise presse aujourd'hui. Des études comparant le niveau de satisfaction des citoyens de divers pays par rapport à leur système de santé montrent que les italiens sont particulièrement mécontents du leur. Sont ainsi régulièrement dénoncés la persistance des inégalités entre groupes sociaux et régions, la mauvaise qualité des prestations, l'inefficacité générale du système, le gaspillage des ressources, la politisation excessive des instances de coordination et de décision. Concernant ce dernier point, il convient de préciser

que, jusqu'en 1991, les responsables des unités sanitaires locales (USL), unités de base du service sanitaire national, étaient des hommes politiques. Une réforme récente a introduit une coupure entre les responsabilités politiques et celles relevant de la gestion.

D'après certains experts, toutes ces critiques sont quelque peu excessives.

### Le choix entre trois systèmes concurrentiels

Une stratégie de réforme s'est progressivement mise en place. Elle comporte deux grands volets : une régionalisation du financement de la santé, d'une part, et l'introduction de modèles de quasi-marché dans un contexte décentralisé. Ces nouvelles dispositions devront être pleinement opérationnelles à la fin de l'année 1997 mais beaucoup de régions ne semblent pas encore prêtes à les mettre en œuvre.

Le ministère de la Santé ayant évité de prendre parti pour un modèle standard, les régions ont le choix entre trois modèles distincts de concurrence : le contrat ponctuel, le prestataire préférentiel et le plan d'activité.

Dans le cas du *contrat ponctuel*, le patient est totalement libre de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins, public ou privé, conventionné avec le service national de santé. Les prestataires sont financés sur la base des ac-

tes effectués. L'USL joue simplement un rôle de tiers payeur.

Dans le deuxième modèle, les Unités sanitaires locales passent des contrats très précis, comme dans le système anglais, avec des *prestataires préférentiels*. L'usager ne peut s'adresser gratuitement qu'à ces derniers. Si le patient choisit de se faire soigner dans une autre structure de soins ou chez un praticien accrédité mais non préférentiel, il doit faire l'avance des frais qui lui sont ensuite remboursés sur la base de tarifs fixés par la région.

Dans le troisième modèle, chaque USL négocie un *plan d'activité* annuel avec ses propres hôpitaux et centres de soins ambulatoires. Elle peut aussi faire de même avec des prestataires privés.

Il est encore trop tôt pour dire quel sera le choix dominant des régions et si la concurrence s'imposera réellement entre prestataires de soins. On peut se demander, par ailleurs, si cette réforme apportera les améliorations escomptées en matière de qualité des soins et d'efficacité des services.

DLS

## Libéralisme et concurrence

Dans la deuxième partie des années quatre-vingt, on assiste, de plus en plus, à un changement profond de références exprimant des options libérales en matière de gestion des activités. Ainsi les deux réformes fondamentales proposées, la réforme Dekker aux Pays-Bas, la réforme Thatcher en Grande-Bretagne, intègrent des relations de concurrence entre acteurs du système de santé et instaurent la notion de contrats individuels généralisés. Dans les autres pays, l'optique libérale n'est pas aussi clairement affirmée mais l'idée d'une référence accrue à la compétitivité entre les secteurs public et privé ne s'en développe pas moins, y compris au sein des services nationaux de santé.

Les deux modèles, Dekker et Thatcher, prennent argument du fait que les mesures traditionnelles ont conduit à des inégalités d'accès aux soins. Les défaillances du secteur public ont pénalisé plus fortement les catégories sociales défavorisées.

Dans plusieurs pays, l'accroissement important de la part prise en charge par les ménages induit les mêmes dérives. De façon générale, ces orientations apparaissent à une période où les difficultés des divers pays à contrer les tendances inflationnistes du secteur étaient expliquées par la non-rationalité de la gestion traditionnelle publique. Partis de cette remise en cause du secteur public, des experts en appelaient ainsi, soit à une privatisation d'activités importantes du domaine de la santé, soit à l'introduction de mécanismes du marché dans le fonctionnement des structures sanitaires.

### Une compétition entre organismes financeurs

Le projet de réforme du système de santé aux Pays-Bas, dit « projet Dekker » du nom du Président de la Commission chargée d'y réfléchir, paraît en 1986. Malgré son adoption officielle, son application, prévue par étapes successives, est maintes fois entravée à la suite d'élections politiques ou sous la pression d'une partie de l'opinion publique hollandaise hostile à certaines dispositions de ce plan.

Une des grandes originalités de la réforme réside, en effet, dans l'uniformisation des caisses publiques et des caisses privées. Les différences entre organismes sont supprimées et la concurrence instaurée. Chaque assureur offrira à ses adhérents d'accéder à un réseau de soins. En effet, compagnies d'assurance et anciennes caisses d'assurance maladie négocient des contrats avec des professionnels de santé. L'assuré peut choisir librement son assureur en fonction des tarifs qui lui sont proposés mais en tenant compte également de la qualité des prestataires de soins et de l'offre mise à sa disposition. Un fonds central de compensation, financé par la majeure partie des cotisations, alloue les fonds entre les caisses en fonction de la clientèle assurée.

À l'heure actuelle, quelques-unes des mesures ont été mises en œuvre. La principale disposition qui concerne la compétition généralisée entre caisses d'assurance maladie publiques et compagnies d'assurance privées n'a été mise en place qu'en partie puisque seules les caisses publiques sont, à ce jour, concernées.

En Allemagne, la réforme Seehofer, après avoir instauré, en 1994, une compensation des risques entre caisses pour répondre aux fortes disparités de cotisations, introduit en 1996 une liberté de choix des caisses par les assurés. Pour faire face au nouveau contexte de concurrence, la capacité de décision des organismes financeurs et leurs compétences sont élargies. En 1997, le dispositif doit être renforcé. Si on assiste bien à un certain nivellement des cotisations, une concurrence sauvage semble s'être développée à en croire certains experts.

En Belgique, la responsabilisation des mutuelles introduit aussi une concurrence entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. Jusqu'à fin 1994, chaque mutuelle se voyait remboursée de l'intégralité de ses dépenses effectives. Depuis cette date, une nouvelle méthode de répartition des ressources a été adoptée. À la part des dépenses effectives de chaque organisme assureur s'ajoute une clé de répartition normative élaborée sur la base de paramètres tels que la situation sociale et professionnelle du bénéficiaire, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, de chômage, la composition du ménage et le revenu. Des experts universitaires ont été chargés de déterminer, avant la fin 1998, les facteurs de risque les plus importants, afin d'élaborer cette clé de répartition. L'implication très forte des partis politiques

dans la mutualité risque cependant d'entraver le développement du dispositif.

Toutes ces réformes qui s'instaurent, au niveau de la protection sociale maladie, présentent d'importants risques quant à l'accès aux soins, quels que soient les gardes-fous mis en place.

En effet, on constate que non seulement l'état de santé de la personne, mais aussi son statut, son âge, ses revenus, le degré de sa couverture sociale, son lieu de résidence influencent fortement le recours aux soins. Dès lors, comment élaborer une clé réellement pertinente de répartition des recettes ? La formule de compensation se réfère à une « consommation dite normale » qu'il est très difficile d'évaluer.

Dans un autre registre, il est intéressant de rappeler l'analyse concernant les risques liés à la compétitivité introduite dans le cadre d'un marché de l'assurance maladie aux Pays-Bas. Même si, selon la réforme Dekker, aucun assureur n'a le droit de refuser un assuré, plusieurs « parades » peuvent être trouvées selon ces experts. Tout d'abord, dans les contrats qui les lient aux professionnels de santé, les assureurs pourraient opérer une sélection différente selon les spécialités. Ainsi, on peut imaginer que les compagnies chercheront à signer des conventions avec les meilleurs pédiatres ou obstétriciens mais que, par contre, dans d'autres secteurs tels que la cardiologie ou la cancérologie, par exemple, ils éviteront tout contrat avec les praticiens les plus renommés. Ce qui permettrait d'écarter les malades gravement atteints.

De même, dans les risques couverts, certains assureurs pourraient prévoir des extensions susceptibles d'attirer une clientèle plus jeune ou plus aisée (meilleure couverture de la maternité, assurances sports d'hiver ...) mais qui augmenteraient les forfaits de base.

On peut aussi concevoir que certains assureurs préfèrent opter pour des tarifs élevés afin de décourager les catégories à bas revenus, ou encore pratiquent des délais de remboursement assez longs, toujours dans l'espoir d'écarter certains types de clientèle.

On voit que, quel que soit le souci du gouvernement d'éviter les exclusions par la définition de règles précises, le danger est réel d'inégalités nouvelles d'accès aux soins provoquées par cette mise sur le marché de l'ensemble de la protection sociale mais aussi par l'atomisation du système de santé qui en résulte.

► Analyse effectuée par Wynand P. M. M. Van de Ven et René C. J. A. Van Villet, dans une intervention présentée lors du deuxième congrès mondial sur l'économie de la santé, en septembre 1990 à Zurich.

On le voit, l'instauration de règles de concurrence dans un domaine aussi particulier que la santé peut être générateur de disparités. Un tel système est fondé sur une responsabilisation accrue des professionnels et des institutions de protection sociale mais il implique également une responsabilisation très forte des assurés et une information réelle et complète. Ces deux critères, complémentaires, sont les données nécessaires d'un modèle fondé sur le marché.

### Une compétition entre prestataires de soins

La réforme Thatcher instaure des mécanismes de marché dans un service national de santé resté entièrement public et financé par l'impôt.

Le marché est « interne » puisque la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée et qu'offreurs et demandeurs sont des organes du service public. L'idée fondamentale à la base de cette réforme est d'instaurer une séparation claire entre acheteurs et fournisseurs, les premiers constitués par les autorités locales de santé (DHA) mais également les médecins généralistes gestionnaires de fonds, les seconds par les hôpitaux et services communautaires. Une des grandes originalités du dispositif actuel est la possibilité ouverte aux médecins généralistes, dès lors que leur clientèle dépasse un seuil minimum, de disposer d'enveloppes budgétaires permettant « d'acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes pour leurs patients.

Les hôpitaux sont devenus des fondations autonomes (trusts) qui doivent proposer leurs services dans le cadre de négociations de contrats et couvrir ainsi l'essentiel de leurs dépenses. Théoriquement, la concurrence se joue sur l'ensemble du territoire.

Autorités locales de santé, médecins généralistes et également, dans une bien moindre mesure, sociétés d'assurance privées de santé signent des contrats de fournitures de soins avec les hôpitaux de leur choix. Si, « sur le papier », la concurrence apparaît clairement, la réalité est, en fait, plus complexe. Les autorités locales de santé n'ont pas réellement intérêt pour des raisons de politique locale à mettre en danger un hôpital de leur secteur.

Les médecins généralistes gestionnaires de fonds qui sont censés faire jouer la concurrence entre structures disposent, en réalité, d'un budget insuffisant pour faire pression sur un trust

## Le projet de réforme du système néerlandais

Le système de protection sociale néerlandais associe la conception bismarckienne et la conception beveridgienne de financement social des soins. Jusqu'à un certain seuil de revenus, fixé en 1995 à 180 000 F, les assurés bénéficient d'un système de sécurité sociale obligatoire. Au-delà seule l'adhésion à des assurances privées est possible. Aujourd'hui, 62 % de la population sont couverts par l'assurance maladie obligatoire et 32 % par les assurances privées, le reste correspond aux agents des administrations publiques qui ont leur propre régime. Le financement de l'ensemble des dépenses de santé est effectué à raison de 64,4 % par les caisses d'assurance maladie et 30 % par les assurances privées. Dans le régime légal, le médecin généraliste est le pivot du système de santé. Il est le passage obligatoire avant tout recours éventuel aux soins secondaires. Cette obligation s'est inscrite dans la politique de promotion de soins primaires des divers gouvernements. Elle avait pour objectif de limiter l'accès aux thérapeutiques onéreuses. En fait le système de rémunération à la capitation, le recours de plus en plus fréquent au système de soins et la disponibilité accrue de services spécialisés ont provoqué l'effet inverse. Les généralistes ont tendance à renvoyer chez le spécialiste des patients dont la prise en charge demande beaucoup de temps et à diminuer la durée de consultation. Les généralistes travaillent de plus en plus en cabinet de groupe.

L'initiative privée a joué un grand rôle dans l'édification du parc hospitalier néerlandais. Dans les années soixante-dix et au début des années

quatre-vingt cependant, l'État est intervenu de plus en plus en matière de création d'établissements.

Quatre grands types de problèmes structurels ont constitué des facteurs de blocage du système de santé néerlandais :

- le manque de coordination entre les différentes institutions et les prestataires de soins ;
- l'absence d'encouragement financier pour augmenter l'efficacité et la qualité des services ;
- l'inégale répartition des coûts ;
- enfin la juxtaposition de plusieurs systèmes d'assurance a contribué fortement à accentuer les effets des trois premiers facteurs.

### Caisses de sécurité sociale et assurances privées s'associent

Le projet proposé par la « Commission Dekker », apparaît particulièrement novateur par rapport aux politiques de régulation des dépenses de santé des autres pays européens. Ainsi, il ne réduit pas globalement la proportion de dépenses couvertes par le régime obligatoire bien que, pour les assurés de la sécurité sociale, certains soins risquent de basculer sur le volant de protection sociale complémentaire libre. La part prise en charge obligatoirement reste de l'ordre de 95 %.

Le financement des caisses de sécurité sociale et d'assurances privées tente de concilier le principe de solidarité nationale et celui de la responsabilisation des organismes financeurs. Deux mécanismes sont mis en œuvre. L'un satisfaisant au premier principe, se fonde sur des variables relatives aux assurés, l'autre est élaboré par les caisses et constitue un résultat de gestion. En effet, il est prévu d'une part une fiscalisation des cotisations per-

çues sur les revenus pour financer l'assurance maladie obligatoire. Ces recettes affectées alimentent un Fonds national de compensation qui les répartit entre les caisses en fonction de critères liés à la clientèle de chaque caisse (âge, sexe). Par ailleurs, les assurés versent une prime directement à la caisse qu'ils ont choisie pour financer les prestations complémentaires au panier de soins défini par l'assurance obligatoire. Une des grandes originalités de la réforme réside dans l'association organisée entre caisses de sécurité sociale et assurances privées. Les différences de statut doivent être supprimées et la concurrence instaurée. Chaque assureur offre à ses adhérents la possibilité d'accéder à un réseau de soins. Les compagnies d'assurance et les anciennes caisses d'assurance maladie sont appelées à négocier des contrats avec des professionnels de santé. L'assuré pourra choisir librement son assureur en fonction des tarifs qui lui sont proposés mais en tenant compte également de la qualité des prestataires de soins et de l'offre mise à sa disposition.

Pour ses promoteurs le projet présente de nombreux avantages : réduction du rôle de l'État dans l'organisation et la gestion du système ; plus grande responsabilité des institutions et des professionnels ; régulation de la qualité assurée par les fédérations d'hôpitaux et les associations de médecins sous le contrôle de l'État ; liberté de choix pour les assurés.

On peut se demander toutefois sur quels critères seront « choisis les praticiens et le volume de prestations offertes ». Critères de qualité ? critères économiques ?

MD

hospitalier. On a donc vu se développer des « consortiums » de médecins.

En fait, la constitution actuelle du « marché interne » comporte dès l'origine un vice de forme dans la mesure où la diversité de taille et de compétence des établissements et des « acheteurs » de soins ne peut conduire qu'à une concurrence très imparfaite. Un rapport du National Audit Office concluait à l'échec de la réforme dans son objectif de créer un marché interne. La cause principale en serait la non-capacité des autorités et des hôpitaux à mettre réellement en place un système de prix. La question la plus importante toutefois est de savoir si le patient a gagné en qualité de service. Tel n'est pas le cas, si l'on en croit une enquête menée en 1994 dans un hôpital anglais par deux chercheurs. Si l'activité hospitalière s'est accrue et si les patients attendent moins avant d'être hospitalisés (un an au lieu de deux en moyenne) certains responsables hospitaliers dénoncent une dégradation de la qualité des soins depuis la réforme. De plus, toujours selon ces auteurs, « la tendance à la taylorisation de l'activité force le patient à se déplacer d'un service à l'autre, car la gestion en « flux tendus » des lits hospitaliers augmente la fréquence des transferts de patients entre services au cours de l'hospitalisation.

La Finlande, à travers une réforme adoptée en 1993 s'inspire du système anglais. Les municipalités « achètent » désormais des services de santé aux hôpitaux.

Les Pays-Bas proposent, eux aussi, à travers le projet Dekker une concurrence entre praticiens et entre hôpitaux tenus de signer des conventions avec les caisses d'assurance maladie.

L'introduction de la concurrence entre prestataires de soins pose également certains problèmes concernant l'accès aux soins : difficultés de se faire soigner lorsqu'on est atteint de pathologies longues et coûteuses, en Grande-Bretagne, en raison de la nécessité pour les hôpitaux d'être « rentables » ; inégalités de traitement, selon certains experts, entre les patients dépendant de médecins généralistes traditionnels et les patients dépendant de gestionnaires de fonds. Par ailleurs, en cas d'insuffisance de l'enveloppe impartie pour acheter des soins spécialisés, le médecin ne sera-t-il pas tenté ou amené à opérer des choix entre malades ?

Enfin, les critères de choix de « l'acheteur » de soins lorsqu'il s'agit d'une autorité adminis-

trative, ne sont pas nécessairement des critères de bonne pratique ou de compétence médicale mais bien plutôt de gestion financière.

Reste enfin une interrogation essentielle. Dans un système régulé par le marché, c'est le niveau de la demande solvable qui est déterminant, alors qu'au sein d'un système public, les choix sont faits par le pouvoir politique.

Dans ces nouveaux modèles que constituent le Royaume-Uni, les Pays-Bas et peut-être également en Finlande où s'instaure un marché interne, qui a la légitimité de déterminer le niveau de prise en charge des besoins de la population ?

► M. Reynaud, C. Vassy  
« Conséquences de la  
réforme du système de santé  
britannique sur la vie d'un  
hôpital général » in *Solidarité  
Santé*, n° 3, 1995.

## Les réseaux de soins, rationalisation et concurrence

La création des réseaux de soins correspond à une réaction contre une gestion trop centralisée fondée sur la fixation de normes à l'échelon national. Il s'agit d'initiatives motivées par une approche de type micro-économique du problème de l'adéquation offre-demande. Initiatives qui ont pu s'inscrire dans un processus de concurrence instaurée, soit par les pouvoirs publics, soit par des compagnies d'assurance privées, des régimes de sécurité sociale ou même par des professionnels de santé. Souvent leur création tente de pallier les carences du système de soins ou de la gestion publique. Comme le prévoit le projet Dekker aux Pays-Bas, les assureurs publics ou privés seront les organisateurs et les gestionnaires de ces réseaux de soins qu'ils créent par conventions individuelles avec certains hôpitaux et praticiens. Ces « assureurs-gestionnaires » se mettent eux-mêmes en concurrence face aux assurés. L'usager choisit librement sa caisse d'assurance en fonction de la bonne gestion financière de cette dernière, mais aussi de la qualité des soins fournis. Son adhésion est fatalement limitative en matière de prise en charge puisque désormais, il ne peut accéder qu'aux praticiens et structures participant au réseau.

Dans le cas du projet Dekker, de même qu'aux États-Unis et en Grèce, les assureurs,



## Le *managed care* étasunien

Aux États-Unis, le *managed care* est un système qui assure le financement et la délivrance de soins médicaux à travers des contrats passés avec des médecins et des hôpitaux sélectionnés. Les prestataires de soins fournissent un ensemble de soins aux membres affiliés en contre partie d'une prime d'assurance mensuelle ou annuelle. Le « *benefit package* » constitue l'ensemble des services médicaux couverts. Il spécifie quels sont les médecins et hôpitaux qui entrent dans le cadre de l'assurance.

Actuellement, 110 millions d'Américains (44 % de la population) sont affiliés à un organisme de *managed care*.

Trois types d'organisation s'inscrivent dans la procédure du *managed care* : les *health maintenance organizations* (HMO), les *preferred providers organizations*, et une structure intermédiaire, les *points of service*.

Actuellement, 51 % des employés sont assurés, *via* leurs employeurs, auprès d'organisations de *managed care*. L'évolution vers cette formule a été largement favorisée par les grandes entreprises soucieuses de réduire leurs coûts en assurance maladie.

Les HMO se présentent sous plusieurs formes selon que les médecins y sont employés ou sous contrat avec une activité parallèle. Les rémunérations sont effectuées à la capitation (forfait fixe par patient indépendant de la consommation de soins). Les risques sont partagés entre les HMO et les prestataires de soins.

Le système des réseaux de soins coordonnés des HMO couvre plus de 14 % de la population. L'utilisateur payant une cotisation annuelle forfaitaire pour tous ses soins de santé, les responsables sont tentés de réduire au minimum les soins jugés inutiles et pourraient même être incités à fournir moins de soins qu'il ne serait nécessaire s'il n'y avait le jeu de la concurrence.

Selon le Congressional Budget Office, les HMO dépensent, en moyenne, moins que les systèmes d'assurance traditionnels avec paiement à l'acte, mais l'évolution des coûts se révèle semblable dans les deux modèles, ce qui laisse penser que les tendances lourdes, l'hospitalisation par exemple, prendraient le pas sur une rationalisation des filières de soins.

Les *preferred providers organizations* sont des réseaux de médecins et d'hôpitaux qui acceptent une moindre rémunération en échange d'un volume plus important de patients garanti par un organisme d'assurance. 40 % des employés assurés par leur entreprise bénéficient de cette formule. Contrairement aux HMO, il n'y a pas de paiement à l'avance.

Les patients disposent d'une liste de prestataires établie par la compagnie d'assurance. Il est possible de consulter « hors liste » contre une participation financière plus élevée.

qu'ils soient compagnies d'assurance privées ou caisses maladie publiques, sont les pivots du système de soins et de financement.

En Espagne, une formule, équivalente aux *health maintenance organizations* (HMO) américaines, et très ancienne puisqu'elle date des années trente, connaît un regain de faveur aux yeux des professionnels et des usagers. Il s'agit des *igualatorios colegiales*, réseaux de soins privés, organisés par des groupes de professionnels de santé qui s'associent pour offrir, en contre partie d'un forfait annuel, le libre accès à des services de généralistes et spécialistes (actuellement 17 % de la population ont adhéré à ce type d'assurance).

En Grande-Bretagne, les enveloppes octroyées par le National Health Service aux cabinets de généralistes sont destinées à financer les soins secondaires. Les médecins détenteurs de budget en faisant jouer la concurrence, organisent les relations entre les soins de premier recours qu'ils offrent et les traitements spécialisés et interventions hospitalières. Ils se retrouvent souvent ainsi à la tête de « mini réseaux » de soins.

L'originalité de la formule anglaise tient au fait que ce réseau est constitué au sein d'un système resté entièrement public.

Au Danemark, les réseaux de soins prônés par une réforme adoptée en 1993 ont été mis en place par certains Comtés. Cette pratique s'étant révélée onéreuse en raison du manque de responsabilisation des usagers et des structures de soins, ses modalités seront prochainement revues.

En France, la réforme présentée en 1995 autorise des expériences de réseaux de soins. Ces mesures concernent en fait l'aménagement de structures de soins complémentaires ou de celles qui focalisent leurs activités sur une pathologie particulière, lourde en générale, telle que le sida, le cancer, la maladie d'Alzheimer. Un conseil d'orientation des filières et des réseaux de soins a été installé récemment. Il est chargé d'émettre un avis sur les projets qui lui sont soumis en fonction de leur intérêt économique et médical. Les trois principales caisses nationales d'assurance maladie ont reçu la mission de contribuer à la mise en œuvre des actions expérimentales.

## La compatibilité avec les impératifs collectifs

Malgré de grands axes de convergence, les réformes adoptées dans l'Union européenne n'en divergent pas moins sur certains points. De plus, les instruments utilisés n'ont pas la même portée selon le système en place.

Si la plupart des pays ont essentiellement mis en œuvre des mesures ponctuelles de maîtrise des dépenses de santé, d'autres se sont orientés vers des réformes structurelles souvent radicales.

Une des grandes orientations actuelles consiste à passer d'une optique macro-économique avec des normes d'activité et financières fixées centralement, à une approche micro-économique fondée sur l'efficacité des structures sanitaires. Cette démarche implique d'attribuer des rôles nouveaux aux acteurs ou de les intégrer dans des processus de responsabilisation. De la première voie, on retiendra l'instauration de médecins gestionnaires de budget en Grande-Bretagne, l'exercice par les financeurs du rôle d'acheteur (Grande-Bretagne, Danemark, Suède, Finlande). De la seconde, on peut citer la mise en concurrence des caisses en Allemagne, aux Pays-Bas, la responsabilisation financière des mutuelles en Belgique.

On peut s'interroger sur la prise en compte par les réformes des nouveaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé et qui les obligent à accélérer certaines mutations devenues indispensables. Le vieillissement de la population en Europe et l'accroissement de la dépendance impliquent de trouver de nouveaux modes de prise en charge. La demande de soins s'est fortement transformée sous l'influence de l'évolution démographique et de la structuration sociale, de l'apparition de nouvelles maladies. Par ailleurs, l'influence du progrès technologique, sa diffusion, l'extension de la gamme des investigations a modifié considérablement le comportement des usagers et des professionnels. La diffusion générale et rapide des traitements de pointe était prévisible dans la mesure où il serait inéquitable qu'une nouvelle thérapeutique ne soit pas disponible pour tous. L'impact sur le coût de la santé s'est révéélé important. Il est clair cependant que la ren-

tabilité marginale du progrès technique ne peut s'apprécier de la même façon en matière de santé que dans les autres domaines. Sauver une vie supplémentaire justifiera toujours l'utilisation d'un nouvel équipement. Ainsi, progrès technique et gains de productivité ne vont pas toujours de pair.

Toutes ces caractéristiques spécifient l'inflation des dépenses de santé qui se traduit par une distorsion entre facteurs de développement des activités et moyens disponibles.

Il n'est plus possible de faire abstraction des contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé comme sur l'ensemble de la protection sociale. La prise en charge collective des dépenses de santé suppose que leur progression ne soit pas en décalage avec celle de la richesse nationale. Il y va de la survie des systèmes de protection sociale. Une croissance disproportionnée des dépenses peut conduire à remettre en cause le principe de solidarité qui fonde l'assurance maladie.

Un des problèmes fondamentaux à résoudre ne concerne pas seulement la croissance mais aussi la répartition. Comment assurer que les réponses données se distribueront de façon équitable entre les différents groupes sociaux, entre les individus ? Comment éviter que les nouveaux risques ne soient traités de façon discriminante ?

Tous ces défis conduisent à placer l'éthique au centre des priorités. ■

# Les réformes des systèmes de santé, l'État providence et la santé publique

## Un point de vue

**L**es réformes qu'on observe depuis la fin des années quatre-vingt dans les systèmes de santé européens apparaissent plus radicales que celles des deux décennies précédentes. Mais, ruptures ou non, elles font partie de processus complexes qu'on peut difficilement interpréter en oubliant l'évolution d'ensemble des systèmes eux-mêmes et la spécificité de chacun d'eux. Pour donner un point de vue un peu synthétique sur les choix qui ont inspiré les mouvements récents, il est alors commode de les traiter comme des réponses partielles et en quelque sorte sélectives aux problèmes qui sont communs aux systèmes de santé des pays développés.

### Les registres d'expression de la crise des systèmes de santé

Les réformes comportent souvent deux volets. Des mesures nettement conjoncturelles (qu'on laissera de côté ici) visent à faire repartir le système sur des bases saines, par exemple à la suite d'un déficit record des comptes sociaux. Des dispositions plus fondamentales s'attaquent à des problèmes structurels qui existent partout en Europe et qui correspondent à un constat général de crise des systèmes de santé. L'expression de cette crise se fait selon trois registres assez nettement distincts renvoyant à l'inadéquation de la politique de santé, au mauvais fonctionnement du secteur des soins et à la mise en cause de l'État providence.

*L'inadéquation de la politique de santé*

se mesure à son orientation excessive en faveur du développement du secteur des soins médicaux et au détriment des actions de santé publique. Elle correspond à une allocation non optimale des ressources, mais cela n'apparaît pas dans la gestion courante du système. En revanche le changement susceptible de la corriger est difficile à gérer politiquement car il concerne la place de l'utilisateur dans le système, la capacité des pouvoirs publics à intervenir au nom de la santé dans l'ensemble de l'économie, les modalités de financement d'actions de santé publique distinctes de l'activité médicale. Les réformes récentes de la santé ne cherchent pas à aborder ces questions dont le traitement relève d'une dynamique autre dans chacun des pays.

*Le mauvais fonctionnement du secteur des soins* renvoie à des critiques de deux types : sur les services rendus et sur les ressources consommées. D'une part sont interrogées la rationalité technique des unités de soins, la qualité des services et leur adéquation à la demande. D'autre part le secteur est accusé de dépenser trop du fait des comportements des professionnels ou des usagers ; ou de dépenser mal parce que la distribution des soins et les flux de financement ne sont pas bien organisés. Toutes ces critiques attirent l'attention sur la nécessité d'améliorer la performance des services et de rendre l'activité plus visible. Elles posent la question des méthodes à mettre en œuvre pour atteindre ces résultats (dispositifs d'information, contrôles et sanctions, incitations financières ?) et d'une

façon plus générale conduisent à la notion de régulation.

*La mise en cause de l'État providence* porte sur la conception même de la protection maladie et l'importance du financement public. Dans ce registre on trouve d'abord les critiques générales d'inspiration libérale qui, dans le domaine de la santé, débouchent sur des questions fondamentales : quel est le bon niveau du financement public de la santé ? Comment collecter les ressources (cotisations sociales spécifiques ou impôt) et à partir de quelle assiette ? Comment organiser la complémentarité entre financement public et privé et notamment les formes collectives de financement privé ? Mais la mise en cause de l'État providence comprend aussi des critiques spécifiques au domaine qui s'alimentent du constat de distorsions entre les objectifs de la protection maladie obligatoire et le résultat de son fonctionnement. Par exemple en Allemagne l'autonomie des caisses se traduisait par de fortes disparités des taux de cotisations. En France des fractions de plus en plus nombreuses de la population ne bénéficient pas de couverture sociale du fait des rigidités de la base professionnelle de la protection maladie. Aux Pays-Bas la solidarité et l'équité n'étaient pas respectées du fait de la non-obligation des catégories les plus aisées à participer à l'assurance maladie courante. À ces critiques on peut rajouter celles qui portent sur l'inadéquation des prestations à certains risques, comme par exemple à propos de la dépendance des personnes âgées ou handicapées.

### Les réformes et la crise des systèmes de santé

Les réformes des systèmes de santé traitent d'abord des problèmes qui ont une traduction dans le fonctionnement courant du secteur des soins. Ainsi toutes visent la régulation du système en important à des degrés divers des principes et des outils issus de la gestion privée. Un plus petit nombre de réformes abordent des questions issues de la mise en cause de l'État providence en vue de renforcer la protection maladie. Cette orientation pourra-t-elle se maintenir dans un contexte de renforcement de la régulation ?

### L'objectif de régulation du système

Toutes les réformes visent d'abord à mieux réguler le système, c'est-à-dire à obtenir des acteurs du système l'utilisation adéquate du financement qui leur est accordé en vue de dispenser des services à la population. En pratique, les points d'application de la régulation peuvent se situer à trois niveaux. D'abord au niveau du système tout entier il peut n'y avoir aucune tendance spontanée à ce que le fonctionnement du secteur s'ajuste à un financement prédéterminé. Ensuite au niveau de l'allocation des ressources aux diverses parties du système peuvent apparaître des inégalités de dotation peu justifiées. Enfin la coordination entre usagers, payeurs et prestataires peut entraîner des formes de gaspillage, des rentes de situation ou des ententes (maintes fois analysées en termes économiques ou organisationnels) qui ne sont pas synonymes d'une utilisation correcte des ressources.

Tous les pays ne situent pas au même endroit le point d'impact de la régulation. Par ailleurs ils développent des philosophies de l'intervention publique extrêmement disparates. Enfin le niveau de la dotation publique peut être plus ou moins suffisant. Ces trois facteurs expliquent l'essentiel de la variabilité des réformes.

Une première différence apparaît d'emblée entre les pays à base assurantielle qui, par construction, ont besoin d'une régulation d'ensemble et les pays à système national de santé qui l'intègrent dans la mécanique budgétaire. Les premiers sont donc logiquement amenés à orienter les réformes en fonction d'une problématique de régulation globale et, comme ils sont plutôt dépressifs, vers une problématique de maîtrise des dépenses. Les seconds sont d'abord préoccupés par la disponibilité et la qualité des services rendus et vont tenter de réduire ces dysfonctionnements par une régulation visant l'efficacité microéconomique.

Mais les pays à base assurantielle se distinguent fortement selon l'implication de l'État. Schématiquement on peut, d'après les réformes en cours, opposer la conception française d'une régulation administrée, pilotée au niveau central et assez conservatrice dans la définition des rôles institution-

nels à la conception néerlandaise d'une régulation par la concurrence, complètement décentralisée et bouleversant les rapports microéconomiques existant entre usagers, prestataires et payeurs.

La réforme Juppé officialise l'encadrement du financement public par le vote du Parlement et s'attache à mieux réguler l'allocation des ressources : les enveloppes sont déclinées par secteur de soins, les agences régionales d'hospitalisation répartissent au sein des régions les dotations hospitalières publiques et bientôt privées. Mais l'efficacité de la régulation globale va dépendre, dans le secteur privé, de l'autodiscipline des professionnels et de l'application par l'État ou les caisses des sanctions prévues conventionnellement. L'assurance maladie fait par ailleurs l'objet d'un « ravalement » non négligeable, les caisses gardant toutefois le rôle de payeurs sans devenir des acheteurs de soins. Une contractualisation est introduite à divers niveaux (État et Caisses, ARH et établissements hospitaliers) sans décentralisation complète par des mécanismes de marché ; l'innovation dans les relations entre payeurs, prestataires et usagers intervient à la marge à travers les expérimentations de filières. D'autres mesures encadrent le jeu microéconomique et doivent éviter ses débordements en maintenant la qualité des soins (références opposables, accréditation des établissements) ; quelque soit leur bien-fondé, elles restent de l'ordre du contrôle administratif.

La réforme néerlandaise a fait au départ le pari que la régulation pouvait se réduire à une régulation microéconomique à deux conditions : la mise en place d'une concurrence à deux niveaux (assureurs et prestataires), l'organisation de la complémentarité des financements publics et privés. Les mécanismes de marché doivent permettre d'atteindre l'efficacité allocative et productive ; la complémentarité facilite le respect de la contrainte globale d'équilibre du financement public. Le nouveau statut des caisses publiques et privées devient le noeud de la réforme, sachant que la réforme ne pouvait qu'associer les secondes compte tenu de leur implication dans le financement du secteur. Les organismes contractent avec l'État dans le cadre de leur mission d'assurance maladie et deviennent acheteurs de

soins avec l'ensemble des prestataires. L'intervention de l'État est essentielle pour définir les dotations de base des caisses et veiller à l'équité du système.

La réforme allemande se situerait entre les deux. D'une part on assiste au renforcement et à la généralisation des mécanismes de régulation globale imposés par l'État fédéral. L'action concertée, le financement des hôpitaux, la coordination entre soins ambulatoires et stationnaires, l'industrie pharmaceutique sont encadrés de façon plus stricte pour maîtriser la dépense. D'autre part les caisses gardent leur autonomie, sont conduites à fusionner et mises en concurrence, en vue peut-être de recevoir de nouvelles attributions dans la régulation. Ainsi le libre choix de la caisse pourrait amener à modifier les modalités de paiement de certains professionnels (remplacement du tiers payant par des remboursements) et à proposer des couvertures optionnelles aux assurés.

Dans les pays à système national de santé, la réforme britannique a valeur de modèle. Elle n'affiche pas de préoccupation de régulation globale et l'essentiel de la problématique vise une distribution de services plus efficiente. À ce titre la réforme fait évoluer l'administration (suppression du niveau régional, transformation de l'administration locale en acheteur de soins, transformation des hôpitaux en prestataires autonomes sortis de la sphère administrative et tirant leurs ressources de leur activité) et elle instaure une régulation quasi-marchande au profit du patient. Dans ce mouvement le généraliste se trouve investi lui aussi d'un rôle d'acheteur de soins et voit son statut d'agent du malade largement étendu. La régulation administrative centralisée est remplacée par une régulation décentralisée de type contractuel selon laquelle l'argent doit suivre le patient. La réforme réduit les prérogatives de l'administration et l'État se désengage de son rôle d'entrepreneur de soins.

Dans les pays de ce type les réformes vont se différencier selon que la démarche de régulation devra ou non être accompagnée d'une réforme du financement où sont envisagées les complémentarités entre financements public et privé. Ainsi les pays du Sud qui s'inspirent du modèle anglais de

régulation ne peuvent pas éviter de poser le problème de la sous-dotation du secteur par le financement public. Les insuffisances de la distribution de soins ne peuvent être palliées sans contribution privée. De ce point de vue le modèle néerlandais peut être une source d'inspiration. Les formules de complémentarité instaurées au Danemark ou en Irlande, et conçues en fonction de considérations d'équité, sont également intéressantes.

### **Le maintien pour la santé des principes de l'État providence**

Le maintien de l'État providence est une caractéristique commune aux réformes des systèmes de santé. Celles-ci tendent plutôt à renforcer ces principes, puisque toutes affichent la volonté de rendre la protection maladie moins inégalitaire et confortent ses ressources. La réforme allemande instaure la compensation entre les régimes et le libre choix de l'organisme par l'assuré pour réduire les disparités de cotisation. La réforme Juppé vise l'universalité de l'assurance maladie, élargit l'assiette et fiscalise un peu le financement. Le processus de réforme néerlandais étend le principe d'obligation aux catégories aisées et pour tous les risques. Parallèlement certaines prestations nouvelles voient le jour là où elles n'existaient pas (France et Allemagne pour la dépendance). Dans les pays à système national de santé, l'extension de l'État providence dans le domaine n'est pas vraiment à l'ordre du jour en dépit de la sous-dotation publique patente. La tendance est plutôt de donner une place au financement privé qui soit conforme à un principe d'équité. Globalement on serait donc tenté de parler de *statu quo* quant à la réponse des réformes à la mise en cause de l'État providence.

Le *statu quo* est-il aussi évident ? Certains observateurs invoquent l'entrée en force de notions qui conduisent à évaluer le fonctionnement du secteur à l'aune de sa rentabilité pour estimer que les réformes le préparent à participer à un effritement de la protection sociale. Cette orientation expliquerait la reprise en main vigoureuse du secteur par les acteurs politiques au détriment

des responsables administratifs. Des conflits récents comme ceux de l'indemnisation des salariés en cas de maladie en Allemagne éclairent un peu sur les objectifs visés en ce domaine.

En tout cas la démarche de régulation vient modifier de façon discrète, mais efficace, les conceptions issues de l'État providence. Elle tend d'abord à augmenter irrésistiblement le financement complémentaire (ticket modérateur). Par ailleurs certaines des réformes amorcent un processus d'évolution du statut des organismes d'assurance maladie en rendant plus actif leur rôle de « payeurs » et en modifiant leurs relations avec l'État ou avec les assurés. À partir du moment où la fonction d'agent économique des caisses est essentielle et donne lieu à une organisation d'entreprise, la transformation des sources de financement devient plus facile ; l'apport privé est même la garantie de l'indépendance. Enfin la démarche de régulation n'est pas parfaitement symétrique, ce qui n'est pas anodin lorsqu'on a en fond de tableau un impératif de maîtrise du financement public. On conçoit que la régulation vise le non-dépassement d'une dotation fixée *a priori* ou qu'elle se préoccupe de l'efficacité de la production. Elle devrait aussi être concernée par la question de la sous-dotation d'un système, c'est-à-dire de la capacité d'une dotation à permettre la satisfaction de certains besoins. Cela pose le difficile problème de la légitimité des critères de régulation et notamment des choix implicites de santé publique qu'elle intègre.

Si les régimes de croissance lente que connaissent les pays européens se maintiennent, la qualité de la régulation ne suffira pas à éviter la mise en cause de l'État providence. À moins de s'interroger sur l'adéquation des politiques de santé, des réformes d'un autre ordre seront mises en chantier. ■

**Alain Letourmy**  
CNRS, Cermes

# Contre les discours simplistes et les raccourcis de l'analyse

**L**e constat est d'une simplicité enfantine : depuis une vingtaine d'années quel que soit le mode de financement du système (« Beveridgien », « Bismarckien » ou mixte), quelles que soient les convictions politiques des gouvernements au pouvoir, les pays industrialisés ont subi une pression accrue sur les dépenses de santé, faisant souffler un vent de réforme. Et ces pressions sont le fait de facteurs objectivement inéluctables comme le vieillissement de la population ou l'introduction de nouvelles technologies. Ce constat est en général unanime, repris par les organismes internationaux comme l'OMS ou l'OCDE : « La politique de santé en Europe a été, pendant les deux dernières décennies, de plus en plus perturbée par les coûts croissants des soins ». Ainsi débute l'introduction d'un des derniers documents du bureau régional pour l'Europe de l'OMS.

Mais, quitte à ouvrir un débat sur ce sujet, il me semble que cette vision très réductrice ne colle pas du tout à la réalité. Tout d'abord pour des raisons techniques : est-on certain de ce qu'on avance ? Y a-t-il vraiment pression accrue sur les dépenses ? Et, si oui, où sont les facteurs de pression ? Dans la plupart des pays industrialisés, les dépenses de santé ont été beaucoup mieux contenues dans les années quatre-vingt que dans la décennie précédente. Et, de plus, dans un récent article sur le NHS anglais, les auteurs prédisent que : « Les pressions provenant des changements démographi-

ques et de la morbidité auront vraisemblablement un impact modeste dans le futur. ». Certains chercheurs allemands vont plus loin en affirmant que les coûts des soins de santé n'augmentent pas avec l'âge. Quant aux technologies, il est bien difficile de faire la part des coûts induits par la technologie elle-même, et de ceux induits par son utilisation, incluant sa « mauvaise » utilisation ! En fait, si pression il y a, elle est certainement interne au système de soins lui-même, engendrée par la masse salariale considérable que demande la prise en charge des personnes par des personnels de plus en plus spécialisés, dans des structures de plus en plus sophistiquées.

Mais, de manière plus fondamentale, ce constat laisse apparaître un discours totalement centré sur l'économique. En fait on parle beaucoup moins de réformes du système de santé que de nécessité d'une régulation des dépenses de santé, qui semble découler « naturellement » d'un constat économique. Mais comment expliquer, par exemple, que le Royaume-Uni, qui se place depuis longtemps parmi les pays ayant le mieux contrôlé leurs dépenses de santé (6,2 % en 1990, au moment de l'introduction de la réforme), ait envisagé et mis en application une réforme de son système de soins et que les États-Unis, qui caracolent largement en tête du « hit parade » mondial, aient échoué alors que la pression économique aurait dû largement contrebalancer les objections politiques ? Pourquoi les Pays-

Bas, après s'être engagés sur la voie d'une réforme audacieuse, sont-ils dans une phase de « réforme de la réforme » qui pourrait bien les ramener au point de départ ? Pourquoi la France, qui fait partie du très sélect club des plus de 10 % du PIB attribués aux dépenses de santé, n'offre-t-elle en guise de réforme qu'un aménagement du rôle de chacun des partenaires ? À l'évidence, les systèmes de santé sont des « systèmes complexes », qui s'inscrivent chacun dans une histoire, dans des valeurs culturelles et sociales, et dans des options idéologiques. Court-circuiter ce débat pour ne débattre que de ses effets (les dépenses de santé) me paraît aussi utile que de s'acharner à essuyer l'eau qui déborde d'une baignoire sans se demander comment elle se remplit...

Les systèmes de santé se sont construits tout au long de ce siècle sur des paradigmes, pour reprendre l'expression d'A. P. Contandriopoulos, qui se sont sensiblement transformés : il est intéressant de remarquer que ces paradigmes ont, souvent, fait consensus dans les discours politiques des différentes nations industrialisées d'Europe : le paradigme des années de reconstruction de l'après-guerre a associé solidarité devant le risque maladie à puissance du modèle médical. Puis, vers la fin des années soixante-dix, s'élabore le discours économiste sur la régulation des dépenses de santé et la recherche de productivité au moment même où apparaît une contestation de la capacité de la science médicale à résoudre les problèmes de santé d'une population. Depuis les années quatre-vingt-dix, nous percevons les prémices d'une nouvelle interprétation des objectifs d'un système de santé. Cette interprétation se décline, me semble-t-il, principalement sur un mode consumériste. Quelles que soient les options politiques des réformes en cours, il y a la volonté de favoriser l'efficacité du système (traduit de plus en plus par une obligation de résultats, et non plus de moyens et par la détermination à afficher jusqu'à l'absurde la notion de risque nul), d'assurer la satisfaction des patients en fonction de l'argent investi et d'organiser un mode de compétition au sein du système de soins.

## Pour qu'enfin la prévention passe du discours à la réforme

Chacune des composantes de ce nouveau paradigme mériterait de longues réflexions. Mais de manière fondamentale, il convient de s'interroger sur le sens de cette évolution qui privilégie le rôle du consommateur. Le danger de voir le consommateur remplacer le citoyen n'est pas une vue de l'esprit à travers toutes ces réformes. Consommateur à qui on demande d'ouvrir de plus en plus son portefeuille (car, partout, souffle également un vent de responsabilisation du patient qui se décline principalement sur le mode pécuniaire), ou d'offrir son corps (mais en lui proposant de faire des choix éclairés par lui-même ou par professionnel de santé interposé, comme dans la réforme britannique). Mais le citoyen dans tout cela ? Celui qui participe aux choix fondamentaux du pays, celui qui définit les orientations et qui participe à la gestion au quotidien des institutions de santé ? Car, au-delà des discours sur l'implication des malades (et, donc, des consommateurs), sur la qualité des soins (qui peut, en poussant le trait, se résumer à une offre de services de qualité et un service « après vente » fiable), il y a lieu de revisiter les valeurs qui ont présidé à la mise en place des systèmes de santé dans la première moitié de notre siècle : la solidarité de la population face aux aléas de la vie et un choix collectif non sur des dépenses relatives aux soins, mais sur l'engagement que notre société est prête à consentir dans le domaine de la santé.

Car, et cela sera un dernier commentaire, il est assez significatif que ce débat, concentré sur les dépenses liées au système de santé, ne se préoccupe que du système de soins. La prévention est dans tous les discours politiques. Elle est présente dans tous les exercices médiatico-symboliques que les autorités sanitaires entreprennent en se fixant des priorités. Mais elle est absente de tous les actes significatifs des réformes entreprises, et principalement des redistributions budgétaires. Cela peut s'expliquer, tout du moins en partie, par le fait que le système est prisonnier de sa propre logique, qui

est une logique d'accessibilité aux services, et non d'atteinte de résultats, c'est-à-dire d'amélioration réelle d'un certain nombre de problèmes de santé. La prévention ne doit pas être une aumône, elle doit être une volonté politique qui lie les choix budgétaires des établissements de santé au développement d'une réelle stratégie d'atteinte d'un certain nombre d'objectifs. Rares sont, sur notre vieux continent, les réformes qui abordent ce point capital. Le Québec, exception culturelle mais aussi exception de santé publique, a entrepris il y a plusieurs années une réforme courageuse dans ce sens, en affirmant non seulement dans les discours, mais dans les actes de la réforme la prédominance de la logique d'atteinte de résultats. Il y a peut-être là un exemple à méditer... et à observer de près. ■

1 World Health Organization. Regional Office for Europe : European Health Care Reforms. Analysis of current strategies. Summary. Copenhagen (1996). 41p.

2 Voir, par exemple le document de l'OCDE : « la réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE. » Paris. 1992. En particulier le chapitre 10 : croissance et fonctionnement des sept systèmes de santé : pp141-164.

3 Harrison A., Dixon J., New B., Judge K.: Can the NHS cope in future? British Medical Journal 1997.314:139-42.

4 Voir, à ce propos, l'article de Julio Frenk : Dimensions of health system reform ; Health Policy 27(1994):19-34.

5 Le slogan pour annoncer la réforme du NHS au Royaume-Uni est à cet égard explicite : « Money follows the patient »

6 Ceci est d'autant plus remarquable lorsqu'on examine les pays qui possèdent (ou possédaient) un service national de santé comme le Royaume-Uni ou la Suède, ou l'évolution des anciens pays communistes d'Europe Centrale ou de l'Est.

### Laurent Chambaud

Médecin de santé publique

Expert national détaché à la Commission européenne

# Investir pour la santé

**P**artout en Europe un vent de réforme souffle sur les systèmes de santé. Selon la nature originelle de ces systèmes, des variantes existent quant à l'orientation et au contenu de ces réformes. Mais un point essentiel leur est commun : maîtriser les dépenses publiques de santé. Les systèmes nationaux s'ouvrent à la concurrence et à l'initiative économique, les systèmes libéraux sont soumis à plus de contrôle, les systèmes socialistes s'engagent dans l'économie de marché.

Faire le meilleur usage possible de l'argent investi dans la santé, en particulier lorsqu'il est public, est un objectif extrêmement louable que personne ne conteste. Mais cet assentiment de principe ne peut se faire en éludant un certain nombre de questions, elles aussi fondamentales, concernant l'adéquation des mesures envisagées à l'objectif fixé et leurs conséquences sur la santé des populations.

La première leçon que l'on peut tirer des réformes en cours de développement est qu'elles semblent se préoccuper peu de la raison d'être des systèmes de santé : améliorer la santé. On a l'impression que l'on réforme pour économiser et seulement pour cela. L'argument mis en avant par bien des réformateurs que la survie des systèmes de santé passe par la maîtrise des coûts est convaincant mais il apparaît quelque peu étroit.

On peut légitimement se poser une première question qui en appelle une se-

conde : « Est-ce que la maîtrise des coûts médicaux est la seule façon de réaliser des économies de santé ? » — et deuxièmement « est-ce que les réformes en cours se donnent tous les moyens de leur succès économique ? »

Les réponses à ces questions sont complexes et le pronostic difficile à prévoir. Cependant, on peut noter et regretter certaines lacunes dans le débat actuel. L'absence de prise en compte d'un sujet aussi capital que celui concernant les déterminants de la santé est inquiétant. Or, on sait très bien aujourd'hui, le poids des facteurs sociaux, culturels et psychologiques dans l'état de santé des populations. Les écarts considérables d'espérance de vie, entre les différentes catégories sociales, démontrent de façon éloquente l'importance de ces déterminants. Face à la maladie et à la mort des facteurs comme le type de travail, les modes de vie, la qualité du logement, la situation familiale, le stress, l'estime de soi, sont fondamentaux, comme le sont d'ailleurs certains facteurs de risque liés à ces déterminants tels que l'abus de l'alcool, le tabagisme, les déséquilibres nutritionnels, la sédentarité, etc.

Sur tout cela, les réformes actuelles font en général l'impasse. On peut se demander quelles sont les raisons de cette absence. Peut-être tient-elle d'abord au souci du court terme dont les réformateurs font preuve. L'urgence semble être leur obsession. Pourtant si rien n'est fait maintenant pour agir en amont, la



« pompe à maladie » continuera à fonctionner et l'on devra sans cesse trouver de nouvelles méthodes, de plus en plus sévères pour maîtriser les coûts.

D'autres raisons peuvent aussi expliquer cette absence de prise en compte des déterminants sociaux. On peut citer le scepticisme sur la possibilité d'obtenir des résultats, la longueur des investissements et l'ampleur des problèmes à résoudre qui joue sans doute un rôle d'épouvantail. Pourtant, partout des expériences prouvent que des politiques globales, volontaristes peuvent avoir des résultats très concrets sur le plan sanitaire. L'une, récente et particulièrement marquante, concerne une région de Finlande, la Carélie du Nord, où la mise en place à long terme d'une telle politique porte aujourd'hui ses fruits. On est parvenu, par des mesures convergentes et cohérentes mobilisant tous les secteurs concernés, à faire diminuer de 60 % les maladies cardio-vasculaires chez les hommes adultes. Mais, cet exemple, s'il est frappant, n'est pas isolé. Un véritable savoir de prévention existe aujourd'hui. Il est temps de le diffuser et de l'intégrer dans les réformes actuelles. Trop peu a été fait jusque-là pour donner ses véritables chances à une vraie prévention.

Un autre aspect s'opposant à la réussite des réformes mérite aussi d'être souligné. Parce que trop souvent limitées à des restrictions économiques elles se révèlent frustrantes, difficiles à maintenir et l'on peut craindre que des effets pervers liés à leur rigidité ne viennent les détruire. En y intégrant des aspects positifs de développement sanitaire et social, les réformes actuelles seraient plus mobilisatrices, mieux acceptées et donc auraient de meilleures chances de succès.

Au lieu de se limiter à vouloir moins dépenser pour soigner, pourquoi ne pas se donner l'ambition plus positive d'investir pour la santé.

En fin de compte, on a le sentiment que les réformes actuelles, du fait de leur vision étroite, ne se donnent pas tous les moyens de réussir même sur le plan strictement économique. Elles privilégient la restriction au lieu de développer un climat positif, qui aurait plus d'efficacité sur

le plan économique tout en ayant l'ambition d'améliorer la santé.

La question des conséquences des réformes en cours sur la santé des populations mérite aussi d'être posée.

En Europe de l'Ouest, quels seront leurs effets sur des problèmes aussi préoccupants que les inégalités de santé, les nouveaux risques sanitaires, le développement de nouvelles maladies ou la résurgence de certaines maladies infectieuses. La question doit être considérée très sérieusement car non seulement la plupart des réformes ne privilégient pas la prévention mais bien souvent au contraire, elles la pénalisent. Dans bien des pays européens, on assiste actuellement à une diminution des investissements dans la prévention et dans la promotion de la santé.

### **Les dangers du « tout économique » pour la santé**

Si l'on n'y prend pas garde, les réformes en cours vont accroître les inégalités à tous les niveaux de la santé. Les populations les plus fragiles risquent d'être les premières touchées par la maîtrise des dépenses de soins alors qu'elles accumulent les dangers professionnels, sociaux et culturels. L'exclusion et les inégalités ne feront que croître de façon très dangereuse.

Dans les pays de l'Europe de l'Est le tableau n'est guère plus encourageant et là aussi, on est en droit de se demander quels seront les effets des réformes économiques en cours sur les problèmes majeurs de santé qui se posent aujourd'hui : recrudescence des épidémies, avortements à répétition qui compromettent la santé des femmes, maladies respiratoires et diarrhéiques qui frappent les enfants et enfin maladies cardio-vasculaires qui ont une incidence particulièrement élevée chez les femmes adultes.

Dans ces pays également des programmes de prévention et de promotion de la santé mériteraient d'être associés aux réformes économiques, pour contre-carrer les dangers sanitaires liés à un environnement mal maîtrisé et à des modes

de vie souvent dangereux. En témoignent l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool et la progression des accidents, suicide et homicides.

Comment ne pas être particulièrement préoccupé par la progression en Europe de l'Est des ventes de drogue, de tabac et d'alcool stimulées par l'introduction de l'économie de marché et le déferlement de la publicité incontrôlée.

Le temps est certainement venu d'une approche sérieuse et cohérente de la santé publique, en particulier par l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les réformes en cours. Les priorités définies en France par la Conférence nationale de santé vont dans ce sens.

Auprès des autres secteurs concernés, les professions de santé pourraient trouver dans ce domaine un champ d'intervention valorisant et stimulant en y agissant à la fois comme témoins et acteurs. Très souvent rendues responsables de faits qui les dépassent, elles devraient prendre plus de responsabilité dans la défense et la promotion de la santé publique. Encore faut-il que leur statut et leur mode d'exercice les y incitent et que leur information et leur formation les y préparent.

À cet égard, il est indispensable que les multiples expériences qui se sont développées en Europe soient évaluées et que leur méthodologie et leurs résultats soient largement diffusés. Voilà de nouvelles perspectives qu'une réforme en profondeur des systèmes de santé devrait prendre en compte. ■

#### **Marc Danzon**

Directeur du département de promotion de la santé et de la prévention des maladies, OMS, bureau régional de l'Europe

## Bibliographie

ENSP, Mire. *Les transformations des systèmes de santé en Europe. Vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs, et pouvoirs publics*. Rennes : Éditions ENSP, Colloque européen, 1995, 175 p.

Y. Chassard. *L'introduction de mécanismes de marché dans les systèmes de santé*. In : *Solidarité Santé*, n° 1, 1996.

M. Duriez, D. Lequet. *Désengagement des institutions de protection sociale et risques d'inégalités d'accès aux soins*. Rapport pour la Commission des Communautés européennes DG V 1990.

M. Duriez, D. Lequet. *Convergence des réformes des systèmes de santé et risques d'inégalités d'accès aux soins*. Rapport pour la Commission des Communautés européennes DG V 1991.

M. Duriez, D. Lequet. *Les systèmes de santé de l'Union européenne*. Paris : PUF, 1997, coll. *Que sais-je ?*, 127 p.

M. Duriez, D. Lequet. *Les Services nationaux de l'Europe du Sud : nouvelles références et risques de dérive*. In : *Solidarité Santé*, n° 2, 1996.

S. Milano. *La réforme hospitalière en Allemagne*. In : *Solidarité Santé*, n° 2, 1996.

OCDE. *Études de politique de santé n° 4. La Santé : qualité et choix*. Paris : OCDE, 1994.

OCDE. *Études de politique de santé n° 7. Nouvelles orientations dans la politique de santé*. Paris : OCDE, 1995, 103 p.

OCDE. *Études de politique de santé n° 8. La réforme des systèmes de santé, la volonté de changement*. Paris : OCDE, 1996, 158 p.

OCDE. *La réforme des systèmes de santé. Analyse des systèmes de santé. n° 2. Études de sept pays*. Paris : OCDE, 1992, 165 p.

OCDE. *La réforme des systèmes de santé. Analyse des systèmes de santé. n° 5. Études de dix-sept pays*. Paris : OCDE, 1994, 370 p.

OCDE. *Santé : qualité et choix, n° 4*. Paris : OCDE, 1995.

OCDE. *Réforme des systèmes de santé : maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité*. In : *Revue économique de l'OCDE*, n° 24, 1995.

J.-P. Poullier, L.-M. Greenwald, G.-J. Schieber. *Health system performance in OECD countries 1980-1992*. Health Affairs, 1994.

**Diane Lequet-Slama**, service des études, des statistiques et de l'information (Sesi) du ministère de la Santé, et **Marc Duriez**, direction générale de la Santé ont rédigé et assuré la coordination de ce dossier.

L'encadré sur le système de santé belge a été rédigé par Henri Lewalle, Mutualité chrétienne de Liège, celui sur le Royaume-Uni l'a été par Pierre Volovitch, Mission recherche expérimentation (Mire).

Merci à Laurent Chambaud, Marc Danzon et Alain Letourmy pour leurs tribunes.

### **Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)**

2, rue André-Pascal  
75016 Paris

### **Commission des Communautés européennes**

1, Place de la Loi  
Bruxelles B 1000  
Belgique

### **Conseil de l'Europe**

Avenue de l'Europe  
67000 Strasbourg

### **Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe**

Scherfigsvej 8  
Copenhague  
Danemark

## Adresses utiles

# Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la Loire

**Dans les Pays de la Loire, la mortalité régionale par suicide dépasse de 25 % la moyenne nationale et cette région occupe le quatrième rang des régions les plus mal placées pour cet indicateur. Partant de ce constat global, mis en avant dans le tableau de bord régional de l'Observatoire régional de la santé et corroboré par l'analyse des experts et du jury de la première conférence régionale de santé, la caisse régionale de l'assurance maladie a demandé en 1996 à l'ORS une analyse plus fine de la situation épidémiologique ainsi qu'un bilan des actions entreprises.**

**D**epuis le milieu des années quatre-vingt, le nombre de décès par suicide dans la région des Pays de la Loire oscille entre 700 et 800 par an et constitue la première cause de mortalité prématurée pour les hommes avant les cancers des voies aéro-digestives, et la seconde pour les femmes après le cancer du sein. Autre élément pour situer le poids du suicide dans la mortalité : dans les Pays de la Loire, comme d'ailleurs en France en général, le suicide fait plus, beaucoup plus, de victimes que les accidents de la route (808 contre 490 en 1993) et l'écart ne fait que se creuser.

71 % des morts par suicide sont des hommes. L'analyse par tranches d'âge est plus complexe : la fréquence de la mortalité par suicide augmente de façon continue avec l'âge, le taux de mortalité passant de 10,1 pour 100 000 entre 15 et 24

ans à 63,7 pour 100 000 après 85 ans. Mais au regard des causes de décès, c'est chez les personnes jeunes que le poids du suicide est le plus important (en raison du poids encore modeste des autres causes de décès...) : le suicide est à l'origine de 25 % des décès masculins et de 17 % des décès féminins entre 25 et 35 ans.

D'autres éléments ont pu être analysés : suicide moins fréquent chez les personnes mariées, plus fréquents pour les hommes en zone rurale.

## **Un fort contraste entre le nord et le sud de la région**

L'élément qui a le plus retenu l'attention des acteurs locaux est le fort contraste entre la situation des départements du nord et du sud de la région. Alors qu'en

Mayenne et en Sarthe, la surmortalité par rapport à la moyenne nationale atteint 54 et 57 %, en Vendée la mortalité par suicide est inférieure de 9 % à la moyenne française (en tenant compte de la structure par âge des populations départementales).

Ce contraste renvoie à la carte française de mortalité par suicide, les régions les plus touchées étant celles du nord-ouest de la France, mais à l'échelle d'une région il frappe particulièrement les esprits et interroge sur la part des causes sociologiques et culturelles dans le suicide.

## **Environ 8 000 tentatives de suicide dans la région en 1995**

En l'absence de sources de données exhaustives ou enquêtes récentes, l'enquête menée par l'ORS avec la collaboration de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie dans les établissements hospitaliers a permis d'avancer une estimation de 8 000 tentatives de suicides accueillies dans les établissements hospitaliers sur une année.

Cette estimation doit être interprétée avec prudence dans la mesure où il s'agit de gestes suicidaires (et non de personnes), ayant conduit à une hospitalisation

(sans qu'on connaisse le pourcentage de tentatives de suicide sans hospitalisation), dans les services d'accueil d'urgence de la région (sans qu'on connaisse l'attraction des établissements hospitaliers des départements limitrophes et vice et versa).

### Prévention : surtout les jeunes

La prévention du suicide se focalise surtout sur les jeunes : les deux tiers des interventions de prévention qui ont été rapportés concernent le suicide des jeunes. Cette prévention se décline en prévention primaire (écoute, soutien psychologique) :

- À Cholet, au lycée de l'Europe (1 800 élèves) l'infirmière a organisé avec l'assistante

sociale et avec le conseiller principal d'éducation, de brèves réunions hebdomadaires, pour échanger quelques informations sur les élèves en difficulté qui demandent une attention particulière. Par ailleurs elle a initié une démarche pour constituer une « équipe d'adultes-relais » : enseignants et conseillers d'éducation ont été sensibilisés par une projection du film « Sortie de secours » : 25 d'entre eux (sur 150) ont accepté de s'engager après avoir reçu une formation.

En prévention secondaire, le dispositif d'offre de soins s'organise peu à peu pour prendre en compte les besoins spécifiques des jeunes et offrir une prise en charge à ceux qui ont des conduites suicidaires. Le travail de liaison entre équipes de pédiatrie et de pédo-psychiatrie

se développe notamment sur plusieurs sites :

- Au Mans, un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile détache à mi-temps un psychiatre et un psychologue au service de pédiatrie du centre hospitalier. Ces deux professionnels sont sollicités après une tentative de suicide (co-thérapie psychiatre et psychologue, approche familiale, suivi des jeunes en consultation par la suite).

À Laval, un travail de liaison a pu s'établir entre le service de pédiatrie et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile : l'intersecteur est systématiquement appelé pour les adolescents qui présentent des signes de détresse. Cette collaboration se concrétise par ailleurs actuellement par un projet commun de consultation « en ville » qui devrait pouvoir aboutir prochainement.

Par contre, parler du suicide avec les jeunes suscite de nombreuses réticences et si des débats sur la dépression et le suicide chez les jeunes sont organisés régulièrement, ils le sont pour un public d'intervenants sociaux et médicaux ou d'associations familiales et parentales :

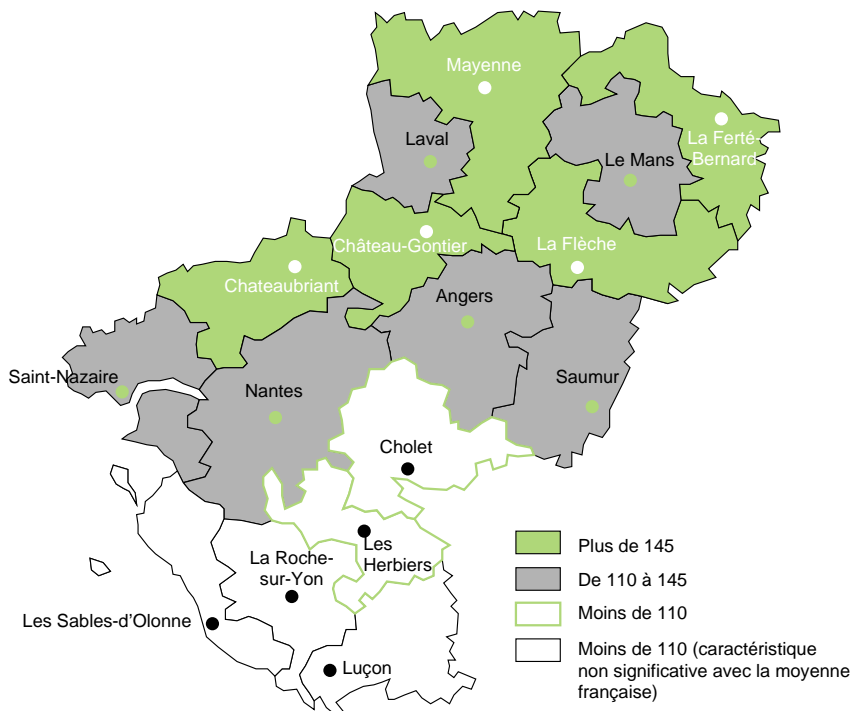
- Dans le canton de St-Philbert-de-Grand-Lieu en Loire-Atlantique, l'association familiale rurale a engagé une réflexion sur les difficultés des adolescents et le rôle des adultes qui les entourent, avec le soutien financier du Fonds de prévention des mutualités de Loire-Atlantique. La démarche s'est engagée par un travail d'approche avec un groupe de parents, puis par une soirée information-débat publique et s'est poursuivie avec deux groupes de paroles de quinze parents encadrés par un psychologue.

Pour le reste de la population, les initiatives sont beaucoup moins nombreuses. Groupes de réflexion, rôle des SOS Amitiés :

- À Nantes, en 1995, SOS Amitiés a reçu 20 661 appels, dont 13 672 signifiants. Parmi les appels signifiants, les problèmes évoqués renvoyaient à :
  - dépression, idées suicidaires (2 966 appels, plus de 20 %) ;
  - solitude (4 776) ;
  - difficultés relationnelles (2 690) ;
  - problèmes sexuels (2 455).

En 1971, année de sa création cette association avait reçu 2 100 appels.

### Indices comparatifs de mortalité par suicide par zone d'emploi dans les Pays de la Loire en 1988-1992 (deux sexes, ICM France = 100)



Sources : Inserm SC8, Insee RP 90, Exploitation ORS

Les secteurs de psychiatrie sont inégalement mobilisés. Ceux qui le sont, cherchent à faire évoluer la pratique de leur service avec trois idées : faciliter le recours aux équipes par des formules souples d'accueil ou de suivi, prendre en compte la souffrance psychologique liée à l'isolement et/ou l'exclusion, travailler en partenariat avec les autres institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

- À Saumur, sous la pression d'une demande posée « dans l'urgence » par les structures locales, le secteur a priorisé l'intervention auprès de personnes âgées : collectif soins, analyse des besoins, projet d'un centre médico-psychologique pour les personnes âgées. Ce travail s'est fait en collaboration avec le service de gériatrie de l'hôpital et le centre communal d'action sociale.

### Formation : un bilan décevant

Le bilan de la formation est mitigé. La thématique du suicide est introduite dans le cursus de formation initiale des médecins et dans quelques écoles de soins infirmiers mais la formation continue sur ce thème est pratiquement inexistante. Pourtant une dynamique universitaire de formation et de recherche à Angers et à Nantes a permis l'introduction de modules de formation sur les conduites suicidaires dans les études de psychologie et surtout la création d'un diplôme inter-

universitaire (Angers, Nantes, Rennes, Brest) de suicidologie, à ce jour unique en France.

### Accueil à l'hôpital : des éléments d'appréciation contradictoires

Le nombre de suicidants accueillis dans les services d'accueil d'urgence de la région est très variable et trois services (les services d'accueil des urgences de Nan-

tes et du Mans et le centre antipoison/service de réanimation médicale d'Angers) assurent le premier accueil de plus de la moitié des tentatives de suicide de la région. Le fait de proposer une hospitalisation à tout suicidant est très largement admis comme un critère de qualité de la prise en charge tant il apparaît important de ne pas banaliser et minimiser cet acte même si la gravité somatique est faible. L'hospitalisation est proposée à tout suicidant dans 25 des 27 services d'accueil d'urgence. Mais une durée minimale d'hospitalisation n'est prévue que dans 8 des 13 services d'accueil d'urgence qui disposent de lits d'hospitalisation et dans 35 % des autres services.

La place donnée aux entretiens psychiatriques est complexe. La quasi-totalité des services disposant de lits d'hospitalisation déclarent proposer systématiquement un entretien psychiatrique aux suicidants. Mais cette volonté semble quelque peu entravée par le problème maintes fois évoqué d'un manque de disponibilité des psychiatres qui va rendre parfois cet entretien difficile à organiser, amener à le différer voire à y renoncer. Seuls 6 des 13 services d'accueil des urgences avec lits d'hospitalisation et 2 des

### Trois études en une

L'étude de l'ORS a porté sur les aspects épidémiologiques, analyse de la mortalité et estimation des tentatives de suicide, aussi bien que sur le bilan de la prévention, de la prise en charge hospitalière et de la formation. Elle s'est donc appuyée sur plusieurs sources :

- les données issues des certificats de décès pour l'analyse de la mortalité ;
- une enquête, en collaboration avec le service médical de l'assurance maladie, auprès des services hospitaliers (service d'accueil des urgences et autres services accueillant des patients après une tentative de suicide) pour l'estimation du nombre de tentatives de suicide et l'approche des prises en charge hospitalières ;
- deux enquêtes postales, l'une auprès de plus de 150 organismes œuvrant dans le champ de la prévention, l'autre auprès d'une centaine d'organismes de formation, pour le bilan de la prévention et de la formation, enquêtes postales complétées par une vingtaine d'entretiens.

### Le suicide à l'étude dans cinq autres régions

Grâce à une convention entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et prévention-mutualité-assurance-maladie (Prémutan), cinq régions font actuellement une étude sur le suicide. Les cinq observatoires régionaux de la Santé qui mènent cette étude suivent un protocole qu'ils ont élaboré en commun, protocole que l'ORS des Pays de la Loire avait en partie adopté pour son étude.

Outre l'épidémiologie, la prévention primaire et la prise en charge hospitalière, cette étude portera également sur la prise en charge en médecine de ville. Les régions concernées sont : l'Aquitaine, la Bretagne, Midi-Pyrénées, le Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes.

14 services sans lits d'hospitalisation peuvent faire appel à un psychiatre à tout moment.

Enfin les conditions de sortie font peu de place à l'organisation d'un suivi. Si l'avis du psychiatre est le plus souvent nécessaire en préalable à l'autorisation de sortie, les conditions relatives à une prise en charge ultérieure sont loin être systématiquement posées. Ainsi à peine un service sur trois pose toujours ou souvent comme préalable à la sortie un contact téléphonique avec le médecin traitant.

### Données épidémiologiques et définition de priorités

Au regard de la mortalité, une priorité se dégage : les hommes entre 25 et 45 ans. Le suicide constitue la deuxième cause de décès pour eux. Mais le suicide frappe également durement les personnes âgées.

Par ailleurs, les différences entre départements plaident en faveur de la définition de priorités départementales. Il existe des écarts extrêmement importants dans les taux de mortalité entre départements et dans chaque département des populations particulièrement exposées : hommes jeunes en Loire-Atlantique, ruraux en Sarthe, etc.

Enfin les données même incomplètes sur les tentatives de suicide pourraient amener à déplacer les priorités. Une attention portée aux tentatives de suicide peut conduire à oublier les populations « qui ne se ratent pas » et vice et versa. Ces différences quant aux populations les plus exposées posent la question d'une politique ou de plusieurs politiques de prévention.

Ainsi l'analyse des données épidémiologiques ne permet pas à une seule priorité de s'imposer et d'autres critères de choix devraient être retenus.

### Bilan de la prévention et de la prise en charge et définition d'une stratégie

Parce que le suicide renvoie à des causes

sociologiques, sociales voire économiques et/ou à la santé mentale, le champ de sa prévention est difficile à cerner et les actions de prévention sont rarement spécifiques. Ceci rend plus complexe la définition d'une politique. Les approches retenues jusqu'à présent dépendent d'ailleurs essentiellement des équipes intervenantes.

La prévention chez les jeunes a mobilisé beaucoup plus que celui du suicide des adultes et des personnes âgées et il apparaîtrait important de favoriser l'émergence de projets sur d'autres publics.

L'hospitalisation des suicidants offre des possibilités, quant à une prise en charge, qui mériteraient d'être mieux ex-

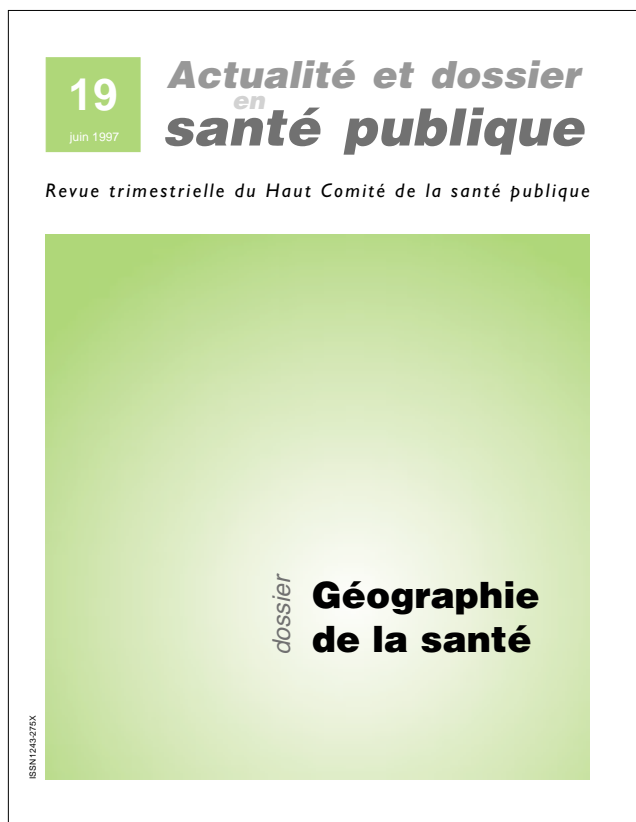
ploitées, toute tentative de suicide devant être considérée comme un facteur de risque de suicide réussi.

D'un façon générale, le bilan des actions a démontré qu'il existe des équipes mobilisées et des pôles de compétences sur lesquels une politique régionale peut et doit s'appuyer. ■

**Ségolène Chappellon**

Chargée d'études à l'ORS des Pays de la Loire

### À paraître en juin 1997



# Formation des directeurs d'hôpital

**Responsable pédagogique**  
Xavier Montserrat

**Renseignements administratifs**  
Ministère du Travail et des Affaires sociales, bureau FH2, 8 avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP.  
Tél. : 01 40 56 44 70 et 01 47 83 95 41

**Scolarité**  
École nationale de la santé publique, filière directeur d'hôpital, avenue du professeur Léon Bernard 35043 Rennes Cedex  
Tél. : 02 99 02 27 24

**Accès à la formation**  
Le recrutement des directeurs s'effectue 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, pour les candidats titulaires de l'un des diplômes exigés pour se présenter au concours d'entrée à l'École nationale d'administration.
- concours interne, pour les candidats justifiant de quatre années de service public ou de deux années de service effectif depuis la titularisation.

**Déroulement de la formation**  
Pendant 27 mois, les futurs directeurs suivent des séquences de formation alternant des stages pratiques à l'hôpital, en entreprise ou à l'étranger et des sessions théoriques à l'École.

**Objectifs de la formation**  
Le directeur d'hôpital est à la fois un gestionnaire et un homme de santé publique. Au-delà d'une parfaite compréhension du système de santé et de la connaissance de l'activité et des techniques médicales, la formation a pour objectif de développer l'acquisition de compétences technique, stratégique et relationnelle nécessaire au pilotage du changement. L'éthique et les qualités humaines comptent autant que la technicité.

- Modules**
- Santé publique et politiques sanitaires et sociales
  - Hôpital et régulation du système de santé
  - Droit hospitalier
  - Activités et techniques médicales
  - Profession médicale
  - Soins et gestion de soins infirmiers
  - Gestion des ressources humaines
  - Communication
  - Gestion financière et contrôle de gestion
  - Système d'information hospitalier et organisation
  - Analyse quantitative de l'information et informatique
  - Gestion économique, technique et logistique
  - Histoire et sociologie de l'hôpital
  - Analyse comparée des systèmes de santé
  - Stratégie et projet d'établissement, évaluation et accréditation
  - Module interprofessionnel de management du système de santé

**Débouchés**  
À l'issue de la formation, les élèves-directeurs exercent soit des fonctions de chef d'établissement dans des établissements de troisième classe, soit des fonctions d'attaché de direction dans le secteur des ressources humaines, des affaires financières, des services économiques, techniques et logistiques, des affaires médicales, des systèmes d'information ou de la communication... L'importance du secteur hospitalier public offre des possibilités de mobilité professionnelle et géographique tout au long de la carrière.

**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**

# Le réseau Sentinelles

## Douze années de recherches et de surveillance sur les maladies transmissibles en France

**Depuis douze ans, il existe en France un réseau de surveillance des maladies transmissibles fréquentes (grippe, rougeole, hépatites...). Ce réseau est constitué de 500 médecins généralistes, il alimente une banque de données destinée à la recherche en épidémiologie et est développé à l'unité 444 de l'Inserm.**

**L**e réseau Sentinelles est un système d'information placé aux cabinets de 500 médecins généralistes (environ 1 % des généralistes libéraux actifs de France métropolitaine). Il permet un recueil de données instantané, alimentant ainsi l'une des bases de données les plus importantes du monde concernant certaines maladies transmissibles fréquentes diagnostiquées en médecine de ville<sup>1</sup>. Il est orienté prioritairement vers un retour d'informations rapide et utile. Cet article fait le point sur une expérience de douze années menées en France par l'unité 444 de l'Inserm en collaboration avec la direction générale de la Santé et le Réseau national de santé publique.

### **Un système d'information en médecine générale**

L'information est recueillie auprès des médecins sentinelles, répartis sur tout le territoire métropolitain. Il est demandé aux médecins, qui sont volontaires et bé-

névoles dans leur participation aux recherches et à la surveillance, de se connecter aussi souvent que possible, au moins une fois par semaine, par voie télé-informatique au serveur central de l'unité 444 (par un numéro vert). Au cours de leur connection les médecins reçoivent des bulletins d'information hebdomadaires avec des cartes, des histogrammes et des tableaux de la situation épidémiologique récente. Il leur est demandé de notifier les cas des sept pathologies surveillées en routine qu'ils ont diagnostiquées dans leur pratique : la grippe clinique, la diarrhée aiguë, la varicelle, la rougeole, les oreillons, les hépatites présumées virales, et les urétrites masculines. Ils notifient aussi les prescriptions de sérologies pour le VIH. Ces notifications de cas se déroulent selon un protocole pour lequel ils ont été formés, et qui est rappelé sur les écrans de saisie. Avant la déconnexion, ils peuvent communiquer entre eux ou avec l'équipe par la messagerie électronique.

### **Constitution et maintenance d'un réseau de médecins sentinelles**

Depuis sa création en 1984, environ 5 à 10 % des médecins cessent leur activité sentinelle chaque année, par arrêt de leur activité médicale, par lassitude ou par désintérêt<sup>2</sup>. Il est donc nécessaire avant tout de maintenir un haut niveau de satisfaction des médecins sur le réseau pour limiter les abandons « évitables ». C'est notamment le rôle du renouvellement des activités de recherche, de la formation à l'épidémiologie clinique (par le monitoring) et de l'organisation d'un retour d'information rapide et compréhensible. En effet le recrutement des nouveaux médecins est un exercice coûteux et difficile. Il s'opère pratiquement exclusivement par l'intermédiaire du bulletin trimestriel « Sentinelles » qui est adressé à l'ensemble des médecins généralistes français et dans lequel il y a un coupon d'adhésion à renvoyer au réseau (une cinquantaine de médecins sont ainsi recrutés chaque année).

### **Contrôle et assurance de la qualité des données**

Une fois les données saisies par le médecin, elles sont stockées provisoirement



(pendant moins de sept jours) dans une base de données temporaire pour la vérification de leur qualité. Ainsi des vérifications de cohérence logique sont effectuées automatiquement, et les erreurs sont traitées manuellement après contact direct avec le médecin notificateur. De même, les notifications en nombre inhabituel sont vérifiées auprès des médecins. Les données validées sont reversées dans la base de données consolidée. C'est alors seulement que les données sont soumises à un protocole d'analyse statistique systématique. Elles sont d'abord redressées selon le niveau de représentativité géographique (à l'échelle départementale) des médecins ayant déclaré des cas pour la semaine, puis elles sont portées dans des tableaux, des courbes et des cartes où elles sont comparées aux données antérieures par des méthodes appropriées. C'est une station épidémiologique<sup>3</sup> qui permet d'effectuer le monitoring permanent de l'activité et de la représentativité du réseau.

## Le retour d'information

On a vu précédemment l'importance du retour d'information d'abord en direction des médecins pourvoyeurs de données pour maintenir un niveau élevé de satisfaction et de motivation, puis en direction du public qui veut connaître la situation épidémiologique vis-à-vis des maladies fréquentes dans son pays. Il s'effectue sur le support téléinformatique depuis 1984. Depuis septembre 1995, un site internet très visité (30 à 50 000 « hits » par semaine) permet à tout internaute l'accès aux données du réseau sentinelles sans code d'accès ni mot de passe. Tout utilisateur peut demander des cartes, des courbes, des animations des dernières épidémies, et même des tableaux de données. Il peut télécharger ces données et les utiliser en étant libre de tout droit<sup>4</sup>. Un CD-Rom relatant plus spécifiquement l'aventure de douze années de grippe en France a été édité par l'équipe (quelques exemplaires sont encore disponibles sur demande écrite). Le support informatique n'a pas supprimé le support « papier »,

puisque le bulletin Sentinelles est tiré chaque trimestre à 60 000 exemplaires et que le bulletin « Sentinelles-hebdo » est adressé aux autorités de tutelle, aux quotidiens médicaux (et aux grands médias en période épidémique).

## Une banque de données pour la recherche en épidémiologie

### Représentation des données

Avant d'être un système de surveillance sur les maladies transmissibles, le réseau Sentinelles qui est développé à l'unité 444 de l'Inserm est un projet de recherches en médecine générale. Il a permis notamment de faire des avancées dans le domaine de la représentation spatio-temporelle des données ; le « krigage » des cartes<sup>5</sup> (courbes limitant des zones colorées d'iso-incidences représentées sur les cartes de France) est presque devenue la signature du réseau. Une méthodologie de l'alerte a été développée permettant de définir de façon rigoureuse l'arrivée d'une épidémie<sup>6</sup>. Des modèles mathématiques ont été mis au point pour mieux comprendre et prédire la dynamique de la diffusion des épidémies dans le temps et l'espace<sup>7</sup>.

### Épidémiologie clinique

Plus récemment, des programmes de recherche en épidémiologie clinique ont été mis en place :

- pour mieux comprendre, par une méthodologie de type cas-cohorte, les recouvrements existant entre la grippe clinique et l'isolement viral effectué,
- pour évaluer l'efficacité (et l'utilité) des tests salivaires dans le diagnostic de rougeole rendu de plus en plus difficile par la vaccination,
- pour étudier, par deux enquêtes cas-témoins (ayant regroupé plus de 1000 paires de cas et leurs témoins), les facteurs étiologiques des diarrhées aiguës hivernales et estivales (en cours d'analyse). C'est ainsi que le rôle des coquillages dans les diarrhées hivernales a pu être écarté, alors que celui des virus (notamment le Rotavirus) est fortement suspecté

par des arguments de type épidémiologique.

## Un système de surveillance nationale des maladies transmissibles en France

### La grippe clinique

Près de 200 000 cas de grippe cliniques individuellement décrits ont été rapportés sur le réseau. L'estimation du nombre de cas de grippe diagnostiqués par les médecins généralistes français varie selon les années entre un et quatre millions de cas. À chaque saison hivernale, une épidémie a été observée, d'amplitude variable et survenant entre les mois de novembre et de mars, sans qu'il soit possible actuellement de connaître la raison de ces variations et de prédire en avance la date de survenue. Les épidémies survenant avant les périodes des fêtes de Noël sont de plus forte amplitude (par exemple 2 200 000 de cas en décembre 1995 et le même nombre en décembre 1996) que celles survenant après (par exemple, 1 million de cas au printemps 1995). Les classes d'âge les plus jeunes sont plus touchées en début d'épidémie, où les moins de 20 ans peuvent représenter plus de la moitié des cas durant les premières semaines d'épidémie, alors qu'à la fin de l'épidémie ils représentent moins du quart des cas rapportés. En 1995, comme en 1996, 5 % des cas étaient vaccinés, ils s'agissaient surtout de personnes âgées.

### La diarrhée aiguë

Plus de 90 000 cas ont été rapportés par les médecins sentinelles depuis 1992. L'épidémiologie de cette pathologie est plus régulière que celle de la grippe. Une épidémie de forte amplitude mais de courte durée (4 semaines environ) est survenue chaque hiver au moment des fêtes de fin d'année<sup>7</sup> ; une recrudescence plus modérée est observée en été, entre juillet et septembre. Environ 3 millions de cas sont estimés être diagnostiqués chaque année par les médecins généralistes de la France métropolitaine. Si 10 %

des cas ont plus de 60 ans, l'âge médian est de 25 ans. Une coproculture est rarement demandée par le médecin généraliste (moins de 4 % des cas). Elle isole plus souvent des rotavirus en hiver, et des salmonelles en été.

#### **La varicelle**

Moins de 20 000 cas ont été rapportés par les médecins sentinelles depuis 1991. L'estimation du nombre annuel de cas en France est de 600 000 à 820 000 selon les années, correspondant à l'effectif d'une cohorte de naissance, évoquant ainsi une prise en charge très prépondérante de cette pathologie par le médecin généraliste, dans une pathologie qui atteint près de 95 % de la population avant l'âge de 20 ans (âge médian : 4 ans), en lui conférant une immunité quasi définitive. La maladie est principalement bénigne, avec de rares complications (des surinfections cutanées et broncho-pulmonaires le plus souvent sans gravité). Une vague épidémique commençant au début du printemps et s'accroissant en juillet est observée chaque année, avec une activité épidémique minimale observée en septembre. Il s'agit cependant probablement d'une épidémiologie bientôt « historique », dans la mesure où une vaccination efficace et semble-t-il bien tolérée est désormais disponible dans certains pays, et devrait l'être bientôt en France. Le réseau Sentinelles sera alors un outil indispensable pour l'évaluation des stratégies vaccinales qui seront adoptées.

#### **La rougeole**

Il s'agit d'une des pathologies emblématiques surveillées par le réseau sentinelles. En effet, avec ses 8 000 cas rapportés, les médecins sentinelles ont contribué à la modification de la stratégie nationale de surveillance de la maladie, lorsqu'au milieu des années quatre-vingt ils ont permis de mettre en évidence une sous-notification considérable du nombre de cas dans le registre de la déclaration obligatoire (moins de 300 cas déclarés et 300 000 cas estimés en France par le réseau Sentinelles). En estimant encore en 1996 à plus de 60 000 le nombre annuel de cas en France (âge médian :

7 ans ; un quart des cas étaient vaccinés), malgré 10 années de campagnes de vaccination, les médecins sentinelles montrent que les efforts ne doivent pas se relâcher dans le domaine de la prévention de cette maladie aux complications neurologiques redoutables.

#### **Les oreillons**

Cette surveillance (8 000 cas déclarés) a permis probablement de démythifier une pathologie qui avait mauvaise réputation auprès du grand public au moins. Son incidence a suivi celle de la rougeole, avec 50 000 cas rapportés en 1995 et 1996, et un âge médian de 8 ans. Plus de la moitié des cas étaient vaccinés. Les complications restent exceptionnelles et sans séquelles notables.

#### **Les hépatites présumées virales**

Depuis 1991, la mise en place de la surveillance des hépatites présumées virales (3500 cas rapportés) par les médecins du réseau apporte la seule source de données nationales concernant les hépatites de type A et B. La fiabilité du recueil en médecine générale des hépatites de type C a été remise en cause par l'acquisition des connaissances sur cette maladie, dont on sait qu'elle n'a que rarement une expression clinique amenant le patient à consulter dans sa phase aiguë. Il a été décidé de mettre en place une surveillance des prescriptions de sérologie VHC qui devrait apporter des informations plus pertinentes sur le sujet. L'estimation du nombre d'hépatites B (15 % des cas décrits) diagnostiquées en médecine générale a diminué significativement entre 1991 et 1996, passant de 12 000 à 3 000. Mais les faibles effectifs recueillis doivent tempérer l'interprétation de ces résultats. On peut cependant indiquer que les médecins sentinelles n'ont pas observé d'augmentation du nombre de cas d'hépatites B, voire au contraire. Concernant les hépatites A (environ 40 % des cas décrits d'hépatite présumée virale), l'estimation du nombre annuel de cas diagnostiqués par l'ensemble des médecins généralistes de France métropolitaine a varié entre 9 000 cas (en 1996) et 21 000 cas (en 1992). Les mêmes réserves que

celles relatives à l'hépatite B doivent cependant aussi être portées sur l'interprétation des tendances observées à partir de ces données, en raison des effectifs faibles observés par les médecins sentinelles.

#### **Les urétrites masculines**

La surveillance des urétrites masculines (5 500 cas) assurée par les médecins sentinelles est la seule qui en France recueille aussi les orientations sexuelles des patients (80 % des cas se déclarent hétérosexuels), et permet ainsi un pilotage des campagnes de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida. On sait par d'autres sources que plus de 80 % des gonococcies sont diagnostiquées en France par les médecins généralistes. On a pu constater une chute considérable de l'incidence des urétrites masculines depuis 1985-1986, date de la mise en place d'une politique forte de lutte contre le sida. Actuellement, l'incidence annuelle est de l'ordre de 35 000 cas (en 1995 et 1996). Il s'agit dans 60 % des cas, d'adultes jeunes (de 20 à 40 ans), la tranche d'âge des 15-20 ans représente moins de 5 % des cas rapportés. Bientôt, pour compléter la surveillance, il sera demandé au médecin de saisir le germe en cause, lorsque celui-ci aura été identifié par un prélèvement.

#### **Les sérologies pour le VIH**

La surveillance des prescriptions de sérologies pour le VIH (près de 30 000 prescriptions déclarées depuis mars 1987) permet d'étudier et de mieux comprendre l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, et les réactions de leur clientèle vis-à-vis des campagnes médiatiques. Ainsi le drame du sang contaminé, où les émissions de télévision comme le Sidaction ont eu un effet mesurable sur le niveau de la prescription hebdomadaire des médecins sentinelles. Entre 700 000 et 800 000 prescriptions ont été faites par les médecins généralistes de France métropolitaine, tant en 1995 qu'en 1996. En 1996, le test pré-nuptial était le premier motif de prescription (27 %), suivi des contacts hétérosexuels à risque (15 %), et des tests

prénatals (11 %), les autres motifs restant marginaux. Un résultat positif a été retrouvé dans moins de 1 % des prescriptions<sup>8</sup>. À noter que 3 des 28 cas de séro-positivité diagnostiquée par les médecins sentinelles l'ont été par des examens systématiques (deux tests prénuptiaux et un test prénatal).

### Demain : un système d'étude pilote des rapports ville-hôpital ?

L'orientation des recherches de l'unité porteront à l'avenir aussi sur l'étude des rapports entre la ville et l'hôpital. Ainsi un vaste programme de l'Inserm concernera le suivi des hospitalisations demandées par le médecin généraliste, et notamment l'étude des risques iatrogènes contractés à l'hôpital mais diagnostiqués au retour du patient en ville.

Au total, à l'heure où le rôle du médecin généraliste est considéré par certains comme l'un des pivots du système de soins, le réseau Sentinelles souhaite proposer à la nation un outil fonctionnel depuis 12 ans permettant des expériences pilotes dans les domaines de l'épidémiologie clinique et des sciences de l'information. ■

### Antoine Flahault et Alain-Jacques Valleron

Inserm U444 - Institut fédératif Saint-Antoine de Recherches sur la Santé  
Faculté de médecine Saint-Antoine  
27, rue Chaligny  
75571 Paris cedex 12

### Références bibliographiques

1. Valleron A.-J., Garnerin P. Computer networking as a tool for public health surveillance : The French experiment. *MMWR* 1992 ; 41 : 101-10, supplement.
2. Chauvin P., Valleron A.-J. Monitoring the compliance of sentinel general practitioners in public health surveillance : which GPs persevere ? *Int J Epidemiol*, 1997 (sous presse).
3. Toubiana L., Vibert J.-F., Garnerin P., Valleron A.-J. *Sitie : A health care workstation integration architecture for epidemiologists*. *Comput Biomed Res* 1995 ; 28 : 100-15.
4. Boussard E., Flahault A., Vibert J.-F., Valleron A.-J. Sentiweb : French communicable disease surveillance on the world wide web. *Br Med J* 1996, 313 : 1381-84.
5. Carrat F., Valleron A.-J. Epidemiologic mapping using the « kriging » method. Application to an influenza-like illness epidemic in France. *Am J Epidemiol* 1992 ; 135, 11 : 1293-1300.
6. Costagliola D., Flahault A., Galinec D., Garnerin P., Menares J., Valleron A.-J. *A routine tool for detection and assessment of epidemics of influenza-like syndrome in France*. *Am J Pub Health* 1991 ; 81 : 97-9
7. Flahault A., Garnerin P., Chauvin P., Farran N., Saidi Y., Diaz C., Toubiana L., Drucker J., Valleron A.-J. *Sentinelles traces of an epidemic of acute gastroenteritis in France*. *Lancet* 1995, 346 : 162-3.
8. Massari V., Costagliola D., Valleron A.-J. Estimation of the number of HIV-seropositive patients known to general practitioners in France. *AIDS* 1994 ; 8, 8 : 1190-1.



### Observatoire français des drogues et des toxicomanies

### Programme d'études 1997 appel d'offres

L'observatoire lance en mars 1997 un appel à projets d'études couvrant un vaste champ disciplinaire (anthropologie, criminologie, économie, épidémiologie, ethnologie, géographie, histoire, médecine, santé publique, sciences politiques, sociologie,...).

Six thèmes d'investigation prioritaires ont été retenus :

- mortalité et morbidité des toxicomanes
- politiques publiques
- modes d'usage et comportements
- connaissance des populations et trajectoires
- trafics de stupéfiants
- évaluation des actions

Le texte complet de l'appel d'offres peut être retiré à partir du 17 mars 1997 à :

#### OFDT

105, rue Lafayette  
75010 Paris  
Téléphone : 01 53 20 16 16  
Télécopie : 01 53 20 16 00

La date limite de dépôt des projets est fixée au **20 mai 1997**

# Épidémiologie, sciences sociales et santé publique

## Date de création

1<sup>er</sup> janvier 1996

## Partenaires institutionnels

Inserm, CNRS, Ehess, AP-HP, Universités de Paris XI, Paris I, Paris V, Hôpital national de Saint-Maurice.

## Comité directeur

Neuf membres (coordonné par Joseph Lellouch).

## Services communs

Secrétariat : Édith Lesieux  
Centre de ressources informatiques, tant en logiciels qu'en matériels (responsable Philippe Myquel), bibliothèque (en cours de réalisation).

## Équipes fondatrices

- U21 (recherches cliniques et épidémiologiques, métabolisme, mode de vie)
- U88 (santé publique et épidémiologie sociale et économique)
- U149 (recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants)
- U158 (savoir et pratiques dans le champ médical)
- U169 (recherches en épidémiologie)
- U170 (recherches épidémiologiques et statistiques sur l'environnement et la santé)
- U258 (épidémiologie cardiovasculaire)
- U292 (santé publique, épidémiologie reproduction humaine)
- U304 (médecine, maladies et sciences sociales)
- U357 (recherches en économie de la santé)
- U360 (recherches épidémiologiques en neurologie et psychopathologie)
- U436 (modélisation mathématique et statistique en biologie et médecine)
- SC8 (information sur les causes médicales de décès)
- SC10 (essais thérapeutiques et infection par le VIH)
- SC11 (cartographie du génome à des fins de recherche clinique)
- Registre des malformations congénitales
- Paris V (laboratoire de statistique médicale)
- Réseau national de santé publique, École nationale de santé publique (Groupe Image)
- AP-HP (délégation à l'évaluation médicale)
- Hôpital Paul Brousse (centre hépatobiliaire, gérontologie et soins palliatifs, maladies sanguines, immunitaires et tumorales)
- Hôpital du Kremlin-Bicêtre (neuroradiologie, médecine d'adolescents, anesthésiologie, médecine interne)
- Hôpital Robert Debré (méthodes d'évaluation des services de santé)
- Hôpital Henri Mondor (diabétologie-endocrinologie)
- Hôpital national de Saint-Maurice (rééducation polyvalente infantile)
- Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida

## Équipes associées

Une quinzaine d'autres laboratoires de la région Île-de-France.

## Objectifs généraux

- Développement de la recherche et de la formation en Île-de-France dans les disciplines de base que sont l'épidémiologie, la biostatistique, la sociologie de la santé, l'économie de la santé, et dans leur champ d'application qu'est la santé publique. Développement des collaborations entre chercheurs et enseignants de différentes disciplines, services d'évaluation, professionnels de santé publique, services cliniques..., permettant l'abord multidisciplinaire que nécessite la recherche en santé publique.
- Participation active au développement d'un pôle de santé publique Île-de-France sur le site de Saint-Maurice, regroupant des activités d'enseignement, de recherche, de surveillance.

## Objectifs spécifiques

- Recherche sur les états de santé : épidémiologie des maladies cardio-vasculaires, neurologiques, pulmonaires, hépatiques, du cancer, du diabète, du sida et autres maladies sexuellement transmissibles, des pathologies de la femme enceinte et du nouveau-né... ; recherche de leurs facteurs associés : génétiques, environnementaux, sociaux ; épidémiologie clinique.
- Recherche sur les populations, les acteurs, les interventions et les politiques de santé : amélioration de la connaissance sur le comportement des individus et le fonctionnement de la société face au phénomène santé-maladie, proposition de critères pour rationaliser les actions dans le domaine de la santé, évaluation critique de ces actions.
- Recherche sur les méthodes de la santé publique.
- Formation dans le domaine de la santé publique et de ses disciplines de base : de nombreux enseignements sont dispensés par des équipes de l'IFR, dont la plupart sont des laboratoires d'accueil du DEA de santé publique au travers de ses options (biostatistique, épidémiologie, sociologie, économie).

## Activités en cours

Organisation six fois par an d'un séminaire général sur une grande question de santé publique.

Organisation d'une journée annuelle de l'IFR.

Organisation de séminaires de recherche thématiques : biostatistique, santé des femmes, pharmacoépidémiologie, épidémiologie respiratoire, épidémiologie des cancers, risques professionnels... conduisant à des collaborations effectives entre équipes.

## Publications

Elles peuvent être obtenues auprès de chaque équipe de l'IFR.

## Coordonnées

16, avenue Paul Vaillant Couturier  
94807 Villejuif Cedex  
Téléphone : 01 45 59 51 21 ou 51 27  
Télécopie : 01 45 59 50 80 ou 51 27  
Électronique : lesieux@vjf.inserm.fr  
Site Internet : ifr69.vjf.inserm.fr



## Le rapport 97

**Désormais, dans le cadre des ordonnances sur la réforme de la protection sociale d'avril 1996, le Haut Comité de la Santé Publique doit remettre un rapport annuel à la Conférence nationale de santé et au Parlement. Le Haut Comité de la Santé Publique a entamé les réflexions et les travaux, pour le rapport 97. Trois thèmes ont été retenus :**

- **santé des enfants et des jeunes**
- **réduction des inégalités de santé et allocation régionale des ressources**
- **prise en charge des maladies au long cours.**

**Pour l'étude de chacun de ces thèmes, un groupe de travail, constitué de membres du HCSP, et de personnalités extérieures, s'est mis en place. Le rapport du HCSP sera remis à la CNS début juin.**

Groupe présidé par Albert Hirsch (membre HCSP) et composé de : Marc Brodin (hôpital Robert Debré) ; Victor Courtecuisse ; Jean-François Dodet (membre HCSP) ; François Grémy (membre HCSP) ; Hervé Hamon (Association des magistrats de la jeunesse et de la famille) ; Emmanuel Jancovici (Das) ; Mme Geneviève Noël (Fondation de France) ; Philippe-Jean Parquet (membre HCSP) ; Maurice Tubiana (membre HCSP) ; Anne Tursz (Cidef) ; Michel Zorman (Rectorat de Grenoble).

Groupe présidé par Jean-Claude Saily (membre HCSP) et composé de : Gérard Badeyan (Sesi) ; Dominique Baubeau (DH) ; Étienne Caniard (membre HCSP) ; Valérie Delaye (DH) ; Danièle Fontaine (Fnors) ; Patrick Gardeur (DGS) ; Bertrand Garros (membre HCSP) ; Louis-René Geffroy (ARH de Franche-Comté) ; Éric Hauet (Ined) ; Alain Jourdain (ENSP) ; Thérèse Lebrun (Cresge) ; Alain Letourmy (Mire) ; Emmanuèle Mengual (membre HCSP) ; Christine Meyer (FNMF) ; Jean-Paul Phelippeau (Cnamts) ; Dominique Polton (Credes) ; Gérard de Pouvourville (groupe Image) ; Gérard Salem (Mire) ; François Tonnellier (Credes) ; Jean Vinas (DSS).

Groupe présidé par Guy Nicolas (rapporteur général du HCSP) et composé de : Maryvonne Bitaud-Thépaut, Gilles Errieau et Roland Sambuc (membres HCSP).

## Textes

### • **Prise en charge de l'autisme**

Loi 96-1076 du 11 décembre 1996, *JO* du 12 décembre 1996

### • **Financement de la sécurité sociale pour 1997**

Loi 96-1160 du 27 décembre 1996, *JO* du 29 décembre 1996

### • **Air et utilisation rationnelle de l'énergie**

Loi 96-1236 du 30 décembre 1996, *JO* du 1<sup>er</sup> janvier 1997

### • **Agences régionales de l'hospitalisation et convention constitutive type de ces agences avec modification du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'État)**

Décret n° 96-1039 du 29 novembre 1996, *JO* du 3 décembre 1996

### • **Constat de la mort préalable au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques avec modification du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'État)**

Décret n° 96-1041 du 2 décembre 1996, *JO* du 4 décembre 1996

### • **Formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral**

Décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996, *JO* du 6 décembre 1996

### ② **Création d'un Conseil supérieur des systèmes d'information de santé**

Décret n° 97-20 du 14 janvier 1997, *JO* du 15 janvier 1997  
Voir résumé ci-contre

### • **Liste des associations mentionnées à l'article 2 du décret n° 96-1050 du 5 décembre relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral**

Arrêté du 12 décembre 1996, *JO* du 19 décembre 1996

### • **Nomination au Conseil supérieur des systèmes d'information de santé**

Arrêté du 14 janvier 1997, *JO* du 15 janvier 1997

### • **Découpage territorial interrégional pour la mise en place des cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention (CIRE)**

Circulaire DGS/DAGPB/96-600 du 1<sup>er</sup> octobre 1996, *BO* 96/43

### • **Modalités de mise en place des agences régionales de l'hospitalisation (ARH)**

Circulaire DAGBP/SBF/ 96-623 du 8 octobre 1996, *BO* 96/44

### • **Surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et des autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines**

Circulaire VS2/96/630 du 10 octobre 1996, *BO* 96/44

### ① **Exercice par les organismes d'assurance maladie des compétences dévolues à l'État en matière d'aide médicale**

Circulaire DAS/96-64 du 17 octobre 1996, *BO* 96/46  
Voir résumé ci-contre

### • **Information générale relative au carnet de santé dans les établissements de santé**

Circulaire DH/AF1/96-654 du 22 octobre 1996, *BO* 96/46

### • **Constat de la mort préalable au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques défini par le décret n° 96-1041 du 2 décembre 1996**

Circulaire DGS/96-733 du 4 décembre 1996, non parue

### ③ **Lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels**

Circulaire DGS/DH/DAP/96-739 du 5 décembre 1996, *BO* 96/52  
Voir résumé ci-contre

## 1 Circulaire DAS n° 96-64 du 17 octobre 1996 (aide médicale)

La gestion de l'aide médicale anciennement dévolue aux Ddass a été déléguée aux organismes d'assurance maladie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Cette circulaire apporte des précisions sur plusieurs points.

**Les compétences préfectorales intégralement déléguées aux organismes d'assurance maladie** concernent les bénéficiaires du RMI et ceux de l'allocation de veuvage sans résidence stable, les personnes sans résidence stable dont les ressources sont inférieures au barème fixé au niveau du RMI, et, en ce qui concerne les cotisations d'assurance personnelle, les jeunes de 17 à 25 ans sans résidence stable. Sont définis également les modalités d'admission des bénéficiaires du RMI, des personnes dont la situation d'urgence l'exige, les demandes des étrangers sans résidence stable et le contenu de la compétence de paiement des organismes d'assurance maladie.

**Les compétences préfectorales déléguées dans le cadre d'un accord local** portent sur l'admission des personnes dont les ressources sont supérieures au barème mais qui sont dans l'impossibilité d'assumer les soins. La décision relève du représentant de l'État sur proposition du directeur de l'organisme d'assurance maladie.

**Les compétences d'aide médicale qui restent à la charge du Préfet** sont : le contentieux et les actions en contestation de la compé-

tence de l'État, les conventions avec des établissements de santé pour l'admission des personnes en grande difficulté sociale, les IVG, les étrangers retenus dans des centres de reconduite à la frontière, les enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.

La fin de la circulaire définit l'organisation administrative, financière et comptable des caisses d'assurance maladie.

## 2 Décret n° 97-20 du 14 janvier 1997 portant création du Conseil supérieur des systèmes d'information de santé

Créé auprès des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, le Conseil devra émettre des recommandations et des avis sur les problèmes liés à la production, la transmission et les modalités d'exploitation d'informations sur la santé des personnes, que ce soit en termes de structure, de technologie, d'organisation, d'éthique ou de réglementation.

Le président et les 10 à 15 membres qui composent le Conseil sont nommés pour trois ans. Le Conseil peut être saisi par tout membre du gouvernement ou se saisir lui-même. Ses avis sont motivés et publics. Il est destinataire des propositions, avis et rapports concernant ses attributions émanant de tout comité ou commission ayant compétence dans ce domaine. Il peut avoir accès à toute information relative à l'organisation, la structure ou le fonctionnement des systèmes

d'information de santé et peut faire procéder à des études par l'Inspection générale des Affaires sociales.

L'ensemble de ses activités fait l'objet d'un rapport annuel remis aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

## 3 Circulaire DGS/DH/ DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire

Après un rappel des modes de transmission du VIH et des dispositifs déjà existants pour la prévention en milieu pénitentiaire, la circulaire aborde les questions suivantes : les actions de prévention, le dépistage volontaire de l'infection, la prise en charge médico-sociale, la formation des personnels.


L'établissement qui dispense les soins en milieu pénitentiaire est chargé d'y coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé en prenant appui sur le dispositif impulsé par la Ddass et en collaborant avec les réseaux institutionnels et associatifs spécialisés dans la prévention et l'éducation pour la santé. Le directeur de l'établissement pénitentiaire et le responsable de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ou du service médical veillent à mettre à la disposition le matériel de prévention (documentation, préservatifs, eau de Javel, etc.). Il convient aussi de respecter un certain nombre de précautions quant à l'exposition au sang et de

prendre en charge les accidents qui surviennent aux personnels, aux détenus et intervenants.

Le dépistage doit être volontaire et respecter une démarche d'éducation pour la santé. L'UCSA facilite l'accès à la prévention, au diagnostic et à la consultation de dépistage anonyme et gratuit. La prise en charge des personnes atteintes est sous la responsabilité du médecin de l'UCSA en collaboration avec les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) ou les services hospitaliers spécialisés, et le cas échéant avec l'antenne toxicomanie.

La préparation à la sortie et la continuité des soins se font en concertation avec le détenu. Des formations initiales et continues sont proposées aux personnels pénitentiaires et aux personnels de santé financées par l'administration pénitentiaire et la direction générale de la Santé, division sida.

## 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

#### COMMUNIQUER AVEC UNE VICTIME DE L'ALCOOL

**Une prison à ouvrir**  
François Besançon  
Paris : Masson InterEditions, 1996, 160 p., 95 F

#### ÉTHNOLOGIE DES ANCIENS ALCOOLIKES

**La liberté ou la mort**  
Sylvie Fainzang  
Paris : Presses universitaires de France, coll. Éthnologie, 1996, 171 p., 118 F

#### LES MALADES DE L'ALCOOL

Pr Bernard Rueff  
Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Pathologie/sciences formation, 1996, 202 p., 180 F

### ENFANCE

#### L'ENFANCE EN DÉTRESSE

Odile Moirin, Liliane Delwasse  
Paris : Éditions Patrick Banon, coll. Opinions publiques, 1996, 134 p., 95 F

### ÉTHIQUE

#### DROITS DES MALADES ET BIOÉTHIQUE

Jean-Marie Clément  
Paris : Éditions Berger-Levrault, 1996, 183 p., 190 F

#### ÉTHIQUE, JUSTICE ET SANTÉ

**Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante**  
Pierre Boitte  
Paris : Éditions du Cerf, coll. Catalyses, 1996, 272 p., 150 F

#### LA BIOÉTHIQUE AU PLURIEL

**L'homme et le risque biomédical**

Sous la direction de Gérard Huber et Christian Byk  
Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Éthique et sciences, 1996, 138 p., 180 F

### HÔPITAL

#### LA CONSOMMATION MÉDICALE EN HOSPITALISATION 1991-1992

Agnès Bocognano, Laure Com-Ruelle, Sylvie Dumesnil, Valérie Paris, Nadine Raffy-Pihan, Marie-Jo Sourty-le Guellec  
Paris : Credes, 1996, n° 1160, 100 p., 150 F

#### NIVEAUX DE DÉPENDANCE DES PATIENTS À L'HÔPITAL DEUXIÈME PARTIE : APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE

**Enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992**  
Marie-Jo Sourty-Le Guellec  
Paris : Credes, 1996, n° 1123, 123 p., 180 F

### INDICATEUR DE SANTÉ

#### BAROMÈTRE SANTÉ 94/95 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Jacques Arènes, François Baudier, Christiane Dressen, Michel Rotily, Jean-Paul Moatti, Marie-Pierre Janvrin, Danièle Grizeau  
Vanves : Éditions CFES, 1996, 140 p., 95 F

#### ÊTRE OU NE PAS ÊTRE EN BONNE SANTÉ

**Biologie et déterminants sociaux de la maladie**  
Sous la direction de Robert G. Evans, Morris L. Barer, Théodore R. Marmor  
Montrouge : coédition John Libbey Eurotext, Les presses de l'Université de Montréal, 1996, 359 p., 280 F

### MÉDICAMENT

#### DROIT COMMUNAUTAIRE ET MÉDICAMENT

**Congrès et colloques**  
Montrouge : Coédition SNIP/ John Libbey Eurotext, 1996, 170 p., 180 F

### PAUVRETÉ

#### GUIDE DES LIEUX D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN DIFFICULTÉ: ÎLE-DE-FRANCE 1996


**Édition 1996-1997**  
Paris : ORS Île-de-France, coll. Personnes en difficulté, 1996, 77 p.

### PERSONNE ÂGÉE

#### LA PRESTATION EXPÉRIMENTALE DÉPENDANCE EN ILLE-ET-VILAINE

**Leçons d'un apprentissage**  
Alain Jourdain, Claude Martin, Françoise Mohaer, François-Xavier Schweyer, LAPPS  
Rennes : Éditions ENSP, 1996, 178 p., 95 F

### POLITIQUE DE SANTÉ

 **SYSTÈMES ET POLITIQUES DE SANTÉ**  
Jean-Claude Henrard, Joël Ancri en collaboration avec Fernando Bertolotto  
Rennes : Éditions ENSP, 1996, 223 p., 150 F

### PROTECTION SOCIALE

#### L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

**Quatrième rencontres parlementaires sur la protection sociale**  
Jean-Yves Chamard  
Paris : M&M Conseil, 1996, 151 p., 183 F



**LES MALADIES  
PROFESSIONNELLES**  
Guide d'accès aux  
tableaux du régime  
général et du régime  
agricole

Geneviève Abadia (INRS),  
Bernard Delemotte (MSA),  
Annie Leprince (INRS),  
Michèle Pietruszynski  
(INRS)  
Vanves : CFES, 1996,  
310 p., 130 F

**QUALITÉ DE VIE**

**RECHERCHE CLINIQUE &  
QUALITÉ DE VIE**

Jean-Paul Moatti  
Paris : Médecine-Sciences  
Flammarion, coll.  
Programme hospitalier de  
recherche clinique, 1996,  
184 p., 199 F

**SANTÉ MENTALE**

**LA PSYCHIATRIE EN ÎLE-  
DE-FRANCE**

**Bilan**  
Direction régionale des  
Affaires sanitaires et  
sociales, Préfecture d'Île-  
de-France  
Paris : Drass Île-de-France,  
1996, 302 p., 200 F

**SANTÉ PUBLIQUE**

 **L'AFFOLANTE HISTOIRE  
DE LA VACHE FOLLE**

Martin Hirsch, Philippe  
Duneton, Philippe Baralon,  
Florence Noiville  
Paris : Éditions Balland,  
1996, 239 p., 90 F

**TOXICOMANIE**

**GUIDE DES LIEUX  
D'ACCUEIL ET DE SOINS  
EN TOXICOMANIE**

**Île-de-France 1996**  
ORS Île-de-France  
Paris : ORS Île-de-France,  
1996, 75 p.

**ALCOOL**

**ÉTHNOLOGIE DES  
ANCIENS ALCOOLIKES**  
La liberté ou la mort

Sylvie Fainzang  
Paris : Presses universitaires  
de France, coll. Éthnologie,  
1996, 171 p., 118 F

Comment l'alcoolisme est-il  
pensé et vécu par les alcooliques  
et leur famille ? Comment ces  
malades réorganisent-ils leur  
existence en vue de lutter contre  
la rechute ? Grâce à la fréquentation  
assidue d'une association  
d'anciens buveurs (Vie libre)  
qu'elle a étudiée sur une période  
de cinq ans, l'auteur tente de  
répondre à ces questions en  
proposant une analyse des systèmes  
symboliques dans lesquels est  
intégrée la maladie alcoolique.

S'interrogeant sur les  
pratiques observées, sur les  
rapports sociaux qui se nouent  
autour des anciens buveurs,  
et sur ce que représente et  
symbolise l'alcool à leurs yeux,  
elle met à jour les logiques  
qui gouvernent les comportements  
des individus et les mécanismes  
de l'efficacité de ce type  
d'associations, sans en occulter,  
toutefois, les échecs.

En conclusion, elle montre en  
quoi ce mouvement, le discours  
qu'il diffuse, et les conduites  
sociales qu'il favorise procèdent  
d'une véritable culture, avec son  
mode de pensée et son système  
de valeurs propres.

**ENFANCE**

**L'ENFANCE EN  
DÉTRESSE**

Odile Moirin, Liliane  
Delwasse  
Paris : Éditions Patrick Banon,  
coll. Opinions publiques,  
1996, 134 p., 95 F

Les auteurs s'appuient sur les  
données existantes sur l'enfance  
en danger : maltraitance  
familiale, exclusion en milieu sco-

laire, enfants livrés à eux-mêmes  
à un très jeune âge, délinquance  
dans les banlieues et les cités.  
Quatre chapitres sont donc  
consacrés à ce descriptif : des  
intervenants du secteur social  
ou pénal apportent leur  
contribution et leur témoignage  
(Observatoire national de  
l'action sociale décentralisée,  
Allô enfance maltraitée,  
Éducation nationale, police,  
etc.).

Le dernier chapitre formule  
des recommandations pour  
une vraie politique de l'enfance :  
un ministère de l'Enfance et  
de la Jeunesse qui coordonnerait  
les huit ministères concernés  
par le sujet, un arsenal juridique  
à la hauteur des problèmes  
de maltraitance. Les auteurs  
préconisent aussi des mesures  
qui semblent plus discutables  
et superficielles : enrayer la  
délinquance en rendant possible,  
par exemple, la garde à vue  
des mineurs de moins de  
treize ans ; « ouvrir les portes  
du rêve et de la richesse »  
aux jeunes des quartiers en  
difficulté « pour leur donner  
envie de s'intégrer » en leur  
proposant des classes de  
métiers dans des entreprises  
de luxe.

**ÉTHIQUE**

**DROITS DES MALADES  
ET BIOÉTHIQUE**

Jean-Marie Clément  
Paris : Éditions Berger-  
Levrault, 1996, 183 p., 190 F

Jean-Marie Clément apporte  
un nouveau titre dans l'excellente  
collection des Manuels Santé,  
publiée par Berger-Levrault.  
Sur la base d'une analyse  
juridique rigoureuse les droits  
du malade hospitalisé sont  
abordés à la fois sur le plan  
de la personne humaine et  
de la personne malade. Le  
lecteur trouve sur chacun des  
sujets les éléments de la  
doctrine et les arguments de  
la jurisprudence dans un style  
parfaitement accessible. En  
annexe on trouve réunis les  
textes constitutifs, ce qui fait de ce

livre une référence sur un  
sujet d'une grande actualité.

Pr Guy Nicolas

**ÉTHIQUE, JUSTICE ET  
SANTÉ**

**Allocation des  
ressources en soins  
dans une population  
vieillissante**

Pierre Boitte  
Paris : Éditions du Cerf,  
coll. Catalyses, 1996,  
272 p., 150 F

Le vieillissement démographique  
impose un défi à l'institution  
contemporaine de la santé.  
L'auteur constate l'insuffisance  
des approches strictement  
médicale et économique pour  
le relever. Il estime que la  
prise en charge adéquate,  
tant individuelle que collective,  
de la santé de chacun, et  
notamment des plus anciens  
d'entre nous, exige la médiation  
de la réflexion éthique.

**LA BIOÉTHIQUE AU  
PLURIEL**

**L'homme et le risque  
biomédical**

Sous la direction de Gérard  
Huber et Christian Byk  
Montrouge : John Libbey  
Eurotext, coll. Éthique et  
sciences, 1996, 138 p.,  
180 F

Les textes réunis dans cet  
ouvrage reprennent largement  
les travaux du colloque  
international de Budapest sur  
« Bioéthique et cultures »,  
organisé fin 1992 par  
l'Association internationale  
droit, éthique et science  
avec la collaboration de  
l'association Descartes,  
de l'Unesco et du Conseil  
de l'Europe.

Les textes sont regroupés  
en deux thématiques : «  
l'homme relationnel » et  
« bioéthique et géopolitique ».

C'est aux États-Unis, il y a  
vingt-cinq ans, qu'un  
mouvement de pensée et  
d'action « bioethics » se  
développait sous

l'impulsion de Van Rensselaer Potter. L'objet de pensée devenait clairement le lien entre la vie et la survie posé aux divers niveaux de la pensée et de l'action : la personne — la relation duelle — la collectivité — la société — l'humanité. Différentes initiatives — la Lettre de Berg, les sommets du G7, la conférence de Rio en 1992 — l'ont suivi. Plus récemment, une multiplication des structures et des lois, en France et en Europe, a accompagné une ouverture dimensionnelle nouvelle puisqu'il est devenu possible d'introduire des modifications dans les espèces vivantes et même dans l'espèce humaine.

Pour C. Byk « la dynamique de la bioéthique dans l'ordre international constitue « *bel et bien un outil au service de la santé pour tous* » (S. Fluss, H. Fuenzalida). Dès lors, même si le processus de construction initié par le mouvement bioéthique apparaît diversifié et complexe, il « mobilise » le droit dans ses principes et ses concepts fondamentaux tout en cherchant à donner à ceux-ci une application concrète pour chaque domaine technologique. À partir de la « bioéthique au pluriel » se dessine une approche qui consiste essentiellement à adapter à nos sociétés l'antique pratique de la dialectique pour nous éveiller aux problèmes qui se posent à nous et nous faire découvrir, dans les disciplines dont la bioéthique est à la convergence, des éléments de réponse. Ainsi, la bioéthique est-elle « renaissance et continuité de l'homme ».

## INDICATEUR DE SANTÉ

### ÊTRE OU NE PAS ÊTRE EN BONNE SANTÉ

**Biologie et déterminants sociaux de la maladie**  
Sous la direction de Robert G. Evans, Morris L. Barer, Théodore R. Marmor

*Montrouge : Coédition John Libbey Eurotext, Les presses de l'Université de Montréal, 1996, 359 p., 280 F*

Pourquoi certains sont-ils en bonne santé alors que d'autres ne le sont pas ?

Cette question qui peut paraître saugrenue retient l'attention d'un grand nombre de chercheurs issus de disciplines différentes : épidémiologie, recherche biomédicale, psychologie, anthropologie, sociologie, économie.

L'extraordinaire intérêt de cet essai tient précisément dans la juxtaposition et le rapprochement des travaux menés à ce jour dans les diverses disciplines, et dont les résultats conduisent à une profonde remise en question des conceptions habituelles de la santé et des soins médicaux.

Fruit d'une enquête minutieuse menée par un groupe d'auteurs internationaux, « Être ou ne pas être en bonne santé » assemble pour la première fois les pièces d'un impressionnant puzzle dont le motif évoluera au fur et à mesure que la recherche progressera.

## BAROMÈTRE SANTÉ 94/95 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Jacques Arènes, François Baudier, Christiane Dressen, Michel Rotily, Jean-Paul Moatti, Marie-Pierre Janvrin, Danièle Grizeau

*Vanves : Éditions CFES, coll. Baromètre santé, 1996, 140 p., 95 F*

Comme les précédents *Baromètres*, cet ouvrage est le résultat d'une enquête consacrée aux opinions, attitudes et comportements de santé et de prévention. L'enquête a été effectuée auprès d'un échantillon de 1 013 praticiens, entre le 9 novembre et le 3 décembre 1994.

Deux axes ont particulièrement

été explorés : les comportements de santé et les comportements de prévention des médecins.

Il apparaît que l'exemplarité supposée de l'omnipraticien est loin d'être une réalité, ce qui ne peut rester sans conséquence sur la conception de la communication en santé en direction des praticiens.

Les comportements de prévention ont été étudiés dans leur relation avec le profil socioprofessionnel du médecin et avec ses propres comportements de santé. Outre la relation trouvée entre dynamisme professionnel et pratique préventive à l'égard des patients, le médecin s'implique plus dans des actions de prévention quand il se sent personnellement concerné par le risque (s'il a lui-même fait un test de dépistage du sida, s'il utilise le préservatif, s'il s'est vacciné contre l'hépatite B). Le fait de trouver un relais dans un tissu associatif favorise également son implication (23 % des généralistes).

Par contre, les situations personnelles à risque reliées à des addictions (alcool, tabac) constituent un frein à une action préventive vis-à-vis du patient.

## POLITIQUE DE SANTÉ

### SYSTÈMES ET POLITIQUES DE SANTÉ

Jean-Claude Henrard, Joël Ankri en collaboration avec Fernando Bertolotto  
*Rennes : Éditions ENSP, 1996, 223 p., 150 F*

C'est un document qui apporte toutes les informations nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et qui donne les bases indispensables pour élaborer une politique de santé.

On y trouve les données épidémiologiques essentielles, l'organisation de l'ensemble des systèmes de santé et les principes du financement. Ainsi le lecteur peut

s'attaquer aux chapitres prospectifs concernant la politique de santé en terme de stratégie.

Enfin le rappel des exemples européens permet une confrontation qui ne saurait être négligée désormais. Il s'agit donc d'un ouvrage dont la valeur pédagogique est exemplaire.

Pr Guy Nicolas

## SANTÉ PUBLIQUE

### L'AFFOLANTE HISTOIRE DE LA VACHE FOLLE

Martin Hirsch, Philippe Duneton, Philippe Baralon, Florence Noiville  
*Paris : Éditions Balland, 1996, 239 p., 90 F*

Le 21 mars 1996, le ministre anglais de la Santé annonce que les scientifiques de son pays n'excluent plus le risque de transmission à l'homme de l'encéphalopathie bovine spongiforme. Le dogme de la barrière d'espèce tombe. En Grande-Bretagne, 160 000 vaches ont été atteintes par cette maladie. Est-elle également responsable de la mort de dix personnes ? L'affaire de la vache folle commence, et avec elle, une crise économique, politique, scientifique sans précédent.

Les auteurs font le point sur les faits et les données scientifiques et reviennent sur les 100 jours de la crise en analysant le processus de décision en Grande-Bretagne et dans l'Union européenne.

Hafosa Ali, Geneviève Guérin, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Patricia Siwek et Marie-Josèphe Strbak ont rédigé ces notes.

### Angers

Les 28 et 29 avril 1997

Mieux vivre la ville :  
santé publique et cadre de vie

Colloque national organisé par le Centre national de la fonction publique territoriale, le Centre national de recherche scientifique, l'École nationale de santé publique et la Société française de santé publique.

*Renseignements*

École nationale de santé publique

Avenue du Professeur Léon Bernard

35043 Rennes Cedex

Téléphone : 02 99 02 22 00

Télécopie : 02 99 02 28 28

Société française de santé publique

2, avenue du Doyen Jacques Parisot

BP 7

54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Téléphone : 03 83 44 87 47

Télécopie : 03 83 44 37 76

### Villeneuve d'Ascq

Du 27 au 29 mai 1997

Les valeurs en éducation et formation

Colloque international organisé par la revue *Spirale*, en collaboration avec l'IUFM Nord-Pas-de-Calais et l'UFR des sciences de l'éducation (Université Charles de Gaulle, Lille 3)

*Renseignements*

Mme Josette Lenglet

UFR des sciences de l'éducation

Université Charles de Gaulle, Lille 3

BP 149

59653 Villeneuve d'Ascq Cedex

Téléphone : 03 20 41 62 54

### Tours

Le 13 juin 1997

Les zoonoses d'actualité

XXIV<sup>e</sup> Symposium organisé par l'Institut national de médecine agricole (Inma)

*Renseignements*

Institut national de médecine agricole

Faculté de médecine

2bis, boulevard Tonnellé

37032 Tours Cedex

Téléphone : 02 47 36 60 84

Télécopie : 02 47 36 61 09

### Rouen

Du 18 au 20 juin 1997

Santé au travail

Journées Charles Nicolle organisées par le Service de médecine du travail et de pathologie professionnelle du CHU de Rouen et le Groupe d'études en santé, travail et ergonomie

*Renseignements*

Service du Pr Caillard

CHU

1, rue de Germont

76031 Rouen Cedex

Téléphone : 02 32 88 87 68

### Paris

Le 19 juin 1997

Adolescents et adultes : des corps en présence

Cycle de neuf conférences organisées par la Fondation de France, l'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France et les Assurances générales de France sur le thème : adolescents au présent.

*Renseignements*

Fondation de France

Laurence Delannoy

Téléphone : 01 44 93 44 88

## Sommaire n° 1/1997

Santé  
publique

### Éditorial

- Qui intéresser aux conférences régionales de santé ?, J.-F. Collin

### Études

- Situations socioéconomiques et besoins de santé des étrangers immigrés en France au cours des 5 dernières décennies, M. Gayral-Taminh, J.-O. Mallet, L. Molinier, J. Pous
- La restauration scolaire dans l'alimentation des élèves issus de milieux défavorisés : constats, enjeux, aide à la décision, G. Le Bihan, C. Michaud, O. Brixix
- Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie., F. Guillemin, A. Paul-Dauphin, J. M. Virion, C. Bouchet, S. Briancxon
- Poids de la drépanocytose en milieu pédiatrique au Gabon, V. Thuilliez, Y. Vierin.
- Conditions d'usage et d'accès aux soins des drépanocytaires. Analyse de la littérature, S. Tournebize, C. Le Galès, G. Mèrault, C. Berchel

### Pratiques

- Une approche communautaire de la santé des jeunes enfants dans trois cantons ruraux du Mont du Forez, C. Vernay, B. Trombert-Paviot
- Évaluation des Conférences Régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique, P. Verpillat, R. Demeulemeester

### Opinions

- Les Français vont bien, les préventologues s'interrogent : tentative d'analyse d'un mal-être chronique, F. Baudier

### Lectures

*Santé publique,*

BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot

54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Téléphone 03 83 44 87 00

Le calendrier est réalisé avec la collaboration du

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

18  
mars 1997

# Actualité et dossier en santé publique

# S o m m a i r e

- **1 Éditorial**  
*Jean-Claude Saily*
- **2 Actualité**  
Santé et travail, les premiers résultats de l'enquête Sumer 94, *Odile Heran-Le Roy, Nicolas Sandret*
- **8 International**  
Entre répression, tolérance et permissivité, la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie, *Michel Ghysel*
- **11 Organisme**  
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- **12 Europe**  
Europe et santé (suite), *André Ernst*
- **14 Alcoologie**  
Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune, *Jean-Dominique Favre, Marie Choquet, Gilles Azoulay*
- **17 Régions**  
Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la Loire, *Ségoène Chappellon*
- **21 Formation**  
Formation des directeurs d'hôpital
- **22 Études**  
Le réseau Sentinelles : douze années de recherches et de surveillance sur les maladies transmissibles en France, *Antoine Flahault, Alain-Jacques Valleron*
- **26 Recherche**  
Épidémiologie, sciences sociales et santé publique
- **27 L'actualité du Haut Comité**
- **28 Législation & réglementation**
- **30 Documentation**
- **33 Calendrier**

## Dossier

### Les réformes des systèmes de santé

Spécificités et convergences

Dossier de

**Diane Lequet-Slama et Marc Duriez**

- **II Réformes et systèmes**
- **X Tendances gestionnaires**
  - XI Désengagement financier
  - XII Rationalisation et réduction des structures
  - XIII Un encadrement des dépenses fixé *a priori*
  - XV L'entreprise comme modèle
- **XVII Nouvelles orientations**
  - XVII Une meilleure adéquation des moyens et des besoins
  - XIX Libéralisme et concurrence
  - XXII Les réseaux de soins
  - XXIV La compatibilité avec les impératifs collectifs
- **XXV Tribune**
- **XXXII Bibliographie Adresses utiles**



**Haut Comité de la  
Santé Publique**

8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP

télécopie 01 40 56 79 49