

Convention MIRE 12/97
Centre de recherches administratives et politiques
Unité associée au C.N.R.S./ESA 6051
Institut d'Études Politiques de Rennes et Université de Rennes 1

La régulation du système de santé

le cas du domaine mère-enfant

Recherche documentaire, avril 1998

Isabelle LUCAS

Contact : 02.99.84.76.88
Centre de recherches administratives et politiques, Université de Rennes 1,
Faculté de droit et de sciences politiques

Sommaire

Introduction -	1
Rubrique 1 -	
Les instruments épidémiologiques de la régulation : production et place de l'information dans le processus décisionnel	11
1.1-Les relais de transmission des informations sur l'état sanitaire et sur les connaissances relatives aux établissements médico-sociaux	12
- Au niveau national	13
- Au niveau local	25
1.2-L'évaluation (de la pratique) médicale : instrument de mesure de la performance du système sanitaire et social	33
Rubrique 2-	
Les instruments juridiques et administratifs de la régulation de la performance du système de santé (régulation de l'offre de soins)	45
2.1-Définition des risques, sécurité des activités de soins et de prévention et réglementation	46
2.2-La gestion des professions médicales et paramédicales par les autorités publiques: statuts, formation, démographie médicale	75
2.3-La planification des activités et des structures de soins et de prévention : les solutions de l'aménagement du territoire et de la répartition des compétences	89
Rubrique 3-	
Les instruments économiques et financiers de la régulation du système de santé	111
3.1-Les modes de financement des structures et des activités de soins et de prévention, et la prise en charge financière de l'accès aux soins et des prestations sociales	112
3.2-De l'évaluation économique à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé	137
Annexes	153
1-Listes des revues dépouillées systématiquement	
2-Listes des revues pour revue des sommaires	
3-Lieux et sources de documentation	

Introduction- Présentation de la recherche documentaire

Cadre de la recherche et objectifs

* Cette recherche documentaire s'inscrit dans le cadre d'un cycle de réunions de travail qui se sont tenues à la Mire en vue de la rédaction d'un appel d'offres portant sur le thème global de la régulation du système de santé. D'emblée l'attention a été portée, de manière quasi exclusive, sur le domaine précis de la « santé mère-enfant » (néonatalogie, périnatalité, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, médecine préscolaire). Ce secteur mère-enfant permet effectivement d'aborder les différents aspects des modes de régulation et de leur articulation avec la recherche de la performance : régulation de l'implantation et du fonctionnement des structures, régulation des pratiques professionnelles, régulation des recours au système de santé par les usagers.

De la confrontation des différents points de vue représentés au sein du groupe (Administration centrale du Ministère des Affaires Sociales ou de ses services déconcentrés ; Fonction Publique Territoriale, Profession médicale et sociale ; Recherche universitaire : Économie de la santé, Histoire, Science politique, Sociologie) il a été admis un certain nombre de constats récurrents :

- existence de forts cloisonnements entre les différents intervenants et institutions;
- coexistence de logiques et de référentiels différents aussi bien dans les pratiques que dans le processus de décisions politiques et de leur mise en oeuvre ;
- inégale application des textes déterminant le partage des responsabilités entre les différents niveaux administratifs ;
- la voie réglementaire n'est pas le seul mode de régulation. Il existe des modes plus informels, plus incitatifs passant notamment par la contractualisation et la pratique coopérative.

* L'échange des points de vue institutionnels, professionnels et universitaires a confirmé l'hypothèse de la légitimité partagée du principe de régulation, très étroitement liée à la notion de performance globale du système de santé. Néanmoins la notion même de performance renvoie à des logiques et à des outils différents selon que l'on se place dans l'univers des

professionnels de santé et des travailleurs sociaux, dans l'univers des gestionnaires ou dans celui des décideurs politiques et celui des institutions nationales et locales auxquelles incombe le suivi de la mise en oeuvre des décisions. Les deux grandes logiques sont d'une part, une conception de la régulation en termes de performance sanitaire (logique de santé publique), et d'autre part, une conception associant très étroitement la notion de régulation avec l'idée d'optimisation de l'allocation des ressources dans le système de santé. Ces deux grands référentiels peuvent engendrer des effets inattendus lors de la phase d'élaboration et celui de la mise en oeuvre des outils de régulation. Une analyse du contenu des références documentaires pourra mettre en lumière les multiples « barrages » inhérents aux cloisonnements des savoirs, des pratiques et des responsabilités.

* À l'appui des publications induites par les évolutions et les progrès - tant au niveau des techniques de diagnostic qu'au niveau des techniques thérapeutiques traversant le domaine spécifique de la « santé mère-enfant » - mais également par les caractéristiques institutionnelles et socio-professionnelles communes à l'ensemble du système de santé, il a très vite semblé envisageable de dégager des axes de réflexion qui permettraient de mobiliser des chercheurs autour de projets de recherche axés sur la conception et la mise en oeuvre des politiques de santé à visée régulatrice.

* La présente recherche documentaire a pour objectif de dresser un état de la littérature scientifique et administrative publiée jusqu'à ce jour sur l'évolution des outils de la régulation du système de santé appliquée au domaine mère-enfant. Le but de ce dossier, et de la synthèse qui l'accompagne, est donc de confirmer, parfois nuancer et/ou illustrer les pistes de réflexion déjà soulevées par les membres du groupe lors des différentes séances de travail. Outre le fait qu'il fasse l'objet d'une production réglementaire abondante, le champ de la santé de la mère et de l'enfant est également riche en références documentaires issues d'un éventail très large de disciplines (épidémiologie, économie, sociologie, anthropologie, histoire, etc). Ce travail a donc pour objectif d'inventorier tout ces matériaux n'ayant pas systématiquement été traités sous forme de regroupements et de croisements des différents points de vue énoncés.

* Nous avons opté pour une démarche diachronique se justifiant par l'objectif assigné à cette recherche, à savoir: mettre en perspective l'évolution du degré d'intervention des différents acteurs de la régulation du système de santé et les interactions entre les différents niveaux du processus de régulation traditionnel. Une période de dix ans permet un éclairage de ce type.

L'abondance des références disponibles nous a empêché d'effectuer un traitement approfondi du contenu. Nous avons donc opté pour une présentation sous la forme de rubriques. Ceci permet de cerner quel type d'acteur est porteur de quel type de discours sur quel outil de régulation ; quelle est la définition implicite que chacun se fait d'un problème de santé publique et de la performance du système qui l'englobe ; quelles peuvent être les solutions pouvant contribuer à la régulation dans un contexte donné.

Méthode

* Un dépouillement systématique d'un certain nombre de revues (listées en annexes) a été effectué sur un échantillon portant sur une période d'environ dix ans (1987-1997). Concrètement, nous avons passé en revue les articles parus dans les publications officielles et scientifiques les plus diffusées et les plus exploitées dans le cercle des professionnels de santé et des chercheurs en sciences économiques et sciences sociales.

La recherche a porté sur un échantillon de vingt-neuf revues issues des disciplines suivantes : droit, économie générale et économie de la santé, gestion, médecine, santé publique, science politique, sociologie. Un quota d'environ trois à quatre titres différents par discipline a été respecté, dans la mesure du possible. (liste en annexe)

Une revue des sommaires de treize autres publications a été opérée dans le but de préciser quelques points spécifiques, elle se conjugue à une interrogation thématique de bases de données permettant également d'avoir un aperçu de la production de périodiques de langue étrangère.

Le lecteur trouvera également des indications se rapportant à la littérature grise, notamment certains rapports qui ont pu constituer autant de grande étapes dans le processus d'élaboration des plans et des programmes qui ont marqué le domaine de la «santé mère-enfant ».

Les références juridiques sont issues d'une interrogation thématique du support «Lexilaser Lois et Règlements », et d'une lecture papier systématique du *Journal Officiel* et du *Bulletin Officiel des Affaires Sociales* pour les textes les plus récents (à partir de juillet 1997).

Guide de lecture du document

* le document est divisé en trois rubriques. Chaque rubrique regroupe les instruments correspondant aux modes de régulation issus d'une logique de santé publique (instruments épidémiologiques), une logique administrative et une logique économique,

* chacune des rubriques est organisée selon un modèle identique :

1-une définition générale du mode de régulation auquel il est fait référence, les domaines ou disciplines dont il relève, les acteurs de sa conception et de sa mise en oeuvre, le(s) référentiel(s) qui le sous-tendent,

2-une présentation synthétique du contenu exploitable- des données juridiques, administratives et de la littérature scientifique -à des fins de recherches ultérieures plus approfondies sur les modes de régulation du système de santé, et plus particulièrement du secteur mère-enfant,

3-deux étiquettes organisent la présentation des données, elles sont repérables par leur disposition et leurs caractéristiques graphiques :

Textes officiels

Littérature scientifique

* textes juridiques sont classés selon un ordre chronologique. Dans un souci de repérage historique de l'évolution de l'intervention du législateur dans le domaine de la régulation du système de santé, les textes sont répertoriés en partant des plus anciens. Seul le contenu des textes jugés les plus importants est résumé ou retranscrit par extraits,

* Le même souci de mise en perspective historique (participante de la synthèse émergente des résultats de la recherche) a motivé le classement chronologique par ordre croissant. En outre cet ordre de classement vise à rendre plus intelligible la corrélation, en termes de recherche, entre la publication de mesures gouvernementales et de plans ou programmes nationaux et la production scientifique. Au sein d'une même année de publication, un ordre de traitement alphabétique élimine le risque d'interprétation en terme d'importance de l'apport de tel ou tel aspect de la littérature.

Les différentes acceptions de la notion de « régulation du système de santé »

Le thème de la régulation a été volontairement abordé de façon multidisciplinaire. Selon leur discipline d'appartenance tant les professionnels que les chercheurs véhiculent des concepts explicites et implicites de la régulation à travers leurs écrits. Voici une présentation sommaire des définitions en usage.

** La régulation de l'allocation des ressources dans le système de santé français: entre la logique du marché et la logique de l'État interventionniste*

Dans le champ de la science économique, « *la régulation consiste à mettre en oeuvre les mécanismes qui assurent la compatibilité entre offre et demande dans le respect des normes imposées par la dynamique globale de croissance définie par la collectivité* » (Frossard M., Jourdain A., *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997). Trois concepts permettent de comprendre la régulation du point de vue économique : le marché et la concurrence, la planification, les conventions et les contrats.

Entendue au sens de répartition des ressources, la conception française d'une régulation « *pilotée au niveau central et assez conservatrice dans la définition des rôles institutionnels* » s'oppose, selon A. Letourmy à la conception néerlandaise d'une régulation par la concurrence, décentralisée et « *bouleversant les rapports micro-économiques existants entre usagers, prestataires et payeurs* » (A. Letourmy, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997). Cependant Letourmy voit dans la réforme Juppé une évolution « *discrète, mais efficace des conceptions issues de l'État-Providence* » (répartition au sein des régions des dotations hospitalières par l'intermédiaire des agences régionales d'hospitalisation, contractualisation État/Caisses de sécurité sociale - Agences régionales d'hospitalisation/établissements hospitaliers). Certains économistes appellent de leurs vœux un changement radical dans la conception des modes de régulation traditionnellement administrée, par l'introduction de dispositifs de régulation micro-économique, seuls garants selon eux, d'une dispense de soins efficace et équitable (M. Macfarlan et Oxley, *L'Observateur de l'OCDE*, 1995). D'autres économistes sont plus réservés vis-à-vis du passage à la logique de marché dans l'allocation des ressources financières du système de santé, l'objectif d'équité et d'efficacité est alors sans cesse rappelé (M. Marchand et P. Pestiau, *Revue Française d'Économie*, 1996). Mais la réside sans doute la limite du raisonnement économique à questionner le système de santé en termes d'équité et d'efficacité justement.

Ces notions sont trop polysémiques pour se laisser appréhender de manière unidisciplinaire.

Les auteurs relevant du champ des sciences humaines, se sont peu exprimés, jusqu'à présent, sur les processus de régulation du système de santé. Néanmoins les quelques recherches entreprises en ce sens ont l'avantage de faire émerger des questionnements qui renvoient à la place des différents acteurs impliqués dans le système. Ils tentent d'élucider la conception que peuvent à un moment donné se faire ces acteurs de la mission qui les rassemble, des choix de société qui déterminent cette mission, de la qualité et de l'efficacité des actions entreprises en vue de l'accomplir, des moyens à mettre en oeuvre et l'évaluation des résultats.

*** *L'acception sociologique de la "régulation" du système de soins et de prévention français***

Si on lit attentivement F.X. Schweyer et M. Binst (« *La Santé otage de son système* », 1995), il est clair qu'en matière de régulation du système de santé nous sommes paradoxalement, en France, très précisément en manque de régulation ... et non de réglementation ! Par régulation, ces auteurs entendent « *l'ensemble des contraintes imposées, des normes et des valeurs partagées qui marquent les relations de coopération et d'interdépendance liant les personnes agissant pour résoudre un même problème* » (p.2). Les deux auteurs soulignent le caractère émietté et parcellaire de la mise en oeuvre des politiques publiques à propos de l'Administration et de l'État. Les acteurs à la tête du système administratif sanitaire seraient incapables d'intégrer les logiques d'action, de coordonner les services et d'arbitrer les intérêts, d'où la non maîtrise des dépenses de santé qui traduit le déficit de régulation. Les divers scénarios de réforme du système de santé, parce que trop éloignés des véritables enjeux de santé publique, sont voués à l'échec. Une solution, selon M.Binst et F.X. Schweyer, consisterait à se placer dans une dimension « micro » : une meilleure articulation entre les acteurs du système de soins (médecins, infirmières, élus, fonctionnaires, responsables de la Sécurité sociale, malades), travaillant effectivement dans des « microsystèmes » au sein desquels ils sont interdépendants, représente un enjeu non négligeable dans la régulation du système plus global de santé. Cette perspective suppose une levée des réticences des différents acteurs du système de santé à amorcer un véritable débat sur la politique de santé, à se demander publiquement « *ce que l'on entend concrètement aujourd'hui dans le secteur de la santé lorsque l'on invoque l'équité, la solidarité ou l'efficacité* », « *la traduction opérationnelle de ces concepts* » n'allant apparemment pas de soi, ce que déplore J. de Kervasdoué dans son ouvrage « *La Santé intouchable* (1996, p.41). « *Les Français, le corps médical, les syndicats ouvriers et patronaux, les partis politiques semblent avoir intérêt, poursuit-il, à ce que ce sujet ne soit pas publiquement abordé* ». « *La régulation en France est lointaine, elle intéresse quelques centaines de fonctionnaires, quatre ou cinq*

ministres, les grandes caisses de sécurité sociale (...) Il n'y a pas d'implication politique locale près des choses et des gens » (Op. Cité, p.57).

On peut déplorer que l'éclairage sociologique (en particulier la sociologie des organisations) et anthropologique, bien que pertinent dans le cadre d'une réflexion sur la régulation de la performance du système de santé, demeure très discret ou du moins n'emprunte pas les canaux de diffusion permettant un accès aussi direct aux résultats de recherches et d'études économiques, politiques ou juridiques. Si les analyses empruntant aux champs de l'ethnologie ou de la psychologie existent, elles sont le plus souvent le fait de remise en question par les professionnels de santé eux-mêmes des pratiques et des technologies qui ont évolué extrêmement vite, parfois à leur insu.

Pourtant, à n'importe quel niveau que ce soit, la régulation du système de santé ne se fait évidemment pas sans les professionnels de soins et de prévention (Hassenteufel P., 1997, sur le jeu complexe des rapports de réciprocité entre les médecins et les pouvoirs publics dans l'élaboration des grandes réformes du système de santé), qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé. Qu'on l'entende au sens financier ou médico-social, la régulation passe indubitablement par l'adhésion de ses principaux acteurs (ce qui inclut également au premier chef les usagers). Une certaine adhésion, contrainte ou forcée, est perceptible ; en effet, une véritable "révolution culturelle", pour reprendre l'expression de Claude Maffioli (président de la Confédération des syndicats de médecins français, cité par P. Perrier, *Décision Santé*, 30/04/1995, p.16) agite déjà le milieu des professionnels de santé qui après avoir pris conscience de l'importance de l'évaluation de leurs activités du point de vue médical ont élargi cette nécessité au concept d'assurance de la qualité des soins (François P., et al., *Journal d'Économie Médicale*, 1996), et prennent en compte de plus en plus la dimension économique.

Références générales

1987

-de Pouvourville G., « Les instruments de régulation publique dans le secteur de la santé », *Revue Française d'Administration Publique*, 1987, N°43, pp.45-57

1989

-Évin C., « Les grandes orientations de la politique de santé, 1989-1992 », *Gestions Hosp*, 1989, N°286, pp.347-356

1993

-« *Santé 2010. Rapport du groupe "Prospective du Système de Santé"* », Paris, La Documentation française, 1993

1994

-de Pouvourville G., « Organisation et régulation du système de soins en France », In : Jobert B., Steffen M., « Les politiques de santé en France et en Allemagne », *Espace Social Européen*, 1994, Dossier spécial n°4-supplément au n°258, pp.109-126

-Soubie R., Portos J.-L., Prieur Ch., « *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie* », Commissariat au Plan, La Documentation française, 1994

1995

-Binst M., Schweyer F.X., « *La Santé otage de son système* », Paris, InterÉditions, 1995

-Brocas A.M., « Pour une régulation du système de santé », *Droit Social*, 1995, N°6, pp.608-618

-MacFarlan M., Oxley H., « La réforme du secteur santé », *L'Observateur de l'OCDE*, 1995, N°192, pp.23-26

-Marrot B., « *L'Administration de la santé en France* », Paris, Éditions l'Harmattan, Collections "Logiques juridiques", 1995

-« *Un renouveau des politiques de santé: une meilleure maîtrise des dépenses et plus d'efficacité* », Paris, Les Éditions de l'OCDE, 1995

1996

-Bloch L., Ricordeau P., « La régulation du système de santé en France », *Revue Française d'Économie*, 1996, Vol.X, N°1, pp.87-146

-François P., Blum-Boisgard C., Colin C., Czernichow P., Derenne Y., Dubois G., Glanddier Ph.Y., Sambuc R., « Développement de l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé universitaires : stratégies de mise en oeuvre d'une démarche de qualité », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°4-5, pp.195-203

-de Kervasdoué J., « *La Santé intouchable. Enquête sur une crise et ses remèdes* », Paris, JC Lattès, 1996

-Marchand M., Pestiau P., «L'État ou le Marché dans l'assurance maladie ». *Revue Française d'Économie*, 1996, Vol.XI, N°, pp.3-19

1997

-Danzon M., « Investir pour la santé », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°8, pp.XXX-XXXI

-Frossard M., Jourdain A.,
« La régulation régionale du système de santé : ni plan, ni marché », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°19, pp.XXI-XXIII

-Hassenteufel P.,
« *Les médecins face à l'État. Une comparaison internationale* », Presses de Science Po., 1997

- « Les nouvelles orientations des réformes. De la recherche de l'efficacité au libéralisme », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, N°18, pp.XVII-XXIII

-Letourmy A.,
« Les réformes des systèmes de santé, l'État-Providence et la Santé publique », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°18, pp.XXV-XXVII

Rubrique 1- Les instruments épidémiologiques de la régulation : production et place de l'information dans le processus décisionnel

L'élaboration d'une décision en matière de santé publique consiste dans ce secteur comme dans les autres secteurs en l'élimination d'un certain nombre d'alternatives. Le recours à l'expertise scientifique et professionnelle intervient théoriquement dans cette phase d'appréciation d'un problème, dans sa constitution en enjeu nécessitant l'intervention des pouvoirs publics. Il est sensé faciliter la délimitation des choix en traduisant le contexte entourant le problème pris en considération. Au travers du matériau documentaire rassemblé ici, nous avons essayé de faire ressortir quelles informations de type épidémiologique étaient susceptibles d'être mobilisées par les autorités publiques, et surtout quels étaient les principaux médiateurs des connaissances disponibles (point 1).

L'étendue du pouvoir d'orientation des médecins de santé publique, dans le champ de la décision politique s'est restreint au cours des années 1960 au profit des administrateurs.¹ Dans le secteur mère-enfant, les initiatives des pouvoirs publics en 1972 et 1988 autour de la sécurité à la naissance portent la marque de l'influence de rapports émanant de spécialistes de l'obstétrique (rapport de 1970, rapport de février 1982, rapport de mars 1984). Les médecins de santé publique se situent maintenant de plus en plus, à la fois comme conseillers techniques des décideurs politiques et administratifs, et comme des médiateurs entre ces décideurs et les professionnels². Les instances politiques soucieuses de réguler le système de santé dans son ensemble ont progressivement structuré leurs activités d'évaluation médicale, à l'origine destinées à démontrer la performance médicale des techniques et pratiques de prise en charge des professionnels de santé. En ce sens, on peut avancer que l'évaluation médicale constitue un instrument de régulation à part entière.

Les outils de la science économique sont également précieux pour assister le décideur dans la détermination des choix à la base des orientations en santé publique, ils permettent d'argumenter en faveur ou non d'une allocation des ressources publiques. L'évaluation a posteriori des politiques publiques recourt aussi largement à ces outils, les textes officiels encadrant les programmes dans le domaine de la prévention notamment prévoient les

¹ A. Chauvenet, F. Oric, « *Les professionnels de santé publique, producteurs de normes et de droits* », rapport de recherche, MIRE, octobre 1988

² F. Riou, « Santé publique et économie de la santé : ébauche d'un bilan », *Les Cahiers du Lerass*, 1991, N°2, pp.27-34

modes d'évaluation et les normes qui permettront d'aider à déterminer le degré de performance de la mise en oeuvre.

Dans le point 2 cette étape du travail l'évaluation est élargie à la notion d'évaluation de la pratique médicale, alors que le point 3 est exclusivement consacré à l'évaluation économique. Une nette évolution se dessine depuis quelques années qui va dans le sens d'un rapprochement méthodologique et conceptuel des deux types d'évaluation médicale et économique, tant au niveau des décideurs que des professionnels de santé. Nous tenons toutefois à conserver une distinction matérielle dans la présentation des références documentaires sur ce sujet pour bien faire apparaître justement ce type de mutation à la fois pratique et théorique.

Au coeur de cette rubrique 1, on trouvera les prémices d'outils conçus explicitement dans le cadre de politiques de régulation du système de santé issues de la volonté des instances gouvernementales de freiner la spirale inflationniste due, dans bon nombre de cas, à une performance pouvant être remise en cause au regard du rapport dépenses consacrées au secteur de la santé/indicateurs de la qualité et de l'efficacité des soins, et qui seront exposés dans les rubriques suivantes.

1-Production et transmission des informations sur l'état sanitaire de la population, et/ou d'une population ciblée

« Les besoins sanitaires de la population sont difficilement cernables, changeants selon l'évolution des sciences et des techniques, variables avec l'état de l'environnement économique et social et il est habituel de prétendre que l'impuissance des pouvoirs publics à les connaître rend la mise en place rationnelle d'une régulation impossible ».(A.M. Brocas, Op.Cité, 1995). Pourtant il existe bien tout un dispositif de recueil de données sur l'état sanitaire qui rend tout à fait possible l'estimation des besoins sanitaires à satisfaire de telle ou telle population et pose la question clairement exprimée par A.M. Brocas « Pourquoi prétendre ne pas connaître les besoins avec précision suffisante alors que tant de données sont disponibles ? ».

La récapitulation exposée ci-dessous des données et des modes de diffusion de ces données permettent de conclure effectivement à l'abondance des connaissances sur l'état sanitaire. Dans le secteur de la santé de la mère et de l'enfant, ces connaissances sont particulièrement vastes mais diffuses ; leur mode d'exploitation et de diffusion met à jour un des facteurs rendant laborieux toute tentative d'introduire un mode de régulation rationnel du système. Nous faisons référence à l'existence de ruptures de chaînage entre les différents acteurs professionnels de santé et institutions, et entre les

différents niveaux d'intervention eux-mêmes. La nouvelle répartition des compétences issue des lois de décentralisation pourrait avoir accentué ce phénomène de cloisonnement qui paralyse en quelque sorte une bonne circulation des informations et un va-et-vient des données entre les services centraux de l'administration sanitaire et les services décentralisés.

-- Au niveau national

À l'échelle nationale, deux grands types d'enquêtes ou d'études peuvent être distingués, il s'agit en premier lieu des enquêtes réalisées à la demande des pouvoirs publics et/ou d'émanation de grands organismes placés sous la tutelle de l'État (INSERM, INED, SESI, CREDES, HCSP). Les enquêtes de la CNAM représentent, en second lieu, un support informatif sur l'état des indicateurs du système sanitaire français dans son ensemble bien sur mais aussi au regard de secteurs plus précis tel que la santé de la mère et l'enfant.

Les conclusions de ces études sont en mesure de représenter une aide à la prise de décision pour les autorités publiques. D'origine gouvernementale directe ou indirecte, ces enquêtes sont sous-tendues par les préoccupations des pouvoirs publics en matière de sécurité, d'efficacité et d'efficience du système de santé dans son ensemble. À ce titre, il peut être intéressant de dégager, de cette masse documentaire, les composantes de la définition d'un « problème de santé » constitué en « enjeu de santé publique » qui nécessite l'intervention des différentes instances régulatrices (État, administrations déconcentrées, administrations décentralisées, ...). Dans le cas précis du secteur de la mère et de l'enfant la quantité des résultats d'enquêtes de nature épidémiologique, la réglementation qui encadre leur mise en place, la référence qui y est faite dans les recommandations contenues dans les projets et programmes tendent à affirmer qu'il existe un lien étroit qui unit, en France, l'évolution des indicateurs épidémiologiques et les politiques de santé publique.

Bien entendu la mise en évidence de ce lien ne suffit pas, encore faut-il en préciser la nature car au-delà des résultats qui contribuent, en fait, à légitimer des choix déjà arrêtés il faut garder à l'esprit que bon nombre d'autres résultats d'études ne parviennent pas à être faire diffusés dans les cercles décisionnels, ce qui soulève la question lancinante du rôle et de la place effective de l'expert dans l'élaboration de politiques publiques. Par ailleurs de grosses lacunes en terme de connaissances sont pointées du doigt : il existe très peu actuellement en France, par exemple, d'étude d'envergure nationale permettant ce cerner le problème des femmes enceintes peu ou pas suivies (Blondel B., Marshall B., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996). La période de régression financière participe de l' "enterrement" de rapports et études, et n'incitent pas à la production de

contre-études, ce qui participe de la perte de légitimité des professionnels dans leur rôle d'expertise médicale.

*** L'exemple de l'élaboration des programmes « périnatalité », 1972 et 1994**

Le premier programme périnatal est mis en place dans les années 70. Son objectif: réduire la mortalité et les handicaps. Les données statistiques de mortalité révèlent, à cette époque, autant de décès dans la période périnatale que dans les trente cinq premières années de vie. Quant à la morbidité périnatale, elle conduit à des handicaps dont le coût est déterminé à la fin des années 60. Les indicateurs épidémiologiques orientent directement la prise de décision d'intervenir dans le domaine de la prévention en périnatalité. Couplés aux résultats de l'étude de « rationalisation des choix budgétaires », ils façonnent en amont le premier programme « périnatalité » lancé en 1972. (Le Faou A.-L., Liote H., *La Revue du Praticien*, 1995/ Papiernik E., *Rev Épidém et Santé Publ*, 1996).

Les données de l'épidémiologie entrent donc comme facteur pouvant alimenter la détermination des autorités publiques à intervenir face à tel ou tel « problème » qu'ils définissent en tant qu' « enjeu de santé publique ». Les programmes mis en place sont ensuite soumis à l'évaluation, il s'agit de la seconde phase dans laquelle interviennent les enquêtes épidémiologiques. En effet, de telles enquêtes ont permis de suivre depuis 1972 les résultats de la politique du gouvernement en périnatalité (enquêtes transversales 1972, 1976, 1981, 1988, 1992). Ainsi que le fait remarquer E. Papiernik (Op. Cité, 1996) le plan périnatalité de 1972 a été exceptionnel en ce sens qu'il prévoyait d'évaluer l'action publique entreprise. Pour la première fois, et pour la dernière fois d'ailleurs dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, le gouvernement a défini avec clarté sa volonté d'évaluer : il a confié la mission, et les moyens financiers nécessaires, à l'Unité 149 de l'INSERM de mettre en place cette évaluation de l'action du plan périnatalité. Notons que c'est cette décision datant de 1971 -à l'occasion de la mise en place du plan- qui a permis à l'Unité 149 de lancer les enquêtes nationales transversales.

En 1994, l'État relance, après une période d'abandon d'une dizaine d'années, une action collective dans le domaine de la périnatalité. Toujours à l'appui de l'historique retracé par Papiernik (Op. Cité, 1996) on peut souligner à nouveau le rôle des enquêtes épidémiologiques dans la prise de conscience par les autorités publiques de la piètre performance des indicateurs français au regard des résultats bien meilleurs de nos voisins européens. L'enquête réalisée par M.H. Bouvier-Colle (Unité 149 de l'INSERM) montre que la France ne se trouve qu'au 13^{ième} rang européen en termes de performance de ses indicateurs de mortalité et morbidité périnatales. En revanche l'efficacité des mesures concernant la surveillance de la grossesse

semble relativement attestée puisque 27 % des femmes accouchaient sans avoir vu l'équipe responsable de leur accouchement en 1972, alors qu'en 1993 50 % des femmes enceintes bénéficient désormais d'au moins six consultations en maternité. Cependant, le pourcentage de femmes n'ayant jamais consulté l'équipe obstétricale avant leur accouchement s'élève à 6 %, ce qui alerte les pouvoirs publics qui demandent au Haut comité de la santé publique un rapport sur la sécurité à la naissance (Haut comité de santé publique, 1993).

Le constat alarmant du résultat insuffisamment positif des indicateurs en périnatalité a donc directement contribué à la construction du nouveau plan périnatalité en 1994, avec pour objectif chiffré de diminuer le taux de mortalité maternelle de 30 %, le taux de mortalité périnatale de 20 %, le nombre des nouveau-nés de faible poids de naissance de 25 %, et le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse de 50 %.

****Les enquêtes épidémiologiques de décision ministérielle, depuis 1993***

En l'espace de deux ans (1993-1995) ont été créés :

- un traitement automatisé d'informations pour étudier les risques associés à une surveillance médicale faible ou inexistante pendant la grossesse et pour rechercher quels sont les obstacles rencontrés par les femmes enceintes pour se faire suivre (décision du 7 juin 1993),
- un système national de surveillance du saturnisme infantile dans le but d'évaluer le dépistage et le suivi des enfants intoxiqués ou imprégnés par le plomb (arrêté du 19 janvier 1995),
- un traitement automatisé pour étudier la santé et les pratiques médicales pendant la période périnatale (décision du 13 avril 1995),
- un traitement automatisé d'informations dont le but est d'évaluer l'imprégnation saturnine de la population française (décision du 6 juin 1995),
- un traitement automatisé d'informations ayant pour objet une recherche épidémiologiques sur la consommation d'alcool de la femme enceinte (décision du 6 juin 1995).

-Arrêté du 10 juin 1983, relative au système de traitement automatisé transitoire des certificats de santé de l'enfant, *JORF* du 6 août 1983, p.7321

-Décision du 31 juillet 1992, relative à l'enquête obstétrique, *Bulletin juridique de l'UCANSS*, n°33, 1992

-Arrêté du 25 novembre 1992, relatif à la création d'un traitement statistique des bulletins d'interruption volontaire de grossesse au ministère de la santé et de l'action humanitaire, *JORF* du 5 décembre 1992, p.16666

« Il est créé par le ministère de la santé et de l'action humanitaire un traitement automatisé dont l'objet est de permettre l'information du Parlement sur les aspects socio-démographiques de l'IVG et de donner au Gouvernement, dans le cadre de sa politique de santé publique, les moyens de cerner la réalité médicale et sociale de l'IVG.

« Les données enregistrées portent sur l'année de naissance, le département de domicile, la situation familiale, la situation professionnelle de la femme et de son conjoint, les informations médicales relatives à l'IVG et aux antécédents.

« Les destinataires de ces informations sont le ministère de la santé et de l'action humanitaire, l'INSERM, l'INED et les Archives nationales.

-Décision du 7 juin 1993, relative à l'enquête épidémiologique sur les femmes enceintes peu ou pas suivies sur le plan médical, *BO du Ministère des affaires sanitaires, de la santé et de la ville*, n°29 du 26 août 1993

« Il est créé sous la direction de B. Blondel, chercheur dans l'unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants, un traitement automatisé d'informations pour étudier les risques associés à une surveillance médicale faible ou inexistante pendant la grossesse, et rechercher quels sont les obstacles rencontrés par les femmes enceintes pour se faire suivre. Ces informations proviennent de données recueillies par les services de PMI de vingt-huit départements.

« Les éléments d'identité seront conservés dans un fichier manuel, seul étant utilisé dans le fichier informatisé un numéro correspondant à ce fichier manuel. Le fichier anonyme comporte des informations sur la santé des femmes et des nouveau-nés, la surveillance prénatale et la situation familiale, sociale et économique des femmes.

« Les destinataires de ces informations sont l'équipe de recherche sous responsabilité de B. Blondel et le médecin coordinateur de PMI de chaque département.

-Arrêté du 16 janvier 1995, relatif au traitement informatisé à des fins statistiques des infonnations contenues dans l'enquête nationale périnatale, *JORF* du 25 janvier 1995, p.1329

« Il est créé au service des statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville un traitement automatisé d'informations indirectement nominatives dont l'objet est d'étudier les principaux indicateurs de l'état de santé, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et les facteurs de risque périnatal.

« Ces informations sont issues d'une enquête par sondage réalisée dans les maternités sous la responsabilité du médecin coordonnateur du service de protection maternelle et infantile.

« L'organisation de l'enquête et la constitution du fichier informatisé sont réalisées avec la participation de l'unité de recherche épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants de l'INSERM.

-Arrêté du 19 janvier 1995, relatif à l'organisation d'un système national de surveillance du saturnisme infantile, JORF du 25 février 1995, p.2991

« Il est créé sous l'égide de la Direction générale de la santé un système national de surveillance du saturnisme infantile dans le but d'évaluer le dépistage et le suivi des enfants intoxiqués ou imprégnés par le plomb.

Ce système est réalisé par les réseaux interrégionaux de toxicovigilance.

Le système de surveillance est créé en collaboration avec les médecins assurant le dépistage (centre de PMI, centres hospitaliers, médecins de ville) et les laboratoires d'analyse de biologie médicales.

« Les destinataires des informations nominatives sont le médecin responsable du centre antipoisons collectant les données régionales dans le cadre habituel de transmission d'informations médicales et les membres de son équipes médicale, ainsi que les médecins traitants dont l'information est nécessaire dans le cadre du suivi thérapeutique de l'enfant.

« L'exploitation informatique des données rendues anonymes est conduite à des fins statistiques.

« Les données anonymes sont également transmises au centre antipoisons pilote du réseau de toxicovigilance du Centre Ile-de-France en vue de leur exploitation au niveau national, ainsi qu'aux partenaires institutionnels du système. Elles peuvent être utilisées pour des publications scientifiques.

-Décision du 13 avril 1995, relative à l'analyse de la santé et aux pratiques médicales pendant la période périnatale, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°22 du 28 juillet 1995

« Il est créé sous la direction du dc G. Bréart (Unité 149 de l'INSERM) un traitement automatisé pour étudier la santé et les pratiques médicales pendant la période périnatale. Ces informations proviennent de données recueillies par les services départementaux de PMI.

« Ce fichier indirectement nominatif comporte des informations sur la santé des femmes et des nouveau-nés, la surveillance prénatale, les soins pendant l'accouchement et la situation familiale et sociale des parents.

« Les destinataires de ces informations sont l'équipe de recherche sous responsabilité du dc Bréart, le SESI du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville

-Décision du 6 juin 1995, relative à une enquête nationale sur le saturnisme, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°6 du 22 août 1995

« Il est créé sous la direction de M. G. Huel, directeur de recherche à l'U.169 de l'INSERM, un traitement automatisé d'informations dont le but est d'évaluer l'imprégnation saturnine de la population française.

« Les catégories d'informations traitées sont: socio-démographie, logement, vie professionnelle, loisirs, santé, habitudes de vie et comportements.

« Les destinataires de ces informations sont l'équipe de recherche de l'U169 de l'INSERM, sous la responsabilité de M.Huel et l'équipe de l'unité Santé,, environnement du réseau national de santé publique.

-Décision du 6 juin 1995, relative à une recherche épidémiologique sur la consommation d'alcool des femmes enceintes, BO du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°26 du 22 août 1995

« Il est créé à l'INERM, sous la responsabilité de Mme le Dc B. Larroque (chargée de recherche à l'unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants, Unité 149) un traitement automatisé d'informations nominatives ayant pour objet une recherche épidémiologique sur la consommation d'alcool de la femme enceinte.

« Les catégories d'informations nominatives enregistrées pour la mère et l'enfant : situation familiale, formation, diplômes, vie professionnelle, logement, santé, habitudes de vie et comportement...

« Le destinataire de ces informations est l'Unité 149.

-Décision du 27 septembre 1995, relative au suivi d'indicateurs de santé périnatale, BO des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°46, 14 décembre 1995

Littérature scientifique

Littérature grise

1984

-Rumeau-Rouquette C., du Mazaubrun C., Rabarison Y., eds, *Naître en France. 10 ans d'évolution* », Paris, Institut national de la recherche médicale, Doin, 1984

1986

-Gentilini M., Brucker G., de Montvallon R., « *La santé des migrants* », rapport au Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale et au Secrétariat à la santé, Paris, La Documentation française, 1986

1987

-Bouyer J., Dreyfus J., Guégen S., Lazar P., Papiernik E., *La périnatalité : enquête périnatale de Haguenau* », Paris, INSERM, 1987

1988

-Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, « *Activité des services sociaux et de santé scolaire: fiche de dialogue 1985-1986: rapports et tableaux statistiques* », Direction de l'évaluation et de la prospective, Sous-direction des enquêtes statistiques et des études et Direction des lycées et collèges, Sous-direction des élèves et de l'action éducative et culturelle, Paris, Document de travail du Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports, 1988

1990

-Beaupère J., « *La santé scolaire et universitaire : avis* », Paris, Conseil économique et social, 1990

-Bouvier-Colle M.-H., Valin J., Hatton F., « *Mortalité et causes de décès en France* », Paris, INSERM, 1990

-Bussière E., « *Activité de la protection maternelle et infantile au cours de l'année 1988* », Paris, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, SESI, juillet 1990

-Leselbaum N., « *La prévention à l'école* », Paris, INRP, 1990

-Malègue C., « *Activité des services sociaux et de santé scolaire : fiche de dialogue, 1986-1987 et 1987-1988* », Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, Direction de l'évaluation et de la prospective, Sous-direction des enquêtes statistiques et des études, Paris, Document de travail du Ministère de l'Éducation nationale, juin 1990

1991

-Blondel B., Kaminski M., Kabir M., et al., « *Enquête sur les naissances vivantes et les décès avant 28 jours* », rapport de fin d'étude, INSERM U149, 1991

1993

- « *Activité des centres de planification familiale en 1989. Tableaux par départements et régions* », SESI Documents statistiques, 1993

-Direction générale de la santé, « *Dépistage et suivi des enfants exposés au risque du saturnisme* », Paris, Direction générale de la santé, Comité technique plomb, octobre 1993

-Groupe d'Animation et d'Impulsion National, « *L'Obstétrique en France. Enquête 1991* », rapport CNAMTS-ENSM/DESMES/Groupe Image, Tomes 1 et 2, octobre 1993

-Haut comité de la santé publique, « *Stratégie pour une politique de santé : propositions préalables à la définition de priorités* », rapport au Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, Rennes, Éditions ENSP, 1993

1994

-Accary C., et al., « *Les femmes peu ou pas suivies durant leur grossesse à Rennes* », Mémoire École nationale de la santé publique de séminaire interprofessionnel, 1994

-Blondel B., Kaminski M., « *Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse* », étude réalisée avec les services de PMI de 21 départements, rapport de la Direction générale de la santé-INSERM U149, Paris, Ministère de la santé, septembre 1994

-Bouvier-Colle M.H., Varnoux N., Bréart G., « *Les morts maternelles en France* », Paris, INSERM, 1994

-Haut Comité de la Santé Publique, « *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance en France* », rapport du Haut Comité National de la Santé Publique, janvier 1994

1996

-Blondel B., du Mazaubrun C., Bréart G., « *Enquête nationale périnatale, 1995* », rapport de fin d'étude, Direction générale de la santé, U149 de l'INSERM (Recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants), Paris, Ministère de la santé, 1996

-Caisse primaire d'assurance maladie de Paris, « *Les bilans de santé de l'enfant* », Paris, CNAM, 1996

-Haut comité de la santé publique, « *La Santé en France, 1996* », Paris, La Documentation française, 1996

1997

-CNAMTS, « *L'Obstétrique en France, deuxième partie* », Dossier de presse, 4 septembre 1997

-Groupe d'Animation et d'Impulsion Nationale, « *L'Obstétrique en France, deuxième partie* », rapport CNAMTS-Groupe Image, janvier 1997

*
* *

Articles

1987

-Carlus-Moncomble C., Orzechowski C., Lenoir G., « Le saturnisme de l'enfant », *Journées parisiennes de Pédiatrie*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1987, pp.205-212

-Cohen R., « L'intoxication par le plomb des jeunes enfants : un problème toujours actuel », *Rev Pédiatr*, 1987, N°2, pp.83-89

-Ministère des affaires sociales et de l'emploi, «Activité des services de santé scolaire 1984-1985 », *Échanges Santé*, 1987, supplément au n°48-49, pp.2-4

1988

-Bouyer J., Dreyfus J., Lazar P., Collin D., Winisdoerffer G., Papiernik E., «Prévention de la prématurité : enquête périnatale de Haguenau, 1971-1985 », *Revue Épidém et Santé Publ.*, 1988, Vol.36, N°2, pp.83-88

-Lichère F., « *La maternité chez les femmes immigrées et leurs réticences à la surveillance prénatale* », Thèse de médecine, Strasbourg, 1988

1989

-Charvet F., « Surveillance prénatale d'une primipare en 1988 », *Rev Fr Gynécol Obstet*, 1989, N°7-8, pp.551-553

-Delour M., Squizani F., « Intoxication saturnine chronique du jeune enfant. Dépistage et prise en charge médico-sociale. Proposition de protocole », *Rev Pédiatr*, 1989, 25, pp.38-47

-Delour M., « Une nouvelle pathologie pour l'enfant migrant ? Le saturnisme infantile chronique », *Migration-Santé*, 1989, 59, pp.3-7

1990

-Fassio F., Lehingue Y., Momas I., « Les bilans de santé en école maternelle : un instrument de connaissance de la santé des jeunes enfants », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1990, N°1, pp.35-41

1991

-Bouvier-Colle M.H., Varnoux N., Costes Ph., Hatton F., « Mortalité maternelle en France : fréquence et raisons de sa sous-estimation dans les statistiques des causes médicales de décès », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1991, Vol.20, pp.885-891

-Bouvier-Colle M.H., Varnoux N., Hausherr E., « Causes et facteurs de risque de la mortalité postnéonatale en France en 1987 d'après une enquête nationale », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, Vol.39, pp.435-445

-Bréart G., « Mortalité et morbidité périnatales en France », In: *15ièmes Journées nationales du Collège des gynécologues et obstétriciens français*, Paris, 1991

-Bréart G., Bouyer J., « Méthodes épidémiologiques en évaluation », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, Vol.39, pp.S5-S14

-Lichère F., «La surveillance de la grossesse chez les femmes traditionnelles immigrées », *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1991, N°1, pp.63-68

-Marchand A.C., Beck M.F., Francart G., «Les examens de santé de l'enfant en école maternelle. Apport de l'épidémiologie et évaluation », *Santé Publique*, 1991, N°3-4, pp.55-60

-Prost A., Jancloes M., «Choix et prise de décisions en santé publique. Le rôle de l'épidémiologie », *Journal d'Économie Médicale*, 1991, T.9, N°3, pp.131-143

1992

-Fontaine A., Xu Q., Brodin M., Lombrail P., Delour M., Squizani F. et al., « Dépistage du saturnisme infantile à Paris », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1992, N°2, pp.5-6

-Lenclen R., Paupe A., Carbajal R., Blanc P., Hoenn E., Olivier-Martin M., « Devenir des grands prématurés. Mortalité, morbidité et suivi à deux ans d'une population de 96 grands prématurés », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1992, N°11, pp.533-539

1993

-Alfaro C., Vincelet C., Lombrail P., Delour M., Squizani F., Fontaine A., Gottot S., Brodin M., «Évaluation de la stratégie du dépistage du saturnisme chez les enfants âgés de 1 à 3 ans, suivis dans les centres de P.M.I. à Paris », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1993, Vol.41, N°6, pp.473-479

-Bouvier-Colle M.H., Varnoux N., Bréart G., « Facteurs évitables de la mortalité maternelle. Résultats de l'enquête INSERM », In : *Mises à jour en Gynécologie-Obstétrique*, Paris, Éditions Tournaire, CNGOF-Vigot, 1993, pp.327-349

-Drucker J., «Le réseau de santé publique : un nouveau dispositif d'épidémiologie d'intervention », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1993, Vol.41, pp.349-351

-Floury M.C., Jallet F., « Les accouchements dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes H80 et EHP de l'année 1991 », *Rapides Infos, SESI*, 1993, N°44

-Saurel-Cubizolles M.J., Bean K., (INSERM), « Activité professionnelle et grossesse. Opinion des médecins », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993, Vol.22, N°6, pp.571-580

1994

-Thiriat-Delon H., Steffan J., Nicolas D., Duc M., « Enquête de dépistage du saturnisme infantile d'origine hydrique dans les Vosges », *Santé Publique*, 1994, N°3, pp.263-273

1995

-Camus E., Nisand I., « Interruption volontaire de grossesse. Législation, épidémiologie, complications », *La revue du praticien*, 1995, 45, pp.2361-2369

-Germain M., Roger G., « Le certificat de santé à la naissance comme instrument épidémiologique : leurre ou atout ? », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1995, N°4, pp.49-68

-Guegen C., Lagrue G., Janse-Marec J., « Retentissement sur le fœtus et l'enfant du tabagisme pendant la grossesse », *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°8, pp.853-859

-Guignon N., « Rougeole, oreillons, rubéole : les campagnes de promotion de la vaccination sont efficaces », *Info-rapides*, SESI, 1995, N°65, 4 p.

-Jacq-Le-Moal S., « *Bien naître au centre hospitalier communal de Cornouaille : un concept perfectible* », Rennes, Mémoire de l'École nationale de la santé publique, 1995

-Moatti A., « *Synthèse nationale des rapports médicaux académiques du service de promotion de la santé en faveur des élèves : année 1992-1993* », Ministère de l'Éducation nationale, Direction des lycées et collèges, Sous-direction de la vie scolaire et des établissements, Paris, Ministère de l'Éducation nationale, 1995

-Salanave B., Bouvier-Colle M.-H., « Mortalité maternelle et structure des naissances : une explication possible de la surmortalité en France », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1995, Vol.43, N°4, pp.301-307

1996

-Blondel B., Marshall B., « Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, pp.729-736

-Blondel B., Mellier G., « Les visites à domicile pendant la grossesse. Revue des essais randomisés et questions soulevées », *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°25, pp.515-522

-Bréart G., « Vingt ans d'épidémiologie périnatale. Le point de vue de l'épidémiologiste », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1996, Vol.44, pp.604-607

-Comité français d'éducation à la santé (CFES), « *Priorités de santé publique : apports de l'éducation pour la santé* », Vanves, CFES-Groupe méthodologique recherche évaluation, Délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé (DIREPS), 1996/05

-Mamelle N., Lehingue Y., Munoz F., Miginiac M., Béranger C., Tounissoux D., et les obstétriciens des 98 maternités participantes, « Le "Réseau Sentinelle" de maternités AUDIPOG. I/Paramètres de santé périnatale en 1994 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°6, pp.568-576

-Papiernik E., « Vingt ans d'épidémiologie périnatale. Le point de vue du clinicien », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1996, Vol.44, pp.597-602

-Parazzini F., Levi F., Lucchini F., La Vecchia C., « Tendances mondiales de la mortalité nationale et infantile », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1996, Vol.44, N°4, pp.376-381

-Spira A., (INSERM U292-Hôpital de Bicêtre), « Vingt ans de recherches en épidémiologie de la reproduction humaine », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1996, Vol.44, pp.588-595

1997

-Bouvier-Colle M.H., Ancel P.Y., Varnoux N., Salanave B., Fernandez H., Papiernik E., Bréart G., et les équipes régionales d'enquête, « Soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral. Caractéristiques des patientes et structures de prise en charge », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°, pp.47-56

-Choquet M., « Revue des expériences dans le domaine de l'Éducation à la santé à l'école en France », *Échanges Santé-Social*, 1997, N°85, pp.48-53

-- Au niveau local

Les Observatoires régionaux de santé, les Conférences régionales de santé, la commission régionale d'évaluation médicale (CREM), les services départementaux de protection maternelle et infantile constituent autant de sources d'indicateurs pertinents de l'état de santé de la population mesurée à échelon local.

Le processus de décentralisation engagé au début des années 80 dans le domaine sanitaire et social se fonde sur le principe d'une définition des priorités et des programmes de santé publique reposant sur une connaissance et une évaluation les plus fines possibles de l'état sanitaire de la population et des dispositifs susceptibles d'être mis à contribution pour la mise en OEuvre locale des politiques nationales. De nombreux textes officiels parus depuis les lois de décentralisation font état de cette nécessité d'un recueil d'informations local. La circulaire du 4 mars 1982, relative à la régionalisation des actions de prévention stipule qu'« *il convient de faire l'inventaire des données disponibles et de procéder aux enquêtes épidémiologiques nécessaires. Dans cet esprit, il peut être utile d'envisager la mise en place d'un observatoire de la santé, chargé de coordonner l'action des différents spécialistes régionaux et susceptible d'être un pôle efficace d'études et de recherches épidémiologiques* ». La circulaire du 18 décembre 1989, relative aux transferts de compétences en matière sanitaire et sociale prévoit la mise en place d'échanges d'informations entre les services de l'État, ceux des départements et les services de santé scolaire. Définissant les missions des services de protection maternelle et infantile, elle y insère « *le recueil et le traitement d'informations épidémiologiques* ». Cette mission est confirmée par le décret du 26 avril 1992, relatif à la PMI : « *Les états statistiques concernant, d'une part, les activités du service départemental et, d'autre part, la situation sanitaire au titre de la PMI... sont établis par ce service* ». Quelle que soit la réalité des interactions entre les services de l'État et les instances locales, la volonté d'améliorer ce processus de recueil puis d'échanges d'information est constamment réaffirmée par le législateur, notamment en 1996 et en 1997 (Circulaire du 12 mars 1996 au sujet de la protection de l'enfance) (décret du 29 novembre 1996, décret du 17 avril 1997 relatifs aux agences régionales de l'hospitalisation, circulaire du 20 novembre 1997 relative aux conférences et aux programmes régionaux de santé).

Les Conférences régionales de santé (ordonnance du 24 avril 1996) réunissent chaque année, dans chacune des régions, l'ensemble des partenaires en matière de santé qui proposent sur les orientations de la politique sanitaire dans chaque région. Dans l'esprit de la récente réforme du financement de la sécurité sociale, la Conférence nationale de santé prépare un document issu des réflexions des conférences régionales et des travaux du Haut comité de la santé publique qui est transmis ensuite au Parlement pour préparer son débat (depuis la Loi du juillet 1994, le Parlement examine chaque année, au moment du débat sur la loi de finances un rapport dans lequel le Gouvernement

présente les perspectives d'équilibre des différentes branches de la Sécurité sociale).

Textes officiels

-Circulaire DGS n°39 du 4 mars 1982, relative à la régionalisation des actions de prévention, BO du Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Secrétariat d'État chargé de la Santé, n°21 du 30 juin 1982

« Le développement de la prévention constitue la priorité de la politique de santé publique que j'entends mener.

« Une telle politique ne peut réussir que dans un cadre très largement décentralisé; elle repose en effet sur la connaissance des besoins de la population qui ne peut, à l'évidence, être obtenue par une action au seul niveau national.

« La priorité qui me paraît s'imposer à vous dans la conception des programmes régionaux de promotion de la santé consiste dans une bonne connaissance de l'état sanitaire de la population et de la variété des besoins de celle-ci. C'est pourquoi il convient de faire l'inventaire des données disponibles et de procéder aux enquêtes épidémiologiques nécessaires. Dans cet esprit, il peut être utile d'envisager la mise en place d'un observatoire de la santé, chargé de coordonner l'action des différents spécialistes régionaux et susceptible d'être un pôle efficace d'études et de recherches épidémiologiques.

« C'est sur la base de cette bonne connaissance des besoins de la population que pourront être conçus des programmes de prévention utiles.

« Ces programmes devront concerner en priorité les groupes de population présentant des risques spécifiques, soit en raison de leurs conditions de travail, soit en raison de leur environnement sanitaire, soit en raison de leur milieu d'habitation; une attention particulière de ce point de vue sera portée aux populations résidant dans les quartiers de la commission pour le développement social des quartiers ou dans le cadre de programmes régionaux.

-Loi n°89-899 du 18 décembre 1989, relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, JORF du 19 décembre 1989, p.15735

. prévoit la mise en place d'échanges d'informations entre les services de l'État, ceux des départements et les services de santé scolaire ;

. énumère les missions des services de PMI, parmi lesquelles : le recueil et le traitement d'informations épidémiologiques.

-Loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, Art.L712-6-1

-Arrêté du 26 avril 1992, fixant le modèle des formulaires statistiques normalisés en application du décret n°85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé, JORF du 7 mai 1992, p.6239

-Décret n°92-785 du 6 août 1992, relatif à la PMI, JORF du 12 août 1992, p.10972

. Art.8 : Les états statistiques concernant, d'une part, les activités du service départemental et, d'autre part, la situation sanitaire au titre de la PMI... sont établis par ce service.

Ces documents sont présentés et analysés par le service départemental au cours d'une réunion organisée chaque année par le président du Conseil général à laquelle participent les personnes et organismes concourant à la promotion de la Santé de la mère et de l'enfant, notamment les représentants des établissements de santé et des établissements libéraux, des organismes de sécurité et des services concernés de l'État.

Le service s'attache également à présenter et analyser, lors de cette réunion, d'autres indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre en matière de PMI tels que :

- le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de 18 ans,*
- le nombre de grossesses non ou mal suivies,*
- la mortalité maternelle,*
- le nombre d'enfants présentant un handicap,*
- le nombre de décès d'enfants de moins de 6 ans.*

-Circulaire PJJ du 12 mars 1996, relative aux orientations pour la mise en place d'une politique contractuelle entre l'État et les conseils généraux, en matière de protection de l'enfance

* un des objectifs : *«Améliorerle recueil et les échanges d'informations statistiques et, en conséquence, la meilleure connaissance du champ d'intervention »*

* un paragraphe relate l'historique de la mise en place, en 1993, d'un groupe de travail réunissant les services de la chancellerie (tribunaux et protection de la jeunesse) et une représentation de l'A.P.C.G., une prescription de plus en plus importantes de mesures de protection de l'enfance d'origine judiciaire ayant été constaté dans bon nombre de départements (mesures financées, selon la loi, par les conseils généraux, sans possibilités pour ces dernières de maîtriser réellement leurs dépenses ni de connaître les raisons fondamentales de leur évolution). Partant de ce constat, le groupe a mis en évidence un certain nombre de difficultés de fonctionnement entre les partenaires de terrain, dont l'absence de connaissance statistique fiable et commune, de l'ensemble du champ de la protection de l'enfance.

* terme d'une recherche entreprise à la suite de ce premier groupe de travail, il est ressorti qu'il était possible de promouvoir, au sein des départements et dans l'ensemble du champs de la protection de l'enfance, une dynamique d'amélioration des relations partenariales, en particulier, autour de l'amélioration du recueil et des échanges d'informations statistiques.

-Décret n°96-1039 du 29 novembre 1996, relatif aux agences régionales d'hospitalisation, JORF du 3 décembre 1996, p.17530

-Décret n°97-360 du 17 avril 1997, relatif aux conférences régionales de santé, JORF du 18 avril 1997, p.5873

Art.1: *«Laconférence régionale de santé instituée à l'article L. 767 du Code de la Santé Publique est réunie chaque année sur convocation du préfet de région.*

« Les analyses et examens auxquels elle procède s'appuient notamment sur les travaux scientifiques et les données d'observation disponibles dans la région, ainsi que le rapport de l'agence régionale de l'hospitalisation.

(ils sont assortis d'une sorte de synthèse sur l'effectivité de la mise en oeuvre des programmes régionaux de santé)

« Les conclusions des travaux de la conférence régionale de santé font l'objet d'un rapport qui est transmis au préfet de région et au bureau de la conférence nationale de santé. Ce rapport est rendu public ; le préfet en assure la diffusion.

« Le préfet de région détermine, parmi les priorités établies par la conférence régionale de santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont élaborés et mis en oeuvre en coordination,

notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale: les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation.

-Circulaire DGS n°97-731 du 20 novembre 1997, relative aux conférences de santé et aux programmes régionaux de santé, BO du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n°49 du 20 décembre 1997

Littérature scientifique

1987

-Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, «*Périnatalité en Languedoc-Roussillon : indicateurs de santé calculés à partir des certificats de santé à la naissance : 1981-1986* », Montpellier, ORS, 1987

1988

-Bouyer J., Dreyfus J., Lazar P., Colin D., Winisdoerffer G., Papiernik E., «*Prévention de la prématurité : enquête périnatale de Haguenau, 1971-1985* », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1988, Vol.36, N°2, pp.83-88

-Moreau A., «*La pédiatrie en Aquitaine à travers le système statistique* », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1988, N°2, pp.75-81

1989

-Bercelli P., «*Les connaissances statistiques en matière de périnatalité en Bretagne* », Rennes, ORS de Bretagne, Comité consultatif régional à la naissance, 1989

-Observatoire régional de santé du Languedoc-Roussillon, «*Périnatalité en Languedoc-Roussillon : indicateurs de santé calculés à partir des certificats de santé à la naissance : 1981-1988* », Montpellier, ORS, 1989

-Observatoire régional de santé de Midi Pyrénées, «*La périnatalité en Midi-Pyrénées* », Toulouse, 1989

1990

-Blondel B. Kaminski M., Kabir M., Dargent-Pare, Bréart G., «*Enquête sur les naissances vivantes et les décès avant 28 jours dans 4 régions françaises* », rapport de fin d'étude, INSERM, Toulouse, 1990

-Lehingue Y., « *Enquêtes de validation du certificat de santé à la naissance à l'échelon régional* », Montpellier, ORS, 1990

1991

-Conseil général de la Drome, « *Exploitation informatique des certificats de santé du 8^{ème} jour-Drome 1990* », Valence, Direction départementale du développement social et de la santé, 1991

-Conseil général de la Gironde, « *L'accueil de l'enfant de 3 mois à 3 ans en Gironde. Données de base par circonscription en 1990* », 1991

-Conseil général de la Seine-Saint-Denis, « *Savoir pour agir: 2 ans de recherche-action en périnatalité* », Actes du colloque, 13 décembre 1991, Bobigny, Direction de l'Enfance et de la Famille, 1991

-Lehingue Y., « *Évolution de la mortalité foeto-infantile depuis 1970 par âge au décès en région Langudos-Roussillon et ses 5 départements constitutifs et éléments de comparaison avec la France entière* », Montpellier, ORS, 1991

-Observatoire régional de la santé des Pays de Loire, « *Programme de prévention des infections ORL graves et répétées des jeunes enfants sur la ville de Saint-Nazaire* », Nantes, 1991

1992

-Direction de la Solidarité Charente, « *La santé des enfants en Charente. Résultats de l'exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour, année 1991* », Angoulême, Service de protection de la mère et de l'enfant, 1992

-Lehingue Y., Fassio F., Momas I., Daures J.-P., « *Surveillance épidémiologique des enfants des écoles maternelles de l'Hérault lors des bilans de santé du service de protection maternelle et infantile* », *Rev Épidém et Santé Publique*, 1992, Vol.40, N°1, pp.25-35

-Persch M., Abrar D., Léonard J., Bonhomme J.-P., Simon E., Gillet J.Y., « *Interruption médicale de grossesse: indications et techniques. Étude critique et réflexions à propos de 324 cas* », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1992, N°2, pp.70-75

1993

-« *Chiffres et indicateurs départementaux: la métropole (indicateurs périnatalité-famille-PMI-IVG)*, SESI, Rennes, ENSP, 1993

-Conseil général de la Seine-Saint-Denis, « *Savoir pour agir: initiatives en périnatalité* », Actes du colloque, Paris-La Villette, 14-15 décembre 1993. Bobigny, Direction de l'Enfance et de la Famille, 1993

-Conseil général de la Seine Saint Denis, « *Résultats des enquêtes qualitative et quantitative sur la prévention bucco-dentaire en PMI et en crèches: 1992-1993* », Bobigny, 1993

-Frattini M.O., Debroise C., Gaucher I., Guillou-Masse M.A., Lefeuvre O., Letord F., Mongredien A., Simplot V., Henninger D., Giraud J.R., « *Étude des causes des interruptions thérapeutiques de grossesse, de mortinatalité et de mortalité néonatale en région Bretagne. Année 1991* », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993, Vol.22, N°8, pp.856-863

1994

-Conseil général de la Haute-Garonne, « *La mère et l'enfant en Haute-Garonne. Année 1993* », Toulouse, Direction de la solidarité départementale, Service de la PMI, 1994

-Gremy M., Granier F., « *Les indicateurs de mortalité périnatale en Languedoc-Roussillon* » Montpellier, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Languedoc-Roussillon, 1994

1995

-Carvalho J., Frattini M.O., « *Mortalité, mortalité néonatale, interruption thérapeutique de grossesse en Bretagne, 1993* », enquête réalisée à l'initiative de la commission technique consultative de la naissance de la région Bretagne, Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 1995

1996

-Branger B., Rozé J.C., Boog G., « *Étude d'une classification des nouveau-nés et des maternités dans le département de Loire-Atlantique* », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°7, pp.723-728

-Observatoire Régional de la Santé de Franche Comté, « *Indicateurs de périnatalité. La Santé de la mère et de l'enfant en Franche-Comté* », 1996

-Fromaget J., « *La Bourgogne autour de la naissance* », *Échanges Santé-Social*, 1996, N°83, pp.36-38

-Goffinet F., Combier E., Bucourt M., de Caunes F., Papiernik E., « *Épidémiologie des morts foetales avant le travail dans l'enquête périnatale de la Seine-Saint-Denis* », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.26, pp.153-159

-Huss M., Bongain A., Bertrand M., Hofman P., Grimaud D., Gillet J.Y., « Mortalité maternelle à Nice. Résultats d'une enquête de type « RAMOS » à partir des registres de décès du Centre Hospitalier Universitaire de Nice. 1986-1993 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°6, pp.636 et s

-Verpillat P., « *Les Conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique. Synthèse pour la Ministère du travail et des affaires sociales* », Paris, Direction générale de la santé, Bureau SP1-Prospective et promotion en santé, 1996

1997

-Cans C., Benitza V., Jouk P.S., Guillem P., Billette de Villemeur A., « Comparaison de l'évolution de la mortalité infantile et de l'évolution des handicaps de l'enfant en Isère, 1976-1985 », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1997, Vol.45, pp.214-223

-Carvalho J., Frattini M.O., « *Mortalité, mortalité néonatale interruption médicale de grossesse en Bretagne, 1995* », Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 1997

-Comité départemental d'éducation pour la Santé de la Haute-Garonne, « *Action de prévention de l'asthme et des allergies respiratoires en faveur des jeunes enfants. Action menée en partenariat avec la CPAM de Haute-Garonne* », rapport d'activité, Toulouse, 1997

-Conseil général de l'Ariège, « *Protection de la mère et de l'enfant en Ariège en 1996* », 1997

-Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), « *La santé observée dans les régions de France. Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé* », Paris, 1997

-Monginet B., Mienville P., Sambuc R., Ledesert B., et al, « *Les actes de la conférences régionale de la santé publique du Languedoc-Rousillon* », Montpellier, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Languedoc-Roussillon, pour le Ministère du travail et des affaires sociales, 1997

-Verdan M.C., Taubira Delanon C., Castor M.J., Maynie P.L., Laurent M., « *Première Conférence régionale de la santé de la Guyane, 23 mai 1994. Synthèse des travaux* », Cayenne, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Guyane, 1997

1998

-Conseil général d'Ille-et-Vilaine, «*Rapport d'activité du service PMI-Actions de santé. Année 1996* », Rennes, Direction des Affaires sociales, Collection Les cahiers techniques, n°78, janvier 1998

2-L'Évaluation (de la pratique) médicale : instrument de mesure de la performance du système sanitaire et social

Suite à la parution des rapports Papiernik en 1985, et Armogathe en 1990, les autorités publiques françaises commencent à promouvoir le développement de l'évaluation médicale discipline apparue aux États-Unis dans les années 70. Les créations du Centre national pour l'évaluation médicale (CNEM) en 1987 (décret du 3 juin), de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1991, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé achèvent en 1996 (ordonnance du 24 avril 1996) son processus d'institutionnalisation. Très vite se multiplient à leur suite les Conférences de consensus dont l'objectif est l'amélioration des pratiques médicales par la synthèse des connaissances existantes dans un domaine précis, puis les études d'évaluation technologique.

Les conférences de consensus, méthode élaborée aux États-Unis à partir d'une demande du congrès américain et du National Institute of Health se sont diffusées un peu partout en Europe. En Grande-Bretagne, les conférences de consensus ont été demandées par des organismes officiels avec pour but d'évaluer la relation coût-efficacité de nouvelles méthodes. Au Danemark et en Suède, c'est le parlement qui s'est fait demandeur dans le but de l'éclairer dans son processus de choix autour de grandes orientations de santé publique (Giraud A., Jolly D., *Le consensus en médecine. Analyse et bilan des conférences de consensus dans le monde*», 1971, cité par Tournaire et Lepercq, 1995). En France, les conférences de consensus sont surtout d'initiative de groupements de professionnels ou de sociétés savantes. En gynécologie et obstétrique, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a ainsi organisé deux conférences de consensus sur l'échographie en obstétrique et sur la stérilité (Tournaire M., et al., 1987/Le Coutour X., et al., 1992). La Société française de gynécologie a organisé une conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, une autre a été réalisée sur le traitement de la ménopause à l'initiative de la Mutualité française. En rappelant l'histoire du Distilbène, M. Tournaire et J. Lepercq (Op. Cités, 1995), reconnaissent au moins une raison d'être aux conférences de consensus : diminuer le décalage qui peut exister entre les données scientifiques et la pratique. En effet, l'étude menée en 1953 et qui ne montrait pas de bénéfice au traitement par Distilbène est restée largement méconnue et il s'en est suivie une prescription abusive du Distilbène pendant des années. À l'inverse, alors qu'il a démontré que l'emploi des corticoïdes pendant la grossesse à haut risque d'accouchement prématuré, réduit, de façon spectaculaire un certain nombre de détresses néonatales, la diffusion de ce traitement est lui plutôt limitée.

Le principe des conférences de consensus se fonde sur la réunion d'un Jury appelé à faire la synthèse des preuves scientifiques de la performance des

pratiques présentées et discutées publiquement par des experts. La présentation s'appuie sur une revue détaillée de la littérature, à l'issue de laquelle un jury se réunit à huis clos et rédige les conclusions tirées des exposés des experts et des débats. Le thème retenu doit avoir pour objectif une amélioration de la pratique médicale, soit en améliorant la prise en charge d'une affection, soit en évaluant des technologies. Il faut également un enjeu de santé publique (une affection fréquente ou grave et qui pose des problèmes médicaux, éthiques et/ou économiques). L'introduction en France de la conférence de consensus par nature démocratique, laisse entrevoir une évolution possible vers l'ouverture de débats publics sur de grandes questions relatives au système de santé.

La mise en place de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale va finalement dans le sens d'une volonté des pouvoirs publics d'introduire la dimension de l'évaluation économique. De même, la création en 1989 du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, alimenté par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, se situe dans une démarche d'évaluation médicale qui évolue dans le sens d'une évaluation sociale et économique des actions de soins et de prévention (Séror V., 1993). Ce mouvement de ralliement à une conception globale de l'évaluation se retrouve en filigrane dans les articles scientifiques des professionnels de santé parus ces toutes dernières années, ce qui laisse entrevoir un net changement par rapport à une culture professionnelle traditionnellement en bute avec les préoccupations de rationalisation des dépenses (Langer B., et al., 1997).

Si les années 80 sont marquées par la nécessité internationalement reconnue d'évaluer les techniques utilisées pour la pratique médicale (apport de l'échographie en particulier : Catanzarite V.A., *Am J Obstet Gynecol*, 1987/ Tournaire M. et al., 1987/), très vite on assiste à la parution d'articles interpellant le professionnel lui-même dans sa contribution à l'évaluation des techniques et des pratiques médicales (Weill C., 1987/.....) contribution qui a pour corrolaire la meilleure coordination possible entre les différents acteurs intervenant dans une décision médicale (Lewin D., 1988/ ...). Les publications des années 90 quant à elles font état de réflexions éthiques et juridiques par rapport aux avancées sans précédent des techniques de procréation artificielle (Camier B., 1990/Bérardi J.-C., 1992/ Hédon et Boulot, 1992/ Le Coutour X., et al., 1992/ Relier J.-P., 1992/ Bréart G., et al., 1994/ Dehan G. et al., 1994,....)

-Décret n°87-367 du 3 juin 1987, portant création du Comité national de l'évaluation médicale, JORF du 5 juin 1987, p.6097

« Il est créé auprès du ministre de la santé un Comité national pour l'évaluation médicale.

« Le comité a pour mission de recenser les initiatives et les opérations d'évaluation dans le domaine médical, de susciter de telles initiatives et opérations et de participer à la diffusion des résultats obtenus.

« Il devra émettre des recommandations sur les techniques d'évaluation et sur les règles propres à garantir la fiabilité des informations diffusées, afin que les opérations d'évaluation et les informations diffusées respectent l'éthique médicale.

-Armogathe J.-F.,

« Pour le développement de l'évaluation médicale », rapport au Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Paris, La Documentation française, 1989

-Décret n°90-797 du 7 septembre 1990, modifiant le décret du 3 juin 1987 portant création du Comité national pour l'évaluation médicale, JORF du 9 septembre 1990, p.10995

-Agence nationale de l'évaluation médicale,

« Liste des travaux du service des études », Paris, Andem, novembre 1993

-Décision du 13 avril 1995, relative à l'analyse de santé et aux pratiques médicales pendant la période périnatale, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°22 du 28 juillet 1995

. création d'un fichier à l'U149 de l'INSERM ;

. les informations proviennent des données recueillies par les services de PMI ;

-Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF du 25 avril 1996, p.6324

-Décision du 26 septembre 1996, relative à l'analyse des pratiques médicales des sages-femmes pendant la période périnatale, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°47 du 11 décembre 1996

-Décision du 10 avril 1997, relative au contrôle de cohérence des données, traitements statistiques, application des conférences de consensus, création à l'INSERM d'un traitement automatisé d'informations nominatives dont la finalité est le contrôle de cohérence des données, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°20 du 12 juin 1997

Littérature scientifique

1987

- Bouyer J., «*Prévention de la prématurité. Un exemple d'évaluation épidémiologique d'une action de santé publique* », Thèse pour le doctorat de Statistique et Santé, Université Paris Sud, 1987
- Catanzarite V.A., Jelovsek F.R., «*Computer applications in obstetrics* », *Am J Obstet Gynecol*, 1987, 156, pp.1049-1053
- Raoul-Duval A., «*Étude psychologique des enfants nés après fécondation in vitro. Évolution des relations parents-enfants* », *Contracept Fertil Sex*, 1987, Vol.15, N°6, pp.635-638
- Tournaire M., Bréart G., Papiernik E., Delecour M., «*Apport de l'échographie en obstétrique* », CNGOF, Paris, Vigot, 1987
- Weill C., «*Évaluation des techniques et pratiques médicales : la nécessité d'une contribution des professionnels* », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1987, N°1, pp.93-105

1988

- Boulot P., Deschamps F., Lafargue F., Viala J.L., «*Diagnostic prénatal : l'obstétricien face aux nouvelles techniques* », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1988, N°7-8, pp.513-525
- Clément J.-L., Houel A., «*L'enfant conçu par IAD : entre ses parents et le médecin. Enquête auprès des médecins sur les enfants conçus par insémination artificielle avec donneur* », *Sciences Sociales et Santé*, 1988, Vol.VI, N°2, pp.31-54
- Corbillon M., «*Quand la conception n'est pas une affaire de famille. L'insémination artificielle avec donneur. A propos de l'enquête "auprès des médecins sur les enfants conçus par insémination artificielle avec donneur"* », *Sciences Sociales et Santé*, 1988, Vol.VI, N°2, pp.55-60
- Fellous M., «*La révolution échographique* », *Sociologie du Travail*, 1988, N°2
- Lewin D., «*Le dossier obstétrical* », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1988, Vol.17, N°6, pp.770-775

-Sullerot E., (sociologue), «La sensibilité sociale devant les développements de la génétique et de la procréatique », *Contracept Fertil Sex*, 1988, Vol.16, pp.417-420

1989

-Macquart-Moulin G., Julian C., Chapel F., Aymé S., « Sensibilité de l'échographie obstétricale dans le diagnostic anténatal des anomalies foetales majeures », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1989, Vol.37, N°3, pp.197-205

-Malègue C., «Le suivi médical dans les établissements scolaires », *Éducation et Formations*, 1989, N°19, pp.2-13

-Mekherbeche H., Haken A.R., Hannouz M.M., « La procréation médicalement assistée et le droit musulman », *Contracept Fertil Sex*, 1989, Vol.17, N°4, pp.381-382

-Pastor J., Grandjean H., « Un système expert est-il indispensable à la décision médicale ? », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1989, Vol.84, N°4, pp.329-330

-Nisand I., Maugis E.L., «L'échographiste obstétrical et le juge. Pour un consensus médical en diagnostic anténatal », 1989, Vol.18, N°1, pp.23-31

-Soutoul J.H., Body G., Pierre F., Kone M., « Les risques de complications médicales inhérentes aux techniques de procréation assistée », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1989, Vol.18, N°7, pp.919-929

-Uzan S., Uzan M., Salat-Baroux J., Sureau C., « Télémonitoring foetal », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1989, Vol.18, N°7, pp.871-878

1990

-Carnier B., «Évolution technique et biologique des procréations médicalement assistées », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1990, N°12, pp.663-666

-Le Coutour X., Infante-Rivard C., Danzon A., « Régionalisation des soins et pratiques obstétricales », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1990, Vol.38, N°3, pp.211-220

-de Muylder X., «Évolution psychologique maternelle au cours de la grossesse », *Contracept Fertil Sex*, 1990, Vol.18, N°3, pp.225-227

-Soutoul J.H., Body G., Pierre F., « L'interruption dite thérapeutique de grossesse. Exigences, limites et insuffisance de la loi », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1990, N°6, pp.677-685

1991

- Aymé S., Julian C., «Évaluation épidémiologique : le cas particulier du diagnostic prénatal », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, supplément n°1, pp.65-73
- Blondel B., Saurel-Cubizolles M.-J., Chwalow J., «Évaluation psychologique et sociale», *Rev Epidém et Santé Publ*, 1991, Vol.39, supplément 1, pp.S31-S42
- Boisselier Ph., Peter J., Trouslard D., «La programmation de l'accouchement. Bilan de 5 années d'activité et 1752 déclenchements du travail », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1991, Vol.20, N°8, pp.1131-1140
- Bréart G., Bouyer J., « Méthodes épidémiologiques en évaluation », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, Vol.39, pp.5-14
- Darmoni S.J., Bérardi J.-C., Papiernik E., « Système d'aide à la décision en obstétrique. L'informatisation des consultations périnatales », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1991, Vol.20, N°7, pp.893-897
- Fellous M., « *La première image. Enquête sur l'échographie obstétricale* », Paris, Nathan, 1991
- Gold F., Laugier J., «Faut-il poursuivre la surenchère sur les nouveau-nés de très faible poids de naissance ? », *Arch Fr Pédiatr*, 1991, Vol.48, pp.241-242
- Grenier B., « Les nouveaux défis de la médecine », *Arch Fr Pédiatr*, 1991, 48, pp.603-605
- Kaminski M., Blondel B., « Évaluation des programmes de dépistage », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, supplément n°1, pp.51-63
- Pierre F., Soutoul J.H., « Applications en gynécologie-obstétrique des premières jurisprudences concernant la transmission du VIH par transmission sanguine et les erreurs de son dépistage », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1991, Vol.20, N°4, pp.479-486
- Soutoul J.H., Pierre F., Panel N., « Les implications médico-légales de la césarienne à la lumière de la jurisprudence », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1991, Vol.20, N°5, pp.737-744
- Spira N., Aymé S., « Évaluation épidémiologique de quatre interventions en santé publique », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, supplément n°1, pp.75-82

-Zerr V., Le Lann D., « Intérêts du Döpler ombilical dans la surveillance de grossesse », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1991, N°10, pp.571-573

1992

-Bérardi J.-C., « La prématurité de décision médicale », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1992, Vol.21, N°8, pp.943-946

-Callon M., « Construction des objets techniques : application de la sociologie de la traduction au cas des innovations médicales », In : Moatti J.-P., Mawas C. (dir.), « *Évaluation des innovations technologiques et décisions en santé publique* », INSERM, Collection Analyses et Prospective, La Documentation Française, 1992

-Colpin H., Demyttenaere K., Vandemeulebroecke L., « Procréations médicalement assistées et la relation parents-enfant », *Contracept Fertil Sex*, 1992, Vol.20, N°11, pp.1074-1083

-Gerbaud L., Glanddier P., (services d'épidémiologie-économique de la santé, CHU Clermont-Ferrand), « L'évaluation de la qualité des soins », *Gestions Hosp*, 1992, N°317 pp.468-472

-Gold F., Laugier J., « Droits et devoirs du foetus. Contribution pédiatrique à la résolution des dilemmes moraux de la pratique médicale anténatale », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1992, Vol.21, N°6, pp.603-605

-Goujard J., Aymé S., Stoll C., « L'évaluation des technologies diagnostiques des malformations congénitales », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1992, Vol.21, pp.278-280

-Hédon B., Boulot P., « Les résultats de la prise en charge de la stérilité. Le point de vue du gynécologue-obstétricien », *Contracept Fertil Sex*, 1992, Vol.20, N°2, pp.129-135

-« L'activité des services de gynécologie-obstétrique. Résultats de l'enquête du collège des gynécologues-obstétriciens », In : *Mises à jour en obstétrique*, Vigot, 1992, pp.433-479

-Lecoutour X., Bruhat M., Levy G., Tournaire M., « La prise en charge médicale de la stérilité », *Contracept Fertil Sex*, 1992, Vol.20, pp.121-299

-Matillon Y., « Évaluation des techniques et des pratiques médicales : les difficultés du passage à l'acte », In : Moatti J.-P., Mawas C., (dir.), « *Évaluation des innovations technologiques et décisions en santé publique* », INSERM, Collection Analyses et Prospective, La Documentation Française, 1992

-Pons J.C., Frydman R., « Les grossesses quadruples : prise en charge et évolution obstétrico-pédiatrique », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1992, Vol.21, N°5, pp.557-562

-Relier J.-P., « Résultats de la prise en charge de la stérilité », *Contracept Fertil Sex*, 1992, Vol.20, N°2, pp.136-141

1993

-Saurel-Cubizolles M.-J., Bean K., « Activité professionnelle et grossesse. Opinion des médecins », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993, Vol.22, pp.571-580

-Séror V., « Analyse critique de méthodes d'évaluation économique des actions de santé : l'exemple du dépistage prénatal de la trisomie 21 », *Sciences Sociales et Santé*, 1993, Vol.XI, N°3-4, pp.123 et s.

-Soutoul J.H., « L'interruption médicale de grossesse: qui décide ? qui interrompt ? qui contrôle ? », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993, Vol.22, pp.107-108

1994

-Blond M.-H., Gold F., Drucker J., Léonnet C., Rondeau C., Guerois M., Laugier J., « Réanimation du nouveau-né en salle de naissance: évaluation de l'action régionale de formation conduite en 1990 dans la région Centre », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°2, pp.202-208

-Bréart G., Dehan M., Paris-Llado J., Tournaire M., « Attitude des obstétriciens face à la grande prématurité », In : *18ièmes Journées nationales de la Société de Médecine périnatale*, CNGOF, Paris, Arnette, 1994, pp.171-180

-Dehan G., Paris-Llado J., Tournaire M., « Attitudes des obstétriciens et des néonatalogistes face à la grande prématurité », In : *Mises à jour en Gynécologie-Obstétrique*, CNGOF, 1994, T.XVIII, pp.121-132

-Dubos J.-P., Truffert P., Deharck M.B., Depoortere M.H., Thomas D., Dervaux C., Valat A.S., Lequien P., Puech F., « Prise en charge des détresses vitales du nouveau-né à la naissance », 1994, N°3, pp.330-335

-Glangeaud-Freudenthal M.-C., « Facteurs de stress psychologique liés à l'hospitalisation prénatale », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, N°3, pp.289-293

-Julian-Reynier C., Macquart-Moulin G., Aurran Y., Chabal F., Aymé S., (INSERM), « Diagnostic prénatal : connaissance des femmes à l'issue de leur grossesse », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°6, pp.691-695

-Matillon Y., Durieux P., « *L'évaluation médicale : du concept à la pratique* », Paris, Flammarion, 1994

-Poisson-Salomon A.-S., Crenn-Hébert C., Blot P., « Évaluation en Gynécologie-Obstétrique. Propositions pour une évaluation de routine des pratiques professionnelles », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°8, pp.858-864

-Schneider S., Roussey M., Odent S., Debrouse C., Poulain P., Jouan H., Milon J., Betremieux P., Journel H., Le Mée F., Morellec J., La Marec B., « Réflexions sur 10 ans d'interruption médicale de grossesse en Ille-et-Vilaine », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°2, pp.157-165

1995

-Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, « *Döppler en Obstétrique. Évaluation clinique et économique* », Paris, Andem, 1995

-Baille M.-F., Grandjean H., Arnaud C., Lesourd F., Fournie A., Pontonnier G., « Évolution des taux de césarienne au CHU de Toulouse, de 1983 à 1993. Déterminants et conséquences », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°8, pp.763-771

-Boithiaas C., André P., Meric M., Dehan M., Gabilan J.C., « Extrême prématurité : problèmes médicaux, problèmes éthiques », *Journal de Pédiatrie*, 1995, N°7, pp.398-403

- « Conférence de consensus sur le déclenchement de l'accouchement, Paris, 29-30 septembre 1995 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°1 supplément

-Gold F., Descamps Ph., Toutain A., Pierre F., Body G., Haddad G., Paillet C., Pourcelot D., Lacombe A., Santini J.J., Bonnard C., Vaillant M.C., « Problèmes éthiques soulevés par les pratiques françaises actuelles de l'interruption médicales de grossesse. 1^{ère} partie : étude prospective sur 24 mois au CHU de Tours », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°6, pp.586-594

-Gold F., Blond M.H., Hervé C., Tourelle R., Marchand S., Guérois M., « Problèmes éthiques soulevés par les pratiques françaises actuelles de l'interruption médicale de grossesse. 2^{ème} partie : enquête par questionnaire dans 15 CHU français », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°7, pp.722-726

-Gold F., Hervé C., Tourelle R., Bauberot J., Pierre F., Descamps Ph., Laugier J., « Problèmes éthiques soulevés par les pratiques françaises actuelles de l'interruption volontaire médicale de grossesse. 3^{ième} partie : contribution à la résolution des dilemmes moraux de la médecine du fœtus », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°8, pp.727-732

-Hanesse B., Legras B., Morali A., « L'hospitalisation des enfants au CHU de Nancy. Place d'un hôpital spécifique », *Gestions Hosp*, 1995, N°348, pp.526-529

-Hass J., Orav J., Goldman L., « The relationship between physicians qualifications and experience and the adequacy of prenatal care and low birth weight », *Am J of Pub Health*, 1995, Vol.85, N°8, pp.1087-1091

-Horbar J.D., Lucey J.F., « Evaluation of neonatal intensive care technologies », *Future Child*, 1995, N°5, pp.1139-161

-Michaud J., « Les implications des progrès médicaux à la naissance et à la mort », *Revue Hospitalière de France*, 1995, N°5, pp.500-503

-Tournaire M., Lepercq J., « Avantages et inconvénients des conférences de consensus », *Contracept Fertil Sex*, 1995, Vol.23, N°10, pp.587-589

1996

-Carbajal R., Barthez P., Viala J., Manceron V., Olivier-Martin M., Simon N., « Évaluation des demandes de conseils pédiatriques dans un service d'urgences », *Arch Pédiatr*, 1996, N°3, pp.959-963

-Dehan M., « Devenir des enfants nés après une assistance médicale à la procréation », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 1996, N°8, pp.459-463

-Develay A., Fontaine A., Guiot M., Lecourt A., Rodriguez M., Brodin M., « Analyse de l'activité de l'hospitalisation à domicile pédiatrique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris », *Arch Pédiatr*, 1996, N°3, pp.28-34

-François P., Blum-Boisnard C., Colin C., Czernichow P., Derenne Y., Dubois G., Glanddier P.Y., Sambruc R., « Développement de l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé universitaires : stratégie de mise en oeuvre d'une démarche de qualité », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, N°4-5, pp.195-203

-Henrion R., « L'obstétrique au cours des cinquante dernières années », *La Revue du Praticien*, 1996, 46, pp.1585-1588

-Lebrun T., Saily J.C., «L'évaluation médicale : du concept à la pratique Paris, Flammarion, Collection "Médecine Science", 1996

-Merg D., Kessler-Resch V., «Interruption médicale de grossesse et éthique : une étude comparative auprès des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres du Bas-Rhin », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 1996, N°2, pp.84-89

-de Mouzon J., Logerot-Lebrun H., «Évaluation des traitements de la stérilité. Le point de vue de l'épidémiologiste », *Contracept Fertil Sex*, 1996, Vol.20, pp.142-158

-de Muylder X., « L'accoucheur manquant », *Champ Psychosomatique*, 1996, N°8, pp.49-57

-Vandelac L., « Technologies de la reproduction : l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre... », *Sociologie et Sociétés*, 1996, Vol.XXVIII, N°2, pp.73-75

-Vendittelli F., «Les "outils" de l'évaluation médicale », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1996, N°3, pp.85-88

-Vendittelli F., «Approche du concept d'évaluation médicale », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1996, N°1-2, pp.42-47

1997

-Barjot Ph., Levy G., « Interruptions médicales de grossesse: bases et fondements éthiques », *Contracept Fertil Sex*, 1997, Vol.25, N°1, pp.37-45

-Fleurette F., Charvet-Protat S., Matillon Y., «L'évaluation des technologies médicales », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°18, pp.IX-X

-Fourquet F., Maisonneuve H., Steudler F., Durocher A., Matillon Y., «Les Sociétés Savantes et le développement de l'évaluation médicale », *Cah.Socio. Démo. Méd.*, 1997, N°1, pp.53-75

-Langer B., Cavena M.P., Schlaeder G., «La surveillance prénatale de routine en Europe : comparaison de l'expérience de 9 services de Gynécologie-Obstétrique situés dans 8 pays différents », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°4, pp.358-366

-Matillon Y., « L'évaluation de la pratique médicale », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°18, pp.IV-VII

-Wiassman R., « Interactions familiales et impact de la technologie dans la gestion d'une maladie chronique chez l'enfant », *Sciences Sociales et Santé*, 1997, Vol.13, N°1, pp.81-99

Rubrique 2- LES INSTRUMENTS ADMINISTRATIFS DE LA RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La croissance des dépenses de santé, la coexistence d'un secteur public et privé au sein du système de santé, le constat que la demande de soins est largement induite par l'offre, ont conduit les pouvoirs publics à promouvoir dans un premier temps des solutions centrées exclusivement sur l'offre de soins. C'est ainsi que l'État régulateur, pour rationaliser l'offre de soins a soumis directement les pratiques, les professions et les établissements de santé au respect de normes édictées dans le souci non dissimulé de contenir l'évolution de la dérive des dépenses publiques dans ce secteur. L'exemple des mesures élaborées en vue de prévenir la prématurité est à cet égard très significatif. L'inquiétude des pouvoirs publics par rapport à la prématurité va bien au-delà d'une inquiétude en termes de santé publique. Le coût de la prématurité est très lourd, d'autant plus lourd que l'on se trouve au coeur d'une discipline médicale dont les techniques diagnostiques et thérapeutiques ont connu durant les deux dernières décennies un progrès sans précédent.

Bon nombre de textes applicables aux intervenants et aux établissements de soins et de prévention ont pour objet, explicite dans la majorité des cas, l'augmentation de la sécurité des activités par l'édition de normes en personnel, en locaux, en matériel, en protocoles thérapeutiques et une répartition contrôlée des compétences. Le non-respect de ces normes est sanctionné lorsqu'il est le résultat de manquements évitables, il est suivi de plans de restructuration par exemple lorsque que le dispositif existant ne permet pas en l'état de satisfaire aux exigences de sécurité (fermeture des petites maternités, mise en réseau).

La régulation de l'offre de soins dominante dans les décisions gouvernementales jusqu'à une période récente est illustrée par une littérature relativement abondante. Ce mode de régulation évolue au niveau des structures dans le sens d'une plus grande initiative laissée aux acteurs du système de santé dans son ensemble. Néanmoins si le consensus règne autour du constat d'échec de la régulation réglementaire de l'offre de soins et de prévention, on se demande au regard des articles publiés sur le sujet si les conditions du succès des réformes basées sur l'incitation sont davantage réunies. Il semble que l'éclairage sociologique, anthropologique, organisationnel, voire ethnologique porteur d'enseignements potentiellement très pertinents quant à la mise en oeuvre de ces nouveaux outils de régulation ne soit pas suffisamment exploité (cf les réticences entourant la mise en réseau des maternités ou des actions de prévention).

2.1- Définition des risques, sécurité des activités de soins, politiques de prévention et réglementation

« On peut s'interroger sur le rôle de l'épidémiologie en France et sur l'organisation des débats dans cette discipline qui semble souvent en matière obstétricale voler au secours des partisans de la plus forte médicalisation » (Akrich et Pasveer).

Le contenu des directives gouvernementales relatives à la sécurité des activités de soins dans le secteur obstétrico-pédiatrique illustre ces propos. En France le législateur se servirait des études épidémiologiques pour fonder et justifier les conceptions du « risque » en matière de santé publique. Nous avons retrouvé, dans un échantillon de textes juridiques extraits d'une période de cinquante années (1945-1995) à peu près systématiquement les mêmes formules d'amorce. En général, il est fait référence à des résultats d'études ou de rapports qui pointent du doigt de mauvaises performances sanitaires, voire d'accidents justifiant le renforcement de la réglementation :

- L'ordonnance du 2 novembre 1945 institue la Protection maternelle et infantile *afin de faire face à la flambée de mortalité infantile de l'après-guerre*. Il est intéressant de noter que l'on assiste au passage de la notion d'assistance à la notion de protection de la santé de la mère et de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans (avec le texte de 1989, on passera de la notion de protection à celle de promotion). *L'État se porte garant de cette protection et la place toute entière sous son contrôle*. Ce texte fondateur va jusqu'au bout de la logique de la gestion administrative et centralisée des risques puisqu'il institue *l'obligation d'une surveillance sanitaire régulière des mères et des nourrissons, consignée sur le carnet de santé remis à chaque naissance*.

- La circulaire du 20 février 1980, relative au dépistage et à l'éducation précoces de l'enfant déficient visuel, précise que la nécessité du dépistage des déficiences sensorielles *se justifie par les constatations suivantes ...(...)*

- La circulaire du 23 mars 1982 fait explicitement référence à *des accidents imputables ou imputés à l'anesthésie dont certains pourraient être évités encore chaque année...*

- La circulaire du 8 février 1995, relative à la sécurité d'utilisation des incubateurs d'ancienne génération a été élaborée à la suite d'« incidents graves » lors de l'utilisation des incubateurs d'ancienne génération.

-La circulaire du 2 août 1995, relative à la sécurité d'utilisation des incubateurs fermés fait également suite à *deux accidents graves portés à la connaissance du ministre chargé de la santé, survenus lors d'une utilisation inappropriée d'incubateurs*.

B.R. Durand (Direction des Hôpitaux), à partir de plusieurs textes officiels abordant le problème des risques et de la sécurité en général, a tenté de dégager justement quels sont les principes à l'oeuvre dans la gestion du risque à la française et d'identifier leurs fondements (*Gestions Hosp*, 1994). « *Le risque est une potentialité* ». Dans le cas des activités de soins, B.R. Durand distingue deux types d'approches :: l'approche réglementaire sectorielle (ou verticale) et l'approche réglementaire transversale (ou horizontale). La sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement est un exemple de priorité donnée à un type de soins particulier au sein d'un établissement de santé. Soins et équipements sont réglementés en fonction de la priorité fixée, on se retrouve dans le cas de figure d'une approche réglementaire sectorielle. L'approche réglementaire transversale consiste à identifier les agents de risques dans l'établissement de santé quels que soient les secteurs de soins concernés (exemple : la sécurité vis-à-vis des infections nosocomiales, circulaire du 13 octobre 1988). Il est intéressant de noter que ces deux types de réglementation renvoient à une vision différenciée des autorités publiques quant aux moyens jugés nécessaires à l'obtention de la sécurité optimale.

Afin de clarifier le résultat de la recherche documentaire, on distingue de manière un peu artificielle (sachant que des chevauchements existent entre par exemple la PMI et la médecine scolaire ou bien la PMI et la surveillance de la grossesse) les grands domaines d'intervention de l'État édicateur de normes à savoir la protection prénatale et les activités de protection maternelle et infantile et la médecine scolaire.

*** *Le dispositif français de protection prénatale: la sécurité réglementée, gage d'efficacité***

Le grand programme de périnatalité, mis en oeuvre en 1972, inaugure la première action administrative dans le domaine de la protection prénatale (Dagnaud M., Mehl D., *Sociologie du Travail*, 1988). La question de la sécurité préoccupe les autorités publiques de l'époque en raison de la faible performance des indicateurs de mortalité et de morbidité périnatales qui ne sont pas, comparativement à d'autres pays occidentaux, à la hauteur des dépenses publiques engagées. Les pouvoirs publics voient là le signe d'une défaillance du dispositif de prévention et de soins entourant la naissance. Les résultats qui suivent l'application du plan viennent corroborer cette vision des choses : on assiste à une réduction de moitié, sur une période de dix ans, des taux de mortalité infantile et périnatale. Très vite néanmoins, la France fait à nouveau mauvaise figure dans les classements européens, elle demeure aux environs du dixième rang pour la plupart des indicateurs et notamment de la mortalité maternelle (E. Papiernik, « *La sécurité à la naissance* », rapport au Haut comité de la santé publique, 1993/ « *L'Obstétrique en France* », CNAMTS, 1993). Ce constat aboutit à la rédaction du second plan périnatalité avec toujours pour objectif principal la diminution des taux de mortalité

maternelle et infantile. Dans les deux cas, le débat se concentre autour de la question de la réorganisation la plus efficace (la plus à même de combiner qualité et sécurité des naissances) de l'offre obstétrico-pédiatrique.

À partir de 1972, l'autorisation préfectorale permettant aux établissements concernés de recevoir des patientes en « *état de grossesse réelle, apparent ou présumé* » est soumise à conditions. L'objectif implicite est d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant dans les établissements aussi bien privés que publics pratiquant des accouchements. Ce but est considéré comme atteint si l'établissement répond aux obligations contenues dans le décret Dienesh, principalement des obligations de moyens (locaux et matériels : amélioration des conditions de l'accouchement-possibilité de réanimation du nouveau-né en salle de travail-création d'unités de réanimation néonatale, formation du personnel médical, amélioration de la surveillance de la grossesse par des examens prénatals obligatoires, vaccination antirubéolique), des obligations de résultats, des obligations d'information, et une répartition des fonctions entre les professionnels de santé. On sait maintenant que l'application de ce texte a débouché sur la fermeture des petites unités de soins et de prise en charge jugées non conformes à la réglementation.

Le nouveau plan périnatalité de 1994 décline un certains nombres d'objectifs visant à aller plus loin que la circulaire du 5 mai 1988 (relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques) dans la réalisation d'actions pour accroître la sécurité à la naissance. Un seuil de sécurité minimale d'activité de 300 accouchements par an devrait être la norme opposable pour toute maternité, avec toutefois la possibilité accordée à une maternité en-deçà de ce seuil de se maintenir à condition qu'elle soit située dans un périmètre d'accès d'une autre maternité d'environ 45 minutes de trajet. Des normes minimales d'équipements et de matériels sont par ailleurs opposables. Dans les maternités effectuant plus de 1 500 accouchements par an, la présence 24 heures sur 24 d'un gynécologue-obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre est requise. Dans les établissements effectuant entre 300 et 1 500 accouchements par an, une astreinte obligatoire d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur doit être mise en place. La mise en réseau des structures et des professionnels concernés est recommandée. Trois ans après la parution de ce programme, les résultats de la dernière enquête CNAMTS rendus publics en septembre 1997 attestent du peu d'intérêt accordé dans les faits à la coordination entre établissements et professionnels. Régulièrement remise à l'ordre du jour la mise en réseau des maternités est un exemple de proposition contenue dans le plan périnatalité, et laissée sans réelle concrétisation, exception faite de quelques expériences pilotes. Faisant suite aux résultats de l'enquête CNAMTS, les deux projets de décrets actuellement en cours d'élaboration et qui portent sur l'amélioration de la sécurité périnatale ont pour objet la fixation d'un seuil minimum d'activité des établissements obstétriques publics et privés (300

accouchements par an). On note qu'à nouveau l'organisation des maternités en réseau est seulement «proposée ». La lenteur qui accompagne la mise en forme juridique de ce type d'organisation conçue il y a une trentaine d'années déjà aux États-Unis et opératoire un peu partout en Europe témoigne de blocages relevant de la difficile évolution des mentalités, et de la persistance d'une conception de la maternité exclusivement focalisée sur le risque pathologique qui plutôt que d'aboutir à un système de repérage à priori des risques se cantonnent dans une gestion des risques.

*

* *

Si l'on suit l'évolution de la réglementation en matière de sécurité à la naissance, on se rend compte que les considérations sur lesquelles se basent les autorités publiques reposent sur l'idée, largement véhiculée en France, que « *tout accouchement est potentiellement risqué et donc que la sécurité tient essentiellement à l'équipement des maternités qui doit permettre de faire face à toute éventualité* ». (M. Akrich et B. Pasveer, « *De la conception à la naissance. Comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques* », rapport Mire-CSI, 1995). En France, la sécurité de la naissance suppose que l'accouchement ait lieu dans un établissement pourvu d'un bloc opératoire et dans lequel on peut trouver en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre. Il n'en est pas de même aux Pays-Bas où l'accouchement est vécu en tant que processus physiologique ne nécessitant l'intervention technique de la médecine seulement lorsque le risque de complications est avéré. En Hollande, plus d'un tiers des bébés naissent à la maison, environ 10 % des accouchements à domicile sont interrompus et transférés dans l'hôpital le plus proche dès que les sages-femmes détectent le moindre risque. En France, le taux des accouchements à domicile avoisine 0,1 %, quasiment l'ensemble des médecins y est opposé (Thoumsin H., Lambotte R., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994/Romanens C., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994). À ce sujet, Monique Dagnaud et Dominique Mehl montraient, il y a une dizaine d'années, dans leur livre « *Merlin l'enfanteur. La médecine, la femme, le désir d'enfant* » qu'en matière de sécurité autour de la naissance, l'État n'élabore pas de projet propre : « *les initiatives des pouvoirs publics sont directement suscitées par les médecins* ». Ces deux auteurs insistent sur « *la complicité qui unit, jusqu'à une période relativement récente, les décideurs politico-administratifs et les gynécologues, entretenue par les nombreux médecins qui peuplent le bureau maternité du ministère de la santé* », ce qui leur permet d'affirmer qu'« *en matière thérapeutique, l'administration est réduite au mutisme et à l'impuissance. (...) Les rares contraintes qui pèsent sur l'exercice du métier sont contournables et allègrement contournées* ». Et c'est ainsi qu'on a coutume de rapporter que Michel Odent a pu ainsi faire de la maternité de Pithiviers le temple de la "naissance écologique". (Dagnaud M., Mehl D., *Sociologie du Travail*, 1988).

La littérature médicale nous renseigne sur la position des professionnels par rapport à l'activité de soins juridiquement circonscrite. Un certain nombre d'évolutions issues de la mise en oeuvre des recommandations gouvernementales représentent de façon unanime des progrès positifs: le choix du transfert *outborn* des enfants par le SMUR pédiatrique, la création dans certaines maternités de lits de néonatalogie placés sous la responsabilité des pédiatres (Chale J.J., et al., 1997). On s'interroge cependant au sein des différentes disciplines obstétrico-pédiatriques sur l'efficacité des techniques de réanimation sur les enfants de très faible âge gestationnel (Chale J.J., et al., 1997). Les professionnels n'hésitent pas à l'occasion à dénoncer les défauts majeurs du système :

-les moyens en personnel des équipes obstétricales : une enquête de 1989 a montré que dans 59 % des 402 maternités réalisant moins de 500 accouchements par an, il n'y avait pas de présence permanente de gynécologue-obstétricien et dans 88 % des cas, pas d'anesthésiste-réanimateur présent de façon continue ;

-« *L'orientation anténatale intermaternités des mères des enfants à haut risque est davantage fondée sur le critère d'activité des maternités que sur la capacité des services de pédiatrie qui leur sont associés à prendre en charge adéquatement les enfants.* (Chale J.J., et al., 1997),

-« *Un pourcentage excessivement faible de mères d'enfants à haut risque accouchent dans des maternités de type III,*

- « *..les maternités des grands centres hospitaliers n'offrent pas actuellement les éléments de sécurité suffisants pour les mères et les enfants à haut risque.*

Enfin, le rôle que doivent jouer les professionnels dans la gestion et la réduction des risques est souligné par eux-mêmes (Chale J.J., et al., 1997), pour l'amélioration de la qualité du repérage des risques sociaux et médicaux, pour une orientation anténatale efficace, pour le rapprochement des structures de pédiatrie et les maternités)(Lejeune C., Guiton C., 1997 au sujet du repérage des grossesses non ou mal suivies). Le risque obstétrico-pédiatrique ne se réduit pas à son aspect médical, il comporte une dimension sociale, culturelle et psychologique dont le repérage dépend d'une coordination très poussée entre les différentes structures et acteurs de la prévention et de la prise en charge. Souvent rapportée l'expérience de l'hôpital Antoine-Béclère préfigure une évolution qui donne la priorité au réseau comme modalité de sélection et de gestion des risques.

La notion de régionalisation des soins a été proposée par Joe Butterfield (*Ped Clin North Ameri*, 1993) alors responsable du service de réanimation néonatale du Denver University Hospital quand il a montré que l'organisation la meilleure des transports des nouveau-nés vers le centre des prématurés ne

résolvait pas tous les problèmes. C'est à lui que revient l'idée qu'une organisation régionale unissant toutes les maternités et tous les services de pédiatrie néonatale serait mieux capable d'offrir le meilleur soin à chaque nouveau-né. Il a expliqué que certains nouveau-nés très prématurés (avant 33 semaines) ou de très faible poids de naissance pouvaient survivre mieux s'ils naissaient dans une maternité travaillant en étroite association avec un service de réanimation néonatale. À l'inverse, il a montré que pour une naissance normale à terme après une grossesse sans difficulté particulière, il n'était pas nécessaire que cette naissance ait lieu dans le centre le plus équipé et qu'elle pouvait avoir lieu avec la même sécurité dans une autre maternité non associée à un service de réanimation néonatale ni à un service de pédiatrie. Cette proposition est très novatrice en ce qu'elle suppose d'adapter le niveau de soin au niveau de risque. Elle est d'autant plus importante qu'il n'est pas possible d'offrir pour chaque naissance la possibilité d'accès immédiat à un service de réanimation néonatale. Cette idée d'une régionalisation a été acceptée aux États-Unis par les organisations professionnelles de pédiatrie et d'obstétrique dès la fin des années 70. De nombreux pays européens ont mis en pratique la même politique, en partant du constat qu'il était plus efficace que la mère soit transférée avant une naissance très prématurée plutôt que de transporter le nouveau-né en détresse vitale. Ceci a été mis en pratique aux Pays-Bas, en Allemagne, au Portugal, en Suisse, dans certaines régions d'Italie. En France, il n'y a pas eu de prise de position des organisations professionnelles ni du Ministère de la santé en faveur de cette organisation régionale. De telles organisations ont été mises en place cependant de façon précise dans la région de Nantes (Sagot P., et al., *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1990), et en Basse Normandie. Un nouveau consensus, si l'on suit l'évolution des publications portant sur ce thème, est en train de prendre forme sous l'effet de l'action combinée de plusieurs acteurs, dont le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la Société française de pédiatrie, les Groupes d'études néonatales, la Société française d'anesthésie réanimation dont les membres gèrent le SAMU, la Société française de médecine périnatale.

**** Le concept de "risque" la justification de l'élaboration de politiques de prévention***

« La justification de la prévention n'est pas économique elle est d'abord éthique (...) cela ne veut pas dire que certaines préventions éthiquement fondées ne soient pas économiquement efficaces : c'est le cas de la surveillance des grossesses, de la protection maternelle et infantile... »

(J. de Kervasdoué, « La Santé intouchable », 1996, p.83).

La **prématurité** est apparue en France comme un "problème de santé publique" dont le coût en vies humaines, en handicaps mais aussi le coût financier pour la société est considérable. Il en a résulté la mise au point depuis les années 70 de mesures préventives, qui reste d'ailleurs toujours

depuis les années 70 de mesures préventives, qui reste d'ailleurs toujours d'actualité. À cette époque, des moyens de prévention de la prématurité apparaissaient possibles et efficaces: le Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) permettait de prévenir les naissances avant terme. La diffusion de l'idée de quantifier le risque de prématurité et de sa possibilité de prévention par un changement de mode de vie s'est effectuée alors au travers notamment d'un colloque d'information sur la sécurité à la naissance auquel participe la moitié des accoucheurs de France (Bouyer J., et al., Op. Cité, 1972).

* *

La notion de risque lié à la prématurité n'existe pas dans les sociétés traditionnelles, on y rencontre plutôt les notions d'urgence, de danger, de nécessité vitale. C'est un des enseignements que l'on peut tirer de l'enquête ethnologique menée conjointement par B. Alexandre, F. Ben Slama et J.C. Bérardi « *Les mécanismes en jeu dans la prévention communautaire de la prématurité* (1987). Dès lors qu'ils sont conçus et pris en charge au sein de réseaux de prévention basée sur l'entraide communautaire, les mécanismes en jeu dans la prévention ne reposent pas sur les mêmes conceptions de l'efficacité et du coût à faire supporter par l'entourage. Rares sont les études de ce genre, pourtant elles mettent, en effet, à jour l'existence, en marge de la prévention par des moyens médicaux (médicaments, consultations hospitalière) ou par des moyens sociaux (législation sur les arrêts de travail, sur l'aide sociale), d'une forme de prévention de la prématurité qui dépasserait les limites inhérentes aux formes instituées de la prévention. Elles soulignent l'importance des facteurs de réduction des risques tels que la qualité de l'encadrement psychologique, ou le statut particulier de la maternité et de l'enfant à naître. L'enquête de B. Alexandre et de ses collègues conclut à la possibilité d'obtenir de bons résultats en matière de prévention de la prématurité sans intervention médicale lourde, à condition qu'un « réseau » de solidarité se constitue en relai de l'institution médicale : « *Le problème posé est celui de la traduction dans les modèles culturels français de l'entraide offerte à la femme maghrébine enceinte : est-il possible d'imaginer des formes d'entraide, peu coûteuses, voire gratuites pour les Finances publiques, adaptées au mode de vie de la femme active française et présentant un grand degré d'efficacité ?* ». Les résultats de ce type d'étude sont diffusés au corps médical par le canal de la littérature scientifique spécialisé (Ben Slama F., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1988/ Bérardi J.-C., Ben Slama F., Alexandre B., *Migration-Santé*, 1988).

Le cas particulier de **l'enfance maltraitée** fait également l'objet de politiques de prévention. Les facteurs de risque s'ils sont largement rapportés à l'instabilité conjugale parentale, à la pauvreté des affects, aux pathologies psychiatriques, pendant longtemps ils ont été quasi exclusivement considérés comme l'apanage des milieux défavorisés, le

phénomène étant largement sous-estimé dans les classes aisées. Les textes prévoient de soustraire l'enfant de son milieu familial en situation de danger et d'urgence, dans les autres situations, les services médico-sociaux doivent pouvoir prévenir les dangers pour la santé de l'enfant.

Les **examens de santé obligatoires**. La surveillance de l'enfant a été réglementée et les textes ont progressivement évolué.

Les trois principaux :

- l'ordonnance du 2 novembre 1945 pose les principes de la surveillance préventive régulière des enfants ; elle est obligatoire et gratuite ;
- la loi du 15 juillet 1970 prévoit la délivrance d'un certificat de santé pour 3 examens obligatoires (1^{ère} semaine, 9^{ème} semaine, 24^{ème} mois) ;
- le décret du 2 mars 1973 précise le calendrier des 20 examens médicaux obligatoires de la naissance à l'âge de 6 ans, remboursés à 100 %.

Cinq objectifs résument cette politique de prévention :

- 1° la diminution de la mortalité infantile,
- 2° le dépistage précoce (prévention secondaire) et la surveillance des anomalies congénitales, des troubles psychomoteurs, des retards de croissance staturo-pondérale, des déficits sensoriels (vue, audition), de la négligence ou maltraitance,
- 3° la prévention primaire par la vaccination (mise en oeuvre des vaccinations obligatoires-diphtérie, tétanos, poliomyélite, BCG-et recommandées-coqueluche, rougeole, rubéole, oreillons, hépatite B), et par la chimioprophylaxie du rachitisme par l'administration de vitamine D, de la carie dentaire par le fluor,
- 4° les conseils aux familles : éducation sanitaire, alimentation, soins,
- 5° le recueil de données épidémiologiques de façon à évaluer les résultats de la politique de santé mise en place.

La délivrance d'un carnet de santé dès la naissance est obligatoire depuis 1962, le modèle du carnet est défini par arrêté ministériel, sa diffusion dépend du service départemental de PMI. Il contient les résultats des 20 examens obligatoires, programmés entre 0 et 6 ans.

Les **services de santé scolaire** ont été créés par l'ordonnance du 11 octobre 1945. Ils sont placés sous l'autorité de l'inspecteur d'académie. Les équipes de santé scolaire effectuent la surveillance des élèves grâce à au moins 4 bilans.

Ces bilans ont pour principaux objectifs :

- 1°le dépistage des difficultés médicales, psychologiques, sociales, susceptibles d'entraver la scolarité des élèves,
- 2°le suivi plus particulier des enfants handicapés, des élèves en difficulté scolaire, des élèves s'orientant vers l'enseignement technique,
- 3°le développement de l'éducation pour la santé, en collaboration avec les enseignants.

Les textes recommandent une surveillance médicale jusqu'à la fin des études secondaires, complétée par une surveillance de la santé mentale et de la situation sociale des élèves.

On compte en France moins de 1 médecin de santé scolaire pour 10 000 enfants. En conséquence, dans de nombreuses écoles, seul le bilan à 6 ans est réalisé.

*
* *

Pour Antoinette Chauvenet, sociologue au Centre d'études des mouvements sociaux, « en général, le travail de prévention médicale, compris comme dispositif visant à modifier les comportements et les habitudes néfastes pour la santé, consiste, en l'absence de demande, à imposer des contraintes et des conseils à partir d'un savoir nosographique. Dans la pratique, hormis certains dispositifs de prévention périnatale, les vaccins ou le dispositif de surveillance médicale de la petite enfance, l'objet de la prévention est un "lieu vide", c'est-à-dire un lieu où se définit la société. Différentes philosophies sociales s'affrontent autour d'elle.(...).La mise en place de moyens destinés à permettre l'accès de tous aux soins-tels les programmes de prévention périnatale-n'a pas le même sens que la vaccination obligatoire ou le placement d'enfant. Dans le premier cas, c'est la philosophie libérale de l'offre et de la demande qui inspire le dispositif; dans le deuxième, il s'agit d'une perspective de police administrative ; dans le troisième d'une peine adouci. Dans chaque cas les professionnels affrontent ces philosophies qui constituent le cadre de leurs interventions. » (Sciences Sociales et Santé, 1988).

Textes officiels

-Ordonnance du 2 novembre 1945

* institue la Protection maternelle et infantile, afin de faire face à la flambée de mortalité infantile de l'après-guerre.

* passage de la notion d'assistance à celle de protection de la santé de la mère et de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans. L'État se porte garant de cette protection et la place toute entière sous son contrôle.

* institue l'obligation d'une surveillance sanitaire régulière des mères et des nourrissons, consignée sur le carnet de santé remis à chaque naissance.

* afin de mettre en oeuvre le contrôle médical et la surveillance sociale qu'elle institue, l'ordonnance prévoit la constitution d'un réseau d'équipements spécialisés. Chaque circonscription territoriale est pourvue d'un centre de PMI.

-Loi du 15 juillet 1970

* l'aspect prévention est renforcé par l'instauration de trois certificats de santé obligatoires pour l'enfant. La PMI doit exploiter les données recueillies et proposer une aide aux familles en cas de nécessité repérées.

-Arrêté du 27 août 1971, relatif aux examens pré- et postnataux

-Décret Dienesh, 1972

* a conduit à la fermeture de 51,7% des maternités.

-Circulaire n°394 du 30 avril 1974, relative à la sécurité des malades anesthésiés

-Arrêté du 23 mai 1977, modifiant l'arrêté du 27 août 1971

-Circulaire DGS du 20 février 1980, relative au dépistage et à l'éducation précoces de l'enfant déficient visuel de la naissance à six ans, BO du Ministère de la santé et de la sécurité sociale, n°16 du 15 mai 1980

« Le dépistage des handicaps congénitaux et particulièrement des déficiences sensorielles dès les premières années de la vie reste, à l'heure actuelle, une des priorités en matière de santé publique. Cette nécessité... se justifie par les constatations suivantes

« Les actions qu'il est nécessaire de programmer doivent reposer :

-sur les obligations sanitaires... en particulier sur les trois certificats de santé rendus obligatoires par la loi du 15 juillet 1970 et qui prévoient, lors des examens de dépistage, un examen systématique de l'appareil oculaire;

-sur une information des médecins qui pratiquent les examens préventifs ;

-sur une collaboration étroite entre les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales et les inspecteurs d'académie,, directeurs des services départementaux de l'éducation.

« Tout examen médical de dépistage doit donner lieu à une mention particulière du trouble visuel dépisté ou suspecté sur le carnet de santé et le cas échéant, sur le certificat de santé établi lors des visites du huitième jour, du neuvième mois et du vingt-quatrième mois, ainsi que, pour les enfants scolarisés, sur le dossier médical utilisé par le service.

-Circulaire n°340 DGS/POS du 23 mars 1982, relative à la sécurité des malades anesthésiés, BO du Ministère de la solidarité nationale, Ministère de la santé, n°15 du 13 mai 1982

« des accidents imputables ou imputés à l'anesthésie dont certains pourraient être évités se produisent encore chaque année.

* Pour parer au risque lié à l'anesthésie et préoccupé par l'amélioration de la qualité des soins, le ministre de la santé décide la création, en 1982, de 1500 postes médicaux parmi lesquels plus de 10% affectés à des médecins anesthésistes réanimateurs.

* Appelle à nouveau l'attention des responsables médicaux et administratifs des établissements de soins publics et privés sur les impératifs de la sécurité des malades anesthésiés : *"l'anesthésie est un acte médical qui comporte des dangers. Indépendamment de toute erreur, manque de prudence, l'acte d'anesthésie expose à des risques toujours actuels. Cette affirmation justifie que les conditions de sécurité que le patient est en droit d'attendre soient réunies afin que les risques encourus soient limités au maximum."* Le ministre rappelle les mesures à mettre en oeuvre dans les établissements de soins publics et privés pour assurer les règles essentielles de sécurité et d'insister pour que les administrations hospitalière se dotent des moyens de les respecter (locaux, équipements, personnel) ;

-Décret n°82-845 du 4 octobre 1982, relatif au Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, JORF du 6 octobre 1982, p.2968

-Circulaire DGS n°12-82 du 12 octobre 1982, relative à l'amélioration de l'information et de la prescription de la contraception et de la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements hospitaliers publics, BO du Ministère de la solidarité nationale, n°45 du 11 décembre 1982

-Arrêté du 9 décembre 1982, portant homologation des produits et appareils à usage préventif, diagnostique ou thérapeutique, JORF du 5 janvier 1983, p.82

-Arrêté du 23 février 1983, relatif à la liste à usage préventif, diagnostique ou thérapeutique soumis à homologation, JORF du 12 mars 1983, p.2663

-Circulaire interministérielle n°83/13/FE du 18 mars 1983, relative aux enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, n°18 du 27 mai 1983

-Arrêté du 19 avril 1985, modifiant l'arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens médicaux pré et postnatals, JORF du 30 mai 1985, p.6000

* Art.1: *«Doivent être recherchés notamment les antécédents d'accidents obstétricaux, la tuberculose, la syphilis, les néphropathies, les cardiopathies, le diabète ainsi que les risques d'incompatibilités sanguines foetomaternelles. L'examen doit aussi s'attacher à définir l'état d'immunité de la future mère vis-à-vis de la rubéole et de la toxoplasmose.*

« Dans le cas d'une première grossesse, en l'absence de carte de groupe sanguin, une détermination des groupes doit être effectué...

* Art.2: *«L'article 9 de l'arrêté du 27 août 1971 est abrogé et remplacé par: Les dispositions de l'arrêté du 7 juillet 1965 relatives à l'habilitation des laboratoires en vue de la pratique de la détermination nécessaire au dépistage des incompatibilités sanguines foetomaternelles demeurent en vigueur en ce qui concerne les laboratoires publics.*

-Circulaire n°303 du 8 août 1985, relative à la prévention bucco-dentaire, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, n°39 du 22 octobre 1985

-Circulaire n°919 du 23 décembre 1987, relative à la prise en charge par les établissements publics des problèmes posés par le syndrome de la mort subite du nourrisson, BO du Ministère des affaires sociales et de l'emploi, Ministère chargé de la santé et de la famille, n°17 du 14 juin 1988

-Décret n°88-327 du 8 avril 1988, relatif aux activités de procréation médicalement assistée, JORF du 9 avril 1988, p.4707

* Art.1 : descriptif les activités de PMA,

* Art.2 : l'autorisation relative à la pratique des activités de PMA. *«La décision du ministre chargé de la santé doit être précédée de la consultation de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction dont l'avis est recueilli préalablement à celui de la Commission nationale des équipements sanitaires et sociaux.*

* Art.3 : normes en personnel.

* Art.4 : normes en locaux.

-Décret n°88-328 du 8 avril 1988, portant création de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction, JORF du 9 avril 1988, p.4708

* Art.1 : La Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction nouvellement créée est composée de deux sections : la section du diagnostic prénatal et la section de procréation médicalement assistée.

* Art. 6 : La section de diagnostic prénatal est consultée sur les décisions prises par le ministre chargé de la santé concernant la pratique des examens concourant au diagnostic prénatal.

-Circulaire du 12 avril 1988, relative aux examens de diagnostic prénatal chez l'enfant à naître dans les laboratoires d'établissements d'hospitalisation publics et dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale, JORF du 22 avril 1988, p.5363

* fixe les conditions techniques et la procédure de la pratique du diagnostic prénatal en secteur public et en secteur privé.

-Décret n°88-460 du 22 avril 1988, pris pour l'application de la loi du 31 décembre 1970, et relatif à certains établissements ou équipements, JORF du 29 avril 1988, p.5791

* les autorisations prévues dans la loi du 31 décembre 1970 sont données par le ministre chargé de la santé pour les établissements ou équipements correspondant aux disciplines ou techniques diagnostiques ou thérapeutiques, parmi lesquelles : la réanimation néonatale intensive, l'activité de procréation médicalement assistée.

-Circulaire n°127 du 5 mai 1988, relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques, BO du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°88/20 bis

* la prévention du risque obstétrical que le ministre souhaite développer passe par une réduction des inégalités et s'inscrit dans une politique régionale. Des Commissions techniques consultatives de la naissance seront mises en place afin d'apporter des solutions aux nombreux problèmes qui subsistent encore dans le domaine de la maternité. Elles doivent aider à la mise en oeuvre des actions jugées utiles localement dans le domaine de la périnatalogie.

Améliorer encore les conditions de la naissance en France revient, par ailleurs, à optimiser à la fois les dimensions technique, matérielle et psychologique, autrement dit « *maintenir un équilibre entre le facteur technologique, le facteur social et le facteur humain* ». Des mesures de regroupement ou de reconversion sont envisagées dans le cas d'établissements qui ne seraient pas en mesure de répondre aux critères de locaux et de personnels énoncés dans la circulaire (maternités effectuant moins de 300 accouchements).

Quant au respect de la dimension psychologique de la naissance, il est abordé en termes de préparation à la naissance, d'utilisation plus systématique des techniques d'analgésie, de l'amélioration de l'accueil dans les maternités, de développement de la coordination entre les équipes hospitalières et extra-hospitalières afin d'éviter des hospitalisations ou d'en limiter la durée.

Enfin l'accent est porté sur la nécessité d'une formation continue de tout le personnel impliqué pour mener à bien l'ensemble de ces actions de diminution du risque obstétrical.

-Circulaire du 13 octobre 1988, relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales, BO du Ministère de la solidarité et de la santé, n°45 du 20 décembre 1988

-Arrêté du 4 février 1991, fixant la liste des produits et appareils soumis à homologation, JORF du 8 février 1991, p.2020

* dans la liste figurent les appareils d'échographie, les vélocimètres Döppler, les moniteurs de l'ECG et autres paramètres associés

-Décret n°92-143 du 14 février 1992, relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré- et postnatal, JORF du 16 février 1992, p.2505

-Décret n°92-144 du 14 février 1992, relatif à la protection de la maternité dans les départements d'Outre-Mer, JORF du 16 février 1992, p.2506

* fixe les conditions de délivrance, par le médecin, du certificat prénuptial (immunité contre la rubéole et la toxoplasmose acquise lors des examens sérologiques obligatoires)

* précise que le médecin commente la brochure d'information

-Décret n°92-785 du 6 août 1992, relatif à la PMI, JORF du 12 août 1992, p.10972

* Art.1 : «*La répartition géographique des consultations et des actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et des quartiers défavorisés.*

* Art.2 : «*Les actions médico-sociales .. concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance foetale par le dépistage précoce des pathologies maternelles et foetales et leur prise en charge par les équipes obstétricales concernées.*

* Art.3 : «*Les actions médico-sociales... concernant les enfants de moins de 6 ans ont notamment pour objet d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.*

* Art.7 : fixe des normes en personnel. «*Le service départemental doit disposer :*

- *d'une sage-femme à temps plein pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente,*
- *d'une puéricultrice à temps plein ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.*

* Art.8 : les états statistiques concernant les activités du service départemental et la situation sanitaire au titre de la PMI ... sont établis par le service départemental de PMI.

-Arrêté du 28 janvier 1993, fixant le programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, JORF du 20 février 1993, p.2808

-Décret n°93-454 du 23 mars 1993, relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, JORF du 25 mars 1993, p.4687

-Papiernik E., et al.,

«*La sécurité à la naissance* », rapport du HCSP, 1993

-Steg A.,

« Rapport sur la médicalisation des urgences », Commission nationale de restructuration des urgences, Ministère de la santé, Direction des hôpitaux, 1993

-Circulaire du 7 janvier 1994, relative à l'organisation des soins et de la prise en charge des douleurs chroniques, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°5, avril 1994

-Loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF du 19 janvier 1994, p.960

« Les dispositifs médicaux ne peuvent être mis sur le marché, mis en service ni utilisés dans le cadre d'investigations cliniques s'ils n'ont reçu au préalable, un certificat attestant leurs performances ainsi que leur conformité à des exigences essentielles concernant la sécurité des patients, des utilisateurs et des tiers. La certification de conformité est établie par le fabricant lui-même ou par des organismes désignés par l'autorité administrative. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dispositifs et les procédures de certification qui leur sont applicables ainsi que, le cas échéant, la durée pendant laquelle la certification est valable.

« Si un dispositif risque de compromettre la santé ou la sécurité des patients, des utilisateurs ou des tiers, alors même qu'il est utilisé conformément à sa destination, correctement mis en service et entretenu, l'autorité administrative peut ordonner son retrait du marché, interdire ou restreindre sa mise sur le marché ou sa mise en service ; cette restriction peut consister notamment à fixer des conditions relatives à l'utilisation ou à la qualification du personnel chargé de cette utilisation.

« Le fabricant, les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant une connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers doivent le signaler sans délai à l'autorité administrative. (...) s'abstenir de le signaler sans délai à l'autorité administrative est puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une amende de 500 000 fcs.

« En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et à l'intérêt des malades, et de préserver, au meilleur coût, sa qualité par un redéploiement de service, activités ou équipements hospitaliers et après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, le représentant de l'État peut proposer à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

1° la création d'un nouvel établissement de santé par fusion des établissements publics de santé concernés,

2° la création de syndicats interhospitaliers ou de groupements d'intérêt public,

3° la conclusion d'une convention de coopération.

Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention.

** « En vue de mieux répondre aux besoins de la population et de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, un régime expérimental relatif à l'autorisation d'installation des équipements matériels lourds ...pourra être institué dans une ou plusieurs régions sanitaires par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces arrêtés déterminent la liste des équipements pouvant bénéficier de ces dispositions et les régions concernées.*

-Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville,

« Pour un nouveau plan périnatalité », dossier d'information, 12 avril 1994

-Déclarations de Mme Simone Veil, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville et de M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, sur *Le Plan gouvernemental concernant la périnatalité*, Paris, les 12 avril (conférence de presse pour présenter le plan périnatalité) et le 18 mai 1994 (Assises nationales des sages-femmes)

-Loi n°94-654 du 29 juillet 1994, relative au don et à l'utilisation des éléments du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, Art.19

-Déclaration de M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, sur *La réforme des urgences médicales, le plan d'action en matière de périnatalité et le renforcement de la sécurité anesthésique*, 36^{ième} Congrès de la Société française d'anesthésie et de réanimation, Paris, le 30 septembre 1994, La Documentation française, 1994

-Arrêté du 19 janvier 1995, relatif à l'organisation d'un système national de surveillance du saturnisme infantile, *JORF* du 25 février 1995, p.2991

-Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, «*Plan mère-enfant : un "contrat santé" pour l'enfance. Dossier de presse*», Paris, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, mars 1995

-Circulaire n°95-503 du 8 février 1995, relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux : incubateurs d'ancienne génération, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°9 du 30 mars 1995

* informations qui visent plus particulièrement le personnel des services médicaux et chirurgicaux de néonatalogie et les maternités, les cadres supérieurs et de proximité de ces services, ainsi que les personnels des services techniques ;

* texte élaboré à la suite d'"*incidents graves*" lors de l'utilisation des incubateurs d'ancienne générations (conçus et commercialisés avant la parution de la norme NF C74-320 en 1986) dont la commercialisation n'a pas été subordonnée à une autorisation de mise sur le marché avant l'assujettissement à l'homologation en février 1991. Par conséquent, la plupart de ces dispositifs n'ont pas pu être validés du point de vue de leurs performances et notamment de leurs sécurités sur la surchauffe ;

* la direction des hôpitaux avait souligné l'existence de risques par la circulaire n°269 du 25 octobre 1988.

-Circulaire n°95-13 du 28 avril 1995, relative aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°23 du 31 juillet 1995

-Décret n°95-559 du 6 mai 1995, relatif aux analyses de cytogénétique et de biologie pratiquées en vue d'établir un diagnostic prénatal *in utero* et modifiant le Code de la santé publique, *JORF* du 7 mai 1995, p.7362

* énumère le contenu obligatoire des analyses de cytogénétique et de biologie ;

* précise que l'autorisation est délivrée à l'établissement public de santé ou au laboratoire d'analyses de biologie médicale par arrêté du ministre chargé de la santé ;

* les activités sont exercées sous la responsabilité d'un ou de plusieurs praticiens dont le ou les noms figurent dans l'autorisation et qui sont seuls habilités à signer les comptes rendus d'analyses ;

* dans tous les cas, le praticien doit justifier d'une expérience en diagnostic prénatal ;

* pour obtenir l'autorisation l'établissement ou le laboratoire d'analyse de biologie médicale doit disposer de l'équipement nécessaire à la mise en oeuvre des activités ;

* les analyses de cytogénétique ou de biologie destinées à établir un diagnostic prénatal doivent avoir été précédées d'une consultation médicale de conseil génétique antérieure aux prélèvements permettant :

1-d'évaluer le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité,

2-d'informer la femme enceinte sur les caractéristiques de cette maladie, les moyens de la détecter et les possibilités thérapeutiques ;

3-d'informer la patiente sur les risques inhérents aux prélèvements.

-Circulaire DH/EM n°95-3136 du 2 août 1995, relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux : incubateurs fermés, BO des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°45 du 7 décembre 1995

* informations qui visent particulièrement le personnel des services médicaux et chirurgicaux de néonatalogie et les maternités, ainsi que les personnels des services techniques ;

* fait suite à deux accidents graves portés à la connaissance du ministre chargé de la santé, survenus lors d'une utilisation inappropriée d'incubateurs ;

* rappelle les modalités d'utilisation

-Arrêté du 3 août 1995, fixant l'indice de besoins relatif à l'activité d'assistance médicale à la procréation, JORF du 18 août 1995, p.12368

-Décret n°96-514 du 12 juin 1996, relatif au Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, JORF du 14 juin 1996, p.8867

-Décret n°96-775 du 5 septembre 1996, relatif à la vaccination obligatoire par le vaccin antituberculeux BCG, JORF du 7 septembre 1996, p.13376

-Arrêté du 27 mai 1997, fixant des conditions particulières d'évaluation et d'utilisation des réactifs de dosage des marqueurs sériques prédictifs de la trisomie 21, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n° 22 du 2 juillet 1997

**Art. 1 : « Tout laboratoire public ou privé effectuant des analyses de biologie médicale (...) et autorisé (...) à effectuer les analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques prédictifs de la trisomie 21 dans le sang maternel, doit utiliser un réactif enregistré par l'Agence du médicament avec l'indication "dosage des marqueurs sériques prédictifs de la trisomie 21 foetale".*

Art.4 : « L'utilisation du réactif (...) doit être obligatoirement couplée à celle d'un système analytique et d'un logiciel d'interprétation des résultats spécifiquement adaptés à son utilisation et conformément aux données figurant dans le dossier d'enregistrement du réactif.

-Arrêté du 27 mai 1997, portant création du comité de suivi du dépistage de la trisomie 21 à l'aide de marqueurs sériques maternels, JORF du 30 mai 1997, p.8293

-Décret n°97-578 du 28 mai 1997, relatif aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, JORF du 31 mai 1997, p.8464

-Décret n°97-579 du 28 mai 1997, relatif aux analyses de cytogénétique et de biologie pratiquées en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero, JORF du 31 mai 1997, p.8464

-Arrêté du 18 août 1997, relatif au modèle d'imprimé servant à établir le dossier médical de liaison entre le service départemental de protection maternelle et infantile et le service de promotion de la santé en faveur des élèves pour les enfants suivis en école maternelle, *JORF* du 2 septembre 1997, p.12858

Littérature scientifique

-Haut comité de la santé publique,
« *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance en France* », rapport du Haut comité de la santé publique, janvier 1994

*

* *

1987

-Alexandre B., Ben Slama F., Bérardi J.C., « *Mécanismes en jeu dans la prévention communautaire de la prématurité. Étude dans une communauté de migrantes maghrébines* », Paris, Centre médico-social des migrants-Mire 1987

-Barbier M.L., Chabernaude J.-L., Lavaud J. et al., « Les transports médicalisés urgents en pédiatrie dans la région Ile-de-France », *Arch Fr Pédiatr*, 1987, T.44, N°6, pp.413-417

-Dagnaud M., Mehl D., « *Merlin l'enfanteur. La médecine, la femme, le désir d'enfant* », Éditions Ramsay, 1987

-Soutoul J.H., « À propos du "Bilan d'application de la législation relative à l'IVG depuis le 17 janvier 1975 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1987, Vol.16, N°6, pp.803-804

1988

-Benslama F., « La prévention communautaire de la prématurité : étude dans une communauté de migrantes maghrébines », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1988, Vol.17, pp.851-859

-Bérardi J.-C., Ben Slama F., Alexandre B., « La prévention communautaire de l'accouchement prématuré », *Migration-Santé*, 1988, N°54-55, pp.31-36

-Berthier M., Bonneau D., « Évolution de la prématurité en France. Ces chiffres inquiétants : une politique de prévention en échec ? », *Soins Gynécol Obstétr Puériculture Pédiatr*, 1988, 84, pp.35-36

-Berthier M., Bouet R., Daban M., Uzé J., Paget A., Richard M.N., « Des psychologues en maternité : leur action dans le domaine de la prévention », *Soins Gynecol Obstet Puéric Pédiatr*, 1988, N°84, pp.27-30

-Bouyer J., Dreyfus J., Lazar P., Collin D., Wininsdoerffer G., Papiernik E., « Prévention de la prématurité : enquête périnatale de Haguenau, 1971-1985 », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1988, Vol.36, pp.83-88

-Bury J.A., « *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification* », de Boeck, Bruxelles, 1988

-Chabernaude J.L., Barbier M.L., Lavaud J., "L'assistance anténatale par une équipe de transport médicalisé pédiatrique", In: Journées parisiennes de Pédiatrie, Paris, Flammarion Éd., 1988, pp.105-110

-Chauvenet A., Orlic F., « La santé publique de l'enfance, la norme et le droit subjectif », *Sciences Sociales et Santé*, 1988, Vol.VI, N°1, pp.33-59

- « Conditions de naissance en France en milieu hospitalier public », *Revue Hospitalière de France*, 1988, Vol.52, N°416, pp.1056-1067

-Dagnaud M., Mehl D., « Les Gynécologues 2 : Une profession influente », *Sociologie du Travail*, 1988, Vol.XXX, N°2, pp.287-300

-Duval Ch., Lévy de la Guéronnière V., « Les accidents domestiques chez l'enfant et l'adolescent. Hospitalisation en urgence », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1988, N°6, pp.61-76

-Kollée L.A., Verloove-Vanhorick S.P., Verwey R.A., Brand R., Ruys J.H., « Maternal and neonatal transport : results of a national collaborative survey of preterm and very low birth weight infants in the Netherlands », *Obstet Gynecol*, 1988, Vol.72, N°5, pp.729-732

-Lévêque F., Darchis E., Mamy C., Nicolas J., Mimoun S., « La période périnatale : temps privilégié pour la prévention en santé mentale », *Contracept Fertil Sex*, 1988, Vol.16, N°4, pp.331-336

-Narkewicz R.M., « Role of pediatrician in pediatric emergency medical services », *Pediatrics*, 1988, Vol.81, pp.33-42

-Nguyen Cong Duc L., « *Le centre de formation et de traitement à domicile des enfants est-il une alternative à l'hospitalisation ?* », Thèse pour le doctorat d'État en Médecine, Faculté de Médecine de Créteil, 1988

-Norvez A., « 1945-1988. Quatre décennies de lutte pour la survie et la santé de l'enfant d'âge préscolaire (0 à 5 ans) », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1988, N°6, pp.13-23

-Soutoul J.H., Pierre F., « La non-assistance ou abstention délictueuse en obstétrique et en néonatalogie », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1988, Vol. 17, N°2, pp.155-165

1989

-Baudier F., Bedel A., Blum D. et al., « La prévention des accidents domestiques de l'enfant dans deux départements de l'est de la France. Mise en place de nouvelles stratégies éducatives », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1989, N°6, pp.47-55

-Bungener M., « L'hospitalisation à domicile : réseaux d'entraide et implication familiale », *Rev Fr Affaires Sociales*, 1989, N°42, pp.27-36

-Dalaney-Black V., Lubchenco L., Butterfield J., Goldson E., Koops B., Lazotte D., « Outcome of very low birth-weight infants: are populations of neonates inherently different after antenatal versus neonatal referral ? », *Am J Obstet Gynecol*, 1989, Vol.160, N°3, pp.545-552

-Deymont-Imbert I., « *La surveillance à domicile des grossesses pathologiques* », Thèse pour le doctorat de Médecine, Université de Bordeaux II, UFR des Sciences Médicales, 1989

-Lallemand E., Drouet N., Faudemay C., Lacroute J.M., « L'appel anténatal. Indications et rôle du SAMU », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1989, Vol.84, pp.37-40

-Lequien P., Zaoui C., Le Coutour X., Dubos J.-P., Duquennoy C., Bouchez M.-C., Pierrat V., Morisot C., « Contribution à la définition des groupes à haut risque d'enfants de faible poids de naissance », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1989, Vol.37, N°2, pp.119-126

-Lunchenco L.O., Butterfield L.J., Delaney-Black V., Goldson E., Koops B.L., Lazotte D.C., « Outcome of very-low-birth-weight infants : does antepartum versus neonatal referral have a better impact on mortality, morbidity, or long-term outcome ? », *Am J Obstet Gynecol*, 1989, Vol.160, pp.539-545

-Mamelle N., « Bilan Psychosocial : existe-t-il une prévention de la prématurité chez une femme primipare ? », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1989, Vol.84, N°7-9, pp.593-599

-Tursz A., « Facteurs de risques d'accidents dans l'enfance », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1989, N°6, pp.57-64

1990

-Berthier M., Bonneau D., Chansignaud J.P., « Plaidoyer en faveur d'une vaccination précoce par le BCG », *Arch Fr Pédiatr*, 1990, T.47, N°3, pp.225 et s.

-Bussière E., « PMI : évolution de 1965 à 1988 », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1990, N°3-4, pp.51-56

-Chaillou P., « Le signalement en matière de mauvais traitement à enfants : obligation ou possibilité pour le professionnel ? », *Bulletin du CLCJ*, 1990, 22, pp.73-78

- « Médicalisation ou non de l'accouchement », 2^{ème} table ronde du 23^{ème} Congrès de la F.G.O.L.F., 5-8 septembre 1990, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, n° spécial

-Sagot P., Roze C., Rigal E., Dantl F., de Morel P., Samake M., Mouzard A., Lopez P., Lerat M.P., « Naissance avant 33 S.A.. Intérêt du transfert *in utero* au sein d'un département de périnatalogie », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1990, Vol.85, N°5, pp.293-298

-Jestin Ch., « Obligatoires et recommandées, les vaccinations sont-elles bien pratiquées en France ? », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1990, N°3-4, pp.19-33

-Lavaud J., Chabernaude J.L., Barbier et al, « Réanimation et transport pédiatriques", Paris, Masson, 1990

-Le Coutour X., Infante-Rivard C., Danzon A., « Régionalisation des soins et pratiques obstétricales », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1990, Vol.38, pp.21-220

1991

-Bost M., « Les médecins et le système français de protection des enfants maltraités depuis la loi n°89-487 du 10 juillet 1989 », *Arch Fr Pédiatr*, 1991, T.48, N°4, pp.233-235

-Fritz M.T., « Examens en école maternelle dans le cadre des missions de protection maternelle et infantile », *Santé Publique*, 1991, N°3-4, pp.52-54

-Godin G., « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences Sociales et Santé*, 1991, Vol.IX, N°1, pp.67-94

-Grandguillaume M., « Examens de santé à l'école maternelle dans des quartiers à contexte socio-économique difficile : leur mise en place dans une

politique de prévention », *Santé Publique*, 1991, Vol.3. N°3-4 spécial "examens de santé", pp.61-63

-Maliki K., El Kassidi H., Boudier E., Litzenburger M.L., Agnani G., Colette C., Mozer M.J., « Réduction de la prématurité par surveillance téléphonique », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1991, N°4, pp.275-278

-Nicolas J., Vilmer E., « Accueil des enfants séropositifs par le VIH et secret professionnel », *Arch Fr Pédiatr*, 1991, T.48, N°2, pp.83-84

-Petitcolas J., Keppler A., Leboullenger P., Biazotti M.C., « Döppler et réduction de la mortalité périnatale », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1991, N°5, pp.371-377

1992

-Aïach P., Norbert B., Deschamps J.P., « *Comportements et santé : questions pour la prévention* », Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1992

-Blocquaux V., Moreau I., « La prévention doit rester une priorité », *Espace Social Européen*, 1992, 181, pp.23-28

-Colin M.P., Blun D., « Enquête sur les accidents d'enfants. Facteurs environnementaux, impact d'une campagne, 1987-1988 », *Santé Publique*, 1992, Vol.4, N°2, pp.9-19

-Gold F., Laugier J., « La décision d'arrêt thérapeutique en réanimation néonatale : prise en compte et prise en charge du handicap », *Arch Fr Pédiatr*, 1992, Vol.49, pp.5-7

-Kollée L.A., Brand R., Schreuder A.M., Ens-Dokkum, Veen S., Verloove-Vanhorick S.P., « Five-year outcome of preterm and very low weight infants : a comparison between maternal and neonatal transport », *Obstet Gynecol*, 1992, Vol.80, N°4, pp.635-638

-d'Yvoire C., « Grossesse et accouchement des femmes d'Afrique de l'Ouest à Mantes-la-Jolie. Une recherche-action », *Santé Publique*, 1992, N°3, pp.48-s.

1993

-Alexandre B., Bizos Kukucka, « *Prévention de la prématurité et détresse maternelle : tombé du nid trop tôt. Un autre regard sur l'accouchement prématuré* » (étude d'une communauté d'immigrantes maghrébines et d'une population française de même niveau socio-économique), rapport final pour la MIRE, GERAL, 1993

-Arondel F., Nonain N., «Future mère, quel suivi ? Une recherche-action pour une démarche de santé communautaire sur un site de Développement social des quartiers », Association Communautaire Santé Bien-Être, Saint-Denis. 1993

-Butterfield L.J., « Historical perspectives of neonatal transport », *Ped Clin North Ameri*, 1993, 40, pp.221-229

-Dehan M., Magny J.F., Zupan V. et al., « Progrès en néonatalogie », *Arch Fr Pédiatr*, 1993, Vol.50, pp.163-170

-Deltaglia L., «La réparation des abus sexuels envers les enfants », *Arch Fr Pédiatr*, 1993, T.50, N°6, pp.459-460

-Harding J., Morton S., « Adverse effect of neonatal transport between level III centres », *JPediatr Child Health*, 1993, Vol.29, pp.146-149

-« La sécurité de la naissance. Rapport du groupe de travail auprès du Haut comité de la santé publique », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1993, N°205, pp.3-13

-Léonard J.L., « Enfance maltraitée. Analyse systémique d'un projet hospitalier », *Gestions Hosp*, 1993, N°328, pp.522-525

-Njah M., Kechida K., Helali J., Tabka A., Marzouki M., «Facteurs maternels et précocité du suivi prénatal chez les femmes tunisiennes », *Santé Publique*, 1993, 2, pp.62-67

-Norvez A, « Naître sans risque : la quête des petites maternités », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 1993, N°1, pp.5-32

1994

-Annino M.C., Tamet J.Y., Pradat E., La déclaration tardive de grossesse : un indicateur de vulnérabilité psychosociale de la famille », *Arch Pédiatr*, 1994, T.24, pp.1040-1044

-Blond M.H., et coll., « Réanimation du nouveau-né en salle de naissance », *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°2, pp.203-208

-Body G., Descamps P., Guichet A., Toutain A., Paillet C., Pourcelot D., « Responsabilité de l'obstétricien au sein d'un comité multidisciplinaire de diagnostic anténatal », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, pp.539-545

-Dubos J.-P., Truffert P., Dehouck M.B., Depoorte M.H., Thomas D., Duvaux C., Valat A.S., Lequien P., Puech F., « Prise en charge des détresses vitales

du nouveau-né à la naissance. Étude de l'expérience d'une maternité universitaire », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°3. pp.330-335

-Durand B.R., « Sécurité des activités de soins et réglementations », *Gestions Hosp*, 1994, N°339, pp.606-611

-Iborra M., « Quelles naissances dans quelle maternité ? », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1994, N°223, p.3

-Legrand J., « Analyse et critique d'un rapport sur la mortalité maternelle », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 1994, N°217

-Lipszyc D., « Les maternités de proximité et la préparation à la naissance », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1994, N°223, pp.15-16

-Muszynski C., Lambert P., Mariotte G., Morand J., Razet S., Vely P., Mace-Lesec'h J., « Les maternités publiques de proximité dans l'organisation des soins aux femmes enceintes », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1994, N°214, pp.33-35 et *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1994, N°7-9, pp.414-417

-Nisand I., « Pratique de l'échographie en Gynécologie-Obstétrique : obligations de moyens et de résultats », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, pp.532-538

-Olivier S., Guidicelli B., Gamberre M., « L'accouchement à domicile », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1994, N°10, pp.471-475

-Ossart J., « Données et logiques économiques d'une maternité type de <300 accouchements menacés de fermeture », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1994, N°223, pp.12-13

-Pernet V., Leplat H., « L'approche de la maternité dans les différentes cultures », *Soins Gynécologie Obstétrique Puériculture Pédiatrie*, 1994, N°154, pp.40-44

-Romanens C., « Hospitalisation à domicile en Gynécologie-Obstétrique : problèmes administratifs et économiques », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, pp.569-571

-Ruf H., Olivier S., Guidicelli B., Rigal Ch., Gamberre M., Kasbarian M., « Alternatives à l'hospitalisation en Gynécologie-Obstétrique », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, pp.554-562

-Soutoul J.H., « Les aspects médico-juridiques des méthodes d'investigation en gynécologie-obstétrique. Introduction », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, pp.522-524

-Thoumsin H., Lambotte R., «L'accouchement à domicile est-il raisonnable ? », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23. pp.567-568

1995

-Akrich M., Pasveer B., «*De la conception la naissance: comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques* », rapport MIRE-CSI, 1995

-Fresson J., Hascoet J.-M., Vert P., «Influence des transferts sur la morbidité et la mortalité périnatales », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 1995, N°3, pp.137-143

-Guegen C., Lagrue G., Janse-Marec J., «Retentissement, sur le foetus et l'enfant, du tabagisme pendant la grossesse », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1995, Vol.24, N°8, pp.853-859

-Guignon N., «Rougeole, oreillons, rubéole : les campagnes de promotion de la vaccination sont efficaces », *Info-Rapides*, SESI, Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie, Ministère de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion, Ministère de la Solidarité entre les générations, 1995, N°65

-Papiernik E., «Transferts maternels et transferts pédiatriques », *La Revue du Praticien*, 1995, 45, pp.1782-1783

-Papiernik E., Keith L.G., «The regionalization of perinatal care in France- description of a missing policy », *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and reproductive biology*, 1995, 61, pp.99-103

- «Prévention de la prématurité », Avant-propos d'Émile Papiernik, *La Revue du Praticien*, 1995, 45, pp.1736

-Saint-Martin J., Beaufils F., Raynaud E.J., Gigonnet J.M., « Restructuration des urgences en pédiatrie », *Arch Pédiatr*, 1995, N°2, pp.201-203

-Sureau C., « Faut-il fermer les "petites maternités" ? », In : *Journées nationales de la Société Française de médecine périnatale*, Arnette Blackwell, 1995, pp.249-254

-Truffert P., « *Prise en charge périnatale des grands prématurés et survie sans séquelles. Place de la régionalisation des soins* », Thèse de Médecine, Université de Paris XI, 1995

-Vidailhet C., «La pédopsychiatrie aux urgences d'un hôpital d'enfants », *Arch Pédiatr*, 1995, N°2, pp.1131-1134

1996

-Berthier M., Sacheau V., Cardona J., Paget A., Oriot D., « Évaluation des connaissances de 189 mères concernant les capacités sensorielles du nouveau-né. L'information peut-elle être un outil de prévention ? », *Arch Pédiatr*, 1996, N°3, pp.954-958

-Blondel B., « Pourquoi y a-t-il encore des grossesses peu ou pas suivies ? », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1996, 241, pp.3-7

-Blondel B., Mellier G., « Les visites à domicile pendant la grossesse. Revue des essais randomisés et questions soulevées », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°5, pp.515-522

-Bourgueil Y., Naiditch M., « Comment peuvent naître et se développer de nouvelles pratiques coopératives en périnatalité : le cas du réseau de santé du Haut-Nivernais », *La Lettre d'Image*, 1996, N°9

-Charasson T., Pessonnier A., Lenoir S., Ayoubi J., Fournié A., « Prise en charge obstétricale des grossesses triples. À propos d'une série de 45 cas », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°7, pp.737-745

-Cupa D., « Rêves d'accouchement, émergence de fantasmes originaires », *Champ Psychosomatique*, 1996, N°8, pp.37-47

-Diallo M.S., Diallo F.B., Diallo Y., Onivogui G., Diallo A.B., Camara A.Y., Diaw S.T., « Mortalité et facteurs de risques liés au mode de vie », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, N°11, pp.400-403

-Diquelou J.Y., « Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale. Approche préventive en milieu obstétrical. Rôle d'un indice de risque de maltraitance », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°8, pp.809-818

-Fresson J., Hascoet J.M., André M., Guillemin F., Vert P., « Transfert périnatal des enfants de moins de 1500 gr: conséquences sur la mortalité et les complications neurologiques à court terme », In: *Progrès en Néonatalogie : compte rendu des 26ièmes Journées nationales de néonatalogie*, 1996, Éditions Karger, 1996, pp.208-214

-Giacalone P.L., Dayrolle S., Boulot P., Hédon B., Laffargue F., « Accouchement de la femme en surpoids. Analyse d'une série de 115 patientes », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°3, pp.288-292

-Goffinet F., Combier E., Bucourt M., de Caunes F., Papiernik E., « Épidémiologie des morts fœtales avant le travail dans l'enquête périnatale

de la Seine-Saint-Denis », *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996. Vol.26. pp.153-159

-Michel F., « Menace d'accouchement prématuré : Entre grossesse et accouchement », *Champ Psychosomatique*, 1996, N°8, pp.59-69

-Naiditch M., Weill C., « Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement ? », In : *26ièmes Journées de médecine périnatale*, Arnette Blackwell, 1996

-Papiernik E., Combier E., « Morbidité et mortalité des prématurés de moins de 33 semaines », *Bull Acad Natle Med*, 1996, Vol.180, N°5, pp.1017-1031

-Revault d'Allonnes C., « Réflexions sur l'accouchement. "Tout change...et rien ne bouge" », *Champ Psychosomatique*, 1996, N°8, pp.17-28

-Ruspoli S., « *L'acculturation dans les pratiques de maternage : quels enjeux dans les relations familles/institutions de la protection maternelle et infantile ?* », rapport final pour la MIRE-ACEPP, 1996

-Tondeur L., Baudier F., « Le développement de l'éducation pour la santé en France, aperçu historique », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1996, N°16, pp.III-VI

-Truffert P., Martin C., Zaoui C., Morizot C., Lequien P., « Survie sans séquelles des grands prématurés et régionalisation des soins. Rôle des niveaux de soins néonatalogiques sur la mortalité. Enquête du Nord-Pas-de-Calais 1988-1989 », In : *Progrès en néonatalogie*, compte rendu des 26ièmes Journées nationales de néonatalogie 1996, Karger Éditions, 1996, pp.178-190

- « Une politique et des instruments pour l'éducation pour la santé », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1996, N°16, pp.XVI-XX

-Velin P., Dupont D., Golkar A., Barbot-Boileau D., Matta T., « Prise en charge des nouveau-nés en maternité par un service de réanimation néonatale », *Arch Pédiatr*, 1996, N°3, pp.122-129

1997

-Akrich M., Pasveer B., « *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas* », Collection "Les empêcheurs de tourner en rond", Éditions Synthélabo, 1997

-Beauvalet-Boutouyrie S., « Quand une femme sur deux mourait à la maternité », *Bulletin de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 1997, N°86, pp.43-44

- Bouvier-Colle M.H., Ancel P.Y., Varnoux N., Salanave B., Fernandez H., Papiernik E., Bréart G., et les équipes régionales d'enquêtes, « Soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral. Caractéristiques des patientes et structures de prise en charge », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°1, pp.47-56
- Chabernaude J.-L., Boithias C., Leyronnas D., André P., Dehan M., Pasteur J., « Accouchements extrahospitaliers : prise en charge », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 1997, Vol.10, N°1, pp.8-14
- Chabernaude J.L., Barbier M.L., Lodé N., Lavaud J., Février Y.M., Chauvin G., "Les transferts de grands prématurés par le réseau inter-SMUR pédiatrique d'Ile-de-France. Enquête rétrospective 1985-1990-1995", In: AP-HP : "*Organisation des soins périnataux en Ile-de-France*", Paris, Doin Éditions, 1997, pp.22-26
- Chale J.J., Papiernik E., Colladon B., Cohen H., Levy G., Lacroix A., Maria B., Palot M., Naiditch M., « Analyse des lieux et des conditions d'accouchement en 1991 des mères d'enfants dont le poids de naissance était inférieur à 1500 gr et /ou l'âge gestationnel inférieur strictement à 33 semaines », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°2, pp.137-147
- Charasson T., Lenoir S., Pessonnier A., Fournier A., « Devenir à court terme des enfants issus de grossesses triples », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°2, pp.169-174
- Choquet M., « Revue des expériences dans le domaine de l'éducation à la santé à l'école en France », *Échanges Santé-Social*, 1997, N°85, pp.48-53
- Danis F., Rachou E., Serfaty A., Baltagi J., Lequellerc-Nathan M., et le groupe de travail en périnatalité, « Le dispositif de néonatalogie et de réanimation néonatale en Ile-de-France », In: Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, « *Organisation des soins périnataux en Ile-de-France* », 5^{ème} Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Paris, Doin Éditions, 1997, pp.27-35
- Deschamps J.-P., « La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation ? », In : Assistance publique-Hôpitaux de Paris, « *Grossesse aux âges extrêmes (moins de 16 ans, plus de 40 ans)* », 5^{ème} Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Paris, Doin Éditions, 1997, pp.70-77
- Devictor D., Cosquer M., Saint-Martin J., « L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales "un jour donné" », *Arch Pédiatr*, 1997, N°4, pp.21-26

-Fresson J., Guillemin F., André M., Abdouch A., Fontaine A., Vert P., « Influence du mode de transfert sur le devenir à court terme des enfants à haut risque périnatal », *Arch Pédiatr*, 1997, N°4, pp.219-226

-Giacalone P.L., Dayrolle S., Boulot P., Hédon B., Laffargue F.(Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de Montpellier), « Accouchement de la femme en surpoids. Analyse d'une série de 115 patientes », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°3, pp.288-292

-Lazar Ph., « De la notion de risque et de son utilisation sociale et politique », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1997, Vol.45, pp.269-270

-Lejeune C., Ropert J.C., Montamat S., Floch-Tudal C., Mazy F., Wijkhuisen N., Froment H., « Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, pp.395-404

-Norvez A., (Institut de Démographie, Université de Paris I), « Naître sans risque : la quête des petites maternités », *Les Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 1997, N°1, pp.5-32

-Obadia Y., Moatti J.-P., Gillet J.Y., Cravello L., Couturier E., « Connaissances et comportements des femmes enceintes face à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et à son dépistage », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N01, pp.57-63

-Paclot C., Prévot L., « Le nouveau carnet de santé de l'enfant », *Échanges Santé-Social*, 1997, N°85, pp.25-26

-Rey D., Obadia Y., Moatti J.-P., Gillet J.-Y., Cravello L., Couturier E., « Connaissances et comportements des femmes enceintes face à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et à son dépistage », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°1, pp.57-63

-Saint-Léger S., "Quelles grossesses doivent être transférées?", In: AP-HP, "Organisation des soins périnataux en Ile-de-France", 5ième Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Paris, Doin Éditions, 1997, pp.9-14

2.2-La gestion des professions médicales et paramédicales par les autorités publiques : statuts, formation, démographie médicale

Les professions de santé sont réglementées, au niveau du diplôme et de l'exercice par le Code de la santé publique.

****La formation, la démographie professionnelle et la pratique médicale***

Depuis 1971, un *numerus clausus* fixe annuellement par arrêté ministériel, pour chaque faculté de médecine, le nombre d'étudiants admis à poursuivre le cursus des études médicales, ce qui a pour effet de réguler quantitativement l'offre de soins en fixant directement le nombre des médecins appelés à exercer aussi bien à titre libéral, qu'hospitalier. Ce procédé a des limites mises en évidence depuis longtemps, nous ne reprenons pas ici les arguments de la critique, mais nous faisons état de la situation en pédiatrie à partir des articles de Dalous A. et Régnier C. et M. Pierson (*Arch Fr pédiatr*, 1991/*Arch Pédiatr*, 1994).

Dalous et Régnier dressent un tableau "peu gratifiant" de la discipline pédiatrique hospitalière ; ils mettent en avant les faits suivants:

- les jeunes médecins se détournent de la pédiatrie hospitalière, spécialité exigeante et financièrement peu rentable,
- le taux de féminisation augmente,
- les débouchés deviennent aléatoires : saturation hospitalière dans les centres hospitaliers universitaires et dans les centres hospitaliers généraux, saturation en pédiatrie libérale dans certaines régions,
- les difficultés de recrutement des internes deviennent réelles : face à la complexité et aux exigences de ces disciplines, les internes sont de moins en moins attirés par la pédiatrie d'urgence, la néonatalogie et la réanimation,
- les gardes V sont de plus en plus difficilement assurées et sont plus fréquemment assurées par des médecins étrangers en formation que par des internes DES qui ont tendance à se spécialiser très tôt et par conséquent à délaisser la pédiatrie générale,
- la formation pratique des étudiants est biaisée: passage dans une unité "orientée" en pédiatrie qui ne leur laisse apercevoir qu'une parcelle de la pathologie infantile ; quant à la formation théorique elle est inaptée globalement à l'exercice de la médecine générale.

La faille la plus grave dans le système de distribution de soins destinés aux enfants serait, pour M. Pierson, la formation. « *Par la voie unique de l'internat (DES), une centaine de jeunes médecins obtiennent chaque année leur qualification en pédiatrie. Les deux tiers ...sont des femmes, dont on peut supposer qu'un bon nombre n'exerceront la pédiatrie qu'à temps partiel. Au rythme actuel ce nombre va encore diminuer dans les 10 ans qui viennent.*

Au niveau de la pratique médicale en pédiatrie, la situation de la discipline pédiatrique, selon Pierson est la suivante : « *Quinze millions de jeunes français confient leur santé à 180 000 médecins, dont 80 000 généralistes et 5 000 pédiatres. De ces derniers, un peu plus de 3 000 exercent leur activité en ville ou à temps partiel à l'hôpital ; 15 % d'entre eux sont pédiatres hospitaliers, 10 % en santé publique : PMI et santé scolaire. Les nouveau-nés sont, pour la quasi-totalité, pris en charge par des équipes compétentes dans les secteurs de néonatalogie. Les 4 ou 5 premières années de la vie, les enfants sont pris en charge par des pédiatres pour des soins ambulatoires, dans une proportion d'environ 30 %. À partir de l'âge scolaire, la plus grande majorité des enfants sont soignés par des médecins généralistes.*

**** La formation médicale et paramédicale continue : outil de la régulation de l'offre de soins ou de la performance de la dispense de soins ?***

Facteur de souplesse dans une gestion d'une profession très cloisonnée la formation médicale continue (FMC) ne date évidemment pas d'hier, même si les dernières réformes la présentent un peu comme un outil révolutionnaire au sein du système de santé. Les premiers textes de loi sur la formation continue datent de 1971, le principe de la formation a su démontrer depuis lors que de par les connaissances qu'elle remet à jour ou qu'elle distribue la FMC est un gage d'efficacité immédiate des pratiques.

Chaque grand programme relatif à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant s'est accompagné d'une incitation à la formation continue du personnel médical et paramédical dans son ensemble, dans le but d'optimiser la mise en oeuvre de ces actions (circulaire du 20/01/1975 pour les personnels médicaux sur les problèmes de périnatalité ; circulaire du 8 avril 1978 pour les personnels médicaux et paramédicaux toujours sur les problèmes de périnatalité ; circulaire du 12 octobre 1982 qui enjoint les directeurs des établissements hospitaliers où se pratiquent des IVG à s'assurer de la formation permanente des personnels concernés ; circulaire du 5 mai 1988 relative à la sécurité à la naissance ; circulaire du 6 mars 1991 relative aux actions de formation en périnatalité). Par ailleurs des Journées d'études et de formation s'adressant aux sages-femmes sont organisées annuellement. Les thèmes, publiés sous forme de circulaire paraissent au Bulletin officiel des affaires sociales, ils couvrent un éventail très large de thèmes allant d'aspects purement médicaux à des aspects économiques et psycho-sociaux.

Les récentes réformes reconnaissent à la FMC une vertu de régulation (décret du 5 décembre 1996 relatif à la FMC ; arrêté du 6 mai 1997 portant création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière).

*
* *

M.-H. Blond et ses collaborateurs ont réalisé l'évaluation d'une formation à la réanimation du nouveau-né en salle de naissance dont les résultats ont démontré que la simple action de remise à niveau des connaissances dans ce domaine pouvait représenter à elle seule une action de Santé publique efficace. La formation a ainsi eu un impact important non seulement sur la façon de soigner les nouveau-nés, mais également sur l'équipement des maternités concernées en matériel de réanimation néonatale (Blond M.-H., et al., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994)..

L'enseignement de la réanimation du nouveau-né à la naissance n'est pas satisfaisant car la formation des acteurs en salles de naissance est absente en France, aussi bien des Facultés de Médecine que de beaucoup d'écoles professionnelles. Les personnes pratiquant ces gestes d'urgence pour nouveau-nés en détresse vitale ont toutes acquis leur pratique professionnelle, de proche en proche, par un enseignement dispensé individuellement par un de leurs aînés. Cette méthode, qui peut être efficace pour une personne, ne l'est sûrement pas pour la société, ni pour les différents établissements devant faire état de prestations de soins d'urgence aux nouveau-nés. L'équipe D. Oriot et ses confrères du CHU de Poitiers ont mené une étude sur 9 ans dans une unité de réanimation pédiatrique parisienne démontrant le caractère insuffisant de cette formation (Onot D., et al., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994). Sur la base de cette étude rétrospective, l'équipe a élaboré un projet de formation régionale à la réanimation du nouveau-né.

Au sein de l'organisation-hôpital, bien des mentalités restent conditionnées par la situation prévalente dans la génération antérieure, c'est-à-dire le schéma d'une carrière pré-établie sans remise en cause, dans un cadre professionnel global peu évolutif et doté d'une grande inertie concrétisée par des statuts quasi immuables. Or l'environnement dans lequel évolue l'hôpital est évolutif. La formation doit pouvoir jouer, selon G. Delande (Professeur de Sciences économiques, *Gestions Hosp*, 1995), un rôle stratégique d'adaptation aux nouvelles exigences de rationalisation de la gestion. La mise en place et le bon fonctionnement en routine des procédures du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) par exemple suppose que chacun des acteurs à sa place dans le processus de soins, comprenne clairement les objectifs et les moyens de les atteindre et acquière les connaissances méthodologiques et pratiques nécessaires.

*** *Les statuts***

Nadine Lefaucheur, en retraçant l'histoire des accoucheurs de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, a montré comment une minorité d'internes des hôpitaux de Paris, scientifiquement et socialement novateurs a pu déployer une stratégie d'autonomisation professionnelle qui a débouché grâce à l'alliance politique avec les élites rationalisatrices de la III^e République.

L'organisation actuelle de la profession de sage-femme a pour fondement la loi du 17 mai 1943 qui réorganise les études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. Le cadre formel limite la compétence des sages-femmes en ce qu'elle s'exerce sous la tutelle de la profession médicale. F.X. Schweyer (*Sciences Sociales et Santé*, 1996) remarque que l'évolution du cadre réglementaire régissant la profession de sage-femme va cependant dans le sens d'une autonomie croissante basée sur des compétences techniques (décret du 27 septembre 1985 portant à quatre ans la durée des études, l'habilitation à la pratique officielle des échographies), mais toujours relative.

Les sages-femmes qui défendent l'autonomie de leur profession ne fondent pas leur argumentation sur une expertise technique mais sur un statut donné par l'Etat (F.X. Schweyer, Op Cité). Cette autonomie est défendue par des organisations syndicales et par l'Ordre des sages-femmes, elle a trait au recrutement et à la direction des écoles de sages-femmes, à l'élargissement des conditions de l'exercice professionnel.

L'enquête par questionnaire, réalisée par F.X. Schweyer et M. Imbert, en 1994 auprès de sages-femmes est la seule source de données récentes sur l'évolution de la démographie, du contexte de la pratique de la profession de sage-femme, et des formes de revendications à l'autonomie professionnelle. L'objectif sous-tendu réside dans la compréhension des rouages de l'argumentaire élaboré par la profession en vue d'interpeller les pouvoirs publics. *« Le travail politique et l'argumentation professionnelle des sages-femmes se centrent essentiellement sur le statut et les règlements et s'adressent presque exclusivement aux pouvoirs publics. Ce corporatisme professionnel est d'une efficacité réelle bien que limitée : il se rapproche du corporatisme protectionniste des professions qui attendent de l'État les conditions de leur survie ».*

*** *Les organismes professionnels***

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français fondé en 1971 par J. Varangot sur le principe de l'unité de la discipline gynéco-obstétricale, a le statut d'une association régie par la loi de 1901. Il est en liaison étroite et permanente avec les pouvoirs publics, l'Ordre des médecins, les sociétés savantes et les syndicats légalement constitués groupant des gynécologues

et obstétriciens français. Dans sa charte on peut lire : « *le Collège a pour buts :*

1° de participer à l'élaboration des projets de politique sanitaire dans le domaine gynéco-obstétrical à tous les niveaux : gouvernemental, régional et local,

2° de mettre au point et de promouvoir une doctrine de politique gynécologique-obstétricale cohérente et unifiée sur l'ensemble du territoire national tenant compte de toutes les modalités publiques et privées de l'exercice de la spécialité,

3° de proposer et de soutenir toute mesure visant à améliorer la formation des futurs spécialistes, à développer l'enseignement post-universitaire et à perfectionner l'efficacité technique de ceux qui se consacrent à la gynécologie et à l'obstétrique,

4° de contribuer à faire respecter la place légitime de la discipline parmi les spécialités médico-chirurgicales et à défendre les prérogatives professionnelles des gynécologues et des obstétriciens, compte tenu de celles des praticiens exerçant dans des spécialités voisines.

Publication : *Mises à jour en Gynécologie-Obstétrique*, 1^{er} numéro : 1977

L'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) a été créée à Lyon en 1991, à l'occasion du 29^{ème} Congrès des pédiatres de langue française. Ses buts sont essentiellement de développer les actions de formation continue et d'élaborer une réflexion sur les programmes et les moyens de cette formation ; de promouvoir la recherche médicale dans ce domaine ; de représenter les pédiatres praticiens dans les sociétés savantes, auprès des organismes de formation continue et de recherche, et dans les réunions scientifiques. L'AFPA a participé dès sa création à la formation médicale continue conventionnée. Après deux ans d'existence, l'Association comptait parmi ses adhérents environ le quart des pédiatres praticiens, ce qui laisse penser qu'elle répond à un besoin des professionnels. En 1993, l'AFPA s'est rapprochée de la Société française de pédiatrie dont l'organe officiel est la publication *Les Archives Françaises de Pédiatrie* (seule revue pédiatrique française d'audience internationale) (Romeu H., Beley G., *Arch Fr Pédiatr*, 1993).

Le Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français

La Société Nationale de Gynécologie et Obstétrique de France

La Société Française de Gynécologie

La Société Française de Médecine Périnatale

*** L'enjeu du projet médical d'établissement : « relâcher la bride administrative tutellaire » pour une mobilisation professionnelle autour des objectifs de régulation**

Organisation complexe à gérer, l'hôpital apparaît à bien des égards comme un "boîte noire". Le projet d'établissement (loi hospitalière de 1991) par l'obligation qu'il impose de clarifier les objectifs internes et la politique régionale constitue un moyen de "gérer la complexité".

Textes officiels

-Circulaire du 20 janvier 1975, relative à l'organisation de sessions d'informations et de recyclage des personnels médicaux sur les problèmes de périnatalité (abrogée par la circulaire du 20 décembre 1993)

-Circulaire du 18 avril 1978, relative à l'organisation de sessions d'information et de recyclage des personnels médicaux et paramédicaux sur les problèmes de périnatalité (abrogée par la circulaire du 20 décembre 1993)

-Circulaire du 20 février 1980, relative à l'enquête sur les coûts de formation des sages-femmes et des professions paramédicales, *BO du Ministère de la santé et de la sécurité sociale*, n°11 du 12 avril 1980

-Circulaire du 18 juin 1980, relative à la formation des sages-femmes, *BO du Ministère de la santé*, n°28 du 7 août 1980

-Circulaire DGS n°12-82 du 12 octobre 1982, relative à l'amélioration de l'information et de la prescription de la contraception et de la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements hospitaliers publics, *BO du Ministère de la solidarité nationale, Ministère de la santé*, n°45 du 11 décembre 1982

-Circulaire du 5 novembre 1984, relative aux modalités de transfert au 1^{er} janvier 1985 d'une partie des personnels de santé scolaire au Ministère de l'Éducation nationale

-Décret n°84-1194 du 21 décembre 1984, relatif aux attributions du ministre de l'Éducation nationale, modifié par le décret n°91-1048 du 10 octobre 1991

-Décret du 13 mai 1985, relatif au statut particulier des adjointes des services de santé scolaire et universitaire, *JORF* du 15 mai 1985, p.5467

-Circulaire du 2 juillet 1985, instituant une commission administrative paritaire nationale commune aux corps des adjointes du service de santé scolaire et des aides médico-sociales, *JORF* du 10 juillet 1985, p.7755

-Arrêté du 24 janvier 1986, fixant les modalités d'organisation du concours professionnel pour l'accès au premier grade d'adjointe du service de santé scolaire et universitaire, *JORF* du 1^{er} février 1986, p.1824

-Arrêté du 3 juin 1986, relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des élèves sages-femmes et à l'organisation des examens, *JORF* du 26 juin 1986, p.7930

-Arrêté du 23 décembre 1986, relatif aux écoles de cadres de sages-femmes et à la délivrance du certificat de cadre sage-femme, *JORF* du 27 janvier 1987, p.949

-Circulaire du 12 janvier 1987, relative à l'Organisation mondiale pour la santé, *BO du Ministère des affaires sociales et de l'emploi*, n°8 du 21 mars 1987

-Circulaire n°127 du 5 mai 1988, relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques, *BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale*, n°88/20 bis

* la formation continue de tout le personnel est nécessaire pour mener à bien ces actions,

* la sensibilisation aux aspects psychologiques de la naissance et à l'accueil en maternité pourra se faire dans le cadre de séances de formation continue, destinées aux médecins, sages-femmes, puéricultrices et infirmières,..., personnels administratifs et sociaux,

* l'information et la formation aux différentes méthodes de préparation à l'accouchement et d'analgésie concerne plus spécialement les médecins, sages-femmes et infirmières,

* ces différents thèmes sont considérés comme prioritaires dans le programme annuel de formation continue.

-Décret du 1^{er} septembre 1989, portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière, *JORF* du 2 septembre 1989, p.11113

-Circulaire du 5 février 1990, relative aux Journées d'études et de formation, XVIII^{èmes} Assises nationales des sages-femmes, *BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale*, n°5 du 5 avril 1990

-9,10,11 mai 1990 : Journées d'études et de formation des sages-femmes à Montpellier

* thèmes : certaines pathologies rencontrées chez les femmes en rapport avec la grossesse, économie de la santé en matière de procréation, enfance maltraitée

-Circulaire du 6 mars 1991, relative aux actions de formation et de prévention en périnatalité, *BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité*, n°14, mai 1991

* les actions de formation mises en place en 1987 sous le nom d'"actions de recyclage en périnatalité" sont à conduire en partenariat (services départementaux de protection maternelle et infantile, équipes de maternité et de néonatalogie, organismes de formation continue des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux concernés),

* ces sessions de formation sont destinées au personnel médical, paramédical et social travaillant soit en secteur hospitalier public ou privé, soit en secteur libéral, soit dans un service de prévention et exerçant des activités habituelles ou occasionnelles dans le domaine de la périnatalité,

* une liste indicative de thèmes de réflexion retenus par la Direction générale de la santé comme prioritaires à l'échelon national laisse la place à des initiatives en rapport avec les besoins spécifiques en régions,

* en annexe les thèmes hors circulaire abordés en 1988 : la surveillance de la grossesse, les problèmes liés au handicap (accueil en maternité, annonce faite aux parents, prise en charge en milieu scolaire), la prématurité, la mort subite du nourrisson,

* pour indication, les sujets proposés par la Direction générale de la santé : la réglementation relative à la maternité, l'échographie (indications), la préparation à l'accouchement (méthodes et évaluation), actualisation des connaissances sur le diagnostic prénatal, sida et grossesse, MST, recensement et critères d'évitabilité de la mortalité périnatale et maternelle,...

-Circulaire du 2 mai 1991, relative à l'application du décret du 1^{er} septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière, *BO du Ministère des affaires sociales et de l'intégration*, n°21 du 20 juin 1991

-22,23,24 mai 1991 : Journées d'études et de formation des sages-femmes à Strasbourg

-Arrêté du 30 août 1991, instituant une commission administrative paritaire nationale compétente à l'égard des adjointes du service de santé scolaire, *JORF* du 7 septembre 1991, p.11784

-Décret n°91-1195 du 27 novembre 1991, portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'Éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'Éducation nationale-conseiller technique, *JORF* du 28 novembre 1991, p.15490

-Décret du 12 décembre 1991, relatif au rattachement des médecins contractuels de santé scolaire, *JORF* du 18 décembre 1991, p.16461

-Décret n°92-147 du 13 février 1992, relatif au corps des médecins de la santé publique, *JORF* du 19 février 1992, p.2576

* Art.1 : à compter du 1^{er} janvier 1991 les médecins du corps provisoire des médecins de la santé publique régis par le décret du 30 juillet 1964 sont placés sous l'autorité du ministre chargé de l'Éducation nationale,

ils exercent leurs fonctions dans le service de santé scolaire,

ils sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de la promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degré de leur section d'intervention,

ils réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire,

ils identifient les besoins de santé spécifiques de leur secteur et élaborent des programmes prioritaires prenant en compte les pathologies dominantes et les facteurs de risque particuliers. A cet effet ils conduisent des études épidémiologiques,

ils contribuent à la formation initiale et à la formation continue des personnels enseignants, des personnels non enseignants et des personnels paramédicaux ainsi qu'aux actions d'Éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents.

-Décret du 27 mars 1992, relatif à l'indemnité allouée aux médecins inspecteurs de santé, aux médecins de santé publique et aux médecins contractuels de santé scolaire, *JORF* du 3 avril 1992, p.4951

-Circulaire du 29 juillet 1992, relative au code de déontologie des sages-femmes, *BO du Ministère des affaires sociales*, n°38 du 29 juillet 1992

-Circulaire du 6 octobre 1992, relative au code de déontologie des sages-femmes

-Arrêté du 24 novembre 1992, fixant les modalités d'organisation générale de l'examen professionnel applicable au corps des médecins de l'Éducation nationale et à l'emploi de médecins de l'Éducation nationale, *JORF* du 15 décembre 1992, p.17143

-Loi n°93-8 du 4 janvier 1993, relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie (titre II)

-Arrêté du 23 mars 1993, fixant le taux d'indemnité spéciale attribuée aux médecins inspecteurs de santé publique, aux médecins contractuels de santé scolaire, *JORF* du 28 mars 1993, p.5414

-Arrêté du 28 octobre 1993, fixant les modalités d'organisation, la nature des épreuves et le programme des concours d'accès au corps des médecins de l'Éducation nationale, *JORF* du 1^{er} décembre 1993, p.16596

-Circulaire DGS/DH n°94-3 du 7 janvier 1994, relative à l'organisation des soins et de la prise en charge des douleurs chroniques, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°5 du 13 avril 1994

-12,13,14 mai 1994 : Journées d'études et de formation des sages-femmes à Toulouse

* thèmes : surveillance de la grossesse à risque et du travail, le help syndrome, l'utilisation actuelle de l'échographie, la prise pondérale durant la grossesse normale, les urgences chirurgicales pendant la grossesse,...

-Arrêté du 28 octobre 1993, fixant les modalités d'organisation, la nature des épreuves et le programme des concours d'accès au corps des médecins de l'Éducation nationale prévus à l'article 4 du décret n°91-1195 du 27 novembre 1991, *JORF* du 1^{er} décembre 1993, p.16596

* les médecins de l'Éducation nationale sont recrutés sur concours,
* la date et les listes des centres d'examens sont arrêtés par le ministre chargé de l'Éducation nationale,
* la liste des candidats admis à concourir est arrêtée par le recteur d'académie,
* le concours comprend une phase d'admissibilité et une phase d'admission,
* la liste des candidats définitivement admis est arrêté par le ministre chargé de l'Éducation nationale.

-Décret n°93-1302 du 14 décembre 1993, relatif aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral, *JORF* du 15 décembre 1993, p.17399

* Art.1 : dans chaque région, l'union des médecins exerçant à titre libéral instituée par la loi du 4 janvier 1993 regroupe les médecins qui exercent leur activité à titre libérale sous le régime de la ou des conventions nationales.

* Art.2 : dans les domaines mentionnés dans la loi du 4 janvier 1993 (art.8), les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral participent aux actions engagées notamment par l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. (...) Les unions peuvent prendre des initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants : 1-les analyses et les études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux ; 2-

la coordination avec les autres professionnels de santé ; 3-l'information et la formation des médecins et des usagers.

-Lettre DH du 19 août 1994, relative à la compétence des sages-femmes de la fonction publique hospitalière, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°10 du 28 mars 1996

-Circulaire du 4 janvier 1995, relative à l'affectation des titulaires du diplôme d'État de puériculture et des auxiliaires de puériculture dans les maternités et les services de pédiatrie, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°7 du 23 mars 1995

-Arrêté du 2 mai 1995, relatif au module de sciences humaines et sociales de la première année de premier cycle des études médicales, JORF du 11 mai 1995, p.7884

* le module de sciences humaines et sociales de première année de premier cycle des études médicales doit privilégier les enseignements permettant aux étudiants :

1° d'acquérir les outils de base de la sociologie, de la psychologie sociale, de la démographie, du droit national, européen et international, de l'économie, de la communication et de l'information ;

2° d'aborder les grandes questions d'éthique dans la société.

« Les unités de formation et de recherche de médecine peuvent de plus proposer aux autorités universitaires compétentes de définir, dans le cadre des orientations thématiques précitées, des thèmes à étudier pendant l'année, notamment dans le domaine de l'anthropologie et de l'économie des systèmes de santé, avec une liste d'ouvrages à consulter ou une série de conférences.

« Ces enseignements ont pour but de développer chez les étudiants une approche pluridisciplinaire des problèmes de la société et de susciter leur réflexion sur la place de leur future pratique dans un contexte élargi.

-Arrêté du 9 mai 1995, portant création d'un comité chargé d'harmoniser les données relatives à la démographie médicale, JORF du 11 mai 1995, p.7805

* Art. 1: *« Il est créé auprès du Ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville et du Ministre délégué à la santé un comité chargé d'harmoniser les données actuelles relatives à la démographie médicale et d'étudier les moyens permettant de prévoir l'évolution de cette démographie à court et moyen terme.*

* *« Ce comité comprend : le directeur général de la santé ou son représentant, le chef du service des statistiques des études et des systèmes d'information, le directeur des hôpitaux, le directeur de la sécurité sociale, le directeur de l'administration générale du personnel et du budget, le directeur de la Caisse autonome de retraite des médecins français, le directeur de la CNAM, le directeur de l'Union des caisses centrales-mutualité sociale agricole, le directeur de la Caisse nationale des professions indépendantes, le directeur général des enseignements supérieurs, le président du Conseil national de l'ordre des médecins, le président de la conférence des doyens.*

-Arrêté du 7 juillet 1995, modifiant l'arrêté du 3 juin 1986 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des élèves sages-femmes et à l'organisation des examens, BO du Ministère de la santé publique, n°32 du 23 septembre 1995

-Décret du 6 septembre 1995, portant code de déontologie médicale, JORF du 8 septembre 1995, p.13305

-Décret n°96-1050 du 5 décembre 1996, relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral, JORF du 6 décembre 1996, p.17767

* pour assurer les missions qui lui sont dévolues le Conseil national de la formation médicale continue élabore une liste annuelle des thèmes de formation continue prioritaire au plan national et la transmet au ministre chargé de la santé qui peut formuler des observations, elle est ensuite adressée aux conseils régionaux de la formation médicale continue, au Conseil national de l'Ordre des médecins et au conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral. Il recense les moyens nationaux de formation disponibles et il établit un rapport quinquennal qu'il transmet au ministre chargé de la santé. Ce rapport s'appuie sur les rapports annuels établis par les Conseils régionaux de la formation médicale continue, il retrace la politique menée en matière de formation médicale continue,

* pour assurer les missions qui leur sont dévolues les conseils régionaux de la formation médicale continue recensent l'ensemble des moyens de formation à caractère régional dont ils ont la connaissance, apprécient la valeur scientifique et pédagogique en fonction des critères d'évaluation et valident ceux de ces moyens qui font l'objet d'un financement par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral. Les conseils régionaux délivrent, pour chaque médecin dans leur ressort, l'attestation au vu d'un dossier rendant compte de ses activités de formation médicale continue.

-Arrêté du 18 mars 1997, modifiant l'arrêté du 6 novembre 1970 relatif aux certificats d'aptitude aux fonctions de sage-femme surveillante, JORF du 27 mars 1997, p.4779

-Arrêté du 6 mai 1997, portant création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière, JORF du 13 mai 1997, p.7185

*Art. 1 : création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière. Il a une mission générale de proposition et de conseil auprès du ministre, en vue de l'élaboration des mesures nécessaires pour assurer l'obligation de formation médicale continue des médecins exerçant dans un établissement de santé public ou participant au service public,

chargé de :

1-préciser la nature et les caractéristiques générales des formations susceptibles d'être proposées aux médecins hospitaliers dans le cadre de l'obligation de la formation continue,
2-recenser les moyens de formation disponibles et proposer des critères d'évaluation scientifique et pédagogique de ces formations,
3-définir les conditions dans lesquelles un médecin exerçant dans un établissement de santé publique ou participant au service public est réputé avoir satisfait à l'obligation de formation continue

Littérature scientifique

1967

-Jamous H., «*Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières* », Paris, CNRS-LES, 1967

1973

-Chauvenet A., «*Idéologie et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers* », *Revue Française de Sociologie*, 1973, Vol.XIV

1988

-Delaporte F., «*Les professions de santé. Les liens entre la formation et l'exercice* », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1988, N°3, pp.13-32

-Lefaucheur N., «*La résistible création des accoucheurs des hôpitaux* », *Sociologie du Travail*, 1988, N°416, pp.1050-1055

- «*Les sages-femmes libérales* », *Revue Hospitalière de France*, 1988, Vol.416, pp.1068-1072

1990

-Carricaburu D., «*La profession de sage-femme : une autonomie en question* », In : Aïach P., Fassin D. (eds), «*Sociologie des professions de santé* », Éditions de l'Espace Européen, 1990

1991

-Dalous A., Régnier C., (service de Médecine infantile, CHU, Toulouse), «*Les spécialités pédiatriques en CHU. Une expérience de près de 20 ans* », *Arch Fr Pédiatr*, 1991, T.48, N°8, pp.527-528

-Dubos J.-P., «*La réanimation à la naissance. À propos d'une action de formation dans les maternités de la région Nord-Pas-de-Calais* », In : *21èmes Journées de la Société française de Médecine périnatale*, Paris, Arnette, 1991, pp.3-11

1992

-Foulquier T., Greffier C., «*Projet d'établissement : révolution culturelle annoncée* », *Gestions Hosp*, 1992, N°319, pp.638-642

1993

-Burdin S., «Le répertoire ADELI : un système de référence sur les professionnels de santé », *Solidarité Santé-Études Statistique*, 1993, N°1, pp.71-75

-Hart J., «La formation continue. À l'âge de la stratégie », *Gestions Hosp*, 1993, N°329, pp.553-562

-Romeu H., Beley G., «Où en est la pédiatrie ambulatoire ? », *Arch Fr Pédiatr*, 1993, T.50, N°50, pp.377-378

-Tanguy A., «Projet médical d'établissement. Une autre logique ? », *Gestions Hosp*, 1993, N°329, pp.556 et s.

1994

-Blond M.H., Gold F., Drucker J., Lionnet C., Rondeau C., Guerois M., Laugier J., «Réanimation du nouveau-né en salle de naissance : évaluation de l'action régionale de formation conduite en 1990 dans la région Centre », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°2, pp.202-208

-Laporte J., «Vers un observatoire des métiers hospitaliers », *Gestions Hosp*, 1994, N°335, pp.298-301

-Oriot D., Berthier M., Cardona J., Nasimi A., Boussebart T., Bachelier D., Magnin G., (CHU de Poitiers), «Plaidoyer pour une formation régionale à la réanimation du nouveau-né à la naissance », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994, Vol.23, N°6, pp.639-641

-Pierson M., (Unité d'endocrinologie et croissance de l'hôpital d'enfants, Vandoeuvre-lès-Nancy), « Quel avenir pour la pédiatrie des prochaines années ? », *Arch Pédiatr*, 1994, N°1, pp.703-705

1995

-Dard J., Marcille Ch., Simon M., Stanton J., (responsables de formation), «L'évaluation de la formation continue », *Gestions Hosp*, 1995, N°351, pp.846-847

-Delande G., «Place de l'enseignement économique dans la formation continue hospitalière », *Gestions Hosp*, 1995, N°348, pp.537-545

-Delaporte F., Gottely J., «La formation aux métiers de la santé », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1995, N°4, pp.25-42

-Farhat M., « Genèse et développement du projet de service », *Gestions Hosp.* 1995, N° juin-juillet, pp.461-466

-Gottely J., Vilain A., « L'offre médicale devrait baisser dès la prochaine décennie », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1995, N°1, pp.75-91

-Programme des concours de l'internat, *Impact Internat*, mai 1995

-Régnier C., (Service de médecine infantile, Toulouse), « La périnatalogie en France en 1994 », *Arch Pédiatr*, 1995, N°2, pp.103-107

1996

-Antoine J.M., Uzan S., Salat-Baroux J., « Enseignement de Gynécologie-Obstétrique du 2^{ème} cycle des études médicales. Expérience tirée du nouveau certificat d'enseignement intégré de Gynécologie-Obstétrique de l'UFR Saint-Antoine de Paris VI », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, Vol.25, N°4, pp.336-339

-Lejeune C., « Participation des médecins à diplôme étranger aux gardes pédiatriques. L'effet catastrophique de la loi de février 1995 », *Médecine et Enfance*, octobre 1996, pp.V-VI

-Queneau P., « RMO et enseignement initial et continu », *Revue Hospitalière de France*. 1996, N°1, pp.42-45

-Schweyer F.-X., « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences Sociales et Santé*, 1996, Vol.14, N°3, pp.67-100

-Simon M., « L'inégale répartition géographique des professionnels de santé », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1996, N°4, pp.102-107

1997

-de Carvalho J., *Quelle formation pour les médecins de l'éducation nationale ?*, *Échanges Santé-Social*, 1997, N°85, pp.13-16

-Lansac J.(Département de Gynécologie-Obstétrique, Reproduction et Médecine foetale, Tours), « Le devenir de la Gynécologie-Obstétrique en Europe », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°3, pp.329-332

2.3-La planification des activités et des structures de soins et de prévention: les solutions de l'aménagement du territoire et de la répartition des compétences

**La planification de l'équipement sanitaire :*

Les méthodes de planification n'ont pas pour fonction principale d'assurer une maîtrise des dépenses de santé. On trouve confirmation de cette idée dans le *Livre Blanc sur l'assurance maladie*. La fonction principale du dispositif de planification sanitaire actuel est plutôt d'assurer la coordination des principaux acteurs qui participent au service public hospitalier (« Régulation du système de soins », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1995, N°11, pp.xxiii). L'enjeu est alors la compatibilité entre l'offre de soins et de prévention, qui malgré certains aménagements reste en grande majorité contrôlée nous l'avons vu par l'État, et la demande de la population.

Nous partons donc du principe que l'allocation optimale des ressources en termes d'offre de soins et de prévention ne se réduit pas complètement à l'allocation optimale des ressources financières. Ceci est d'ailleurs explicitement énoncé dans la loi du 31 juillet 1991, en particulier en son chapitre II portant organisation et équipement sanitaires :

« la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. À cette fin, ils sont arrêtés (...) sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ».

Historiquement, la planification sanitaire est amorcée en France avec la loi hospitalière de 1970 qui instaure la carte sanitaire pour réguler et redistribuer un parc hospitalier qui s'était développé de façon anarchique depuis les années 60. A cette époque, les inégalités de répartition de l'offre de soins sont telles que l'introduction de méthodes de planification, même très frustrées, permet d'atteindre des objectifs d'équité dans l'accès aux services de santé. L'arrêté du 28 mai 1980 rappelle que la carte sanitaire constitue l'élément de référence indispensable pour apprécier la validité des équipements sanitaires, et qu'à ce titre *« elle doit refléter la nature et l'importance des besoins sanitaires de la population »*. En 1980, seuls les indices de besoins en lits par milliers d'habitants sont revus à la baisse excepté en gynécologie-obstétrique où ils passent de 0,1 à 0,3. *« Les cartes sanitaires peuvent constituer un progrès sur le plan de la couverture sanitaire des populations. L'état de fait actuel risque de figer indûment des structures devenues inadaptées compte tenu de l'évolution de la demande de dissimuler des déficits et en conséquence de contraindre des malades à des déplacements trop importants »* (circulaire du 26 novembre 1982, relative aux arrêtés du 25 novembre 1982 portant révision de la carte sanitaire, des moyens d'hospitalisation

en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique). L'idée de la planification sanitaire a évolué depuis, et à la régulation strictement quantitative s'est imposée petit à petit une réflexion sur l'efficacité perceptible dans la loi du 31 juillet 1991. Cette évolution s'est produite dans un contexte idéologique lui aussi en évolution depuis le début de la décennie 80. Le secteur hospitalier est, en effet à la fin des années 80, traversé par un fort courant «hôpital-entreprise», cherchant à appliquer au secteur public des modes de gestion et d'incitation dérivés du secteur privé.

Il ressort de l'analyse de contenu de la circulaire du 12 octobre 1982, que dans le secteur sanitaire, l'utilisateur doit pouvoir bénéficier de prestations équivalentes à celles qu'il pourrait rencontrer dans le secteur privé. Dans ce texte, l'accueil est envisagé en termes organisationnels d'ajustement de l'offre à la demande d'interruption volontaire de grossesse, mais il est envisagé également en termes relationnels (humanisation de l'accueil, meilleure information). C'est dans ce contexte là qu'apparaît le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) qui transfère au niveau régional le pouvoir d'autorisation de créer des structures nouvelles. Ce pouvoir est depuis lors constamment confirmé (circulaire du 24 octobre 1996, relative au schéma d'organisation sanitaire), il est désormais opposable lors d'opération de regroupement ou de conversion et, d'autre part, au renouvellement des autorisations.

Les outils de la planification sanitaire, carte sanitaire (instituée par la loi de décembre 1970) et schéma régional d'organisation sanitaire, s'inscrivent donc dans une logique de l'"offre": ils ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Certains professionnels de santé publique opposent, quant à eux, cette logique des besoins à une logique dite de "rationnement" et/ou à une logique "de marché".

L'objectif de maîtrise de l'offre de soins justifie que les pouvoirs publics disposent, dans le même temps, d'un mode de régulation homogène des deux secteurs public et privé. La loi du 31 juillet 1991 a retenu l'unicité de la planification hospitalière comme principe, et son rôle de régulation en amont. Le secteur privé est désormais soumis au même régime d'autorisation que le secteur public pour tout ce qui concerne les créations, les extensions, les conversions et les regroupements d'établissements, ainsi que les équipements matériels lourds (Loi du 31 décembre 1991); les structures alternatives à l'hospitalisation (décret du 2 octobre 1992/ circulaire du 15 décembre 1992). Les nouvelles dispositions législatives visant à améliorer les conditions de la régulation et de la décloisonnement du système hospitalier par la recherche de complémentarités poursuivent toujours ce même objectif. Une tendance à la contractualisation apparaît: contrats pluriannuels entre les établissements et l'État, les caisses de sécurité sociale, voire les collectivités locales. Le développement des formules de coopération, l'émergence de réseaux inter-établissements, de filières de

de coopération, l'émergence de réseaux inter-établissements, de filières de soins participent bien de ce rapprochement public/privé. Ce principe, très clairement énoncé dans l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, était déjà évoqué dans la circulaire du 3 juin 1993, relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire :

«Le Gouvernement réaffirme la priorité absolue qui s'attache à regrouper sur des sites de moyenne proximité les plateaux techniques hospitaliers les plus conséquents afin de répondre à la fois à une meilleure qualité des soins et de sécurité pour les malades ...L'objectif principal à respecter est de constituer un réseau gradué et coordonné des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés sur une même zone sanitaire, afin de doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires... Une politique pertinente d'aménagement du territoire implique certes le maintien de petits établissements de proximité mais à la condition expresse qu'un tel maintien conduise à une meilleure adaptation des services rendus à la population. En effet la sécurité ne saurait être sacrifiée à la survivance de services souvent médiocres, voire dangereux pour la santé publique et dont les effectifs médicaux et leur volume d'activité resteront insuffisants, notamment en matière d'urgences, de réanimation, de chirurgie, de maternités...Les petits établissements de proximité doivent être en mesure d'assurer, notamment avec les professions de santé libérales, la mise en oeuvre de consultations de spécialité en gynécologie-obstétrique par convention avec les établissements de santé publics et privés dotés des praticiens compétents et de moyens diagnostiques et médico-techniques appropriés.

Il est encore tôt pour faire le bilan de la réforme Juppé, et en particulier celui de la place des agences régionales d'hospitalisation dans leurs négociations avec les établissements de santé en vue de la mise en oeuvre de la planification sanitaire. La logique contractuelle prônée dans l'ordonnance du 24 avril 1996, loin de traduire le retrait de l'État dans le processus de planification des établissements et des équipements sanitaires, s'apparenterait à un renforcement dissimulé de la tutelle de l'État en ce domaine. Cela laisse présager une adéquation des faits aux objectifs énoncés au début des années 80 sans avoir été atteints (adaptation de l'offre aux besoins de la population par une connaissance la plus fine possible du contexte local que seul le transfert de compétences en direction des collectivités locales peut permettre). *«L'outil contractuel qui figurait déjà en bonne place dans la précédente réforme hospitalière, est ici l'objet d'un usage paradoxal. Emblème de la liberté de ses promoteurs, il est en l'occurrence mis au service d'une réduction de leur autonomie (Hardy J., Droit Social, 1997).* Selon les acteurs de terrain, l'action de planification issue de la loi du 31 juillet 1991 demeure largement inadaptée, car elle prend insuffisamment en compte la réalité du fonctionnement de l'hôpital, mais aussi des professionnels de santé. *Pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population, nous pensons qu'il est indispensable d'appuyer la planification sanitaire sur la mise en réseaux des professionnels, intégrés dans une logique de partenariat avec*

son environnement de santé (...) Il faut abandonner l'idée d'une planification de plus en plus détaillée au profit d'une régulation de l'interface entre deux niveaux d'appréhension des problèmes : le niveau des acteurs locaux, porteurs de préoccupations d'ordre micro-économique, et le niveau des acteurs nationaux (...)» (Caillet R., CHRU de Lille, *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1995).

Dans le secteur mère-enfant, la critique de la planification centralisatrice s'exprime de façon particulièrement acerbe. Les acteurs renommés du système de santé gynéco-obstétricien donnent davantage leur assentiment à des concepts tels que la mise en réseau dont la finalité est par nature sanitaire. Le point de départ de toute planification est la connaissance de l'offre et des besoins médicaux. Celle-ci ne peut être qu'imparfaite en l'absence d'une coopération entre les différents professionnels concernés. C'est dans cet esprit que le Pr Émile Papiernik, soucieux de fonder des mesures de prévention sur l'identification des causes de décès des nouveau-nés dans la période néonatale, a réussi à mobiliser tous les établissements de Seine-Saint-Denis dotés de lits d'obstétrique à l'occasion de l'enquête épidémiologique menée dans ce département entre 1989 et 1992. Cette étude a permis d'analyser les causes des 67 819 décès néonataux enregistrés dans cet ensemble d'établissements et d'établir que, dans 50 % des cas, il s'agissait de prématurés de moins de 33 semaines. Ce constat s'est accompagné d'une évolution dans la réflexion des praticiens qui, après avoir cherché à savoir si toutes les maternités se valaient, se sont demandés si une femme enceinte pouvait être suivie dans n'importe quelle filière. Le Pr É. Papiernik en a tiré la conclusion, qu'en termes d'efficacité et de sécurité des soins, toute future accouchée devrait être soumise à une évaluation de ses facteurs de complications au sein d'un réseau d'obstétrique, et orientée sur une filière de suivi adaptée à son niveau de risques (Papiernik E., *la Revue du Praticien*, 1995/ « L'émergence de réseaux de soins dans le champ de l'hospitalisation », *DS*, 1996, N°98).

**** Le partage des compétences : de la volonté de résolution des problèmes au plus de leur source, ou accentuation des défaillances du système ?***

L'application des lois de décentralisation a abouti à des transferts de compétence de l'État vers les collectivités locales (Loi du 7 janvier 1983/ Loi du 22 juillet 1983) qui se traduisent par la délégation de pouvoirs renforcés notamment en matière de santé publique, et par le système de contrôle a posteriori par les autorités de tutelle. Au-delà du floujuridique entourant la répartition des compétences, à la lecture des textes il est facile de constater que les compétences réellement transférées demeurent finalement assez limitées, et que dans le domaine de l'organisation sanitaire le poids de la tutelle administrative demeure conséquente (circulaire du 22 juillet 1987 relatif au contrôle des actes des collectivités locales dans le domaine de l'action sociale et

des établissements et services à caractère social et médico-social), malgré la tendance de ces dernières années qui se traduit plutôt par la recherche d'un partenariat entre l'État et les collectivités locales.

En matière de santé publique, un des transferts en direction des départements concerne bien sur la protection maternelle et infantile, auquel on peut rajouter les services de vaccination. Le département dispose d'une doit mobiliser des moyens, financiers et humains en conformité avec un certain nombre de normes imposées par l'Etat (en particulier au regard du temps d'ouverture des consultations et sur les effectifs et les qualifications des personnels : décret du 6 août 1992); en outre, l'État légifère et réglemente sur les examens médicaux. Par ailleurs, une profusion d'acteurs interviennent dans le secteur PMI avec le financement de l'Assurance maladie : gynécologues-obstétriciens, pédiatres, généralistes en médecine ambulatoire et hospitalière ; ce qui ne clarifie pas la répartition des compétences et peut engendrer des poches de dysfonctionnements, de redondances dans les actions entreprises si les acteurs en question n'ont pas une bonne connaissance des responsabilités de chacun. (« Des attributions en évolution », *Actualité et dossier en santé publique*, 1994, p.VI/ Pr R. François, *Gestions Hosp*, 1988). Si la décentralisation a eu finalement pour conséquence de complexifier les règles du jeu aux yeux et dans la pratique de certains, pour d'autres elle apparaît porteuse de projets de prise en charge plus globale des activités sanitaires et sociales. « *La libre administration des collectivités territoriales, le professionnalisme des acteurs, le fait que l'État, de tuteur omniprésent et de coordinateur obligé, est devenu un partenaire s'associant aux autres, la légitimité que la décentralisation a donné à la participation des habitants, directement ou par le canal du mouvement associatif, l'idée que l'action doit être menée dans le cadre d'un territoire donné au plus proche des habitants, sont les principales raisons d'espérer l'émergence de cette prise en charge globale (...)* Dès lors que des partenaires partagent les mêmes objectifs, et ne campent pas sur leur pré-carré, un vaste champ de coopération en effet s'ouvre à eux.(...) Dans des services de l'accès aux soins et des services aux usagers par exemple, on voit en ce domaine les synergies qui peuvent se développer localement. (...) Le département peut confier à la commune l'exercice des compétences en matière de PMI par exemple (...). (Dessaint L., *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1994).

Dans les faits, on assiste bien souvent à une prise d'initiatives de la part des collectivités locales bien supérieure à ce que les textes leur enjoignent, particulièrement dans le domaine de la prise en compte de la difficulté d'accès aux soins.

On note par ailleurs, le transfert de la santé scolaire et de l'action sociale en faveur des enfants en direction du Ministère de l'Éducation nationale (circulaire du 1^{er} mars 1985), et la création du corps des médecins de l'Éducation nationale par l'arrêté du 27 novembre 1991. Dans ce secteur marqué, de façon lancinante par l'expression de vagues de mécontentements

de la part de ses personnels de soins, les initiatives empruntées de bon sens ne sont guère exploitées. Les pistes ouvertes par le rapport Beaupère, notamment la suggestion de confier la réalisation des bilans de santé obligatoires aux médecins de famille, dans les zones où il existe un déficit important en médecins scolaires est restée sans écho.

Textes officiels

-Arrêté du 30 octobre 1973 (indices de besoins en gynécologie-obstétrique)

-Arrêté du 15 avril 1977 (indices de besoins en gynécologie-obstétrique)

-Arrêté du 28 mai 1980, JORF du 27 juin 1980

* souligne que la carte sanitaire constitue l'élément de référence indispensable pour apprécier la validité des équipements sanitaires et à ce titre elle doit refléter la nature et l'importance des besoins sanitaires de la population.

* l'analyse du fonctionnement des établissements a mis en évidence que, pour des raisons techniques comme des raisons humaines (évaluation des mentalités face aux problèmes de l'hospitalisation) d'une manière générale, les besoins de la population étaient satisfaits par une capacité d'hospitalisation faible. C'est pourquoi les fourchettes basses des indices de besoins en lits par milliers d'habitants ont été corrigées à la baisse ; en revanche ils sont passés en gynécologie-obstétrique de 0,1 à 0,3.

-Circulaire n°385 du 2 septembre 1980, relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, BO de la santé et de la sécurité sociale, n°39 du 21 octobre 1980

-Loi n°82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

-Circulaire n°39 du 4 mars 1982, relative à la régionalisation des actions de prévention, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, n°21 du 30 juin 1982

-Décret n°82-826 du 27 septembre 1982, abrogeant le décret n°80-285 du 17 avril 1980 et relatif aux établissements publics où sont pratiqués les interruptions volontaires de grossesse,

* étend à tous les hôpitaux publics disposant d'un service de maternité ou d'un service de chirurgie, l'obligation de pratiquer ces interventions.

-Circulaire du 12 octobre 1982, relative à l'amélioration de l'information et de la prescription de la contraception et de la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements hospitaliers publics, BO du Ministère de la solidarité nationale, Ministère de la santé, n°45 du 11 décembre 1982

* « Il paraît utile d'évoquer les obstacles le plus souvent rencontrés dans le passé à un accueil satisfaisant en secteur public des demandes d'interruption volontaire de grossesse et d'envisager les moyens d'y remédier. (...) Les établissements pratiquant déjà des interruptions

volontaires de grossesse devront essayer de corriger les défauts de leur organisation en agissant tant sur les structures que sur l'accueil.

(1)Les structures :les carences observées tiennent à la surcharge en nombre des services de gynécologie-obstétrique et à l'organisation défectueuse. Est préconisé :

1-le maintien des centres d'interruption volontaire de grossesse lorsque l'activité des services susceptibles d'aborder ces interventions est telle qu'il existe un risque de ne plus répondre à la demande ;

2-la création de centres d'interruption volontaire de grossesse distincts des services de gynécologie-obstétrique dans les cas où ces derniers ont une activité suffisante par rapport à la demande ;

3-la création de centres d'interruption volontaire de grossesse dont l'activité est insuffisante par rapport à la demande dans les hôpitaux dans tous les cas où il apparaît que les services existants ne répondraient pas à la demande.

(2) L'accueil et l'information

-Circulaire DH du 26 novembre 1982, relative à la planification des équipements de santé, BO du Ministère de la santé et de la sécurité sociale, n°1 du 9 février 1983

* l'objet de cette circulaire est de restituer les décisions relatives aux sept arrêtés du 25 novembre 1982 portant révision de la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique dans le cadre de la politique que le ministre de la santé entend mener dans les domaines de la planification des *équipements* de santé : « *Les cartes sanitaires peuvent constituer un progrès sur le plan de la couverture sanitaire des populations. L'état de fait actuel risque de figer indûment des structures devenues inadaptées compte tenu de l'évolution de la demande, de dissimuler des déficits et en conséquence de contraindre des malades à des déplacements trop importants, ou de permettre des créations ou des extensions peu fiables économiquement et qui pèsent d'autant sur le budget de la nation.* » La volonté du Ministère est de *renforcer le rôle des acteurs locaux, et notamment régionaux, dans le processus de la planification sanitaire* » pour une meilleure appréhension des réalités locales.

* fait référence à la *"principale insuffisance de la méthodologie utilisée pour l'élaboration des cartes sanitaires (qui) est d'être fondée uniquement sur la demande qui s'exprime au niveau des entrées par discipline dans les établissements : l'infrastructure hospitalière existante est prise comme donnée de départ et les besoins estimés en fonction de son fonctionnement et de son activité. Ce raisonnement a pu conduire parfois à renforcer la concentration des équipements, entraînant des déplacements des malades ne se justifiant pas pour des soins courants, et à accroître les disparités d'équipement intrarégionales. Cette analyse purement quantitative de l'activité des établissements (...) devrait être complétée par une approche de la demande appréhendée par la structure démographique et socio-professionnelle des populations concernées.*

* l'objectif poursuivi est de mettre en place un système de planification sanitaire plus global, plus souple et plus décentralisé ; de substituer aux cartes de véritables schémas d'aménagement régionaux des équipements de santé susceptibles de se concrétiser par des contrats de plan pluriannuels intéressant l'État, les régions et les organismes sociaux.

-Loi n°83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État

-Circulaire (R. Badinter) du 19 avril 1983, relative à la protection des enfants en danger, victimes de sévices ou délaissement, BO du Ministère de la Justice, n°10 du 30 juin 1983

* il s'agit d'une circulaire interministérielle dont l'objet est de traduire « la volonté gouvernementale de mieux répondre au grave problème des enfants victimes de violences de toutes natures ou de privation de soins » ;

» Il importe que le ministère public fasse prévaloir, chaque fois que cela est raisonnablement possible, l'aspect protecteur de l'intervention judiciaire par l'ouverture systématique d'une procédure d'assistance éducative.

Cet aspect est, en effet, souvent mal connu des travailleurs sociaux, médecins et services hospitaliers. Ceux-ci retardent parfois indûment des signalements qui s'imposeraient, par crainte de déclencher une action automatiquement répressive et mettent ainsi les juges des enfants dans l'impossibilité d'intervenir utilement sur le plan éducatif ;

* « L'existence d'une procédure d'assistance éducative et l'intervention de services spécialisés ne dessaisissent pas automatiquement les services sociaux ou médicaux compétents (secteur social, PMI, santé scolaire, ...) avec lesquels il est essentiel d'instaurer un esprit de complémentarité ;

* « Aucune instance ni autorité ne peut régler à elle seule le difficile problème de la prévention et du traitement des affaires de violences ou de délaissement de mineurs. Il s'avère urgent de décloisonner les interventions et de conjuguer les différentes actions menées en ces domaines par les magistrats, les services de police, les services médico-sociaux, le corps médical et les enseignants. Pour atteindre cet objectif la circulaire interministérielle préconise la mise en place d'un dispositif local de coordination sous la responsabilité conjointe du procureur de la République

-Loi n°83-663 du 22 juillet 1983, complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, JORF du 23 juillet 1983, p.2286

* Sur les compétences nouvelles en matière d'Action sociale et Santé :

. les services

Le département est désormais responsable du service départemental d'action social, du service de l'aide sociale à l'enfance, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, de la lutte contre les fléaux sociaux.

Les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du Conseil général qui en assure l'organisation.

Les centres de Protection maternelle et infantile, les activités de PMI à domicile, la formation et l'agrément des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation.

Les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG sont également des services du département.

. les structures

Art.42 : « Un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux est arrêté par le conseil général.

Art.43 : « L'autorisation de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux fournissant des prestations d'aide sociale relevant de la compétence du département est accordée par le président du Conseil général.

-Décret n°84-1194 du 21 décembre 1984, relatif aux attributions du Ministre de l'Éducation nationale,

* les services de santé scolaire sont transférés du Ministère des Affaires sociales au Ministère de l'Éducation nationale, à compter du 1^{er} janvier 1985

-Circulaire DGS du 1^{er} mars 1985, relative à l'organisation dans les départements du transfert de la santé scolaire et de l'action sociale en faveur des élèves, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, n°16 du 30 mai 1985

* deux nouveaux bureaux créés à la Direction des affaires générales du Ministère de l'Éducation nationale pour assurer la gestion de ce service : le bureau des conseillers pour l'action sanitaire et sociale ; le bureau de la santé et de l'action sociale en faveur des élèves ;

* les personnels sont placés sous l'autorité de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'Éducation nationale ;

* « *Le transfert au Ministère de l'Éducation nationale de la responsabilité des services de santé scolaire doit se traduire, du fait d'une meilleure intégration dans le milieu sur lequel il agit, par une plus grande efficacité des interventions au profit des élèves, sans qu'il y ait pour autant rupture avec les objectifs et les programmes de santé publique, dont la santé scolaire est une composante majeure.*

« Des réflexions sont entreprises au Ministère de l'Éducation nationale sur les objectifs, les missions, le fonctionnement et l'organisation des différents services qui contribuent à la protection sanitaire et sociale des élèves. (...) Cette réflexion nationale reposera largement sur les contributions du terrain. Les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation nationale, devronttransmettre une synthèse des suggestions des différentes parties concernées.

* il est fait appel à un *esprit de coopération et d'efficacité, guidé par l'intérêt des élèves.*

-Contrat de plan État-régions du 13 avril 1985 pour le financement d'un programme de protection de la maternité (abrogé par la circulaire du 22 septembre 1992)

-Circulaire du 22 juillet 1987, relatif au contrôle des actes des collectivités locales dans le domaine de l'action sociale et des établissements et services à caractère social et médico-social, JORF du 28 novembre 1987, p.13894

* les lois de décentralisation ont étendu de manière progressive le champ d'application du contrôle de légalité dans le domaine de l'action sociale :

1° la loi du 2 mars 1982 a supprimé la tutelle sur les collectivités locales et leurs établissements publics, notamment les centres communaux d'action sociale ;

2° le transfert des compétences en matière d'action sociale, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1984, a eu pour effet d'élargir le champ du contrôle de la légalité à la plupart des actes pris par le Conseil général dans ce domaine ;

3° la loi du 6 janvier 1986 adaptant la législation sociale aux transferts de compétences en matière d'action sociale a supprimé la tutelle sur les actes des établissements publics locaux et médico-sociaux. La tutelle sur les hôpitaux publics a été confirmée par la loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.

Il en résulte que le champ du contrôle de légalité en matière d'action sociale est très devenu très vaste puisqu'il concerne non seulement la plupart des actes des départements, des communes, des centres d'action sociale et des établissements publics locaux sociaux, mais aussi les actes régissant les rapports entre les collectivités locales et les établissements publics et privés qui interviennent en ce domaine.

* dans le domaine de l'action sociale, le contrôle de légalité organisé par la loi du 2 mars 1982 est le contrôle de droit commun. C'est le juge administratif de droit commun qui est compétent pour connaître des recours contre les décisions prises par les collectivités locales et leurs établissements publics dans le domaine de l'action sociale.

-Circulaire n°194 du 21 juin 1988, relative à la procréation médicale assistée, BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°88/25 bis, 1988

* application :

1-du décret n°88-327 du 8 avril 1988, relatif aux activités de procréation médicale assistée, *JORF* du 9 avril 1988,

2-du décret n°88-328 du 8 avril 1988, portant création de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction, *JORF* du 9 avril 1988 ;

* un exemplaire de tous les dossiers de demande d'autorisation de pratique des activités de procréation médicalement assistée émanant des établissements publics et privés doit être transmis systématiquement par le préfet du département à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ;

* les direction régionales des affaires sanitaires et sociales doivent établir une liste commune des établissements privés et publics classant par ordre préférentiel les établissements publics et privés demandant une autorisation d'exercer des activités cliniques de FIVETE. L'ordre de priorité décroissant est établi en fonction de deux critères :

1-l'avis technique du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales qui tient compte de la conformité des dossiers aux dispositions du décret n°88-237 du 8 avril 1988,
2-leur localisation dans la région pour répondre dans les meilleures conditions aux besoins de la population.

-Loi n°89-487 du 10 juillet 1989, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, *JORF* du 14 juillet 1989, p.8869

* les missions relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection des mineurs maltraités sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance en liaison avec le service de PMI ;

* ces missions comportent notamment l'information et la sensibilisation de la population et des personnes concernées par les situations de mineurs maltraités ;

* le président du Conseil général met en place, après concertation avec le représentant de l'État, dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département ;

* un service d'accueil téléphonique gratuit est créé à l'échelon national par l'État, les départements et des personnes morales de droit public ou privé, qui constituent, à cette fin un groupement d'intérêt public.

-Loi n°89-899 du 18 décembre 1989, relative à la protection de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, *JORF* du 19 décembre 1989, p.15735

* la nouvelle loi de 1989 a pour objectif principal de clarifier et de moderniser le dispositif relatif à la PMI, et de le mettre en conformité avec celui de la décentralisation, elle complète en ce sens la loi du 6 janvier 1986. Le texte intègre la notion de «*promotion de la santé*», ce concept élargit la notion de «*prévention* ». L'objectif couplé «*prévention-promotion de la santé*» répond à la nécessité de voir laisser le taux de mortalité périnatale qui reste en France aux environs de 10,5 %.

* « L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection maternelle et infantile qui comprend :

1° des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et l'éducation pour la Santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

2° des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que le conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicap ;

3° la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans ainsi que les assistantes maternelles.

* « Les services et consultation de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, la formation et l'agrément des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement.

* « Le service départemental de PMI établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle.

« Chaque fois que le personnel du service départemental de PMI constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par de mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

-Circulaire DGD du 6 mars 1991, relative aux actions de formation et de prévention dans le domaine de la périnatalité, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité, n°14 du 4 mai 1991

* bien que le service départemental de PMI ait été décentralisé, l'État garde dans ce domaine non seulement un rôle de régulation et de réglementation général, mais aussi celui d'impulser et d'animer des actions expérimentales ou pilotes.

* les actions pilotes ont été financées pour la première fois en 1989 sous le terme *d'actions cofinancées en périnatalité*. Les objectifs de ces actions :

1° améliorer la situation de la périnatalité en continuant à lutter contre la prématurité,
2° améliorer la prise en charge des mères en difficulté, notamment par un meilleur environnement psycho-affectif à la naissance,
3° elles doivent mobiliser différents partenaires : services départementaux de PMI, équipes hospitalières des maternités publiques et privées, service de néonatalogie, caisses de sécurité et mutuelles.

-Décret n°91-1048 du 10 octobre 1991, modifiant le décret du 21 décembre 1984 relatif aux attributions du Ministère de l'Éducation nationale en matière de santé scolaire, JORF du 13 octobre 1991, p.13445

* les services de santé scolaire sont désormais placés sous l'autorité du ministre de l'Éducation nationale.

-Décret n°91-1411 du 31 décembre 1991, pris pour l'application de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le Code de la santé publique, JORF du 4 janvier 1992, p.226

* Art.1: "Il est inséré dans le Code de la santé publique un livre VII intitulé « Établissements de santé, thermmo-climatisme, laboratoires »,

* au chapitre « Organisation et équipement sanitaires » section « carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire », il est fait référence au "collège national d'experts" qui constitue une instance de conseil technique et d'expertise, placé auprès du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Ce collège peut être appelé à donner son avis technique sur :

1-les éléments médicaux et médico-techniques des schémas d'organisation sanitaires nationaux et interrégionaux ainsi que des schémas régionaux,

2-les méthodes et les résultats de l'évaluation médicale des établissements, équipements, structures et activités de soins pour lesquels l'autorisation relève de la compétence du ministre chargé de la santé,

(pour ces deux missions le collègue peut faire appel à l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale)
3-toute question relative à l'évaluation médicale et aux systèmes d'information développés par les établissements de santé publics.

Il est également fait référence dans cette section, à la "commission régionale de l'évaluation médicale des établissements" qui constitue une instance de conseil technique et d'expertise, placée auprès de chaque comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Elle peut être appelée à donner son avis technique sur :

- 1-les éléments médicaux et médico-techniques des schémas régionaux,
- 2-les méthodes et les résultats de l'évaluation médicale des établissements,, équipements, structures ou activités de soins pour lesquels l'autorisation relève de la compétence du préfet de région,
- 3-toute question relative à l'évaluation médicale et aux systèmes d'information développés par les établissements de santé publics et privés de la région.

Quant à l'autorisation, elle est donnée ou renouvelée par le ministre chargé de la santé : pour ceux des équipements matériels lourds, pour celles des activités de soins (notamment les activités cliniques de procréation médicalement assistées et diagnostic prénatal).

-Arrêté du 31 mars 1992, relatif à la définition du contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire, JORF du 3 avril 1992, p.4967

-Arrêté du 31 mars 1992, fixant les indices des besoins en lits d'hospitalisation pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique pour la région sanitaire Champagne-Ardenne, JORF du 3 avril 1992, p.4967

-Arrêté du 5 mai 1992, déterminant les indices nationaux de besoins pour les installations de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, JORF du 21 mai 1992, p.6861

-Décret n°92-784 du 6 août 1992, relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale, JORF du 12 août 1992, p.10969

* ces établissements relèvent de collectivités publiques ou d'organismes privés ne poursuivant pas un but lucratif;

* seuls peuvent être dénommés centres d'éducation ou de planification familiale les centres qui exercent l'ensemble des activités fixées dans le décret et remplissent les conditions également fixées (direction assurée par un médecin ou un spécialiste en gynécologie-obstétrique, normes en personnel, normes en installations matérielles) ;

* le contrôle de l'activité des centres est assuré par le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile, ou par son délégué.

-Décret n°92-785 du 6 août 1992, relatif à la PMI, JORF du 12 août 1992, p.10972

* Art. 1 : *Le service départemental de PMI exerce (ses) missions ... soit directement, soit par voie de convention*

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

-Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992, relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, JORF du 8 octobre 1992, p.13990

-Arrêté du 5 novembre 1992, relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale ne relevant pas d'une collectivité publique, JORF du 19 novembre 1992, p.15900

-Circulaire DII n°52 du 15 décembre 1992, relative aux modalités de la déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation existant à la date de promulgation de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, BO du ministère des affaires sociales et de l'intégration, n°2 du 16 février 1993

-Circulaire n°14 du 26 mars 1993, relative à l'application du décret n°92-1210 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°18 du 3 juillet 1993

(1) Définition de l'hôpital local. C'est un hôpital de proximité qui fait partie d'un réseau de soins. Il constitue un maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique conséquent.

(2) Fonctionnement médical

(3) Modalités de rémunération des médecins généralistes exerçant à l'acte

(4) La convention signée avec un ou des centre(s) hospitalier(s) ou établissements privés à but non lucratif de la zone d'attraction

-Circulaire DH/EO n°21 du 3 juin 1993, relative à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire, BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, n°27 du 18 août 1993

* lors de sa déclaration de politique générale prononcée à l'Assemblée nationale du 8 avril 1993, le Premier ministre avait décidé de suspendre jusqu'à nouvel ordre toute suppression de services publics en zone rurale. Le maintien de certains établissements de santé n'empêchant nullement de procéder à la substitution de certains services et activités, tout en préservant l'emploi sur les sites concernés.

* la circulaire vise à préciser les principaux objectifs et motifs de santé publique rendant nécessaire la transformation du tissu hospitalier, tout en maintenant des établissements de proximité de qualité, notamment dans les zones rurales ou faiblement urbanisées :

(1) Principe général de recomposition de l'offre de soins hospitalière. Le Gouvernement réaffirme la priorité absolue qui s'attache à regrouper sur des sites de moyenne proximité les plateaux techniques hospitaliers les plus conséquents afin de répondre à la fois à une meilleure qualité de soins et de sécurité pour les malades et de rationaliser l'allocation des ressources de l'assurance maladie affectée au secteur hospitalier. L'objectif principal à respecter est de constituer un réseau gradué et coordonné des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés sur une même zone sanitaire, afin de doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires. Cette mise en réseau des divers acteurs et établissements de santé doit favoriser la construction de filières de soins adaptées aux besoins des patients, en évitant redondances, parcours inutiles, tout en renforçant la qualité et la sécurité des prestations répondant à l'exigence croissante exprimée par la population.

(2) Motifs de santé publique répondant à ces objectifs. Une politique pertinente d'aménagement du territoire implique certes le maintien de petits établissements de proximité mais à la condition expresse qu'un tel maintien conduise à une meilleure adaptation des services rendus à la population. En effet la sécurité ne saurait être sacrifiée à la survivance de services souvent médiocres, voire dangereux pour la santé publique et dont les effectifs médicaux et leur volume d'activité resteront toujours insuffisants, notamment en

matière d'urgences, de réanimation, de chirurgie, de maternités. Il convient en revanche de conserver et promouvoir les hôpitaux de proximité qui non seulement demeurent nécessaires pour répondre aux besoins courants mais qui doivent être en mesure de répondre à des demandes actuellement non satisfaites. Certains petits centres hospitaliers ou cliniques privées constituent des maillons essentiels de coordination et d'organisation des soins entre le domicile, la médecine ambulatoire libérale, les structures et services alternatifs à l'hospitalisation et les établissements pourvus de plateaux techniques plus importants et plus spécialisés. C'est à ce titre que les petits établissements de proximité doivent être en mesure d'assurer, notamment avec les professions de santé libérales, la mise en oeuvre de consultations de spécialité en gynécologie-obstétrique par convention avec les établissements de santé publics et privés dotés des praticiens compétents et de moyens diagnostiques et médico-techniques appropriés.

(3) Conditions de mise en oeuvre de ces objectifs. La réussite d'une telle politique d'aménagement du territoire suppose de respecter quatre conditions essentielles :

- 1-le développement de diverses formules de partenariat (hôpital/médecine de ville),
- 2-la mise en oeuvre effective des outils de coopération entre établissements de santé : fusions, regroupements, reconversions, syndicats interhospitaliers, groupements d'intérêt économique, conventions,
- 3-une organisation adaptée d'un réseau de transports médicalisés garantissant un maillage du territoire,
- 4-la pleine utilisation des références nationales existantes en matière d'organisation des soins et le recours à des références régionales issues de consensus avec les organisations et les experts médicaux concernés, notamment dans le cadre des commissions régionales d'évaluation médicale des établissements.

**-Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne,
« Carte sanitaire, schéma régional : urgences, chirurgie, naissance », Dijon,
Drass, novembre 1993**

**-Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France,
« Schéma régional d'organisation sanitaire d'Ile-de-France », Paris, Drass,
juillet 1994**

**-Déclaration de M. Ph. Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, sur les
grandes orientations de la politique de restructuration hospitalière et sur la
modernisation du financement et de la tarification des établissements de
santé, Nice le 30 juin 1994 lors du congrès de la Fédération intersyndicale des
établissements d'hospitalisation privée ; et à Perpignan le 7 juillet 1994 à la
réunion sur la gestion hospitalière en Languedoc-Roussillon**

**-Déclaration de M. Ph. Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, sur les
domaines touchant à la restructuration hospitalière (application des SROS,
gestion hospitalière, urgences, sécurité des malades, etc), Toulouse le 30
septembre 1994 lors du 62^{ième} congrès de l'union hospitalière du Sud-Ouest**

**-Circulaire PJJ du 12 mars 1996, « contractualisation des relations entre
l'État et les conseils généraux en matière de protection de l'enfance », BO du
Ministère de la Justice, n°62 du 30 juin 1996**

* un groupe de travail, mis en place en 1993, a mis en évidence un certain nombre de difficultés de fonctionnement entre les partenaires de terrain, dont la première est relative à l'absence de connaissance statistique fiable et commune, de l'ensemble du champ de la protection de l'enfance et la seconde aux difficultés de mise en place d'une concertation autour de sujets communs.

* au terme de la recherche impulsée par le Cabinet du Garde des sceaux et celui du Ministère des affaires sociales, il est ressorti qu'il est possible de promouvoir, au sein des

départements et dans l'ensemble du champ de protection de l'enfance. une dynamique d'amélioration des relations partenariales dans ce secteur autour des axes suivants :

l'amélioration du recueil et des échanges entre les partenaires du dispositif autour de la définition d'objectifs communs, de la construction des schémas d'équipements en faveur de l'enfance, des protocoles de saisine des procureurs en cas d'enfants en danger.

* proposer des orientations indicatives autour de l'amélioration de la communication interinstitutionnelle, de la définition d'objectifs communs et de l'amélioration des circuits de signalement des mineurs

* la concertation institutionnelle visée ici peut se concevoir comme mode de régulation en soi. Dans ce texte précis, il est envisagée qu'elle s'organise :

. *autour des fonctions collectives engageant la responsabilité globale et complémentaire de chaque acteur*

les objectifs -élaboration d'une méthode de concertation à définir par les partenaires
-observation et analyse commune et contradictoire de l'environnement local et de son évolution, y compris sur les dispositifs de prévention (PMI, prévention spécialisée. etc...)

-organisation régulière du dispositif et ajustement en fonction de ses évolutions
les moyens : -échanges réguliers d'informations régulières
-réunions fréquentes
-agrément, autorisations, habilitations, contrôle financiers, contrôle des projets institutionnels

-formation et modalités de réflexion communes des nouveaux arrivants
-adaptation de l'offre de service

. *autour des fonctions relatives à la prise en charge des situations individuelles*

-harmonisation des définitions (notion de danger, jeunes majeurs, droit de visite, lieux de vie, etc...)

-harmonisation, à partir de situations individuelles, des critères d'intervention, d'approche des concepts de danger et de risque

-articulation et coordination des interventions aussi bien à l'égard des groupes que des individus

-amélioration des circuits d'information et de signalement

* Conclusion : *Le partenariat n'est jamais une situation acquise mais une démarche permanente et progressive. Qu'il soit national ou local, il doit traduire la volonté des acteurs de travailler ensemble et de progresser en fonction des opportunités locales. La qualité et la pérennité de ces collaborations sont fonction du degré d'élaboration collective par les acteurs directement concernés. Inscrits dans des documents, le partenariat garantit l'exacte adaptation des contenus aux réalités locales et leur pérennité au-delà des changements de personnes*

-Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF du 25 avril 1996, p.6311

* consacre le chapitre 1^{er} du Titre III (Coordination des soins) aux filières et réseaux de soins. « Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir (...) des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention ».

-Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF du 25 avril 1996, p.6324, articles 28, 32,34

* donne toute sa place au schéma d'organisation sanitaire et à son annexe en les rendant opposables pour toute forme de demande d'autorisation : création, extension, conversion totale ou partielle, regroupement, renouvellement ;

* les agences régionales de l'hospitalisation sont constituées sous forme d'un groupement d'intérêt public à partir de la publication au *Journal Officiel* des conventions constitutives par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et par les

représentants des organismes de l'assurance maladie, membres des groupements. Elles ont pour mission de *définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources.*

-Décret n°96-780 du 3 septembre 1996, portant création, auprès du ministre du travail et des affaires sociales, de directeurs chargés de la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation

-Circulaire DAGB/SBF/DH n°96-623 du 8 octobre 1996, relative aux modalités de mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°44 du 26 novembre 1996

-Circulaire DH n°96-658 du 24 octobre 1996, relative au schéma d'organisation sanitaire, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°49 du 30 décembre 1996

* rend immédiatement applicables les dispositions relatives, d'une part à l'opposabilité du schéma lors d'opérations de regroupement et de conversion et, d'autre part, au renouvellement des autorisations. Il est tenu compte de la compatibilité des projets présentés avec le schéma pour l'élaboration des décisions relatives à toute demande de regroupement, de conversion ou de renouvellement intervenant postérieurement à la publication de l'ordonnance ;

* l'ordonnance rend l'annexe au schéma opposable, au même titre que le schéma ;

* les schémas régionaux de l'organisation sanitaire, dits de "première génération", ont été élaborés pour tout ou partie des installations, activités de soins ou équipements matériels lourds du champ de compétence régionale. L'arrêté du 31 mars 1992 en a fixé le contenu obligatoire, tout en laissant à chaque région la faculté d'y inclure d'autres installations.

-Décret du 29 novembre 1996, relatif aux agences régionales de l'hospitalisation (convention constitutive type), JORF du 3 décembre 1996, p.17530

-Conventions du 31 décembre 1996, constitutives d'agences régionales de l'hospitalisation, JORF du 10 janvier 1997

-Conventions du 26 mai 1997, constitutives d'agences régionales de l'hospitalisation, JORF du 27 mai 1997

-Décret n°97-615 du 30 mai 1997, relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le Code de la santé publique, JORF du 1^{er} juin 1997, p.8625

* introduit la notion d'"unité de proximité" ainsi que la "commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation";

* un contrat dit "de relais" peut être conclu entre l'établissement siège d'une unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences et tout autre établissement de santé qui dispose des compétences médicales et des moyens humains et technologiques nécessaires à la prise en charge et au traitement sans délai des patients orientés vers lui. Le contrat précise les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques pour lesquels ce dernier établissement s'engage à remplir cette mission, ainsi que les moyens qui y sont affectés, notamment les gardes. Il fixe le calendrier et les horaires d'accueil des patients. Le

contrat prévoit également l'évaluation périodique des conditions de réalisation des engagements souscrits. (...) Le projet de contrat est, préalablement à sa signature, soumis à l'approbation de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation. L'autorisation n'est délivrée que si les dispositions du contrat sont compatibles avec les orientations définies par l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation. Lorsque des établissements qui ont passé un contrat de relais constituent entre eux un réseau de soins en vue d'améliorer la prise en charge et le traitement des urgences, ce réseau peut associer des médecins libéraux et d'autres professionnels dans le but d'assurer une meilleure continuité des soins.

* lors de l'établissement du schéma régional de l'organisation sanitaire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation organise, pour la préparation des dispositions du schéma relatives à l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences », une session régionale d'étude et de proposition consacrée à l'offre de soins en urgence.

* la session propose un projet de répartition territoriale des sites d'accueil et de traitement des patients qui est établi en tenant compte des installations et des services existants, de l'activité constatée ou prévisible et des caractéristiques sanitaires et géographiques de la région.

Littérature scientifique

1985

-Mille S., « PMI : les conséquences de la décentralisation », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1985, N°4, pp.5-8

1988

-François R., « Rôle d'un service de pédiatrie hospitalo-universitaire dans la cité. Ouverture d'un service de pédiatrie universitaire vers les soins primaires », *Gestions Hosp*, 1988, N°661-667

1990

-Le Coutour X., Infante-Rivard C., Danzon A., « Régionalisation des soins et pratiques obstétricales », *Rev Épidémiol et Santé Publ*, 1990, Vol.38, N°3, pp.211-220

1991

-Gontcharoff G., « Brèves réflexions sur la prévention de la santé et la décentralisation », *Santé Publique*, 1991, N°2, pp.43 et S.

-Tréhony A., « Les nouveaux découpages institutionnels issus de la décentralisation peuvent-ils favoriser ou au contraire impliquer des difficultés supplémentaires pour l'action de prévention ? », *Santé Publique*, 1991, N°2, pp.38 et s.

1992

-Batifoulier Ph., «Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences Sociales et Santé*, 1992, Vol.X, N°1, pp.5-44

-Frenkiel J., Hecketsweiler Ph., «Les inégalités inter-régionales de l'offre de soins en France », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1992, N°4, pp.35-48

1993

-Gauthier P., «Heurs et malheurs de la planification hospitalière. Défense et illustration d'une ardente obligation », *Gestion Hosp*, 1993, N°326, pp.350-354

-Guigaz M., «La dynamique de la planification. Nouvelles règles du jeu et structuration du processus de décision », *Gestions Hosp*, 1993, N°326, pp.355-357

- « Les nouveaux outils de la planification sanitaire », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1993, N°spécial

-Lombrail P., Alfaro C., Vitoux-Brot C. et al., « Analyse du recrutement aux urgences d'un hôpital pédiatrique. Conséquences sur l'organisation de l'offre de soins », *Arch Fr Pédiatr*, 1993, T.50, N°4, pp.313-317

1994

-Baubeau D., Marrel Ph., « Les schémas régionaux d'organisation sanitaire face aux réseaux santé », *Prévenir*, 1994, N°27, pp.45-52

-Baubeau D., Labram C., Le Coutour X., "Analyse qualitative d'un réseau de soins. Aspects méthodologiques", *Gestions Hosp*, 1994, N°337, pp.426-430

-Bertolotto F., "Le recours aux réseaux : un enjeu de santé publique", *Revue Prévenir*, 1994, N°27, pp.157-163

-Daney de Marcillac J., « Bien naître en Midi-Pyrénées, colloque du 11 février 1994. Les maternités et l'aménagement du territoire », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1994, N°8, pp.14-15

- « Des attributions en évolution », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1994, N°7, pp.III-VII

-Dessaint L., « La décentralisation, facteur de prise en charge globale ? », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, N°7, pp.XXIV-XXV

-Gouyon P., «*Propositions pour l'application du schéma régional d'organisation sanitaire en région Bretagne* », rapport rédigé par le Pr Gouyon pour le projet stratégique d'action de santé, juin 1994

-Jahan P., «*Le concept d'hôpital-pivot. Une dérive de la planification sanitaire ?* », *Gestions Hosp*, 1994, N°336, pp.355-358

-Legrand J., Muszynski C., «*Naissance en zone non urbaine. Maternité de proximité. L'état des lieux* », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1994, N°223, pp.4-7

-Naiditch M., «*Apport d'une maternité de proximité à un réseau de prise en charge obstétrico-pédiatrique* », rapport à la Direction des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne, mai 1994

-Soubie R., Portos J.-L., Prieur C., «*Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie* », Paris, Commissariat général du Plan, 1994

1995

-Caillet R., «*Planification et besoins de santé de la population. L'approche hospitalière* », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1995, N°11, pp.XXXVII-XXXIX

-Cointe C., «*La restructuration des maternités en question* », *Profession Sage-Femme*, 1995, N°13

-Cremadez M., Dusehu E., «*Réconcilier aménagement du territoire et maîtrise des coûts de santé* », *Gestions Hosp*, 1995, N°348, pp.506-512

-Papiernik E., «*Régionalisation des soins périnataux* », In : Papiernik E., Cabrol D., Pons J.C., «*Obstétrique* », Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1995, pp.1557-1567

-Papiernik E., «*Transferts maternels et transferts pédiatriques* », *La Revue du Praticien*, 1995, N°45, pp.1782-1783

-Papiernik E., Keith L.G., «*The regionalization of perinatal care in France. Description of a missing policy* », *European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology*, Paris, 1995, Vol.61, pp.99-103

- «*Plans et planification. Définition et histoire* », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1995, N°11, pp.II-V

- «*Planification et programmation des équipements* », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1995, N°11, pp.VI-VIII

-Sureau C., «Faut-il fermer les "petites maternités" ? », *Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Arnette Blackwell, 1995. pp.249-254

1996

-Amiel M., «La santé, enjeu d'aménagement du territoire », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°3, pp.260-263

-Bourgueil Y., Naiditch M., "Comment peuvent naître et se développer de nouvelles pratiques coopératives en périnatalité: le cas du réseau de santé du Haut-Nivernais", *La Lettre d'Image*, 1996, N°9

-Buisson G., Clopeau S., Goedert F., «Filières de soins en périnatalité en région Bretagne », rapport et propositions de l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne, Commission "Filières de soins en périnatalité", février 1996

-Clerici A., « La mise en place d'un réseau obstétrico-pédiatrique autour d'une maternité hospitalo-universitaire à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart, AP-HP). Mise en oeuvre au plan local d'une politique nationale ? », Rennes, Mémoire ENSP, 1996

-Dolle B., «Petits hôpitaux et développement rural », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°6, pp.623-627

-Foulon D., «Rééquilibrer l'offre de soins : deux modélisations des inégalités régionales », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1996, N°4, pp.87-97

-Frydman R., « Un réseau de soin périnatal », *Le Cahier du management*, 1996

-Hoeffel D., «Politique d'aménagement du territoire et organisation sanitaire », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°6, pp.618-622

-«Le plan Juppé », *Droit Social*, 1996, N°9-10

-Mick S., «Un Américain à Clamecy: la fermeture des petits hôpitaux en France », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 1996, N°2, pp.105-140

-Naiditch M., Weill C., « Transferts maternels et transferts d'enfants en France : pourquoi les pratiques évoluent-elles si lentement ? », *Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Éditions Arnette Blackwell, 1996, pp.113-128

-Roze J.C., Branger B., Debillon T., Winer N., Boog G., « Régionalisation des soins périnataux dans la région nantaise. Développement d'une politique de transferts *in utero* des populations à hauts risques », In : *Progrès en Néonatalogie*, compte rendu des 26^{èmes} Journées nationales de néonatalogie 1996, Kager Éditions, 1996, pp.215-221

1997

-Audibert F., Vial M., Ville Y., Kerbrat V., Troché G., Dehan M., Frydman R., « Régionalisation des soins périnataux : bilan d'une année d'activité du réseau obstétrico-pédiatrique du sud-ouest parisien », In : AP-HP, « *Organisation des soins périnataux en Ile-de-France* », 5^{ème} Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Doins Éditions, 1997, pp.40-45

-Contandriopoulos A.P., Souteyrand Y., « *L'hôpital stratège : dynamique locale et offre de soins* », MIRE, John Libbey Eurotext, 1997

-Dehan M., Naiditch M., Papiernik E., Lacroix A., Frydman R., « Régionalisation des soins périnataux en Ile-de-France. Réalité ou utopie ? », In : AP-HP, « *Organisation des soins périnataux en Ile-de-France* », 5^{ème} Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Paris, Doins Éditions, 1997, pp.54-61

-Denis J.-L., Valette A., « Régulation régionale au concret. L'expérience des Drass », *Politiques et Management Public*, 1997, Vol.15, N°4, pp.1-25

-Frossard M., Jourdain A., « La régulation régionale du système de santé : ni plan, ni marché », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°19, pp.XXI-XXIII

-Grémy F., « Filières et réseaux. Vers l'organisation du système de soins », *Gestions Hosp*, 1997, N°367, pp.433-438

-Hardy J., « Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », *Droit Social*, 1997, N°11, pp.949-960

-Lhuillier P., Vedrenne J., "Le réseau périnatal, le point de vue d'un hôpital général", In: AP-HP, "*Organisation des soins périnataux en Ile-de-France*", 5^{ème} Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Doins Éd., 1997, pp.46-49

-Mick S.S., Naiditch M., Bourgueil Y., « Les petits hôpitaux et les enjeux de la restructuration », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°19, pp.XXVI- et s.

-Papiernik E., « La notion de régionalisation des soins. Résultats obtenus en Seine Saint-Denis », In : AP-HP, « *Organisation des soins périnataux en Ile-de-France* », 5^{ième} Journée parisienne obstétrico-pédiatrique, Paris Doins Éditions, 1997, pp.3-8

-Pierru F., « *L'introduction des techniques managériales dans les Directions Hospitalières* », Mémoire de DEA de Science Politique, Université d'Amiens, 1997

Rubrique 3- Les outils économiques et financiers de la régulation du système de santé.

« 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. » Le Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie exposait ce premier motif pour justifier la nécessité d'une réforme de notre système de soins. L'exposition du second motif *« les mécanismes d'allocation des ressources ne nous garantissent pas leur utilisation optimale »* témoigne d'une (r-)évolution dans la façon d'aborder les dysfonctionnements du système de santé français.

Diverses voies ont été étudiées depuis une vingtaine d'années pour la maîtrise des coûts du système de santé. Elles se subdivisent essentiellement entre le contrôle administratif et le rétablissement des mécanismes du marché. Le contrôle administratif s'est fortement développé en France, depuis la fin des années 70. Comme nous l'avons vu dans la rubrique précédente, il a pris des formes diverses : profils médicaux, limitation de la croissance des honoraires médicaux, système du budget global, instauration d'un *numerus clausus*, carte sanitaire. L'ensemble de ces mesures administratives ont permis un fort ralentissement des dépenses, mais la réglementation a conduit à figer les positions des différents partenaires.

Depuis quelques années on assiste à la mise en oeuvre de processus de régulation concertée. Ce type de régulation est peut-être la solution la plus adaptée à notre système sanitaire qui voit cohabiter une forte tradition d'interventionnisme des pouvoirs publics et une grande volonté des principaux acteurs (médecins, directeurs d'hôpitaux, organisations syndicales, mutualité,...) à conserver une marge d'autonomie. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information est un exemple d'outil décisif dans la discussion des budgets accordés par ses efforts d'une meilleure connaissance des services produits. Les économistes s'accordent aujourd'hui à penser, en effet, que la solution d'une organisation basée sur le marché de la concurrence pure et parfaite n'est pas applicable, ni souhaitable, en France. En revanche, il importe apparemment de renforcer la cohérence de l'ensemble par une coopération accrue entre les différents acteurs.

Dans le domaine économique, *« la régulation consiste à mettre en oeuvre les mécanismes qui assurent la compatibilité entre offre et demande dans le respect des normes imposées par la dynamique globale de croissance définie par la collectivité »*. Trois concepts permettent de comprendre la régulation du point de vue économique : le marché et la concurrence, la planification, les

conventions et contrats (Frossard M., Jourdain A., *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997). La régulation purement économique des dépenses de santé n'est cependant pas concevable isolément. Le législateur a tiré les enseignements de l'échec d'une régulation par l'offre de soins qui ne tient pas compte les notions de performance et de qualité des actes de soins et de prévention. Cette prise en compte passe par l'amélioration du dispositif de l'évaluation économique et médicale, l'implication des professionnels de santé au niveau de l'élaboration des normes de contrôle. Autrement dit la régulation des dépenses de santé est actuellement pensée dans une logique paritaire où les facteurs "médicaux" se trouvent couplés aux facteurs "économiques". Cependant le peu de place accordé aux facteurs sociaux et culturels laisse penser que le dispositif de régulation des dépenses demeure inachevé.

3.1-Les modes de financement des structures et des activités de soins et de prévention, et la prise en charge financière de l'accès aux soins et des prestations sociales

**Les dispositifs d'allocation régionale des ressources*

Dans la plupart des pays européens, la dimension contractuelle est au cœur de la régulation des dépenses de santé. Progressivement on a assisté, en France, à un mouvement de régionalisation de la gestion du système de soins (conférences régionales de santé, agences régionales de l'hospitalisation, unions régionales des caisses d'assurance maladie), à une répartition géographique des ressources au plus près des réalités du terrain en vue d'une meilleure efficacité du système et d'une réponse plus adaptée aux besoins de la population.

Le système des enveloppes s'est généralisé à l'hospitalisation publique, à l'hospitalisation privée, à la médecine de ville et aux institutions médico-sociales. Il s'agit en fait d'une allocation déterminée au niveau national, ce que d'aucuns ne manquent pas de contester au motif qu'elle ne permettrait pas la détermination d'une enveloppe régionale calculée en fonction des besoins. Désormais, en effet, pour la médecine ambulatoire, les syndicats médicaux signataires de la convention de 1993 et les caisses nationales d'assurance-maladie fixent pour l'année suivante des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales concernant les actes médicaux et les prescriptions. Ce système d'objectif quantifié national (OQN) ne peut être assimilé à un contrat individuel au sens de la théorie des contrats, c'est un contrat collectif qui instaure une "norme contrainte". Or ce système d'enveloppe globale n'est acceptable que s'il s'accompagne d'un engagement individuel librement consenti des médecins en faveur d'une discipline collective de maîtrise des dépenses. On serait alors, selon M. Gadreau et S. Béjean, en présence d'une "convention d'activité" sous-tendue par l'éthique

et le respect d'une déontologie professionnelle. Ces économistes pensent que la gestion décentralisée de ce contrat collectif au niveau local (contrats locaux de maîtrise des dépenses) par les professionnels eux-mêmes (au sein des comités médicaux paritaires issus des unions professionnelles locales) favoriserait l'adhésion des médecins au projet collectif (Gadreau M., Béjean S., *Journal d'Économie Médicale*, 1996).

Sinon le risque est de voir l'offre se rigidifier et les redéploiements souhaitables freinés. « *Au total, s'il importe d'être prudent quant aux conséquences possibles, sur la réduction des inégalités de santé, d'une allocation interrégionale de l'offre de soins fondée sur les besoins en soins, sans doute convient-il d'avancer dans cette voie mais en apportant des améliorations par rapport aux dispositions actuellement entrevues, notamment par une prise en compte plus importante des indicateurs d'état de santé et par une évolution vers la possibilité de fongibilité des enveloppes* » (J.-C. Saily, membre du HCSP), *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997).

Le décret du 6 décembre 1994 a confirmé le rôle des Directions régionales en matière de régulation de l'offre de soins. Le décret redéfinit en effet les attributions des DDASS et des DRASS en transférant la compétence budgétaire de l'échelon départemental à l'échelon régional. Les DRASS doivent alors, en concertation avec les DDASS (dans le cadre du comité technique régional et interdépartemental) affecter les budgets aux hôpitaux, dans le respect des masses régionales qui leur sont attribuées, en ayant élaboré au préalable des critères de répartition de cette masse entre établissements (Denis J.-L., Valette A., *Politiques et Management Publics*, 1997).

Consacré par les ordonnances de 1996, le niveau régional est désormais considéré comme le niveau d'analyse le plus pertinent. Les agences régionales d'hospitalisation sont chargées de négocier avec les établissements des contrats d'objectifs pluriannuels concernant les orientations et les moyens (« Les nouvelles orientations des réformes. De la recherche de l'efficacité au libéralisme », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1997, p.XVII). L'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement, doit être décliné régionalement.

**** Les réseaux de soins et le contrôle budgétaire***

La création des réseaux de soins correspond à une réaction contre une gestion trop centralisatrice 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 (« Les nouvelles orientations des réformes. De la recherche de l'efficacité au libéralisme », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 1997, p.XXII). Nous l'avons vu (rubrique 2.3) les réseaux de soins proposent d'améliorer l'efficacité du système sanitaire en

offrant des moyens de prévention. La Sécurité sociale a longtemps refusé en général, de prendre en charge ces coûts. Or la prise en charge de la prévention est considérée dans de nombreux textes comme un facteur de baisse du coût des soins. La raison principale de ce désengagement de la Sécurité sociale serait dû au délai requis avant de pouvoir attester des résultats d'un programme de prévention. Le secteur de la protection maternelle et infantile fait, malgré tout, figure d'exception. En outre, l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 en son titre III a récemment prévu que des expérimentations seraient menées sur une période de cinq ans en vue de promouvoir des formes nouvelles d'organisation de soins (filiales et réseaux de soins). Il est prévu qu'il pourra être dérogé aux règles qui régissent les rapports entre professionnels de santé, assurés sociaux et caisses d'assurance maladie.

Les promoteurs des réseaux de soins coordonnés (RSC) avaient tenté de démontrer que ces instruments étaient plus performants que l'arsenal administratif tant sur le plan du contrôle budgétaire que sur le plan de l'efficacité médicale. Yves Conde dans un article paru dans *Gestions Hospitalières* en 1987, ainsi que Pascal Champvert dans un autre article (*Gestion Hosp*, 1988), sont revenus sur la définition des réseaux de soins coordonnés. Inspirés des Health Maintenance Organizations américaines, les RSC sont des organismes regroupant divers partenaires du secteur sanitaire : médecins, paramédicaux, hôpitaux... Ces organismes proposent des actions préventives et curatives sur la base d'un engagement de l'utilisateur à ne se faire soigner que par le réseau. Leur forme juridique peut être inspirée des groupements d'intérêt économique et de l'article 17 de la loi du 19 janvier 1983 qui permet la signature de conventions avec les organismes d'assurance maladie par l'expérimentation dans le domaine médico-social. Le paiement est forfaitaire et fixé en fonction de la classe du "risque" dont relève l'adhérent. La concurrence entre les réseaux établie sur la qualité des prestations fournies et sur le coût de l'affiliation pour l'utilisateur doit conduire à minimiser les coûts et à assurer la qualité de leurs prestations.

**** Les outils du management organisationnel***

H. Savall et V. Zardet (universitaires, spécialistes en sciences de gestion) dans un article intitulé « La réduction des coûts cachés : un outil pour financer l'amélioration de la qualité à l'hôpital » (*Journal D'Économie Médicale*, 1996), démontrent que l'application des outils de la socio-économie sont parfaitement applicables à l'hôpital. L'hypothèse centrale de la socio-économie renvoie à l'inefficacité de certaines organisations qui résulte du manque de connaissance approfondie de l'organisation. La solution consiste à repérer des "coûts cachés" (coûts de dysfonctionnements: conditions de travail éprouvantes, mauvaise organisation du travail, gestion du temps, manque de communication, formation) pour financer des actions d'amélioration de la qualité. Dans cette approche, les coûts sont considérés

comme "cachés" à partir du moment où ils n'apparaissent pas explicitement dans les systèmes d'information tels que le budget, la comptabilité générale et analytique ou les tableaux de bords. Les solutions consistent alors à mobiliser le potentiel humain et à améliorer le système de connaissance des dysfonctionnements de l'organisation ; elles consistent également à susciter l'interaction entre les différents agents de l'organisation (gestionnaires, médecins, personnels soignants).

Les dysfonctionnements dans le financement des hôpitaux ont fait l'objet de nombreux repérages dont on retrouve facilement la trace sous la plume des analystes de gestion. Pour l'essentiel, rappelons que les détracteurs du système du budget global lui reprochent sa rigidité par rapport à une activité qui serait en phase de décroissance, la reconduction systématique des enveloppes favorisant les situations historiques de sur-dotation ou sous-dotation, la difficulté de redistribution des moyens entre les établissements et entre les régions (*Gestions Hosp.*, 1993, N°325, p.260).

**** L'évolution de régulation économique des hôpitaux : vers le mode de paiement à la pathologie***

Le législateur a prévu dans la réforme hospitalière de 1991 des expérimentations sur l'« élaboration, l'exécution et la révision de budgets présentés en tout ou partie par objectifs tenant compte notamment des pathologies traitées ». G. de Pourville et deux de ses autres collègues du groupe IMAGE (ENSP Saint-Maurice) mettent l'accent sur le caractère novateur des méthodes de tarification des hôpitaux fondées sur un outil de description de l'activité médicale. « Cette innovation est le reflet d'une idée qui s'est maintenant imposée dans la plupart des pays développés : une régulation efficace du système de soins passe par la connaissance détaillée et "médicalisée" des activités des producteurs de soins. (...) Quel que soit l'outil de classification utilisé, cette connaissance des coûts par malade va ouvrir un champ nouveau pour la recherche en économie hospitalière. En particulier, il sera possible d'établir, sur une base empirique, l'ampleur de la variabilité des coûts de prise en charge à l'hôpital. ». (*Rev Épidém et Santé Publ*, 1994).

**** La prise en charge financière de l'accès aux soins et des prestations sociales***

Le concept de la prise en charge collective des risques médicaux et hospitaliers est celui de la Sécurité sociale. L'idée originelle de financer les dépenses médicales combinait à la fois les concepts de solidarité et d'égalité. L'amélioration de l'accès aux soins et l'accroissement de leur qualité étaient dès la fin de la deuxième guerre mondiale les objectifs de consensus. Depuis, la crise de l'État protecteur vis-à-vis du citoyen a mis en évidence l'augmentation des dépenses de santé provoquée par la socialisation de la

prise en charge des besoins réels ou créés. Le progrès médical a joué aussi un rôle important dans l'accroissement des dépenses, aussi a-t-on assisté à la mise en place de mécanismes de régulation de la consommation médicale.

Un certain nombre de mesures sociales accompagnent les grands programmes de prévention, prévention entendue comme facteur influer l'évolution de l'accroissement des dépenses de santé.

** L'Assurance maternité*

Objectifs : éliminer les risques de handicap chez le nouveau-né, et renforcer la surveillance médicale de la mère et de l'enfant dès sa vie utérine jusqu'à sa sixième année.

J. Kliglich ne manque pas de souligner, à ce sujet, qu'à l'inverse de l'assurance maladie, l'assurance maternité a un véritable caractère préventif, la surveillance s'adressant aussi bien à la future mère, au futur père qu'au nourrisson (1997).

Les prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité donnent lieu au remboursement à 100% du tarif de responsabilité des caisses. Pour les femmes non couvertes par la sécurité sociale, c'est l'aide médicale qui intervient.

Le texte de référence est la loi du 12 juillet 1978 qui a permis à la femme enceinte de bénéficier de prestations particulières de la part de l'assurance-maternité sous certaines conditions

La délivrance d'un carnet de maternité intervient, après l'examen des droits, à la réception du feuillet du premier examen médical prénatal. Ensuite, lors de chaque demande de prestations auprès de la CPAM ou de la CAF, la preuve du respect de la passation des examens obligatoires doit être également apportée. Le décret du 14 février 1992 a défini de nouvelles dispositions pour les examens prénatals.

** Le Congé pré- et postnatal*

Les femmes exerçant une profession ont un droit de repos légal.

L'assurée perçoit une indemnité journalière (90 % de son salaire brut) durant la période pré et postnatale dans le cas où elle cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation.

Dans la littérature dépouillée à ce sujet sont toutefois pointées du doigt les situations difficiles des femmes du régime de sécurité sociale agricole et des professions libérales (dr A.-M. Le Faou et H. Liote, *La Revue du Praticien*, 1995).

** Les prestations familiales*

En l'état actuel de la législation sociale, les prestations familiales relatives à la future mère et aux nouveaux parents comprennent: les allocations pour jeune enfant, les allocations familiales, l'allocation parentale d'éducation, l'allocation de soutien familial, l'allocation de parent isolé et l'allocation s'éducation spéciale. Leur versement est soumis à un certain nombre de conditions d'attribution. Leur part peut se voir diminuer si le respect de passation des examens obligatoires n'a pas été respecté. (NB : l'évolution de la législation vers un assouplissement)

** L'exploitation des "carnets" et dossiers de santé*

Le carnet de maternité ne se substitue pas au carnet de maternité préidentifié de la sécurité sociale, document purement administratif qui permet le contrôle de la passation effective des examens obligatoires

Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse. Il appartient à la future mère, et nul ne peut en exiger la communication. Toute personne appelée, par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel. C'est à la fois un instrument d'éducation pour la santé, et un instrument d'information sur les femmes enceintes. Il est conçu par ailleurs telle façon qu'il puisse se révéler un moyen efficace de liaison entre les différents intervenants.

Le carnet comprend trois parties. Une partie éducative portant sur la vie quotidienne, le suivi médical, la préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant, l'allaitement, la rééducation postnatale, la contraception. Une deuxième partie s'apparente davantage à un guide administratif et juridique traitant de l'état civil, des droits auprès des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales, garanties d'emploi et conditions de travail liées à la maternité. Enfin un dossier médical autoduplicant adapté à la surveillance optimale d'une grossesse.

** Protection prénatale*

L'examen prénuptial qui existe depuis décembre 1942, en raison des examens prescrits aux deux futurs conjoints, concerne la protection de l'enfant "à naître". Il donne lieu à un certificat. La Sécurité sociale (ou l'aide médicale) prend intégralement en charge les frais de cet examen. Décret du 14 février 1992.

*

* *

Le dispositif des prestations sociales présenté ci-dessus aussi élaboré qu'il soit a des limites ; la persistance d'inégalités d'accès aux soins, en cette fin de vingtième siècle, le prouve. La répartition régionale des dépenses d'assurance maladie instaurée par le plan Juppé de 1996 peut apparaître comme un élément pouvant contribuer à la réduction des inégalités en santé. Cependant, « *dans les dispositions d'allocation régionale des ressources telles qu'elles sont prévues dans les ordonnances d'avril 1996, il s'agit uniquement, comme le déplore J.-CL Saily (HCSP), des enveloppes dévolues au système de soins, c'est-à-dire celles relatives au fonctionnement du système hospitalier public et privé participant au service public pour le court, le moyen et le long séjour, la psychiatrie, les dépenses d'assurance maladie relatives au secteur hospitalier privé commercial, les dépenses de médecine de ville, des infirmières libérales, des kinésithérapeutes, des transports sanitaires, les arrêts de travail, les médicaments, les appareils et prothèses. Dès lors, la question devient : comment réduire les inégalités de santé en agissant sur les allocations de soins ?* »

J.Cl. Saily estime que plusieurs facteurs tendent à montrer que l'impact du système de soins sur la réduction des inégalités est moins élevé qu'on ne le croit généralement. « *La première raison en est que les déterminants ... autres que le système de soins, ont un poids sans doute au moins aussi important, si ce n'est plus. Une seconde raison tient au degré de pertinence des réponses apportées par le système de soins aux problèmes de santé auxquels il est censé répondre : si les réponses ne sont pas pertinentes, il n'est pas sûr qu'une dotation plus importante des régions sous-dotées par rapport à la moyenne nationale apporte une amélioration de la santé dans les régions considérées. En troisième lieu, même si les réponses apportées sont appropriées, il convient de considérer l'accès effectif des populations aux services offerts, ce qui suppose d'examiner plusieurs types d'accessibilité : accessibilité géographique ; accessibilité financière, notamment pour les personnes à faibles ressources ; accessibilité culturelle.(...) Enfin, une quatrième raison peut rendre compte du lien lâche entre le volume de l'offre de soins et la santé d'une population : c'est le degré d'efficience (c'est-à-dire la performance en terme de santé rapportée au volume de ressources consommées) de cette offre* » (Actualité et dossier en Santé Publique, 1997).

Les limites du dispositif d'accès aux soins a fait l'objet d'un certain nombre d'articles. Dans le secteur de la surveillance prénatale notamment, quelques auteurs font état d'obstacles à un suivi adéquat de la grossesse. F. Lichère contribue, par son témoignage sur la surveillance de la grossesse chez les femmes immigrées, à l'analyse psycho-physiologique du vécu de la maternité (*J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1991). À cet égard, J. Kligich donne le point de vue de l'assistante sociale en maternité sur le statut de la femme enceinte et de la jeune mère. Elle évoque l'importance d'une synergie entre les professionnels amenés à intervenir autour de la mère. Certaines femmes expriment des difficultés débordant le strict cadre médical, d'où l'importance

du repérages par le personnel médical et paramédical, en maternité, des obstacles à une bonne prise en charge de la période périnatale. C'est dans ce contexte que l'assistante sociale de maternité inscrit son intervention. *« Il s'agit et il ne peut s'agir que d'un travail de partenariat avec les médecins, les soignants, les équipes de psychologues ou de psychiatres et les partenaires extérieurs qui gravitent autour de la personne en difficulté. Le travail va donc consister à soutenir l'accompagnement par un apport de compétences techniques et professionnelles spécifiques en matière d'information, de législation, d'accès aux droits sociaux et ainsi de veiller à l'accueil du nouveau-né dans de bonnes conditions matérielles ».*

L'étendue des droits sociaux de la femme enceinte, en particulier la législation systématisant le congé de maternité n'a pas laissé le corps médical sans réactions. J.-M Saurel-Cubizolles et K. Bean qui ont enquêté sur les connaissances, les opinions et les pratiques des médecins à propos du travail des femmes enceintes, révèlent que les études épidémiologiques sur ce sujet ont montré que l'exercice d'une profession n'est pas un facteur de risque pour l'issue de la grossesse, au contraire. L'ensemble des femmes actives semblent avoir un taux de prématurité plus faible que les femmes sans profession (*J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1993). Par ailleurs les résultats d'une enquête de M.-J Saurel-Cubizolles a souligné le fait que lorsqu'une mesure sociale est mise à la disposition de toutes les femmes, ou de tout un secteur d'activité comme c'est le cas pour les conventions collectives, les bénéficiaires ne sont pas forcément les femmes qui en auraient le plus besoin. *« Par le biais d'une meilleure information, d'une meilleure connaissance des préoccupations, d'une attitude plus active en matière de prévention, d'un dialogue plus facile avec le corps médical ou avec l'employeur, les femmes salariées les plus favorisées socialement utilisent davantage ces mesures que les femmes moins favorisées. L'efficacité préventive de l'ensemble de ces mesures n'a jamais été évaluée mais on ne peut pas exclure qu'elles contribuent aux meilleurs résultats en santé périnatale des femmes actives les plus qualifiées »* (*J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993).

Textes officiels

-Ordonnance du 19 octobre 1945, sur l'organisation de la Sécurité sociale

* pose le fondement de l'examen de santé gratuit auquel l'assuré et les membres de sa famille doivent être soumis à certaines périodes de sa vie

-Arrêté du 19 juillet 1946

* précise que *les examens de santé gratuits auxquels les Caisses de sécurité sociale doivent soumettre périodiquement l'assuré et les membres de sa famille ont lieu, soit sur demande de l'intéressé, soit sur invitation de la Caisse, à des périodes très précises*

-Arrêté du 17 mai 1974, relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé

-Décret du 13 mai 1975

* détermine les conditions d'application aux femmes étrangères des dispositions relatives à l'IVG

-Circulaire du 15 juin 1976

(abrogée par la circulaire du 20 décembre 1993)

Ce texte généralisait le carnet de surveillance de la grossesse.

-Circulaire n°80-255 du 3 décembre 1980, relative à l'allocation postnatale, BO du Ministère de la santé et de la sécurité sociale, n°51 du 17 janvier 1981

-Arrêté du 7 janvier 1981, modifiant l'arrêté du 13 mai 1975 fixant les titres de séjour et les documents prévus par le décret du 13 mai 1975 déterminant les conditions d'application aux femmes étrangères des dispositions relatives à l'IVG, JORF du 18 janvier 1981, p.281

-Circulaire du 15 janvier 1981, relative à l'allocation postnatale, BO du Ministère de l'environnement et du cadre de vie, n°9 du 18 mars 1981

-Circulaire du 15 janvier 1981, relative à l'allocation postnatale, BO du Ministère de l'environnement et du cadre de vie et du Ministère des transports, n°9 du 18 mars 1981

- les conditions administratives d'ouverture du droit à l'allocation postnatale,
- les conditions relatives aux examens de santé,
- le montant de l'allocation postnatale,
- le montant de l'allocation postnatale,
- les modalités de versement.

-Circulaire DGS n°39 du 4 mars 1982, relative à la régionalisation des actions de prévention, BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, Secrétariat d'État chargé de la santé, n°21 du 30 juin 1982

* le développement de la prévention est clairement présenté comme un enjeu et une priorité de santé publique,

* une telle politique, affirme le ministre chargé de la santé, ne peut réussir que dans un cadre largement décentralisé. En attendant la mise en place des nouvelles structures, le gouvernement estime nécessaire d'amorcer une régionalisation de la politique de prévention. Dans ce but et pour la première fois sont inscrits, au budget du ministère de la santé, des crédits spécifiques qui seront délégués aux autorités de région pour financer des programmes régionaux de promotion de la santé. Progressivement il est attendu des régions qu'elles se servent de ces nouveaux crédits pour financer des actions ponctuelles jusqu'à présent financées au plan national.

-Loi du 31 décembre 1982, relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, JORF du 1^{er} janvier 1983, p.15

-Circulaire du 29 janvier 1983, relative à la mise en place d'action de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement, *BO du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale*, n°15 du 3 mai 1993

-Circulaire du 12 avril 1983, sur l'entrée en vigueur de la loi du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, *BO de la santé et de la sécurité sociale*, n°18 du 27 mai 1983

-Loi n°83-663 du 22 juillet 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État

Art.32 : « *Le département prend en charge l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, à l'exception des prestations énumérées... et sous réserve de la participation financière des communes...*

« Les conditions de ressources et éventuellement d'âge ou d'invalidité requises pour l'attribution de ces prestations ainsi que leur montant sont fixés par décret en Conseil d'État.

Art.33 : « *Par convention passée avec le département, une commune peut exercer directement les compétences qui sont attribuées au département. Les services départementaux correspondant sont mis à la disposition de la commune. La convention précise les conditions financières du transfert.*

Art.34 : « *Le Conseil général adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département.*

Art.35 : « *Sont à la charge de l'État au titre de l'aide sociale : les frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse.*

Art.37 : « *Le département ... assure le financement du service départemental d'action sociale, du service de l'aide sociale à l'enfance, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, de la lutte contre les fléaux sociaux.*

Art.39 : *le département assure le financement des centres et des activités de protection maternelle et infantile.*

-Circulaire du 21 octobre 1983, relative aux modalités budgétaires et comptables de la mise en oeuvre des compétences attribuées à l'État par la loi du 22 juillet 1983 dans les domaines de la Santé publique et de l'action sociale, *BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité*, n°47 du 14 décembre 1983

-Circulaire du 4 novembre 1983, relative au transfert de compétences dans le domaine de l'action sociale et de la santé, *JORF* du 13 novembre 1983, p.10133

-Circulaire DH n°9 B du 27 mars 1984, relative à la préparation des budgets 1985 des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'État, *BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, Secrétariat d'État chargé de la santé*, 1984

« L'effort de maîtrise des dépenses des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux a porté ses fruits en 1983 grâce à la volonté de tous les responsables de ce secteur. Cet effort doit être poursuivi et renforcé en 1984 et 1985 afin de concilier la qualité des services rendus et la grande efficacité des moyens disponibles.

« Il s'agit d'étudier et de préparer au plus tôt les rééquilibrages, les redéploiements et le cas échéant, les mesures de structure indispensables. Le redéploiement des moyens sera poursuivi et accru. Il s'agit, pour gérer au mieux les moyens existants et permettre l'ouverture de certains services nouveaux, d'intensifier les efforts de restructuration. Les besoins de structures nouvelles ou mal pourvues ne pourront donc être satisfaits que par une nouvelle répartition des personnels liés à la baisse d'activité de certains établissements ou services, qu'il s'agisse d'une nouvelle affectation d'emplois existants ou du non-remplacement de départs naturels suivis de recrutements dans un autre établissement.

Cette politique suppose une concertation de votre part avec les élus, les responsables des établissements, les unions syndicales, locales ou départementales. Ces redéploiements sont essentiels. Ils permettront de concilier la nécessaire maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, et l'amélioration de la qualité de notre système de soins.

-Arrêté du 14 mai 1984, portant règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires de sécurité sociale pour le service des prestations, JORF du 26 mai 1984, p.4705

-Circulaire CNAMTS du 25 juin 1984, relative à l'assurance maternité et à la prise en charge à 100 % de deux examens prénataux supplémentaires, Bulletin juridique de l'UCANSS, n°35, 1984

-Circulaire DGA n°25/84 du 5 juillet 1984, CNAMTS, relative à l'actualisation des formulaires S4107 « carnet de maternité » et S4801, S4802 « notice future maman », Bulletin Juridique de l'UCANSS, n°34, 1984

* le carnet de maternité contient désormais deux feuillets supplémentaires relatif à l'examen de santé du père (facultatif) ;

* les nouveaux examens de la mère comportent un examen clinique général et gynécologique (4^{ème} mois, 5^{ème} mois). Le praticien qui les effectue l'indique sur le carnet

* dans la notice « future maman » : des informations concernant les deux examens supplémentaires, une information visant à insister sur la protection de la femme enceinte dans le monde du travail.

-Arrêté du 2 mai 1985, relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé, JORF du 21 mai 1985, p.5707

* le carnet de santé doit être conservé par les personnes ayant la charge de l'enfant jusqu'à sa majorité ;

* le carnet est présenté lors de chaque intervention médicale « afin que le praticien puisse prendre connaissance des renseignements qu'il renferme et y consigner, éventuellement ses constatations et indications ;

* les renseignements contenus dans le carnet sont couverts par le secret professionnel.

-Décret n°84-931 du 19 octobre 1984, relatif à la date et modalités de transfert aux départements des services de l'État chargés de la mise, en oeuvre des compétences transférées en matière d'action sociale et de santé, JORF du 20 octobre 1984, p.3294

Art.2: « Le transfert des services ou parties de services... prend effet à partir du 1^{er} janvier 1985.

-Loi n°86-17 du 6 janvier 1986, adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, JORF du 8 janvier 1986

** Titre II : Dispositions relatives à l'aide sociale*

Art. 30 : « L'intitulé du Titre II du Code de la Famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé : "Action sociale en faveur de l'enfance et de la famille"

Art. 40 : « Le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes :

1° apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de 25 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;

2° organiser, dans des lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles ;

3° pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal.

Art.42 : « L'aide à domicile est attribuée sur sa demande, ou avec son accord, à la mère, au père ou, à défaut, à la personne qui assume la charge effective de l'enfant, lorsque la santé de celui-ci, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exige et, pour les prestations en espèces, lorsque le demandeur ne dispose pas de ressources suffisantes.

« Elle est accordée aux femmes enceintes confrontées à des difficultés médicales ou sociales et financières, lorsque leur santé ou celle de l'enfant l'exige.

« Elle peut concourir à prévenir une interruption volontaire de grossesse.

Art.46 : « Sont pris(e)s en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du Conseil général...les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique.

Art.47 : « Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes enceintes qui ont demandé, lors de leur admission en vue d'un accouchement dans un établissement public ou privé conventionné, à ce que le secret de leur identité soit préservé, sont prises en charges par le service de l'aide sociale à l'enfance du département siège de l'établissement.

Art.77 : « Le département organise sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement des enfants confiés au service. Ces moyens comportent notamment des possibilités d'accueil d'urgence. Le service doit en outre disposer de structures d'accueil pour les femmes enceintes et les mères avec leurs enfants.

-Loi n°86-1307 du 29 décembre 1986, relative à la famille, JORF du 30 décembre 1986, p.15771

** prévoit un nouveau dispositif de sanctions du non-respect des examens médicaux obligatoires de la mère et de l'enfant édictés par le Code de la santé publique.*

-Décret du 27 mars 1987, modifiant le Code de la sécurité sociale et pris en application de certaines dispositions de la loi du 29 décembre 1986 relative à la famille, JORF du 29 mars 1987, p.3528

** traduit les principes de sanctions du non-respect des examens médicaux obligatoires prévus dans la loi du 29 décembre 1986 au plan réglementaire. Les sanctions portent non seulement sur l'allocation pour jeune enfant mais également sur les allocations familiales.*

-Circulaire du 18 janvier 1988, relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies, JORF du 6 février 1988, p.1835

* part du constat que ce sont les personnes qui se trouvent dans le plus grand dénuement matériel, social, psychologique, qui ont le plus de difficultés à accéder aux dispositifs de protection sociale.

* « Il importe de lever, dans toute la mesure du possible, les obstacles qui entravent l'accès effectif des plus démunis aux régimes obligatoires d'assurance maladie ou à défaut à l'assurance personnelle. Ces difficultés peuvent être résolues par des mesures ponctuelles mais aussi par une meilleure information des intéressés et une meilleure coordination entre les divers organismes sociaux. Ces mesures ont trait en particulier aux points suivants :

-l'accès effectif aux régimes obligatoires d'assurance maladie lorsque la personne en situation de précarité y a droit juridiquement ;

-la possibilité d'accès effectif à l'assurance personnelle, avec prise en charge des cotisations, des personnes en situation de précarité au terme du maintien des droits aux régimes obligatoire d'assurance maladie.

-Circulaire du 12 avril 1988, relative aux examens de diagnostic prénatal chez l'enfant à naître dans les laboratoires d'établissements d'hospitalisation publics et dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale, JORF du 22 avril 1988, p.5363

* actuellement, l'organisation générale du programme de diagnostic prénatal repose sur une collaboration entre :

-la CNAMTS qui finance l'ensemble du programme sur son fond d'action sanitaire et sociale,

-le ministère de la santé qui préside au déroulement de ce programme,

-l'association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant à qui a été confiée la mise en oeuvre de ce programme. Elle a passé convention avec la CNAMTS pour la prise en charge à 100% des examens de diagnostic prénatal pour un certain nombre d'indications.

-Collard H.,

rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la protection de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, Sénat, 1989, n°270

-Arrêté du 7 août 1989, relatif au dossier-guide relatif aux droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères célibataires ou non et à leurs enfants, ainsi qu'aux possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître, BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°37 du 14 novembre 1989

* ces dossiers sont adressés aux préfets qui les complètent en y incluant :

1° les adresses des centres de planification ou d'éducation familiale, des établissements d'information, de conseil ou d'éducation, familiale, des services sociaux, des organismes agréés ;

2° les adresses des associations ou organismes auxquels il est fait référence dans le dossier-guide et qui sont susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielles aux intéressées ;

3° les adresses des établissements où sont effectuées des IVG.

* les préfets les diffusent ensuite auprès des médecins exerçant dans le département, aux établissements d'hospitalisation publics ou privés.

-Loi n°89-899 du 18 décembre 1989, relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, JORF du 19 décembre 1989, p.15735

* les organismes et services chargés du versement des prestations familiales sont tenus de transmettre sous huitaine au médecin responsable du service départemental de PMI l'attestation de passation du premier examen médical prénatal de leurs allocataires.

* avec ses décrets d'application du 14 février 1992, elle augmente le nombre des examens médicaux obligatoires prénatals qui passent de 4 à 7. Il y a donc désormais 7 examens prénatals mensuels de la mère soumis à sanction en cas de non-respect des délais de passation ou de non-passation.

-Circulaire DH n°37 du 29 décembre 1989, relative à la fixation des taux directeurs d'évolution des budgets des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, sous compétence tarifaire de l'État, et des plafonds des forfaits soins, BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°3 du 19 mars 1990

-Circulaire DGR du 26 juin 1990, relative au financement de la protection maternelle et infantile, BO de l'UCANSS, n°33, 1990

* pose le principe de la participation de l'État, des collectivités territoriales et de la Sécurité sociale,

* les nouvelles dispositions concernant le financement substituent à la procédure de subvention conventionnelle un principe de remboursement des actes effectués au titre de la surveillance des futurs conjoints et parents et des enfants. Il s'agit d'une innovation pour les organismes d'assurance maladie,

* le nouveau dispositif financier rend plus homogène le mode de prise en charge des frais et contribue à une meilleure connaissance des prestations dues au titre de l'assurance maternité. Les tarifs de remboursement sont les mêmes que ceux appliqués pour les soins fournis en dispensaire,

* enfin le texte laisse la possibilité aux caisses de participer, par voie de convention et au titre de l'action sanitaire et sociale, aux autres actions médico-sociales du département.

* il s'agit d'une innovation pour les organismes d'assurances maladie : les nouvelles dispositions substituent à la procédure de subvention conventionnelle un principe de remboursement des actes effectués au titre de la surveillance des futurs conjoints et parents et des enfants. Le nouveau dispositif financier rend plus homogène le mode de prise en charge des frais et contribue à une meilleure connaissance des prestations dues au titre de l'assurance maternité. Enfin, le texte laisse la possibilité aux caisses de participer, par voie de convention, et au titre de l'action sanitaire et sociale, aux autres actions médico-sociales du département. De telles interventions pourraient s'inscrire par exemple dans le cadre de la lutte contre les facteurs de précarité.

* la liste des prestations prévues dans le cadre de l'assurance maladie est complétée par la mention de l'examen prénuptial ;

* le Code de la sécurité sociale est complété de la référence spécifique aux actes de surveillance obligatoire tels que visés par le Code de la santé publique :

-surveillance prénatale et postnatale,

-examen facultatif du père,

-surveillance de l'enfant de moins de 6 ans.

-Arrêté du 16 novembre 1990, relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse, *JORF* du 6 décembre 1990, p.14987

* Art.2 : « Le président du conseil général est tenu de délivrer ou de faire délivrer à toute femme enceinte lors du premier examen prénatal un carnet de grossesse.

* Art.3 : « Lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur le carnet de grossesse que la femme enceinte lui présente.

-Circulaire DH du 27 décembre 1990, relative à la fixation des taux directeurs d'évolution des budgets des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, sous compétence tarifaire de l'État et des plafonds des forfaits soins, *BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité*, n°7 du 14 mars 1991

-Instruction n°91-24-M21 du 15 février 1991, relative aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, *BO de la Comptabilité publique*, février 1991

-Circulaire DGS du 6 mars 1991, relative aux actions de formation et de prévention dans le domaine de la périnatalité, *BO du Ministère des affaires sociales et de la solidarité*, n°14 du 4 mai 1991

* bien que le service départemental de protection maternelle et infantile ait été décentralisé, l'Etat garde dans ce domaine non seulement un rôle de régulation et de réglementation générale, mais aussi celui d'impulser et d'animer des actions expérimentales ou pilotes,

* un crédit de 1 800 000 francs doit être déconcentré aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales à cet effet pour 1991 (800 000 fcs pour des actions de formation, 100 000 pour des actions pilotes relatives à la périnatalité) :

(1) Les actions de formation. Mises en place en 1987 sous le nom d'actions de recyclage en périnatalité, elles sont reconduites chaque année. Elles doivent être conduites en partenariat entre les services départementaux de protection maternelle et infantile, les équipes de maternité et de néonatalogie, les organismes de formation continue des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux concernés. Il appartient aux Directions régionales sanitaires et sociales de rechercher des cofinancements auprès des organismes habilités à prendre en charge financièrement la formation des personnels visés (budgets de formation continue des établissements hospitaliers, conseils régionaux et généraux, organismes de formation continue des professions libérales, etc) ;

(2) Les actions pilotes. Financées pour la première fois en 1989 sous le terme « actions cofinancées en périnatalité », leurs objectifs sont :

1-l'amélioration de la situation de la périnatalité en continuant à lutter contre la prématurité,

2-l'amélioration de la prise en charge des mères en difficultés, notamment par un meilleur environnement psycho-affectif de la naissance,

3-la mobilisation d'autres partenaires : services départementaux de protection maternelle et infantile, équipes hospitalières des maternités publiques et privées, services de néonatalogie, caisses de sécurité sociale et mutuelles.

Ces actions consistent prioritairement en interventions d'information d'éducation à la santé et à l'animation. Elles peuvent concerner également l'épidémiologie.

-Instruction n°92-9-M21 du 17 janvier 1992, relative aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, *BO de la Comptabilité publique*, janvier 1992

-Arrêté du 23 janvier 1992, fixant le prix de vente et de remboursement du lait humain, *JORF* du 23 janvier 1992, p.1107

-Décret n°92-143 du 14 février 1992, relatif aux examens obligatoires prénatal, pré- et postnatal (Art.1), JORF du 6 février 1992, p.2505

* a augmenté le nombre des examens médicaux obligatoires prénataux qui passent de 4 à 7 et soumis à sanction en cas de non respect des délais de passation et de non passation.

-Circulaire DSS n°92-37 du 20 mars 1992, relative au dispositif applicable aux examens médicaux de la mère et de l'enfant, BO du Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Ministère de la santé et de l'action humanitaire, n°15 du 20 mai 1992

I Les examens médicaux de la mère

* désormais la déclaration de grossesse doit être envoyée avant la fin des quatorze premières semaines.

Les caisses d'allocations familiales sont tenues d'informer dans un délai de huit jours les services de la protection maternelle et infantile du département des déclarations de grossesse reçues. Ces services peuvent alors intervenir dès le début de la grossesse, afin d'aider les mères qui se trouvent dans des situations difficiles.

* délais de passation des examens prénataux : le premier examen prénatal doit être pratiqué avant la fin du troisième mois suivant la date présumée de début de grossesse. Les six autres examens doivent être subis selon une périodicité mensuelle à partir du quatrième mois suivant la date de grossesse et jusqu'à l'accouchement.

* la preuve de passation des examens prénataux dans les délais doit être apportée par une attestation médicale de l'examen.

II Les examens médicaux de l'enfant

* après la naissance, le versement des allocations familiales ou de l'allocation pour jeune enfant lorsque des allocations familiales ne sont pas dues (un seul enfant) est soumis à la passation des examens médicaux donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé (8^{ème} jour, 9^{ème} et 10^{ème} mois, 24^{ème} ou 25^{ème} mois de la vie).

* en application du décret du 2 mars 1973, la preuve que l'enfant a subi dans les délais fixés les examens médicaux obligatoire doit être administrée par la production, à la caisse d'allocations familiales, de la formule d'attestations d'examen extraite du certificats de santé, que le médecin qui pratique l'examen remet aux parents ou à la personne chargée de la garde de l'enfant.

III Les sanctions de non-respect des prescriptions sanitaires

* l'inobservation des délais de passation des examens médicaux de la mère et de l'enfant entraîne la déchéance d'une partie des droits à prestations. Il existe toutefois des dérogations lorsque les délais prévus n'ont pu être respectés ou l'examen être passé pour des raisons indépendante de la volonté de l'intéressé.

* lorsque les examens médicaux prénataux de la mère n'ont pas été subis ou ont été subis hors délais, la sanction porte dans tous les cas sur l'allocation pour jeune enfant (sans conditions de ressources). De même lorsque la déclaration de grossesse est adressée tardivement au-delà du délai de quatorze semaines,

* en ce qui concerne les examens de l'enfant, la sanction porte sur les allocations familiales (réduction d'un montant forfaitaire fixé à 16 % de la base de calcul des allocations familiales)

-Arrêté du 7 mai 1992, JORF du 28 mai 1992, p.7212

-Circulaire n°2739/92 et E.N.S.M. n°1481/92 du 11 mai 1992, relative au contenu de l'assurance maternité telle qu'elle est visée à l'article L.331-2 du Code de la sécurité sociale, Bulletin juridique de l'UCANSS, n°31, 1992

-Loi n°92-722 du 29 juillet 1992, portant adaptation de la loi du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle, JORF du 30 juillet 1992, p.10215

* facilite l'accès aux soins des plus démunis. « ...toute personne résidant en France a droit, pour elle-même et les personnes à sa charge..., à l'aide médicale pour les dépenses de soins qu'elle ne peut supporter. Cette aide ... est attribuée en tenant compte des ressources du foyer du demandeur, à l'exclusion de certaines prestations à objet spécialisés, ainsi que de ses charges.

* l'application de cette réforme s'est accompagnée dans de nombreux départements d'une modernisation de la gestion de l'aide médicale dans le cadre de conventions conclues avec les organismes d'assurance maladie

-Loi du 27 janvier 1993, portant diverses mesures d'ordre social, JORF du 30 janvier 1993, p.1576

-Décret n°93-454 du 23 mars 1993, relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, JORF du 25 mars 1993, p.4687

* les associations qui, dans le cadre des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, accomplissent les missions prévues à l'article 2 du décret du 24 avril 1972, bénéficient d'une aide financière de l'État. Cette aide est versée dans des conditions définies par une convention de cinq ans renouvelable, conclue entre l'État représenté par le préfet de département et chaque association. La convention doit prévoir la mise en oeuvre d'au moins trois missions: 1-accueil, information et orientation de la population sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le VIH; 2-préparation des jeunes à leur vie de couple et à la fonction parentale; 3-entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et accompagnement des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse; 4-accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violence.

-Loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF du 19 janvier 1994, p.960

* Art. 86: « Le Gouvernement présente chaque année un rapport relatif à l'évolution des principaux indicateurs sociaux, afin de pouvoir apprécier la portée des dispositifs de la protection sociale et l'évolution de la cohésion sociale de notre pays. Celui-ci comporte :

-le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et des minimums sociaux,
-l'insertion des plus défavorisés et l'effet des mesures d'intégration des handicapés,
-l'évolution de la situation du logement social,
-les caractéristiques du chômage de longue durée et les résultats des mesures de lutte contre l'exclusion,
-un ou des indicateurs pertinents permettant de mesurer l'évolution des inégalités sociales,
-les indicateurs relatifs à l'état sanitaire,
-le taux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie.

* Assurance maladie et maternité

« Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

-Arrêté du 16 juin 1994, relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF du 6 juillet 1994, p.9720

-Circulaire du 14 novembre 1994, relative aux orientations de la politique de l'assurance maladie en matière d'oeuvres et d'établissements gérés par des caisses d'assurance maladie, *Bulletin Juridique de l'UCANSS*, n°2, 1995

-Circulaire du 19 décembre 1994, relative à l'intégration des populations immigrées, *BO du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°7 du 23 mars 1995

* car les populations issues de l'immigration connaissent souvent les mêmes difficultés d'insertion que les Français appartenant aux mêmes catégories socioprofessionnelle, et que leurs difficultés sont aggravées pour des raisons de langue. de culture ou de qualification.

* tente de susciter des initiatives locales de prévention des mutilations sexuelles en Seine-Maritime, Eure, Rhône, Oise, Nord et Bouches-du-Rhône

-Veil S.,

Déclaration du ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, sur les mesures pour améliorer l'accès aux soins et la couverture sociale des personnes en situation de précarité, Paris, 19 décembre 1994

-Arrêté du 2 mars 1995, relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé de l'enfant, *JORF* du 11 avril 1995, p.5687

-Circulaire du 21 mars 1995, relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, *BO du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, N°16 du 15 juin 1995

* dispositions destinées à assurer la couverture sociale des personnes les plus démunies,

* moyens disponibles pour faciliter l'accès aux soins (réseaux de proximité, accompagnement des jeunes, accès à l'hôpital, association des centres d'hébergement, appui des centres d'exams de santé)

-Circulaire n°95-13 du 28 avril 1995, relative aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°23 du 31 juillet 1995

* il s'agit d'un programme de relance et d'extension des activités de conseil familial dans les départements, notamment par la mise en place de lieux de dialogue destinés aux jeunes et à leurs parents avec le soutien de professionnels de l'écoute familiale,

* un financement supplémentaire de l'État sera délégué à cet effet aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Mais il est rappelé ici que conformément au décret n°93-454 du 23 mars 1993, il appartient aux départements de passer des conventions quinquennales avec les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et d'en assurer le financement sur les crédits du chapitre "développement social et prévention de l'exclusion, action sociale en faveur des familles, de l'enfance et des jeunes

-Instruction n°95-075-M21 du 19 juillet 1995, relative aux établissements publics de santé, *BO de la Comptabilité publique*, juillet 1995

-Circulaire du 9 août 1995, relative au congé de maternité ou d'adoption et autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'État, *BO des affaires sociales, de la ville et de l'intégration*, n°51 du 16 janvier 1996

-Décret DSS n°95-977 du 25 août 1995, relatif aux examens médicaux de la mère et de l'enfant et modifiant le Code de la sécurité sociale, JORF du 3 août 1995, p.12906

* procède à une modification des modalités de sanction à mettre en oeuvre par les organismes débiteurs des prestations familiales. Jusqu'ici, les examens non passés ou passés hors délai donnaient lieu à sanction systématique par réduction du montant de l'allocation pour jeune enfant ou des allocations familiales dues. Le rétablissement de la fraction d'allocation non perçue intervenait après avis favorable du médecin de PMI. Désormais le défaut de passation des examens dans les délais des examens obligatoires n'entraîne plus de sanction à caractère systématique.

-Circulaire DSS du 8 décembre 1995, relative au dispositif applicable aux examens médicaux obligatoires de la future mère et de l'enfant, BO des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°52 du 6 février 1996

* pour les examens prénataux : signalement par l'organisme débiteur de prestations familiales au médecin de PMI passé un délai de huit jours après la date limite de passation d'un examen prénatal. Le service de la PMI doit alors prendre contact avec la future mère pour que celle-ci puisse fournir toutes justifications nécessaires.

* *objectif de santé publique recherché* »

* pour les examens de l'enfant : signalement systématique au médecin de PMI passé un délai de huit jours après la date limite de passation des examens.

-Instruction du 20 décembre 1995, relative aux congés de maternité ou d'adoption et autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'État, BO de la Comptabilité Publique, décembre 1995

-Circulaire DH n°95-50 du 26 décembre 1995, relative à la normalisation des systèmes d'information hospitaliers, BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, n°3 du 23 février 1996

* la circulaire du 6 janvier 1989, complétée par la circulaire n°23 du 19 avril 1991, avait redéfini le cadre de gestion de l'informatique hospitalière, en donnant aux établissements publics de santé la possibilité de réaliser les investissements informatiques (matériels et logiciels) de leur choix... et sans contrôle a priori de leur administration de tutelle, sous réserve que ces investissements correspondent à des budgets hospitaliers approuvés.

* l'audit achevé fin 1994 par l'IGAS a révélé les limites de cette politique. Il est apparu nécessaire, notamment, que les pouvoirs publics s'engagent auprès des établissements publics de santé pour contribuer à structurer le marché de l'informatique hospitalière par une meilleure organisation de la demande.

* l'État entend jouer pleinement son rôle en matière d'analyse stratégique, de prospective et d'évaluation, et orienter le développement des systèmes d'information hospitaliers en fonction d'un certain nombre d'objectifs :

- 1° accessibilité, continuité, qualité et sécurité des soins,
- 2° connaissance et évaluation de l'activité hospitalière,
- 3° maîtrise des coûts,
- 4° coordination des soins et coopération entre acteurs distants dans le système de soins,
- 5° valorisation des avancées de l'informatique médicale,
- 6° sécurité de l'information,
- 7° intégration des S.I.H. dans les systèmes d'information et de pilotage du système de soins, développés par l'État et ses partenaires institutionnels.

-Ordonnance n°96-51 du 24 janvier 1996, relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, *JORF* du 25 janvier 1996, p.1230

-Circulaire n°96-152 du 29 février 1996, relative au congé de maternité ou d'adoption et aux autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires, les agents stagiaires et les agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33, *BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration*, n°11 du 19 avril 1996

-Accord tripartite du 1^{er} mars 1996, relatif à l'hospitalisation à temps partiel en médecine-obstétrique, *JORF* du 14 mars 1996, p.3936

* les parties signataires procèdent à la classification et à la tarification des prestations relevant de l'hospitalisation à temps partiel. « Cette classification prend en compte la notion de « complexité » qui peut être le fait de la stratégie médicale en matière « d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, ou d'une surveillance médicale », soit de la fragilité du malade.

-Circulaire d'information générale du 22 octobre 1996, relative à l'utilisation du carnet de santé dans les établissements de santé, *BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration*, n°46 du 7 décembre 1996

-Arrêté du 13 novembre 1996, fixant le modèle de formulaire de « premier examen médical prénatal », *JORF* du 6 décembre 1996, p.17770

* ce formulaire peut être obtenu auprès des organismes d'assurance maladie et des caisses de mutualité sociale agricole

-Arrêté du 3 septembre 1997, portant agrément d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, *JORF* du 19 septembre 1997, pp.13615-13616

Littérature scientifique

1985

-Launois R.J., Majnoni d'Intignano B., Rodwin V.G., Stephan J.C., « Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1985, N°1

1987

-Champvert P., Réseaux de soins coordonnés : formulations nouvelles pour un débat ancien », *Gestions Hosp*, 1987, N°272, pp.14-16

-Conde Y., « Les réseaux de soins, médecine de demain. Note de lecture à propos des « Réseaux de soins coordonnés » (Éd. Economica, 1985) », *Gestions Hosp*, 1987, N°263, pp.27-29

-Deschamps G., Baumann M., Deschamps J.-P., « Maternité et extrême pauvreté. Les consultations prénatales en milieu défavorisé. Opinions comparées des mères et des sages-femmes », *Contracept Fertil Sex*, 1987, Vol.15, N°12, pp.1181-1187

-Deschamps G., Baumann M., Deschamps J.-P., « Maternité et extrême pauvreté : la relation mères/professionnels de santé », *Contracept Fertil Sex*, 1987, Vol.15, N°11, pp.11105-11110

-Ray J.P., « Socio-économie de la Santé », *Gestions Hosp*, 1987, N°269, pp.526-528

1988

-Baumann M., Deschamps G., Deschamps J.-P., « Essai de reconnaissance de l'extrême pauvreté : discours et perception des SDF d'un établissement d'accouchements », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 1988, N°1, pp.3-19

1989

-Gaillard M., Hervé C., Milleret P., « Épidémiologie des urgences gynéco-obstétriques (dans le cadre de l'aide médicale urgente), *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1989, Vol.18, N°6, pp.707-713

-« Mortalité des jeunes enfants selon l'usage du système de santé et les caractéristiques du milieu matériel », Centre d'études et de recherches démographiques, Direction de la statistique, 1989

1990

-Batifoulier P., « Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé », Thèse Université Paris X, 1990

-Berthier M., Demont F., Bonneau D., Dauty A., « Les hospitalisations médicalement injustifiées en pédiatrie », *Santé Publique*, 1990, N°2, pp.15-19

-Berthet J., « Les coûts de la maternité », Mémoire de l'École supérieure de commerce de Paris, 1990

-Contandriopoulos A.-P., Champagne F., Pineault R., « Systèmes de soins et modalités de rémunération », *Sociologie du Travail*, 1990, N°1, pp.95-115

-Engel F., Moisdon J.-Cl., Tonneau D., « Contrainte affichée ou contrainte réelle. Analyse de la régulation du système hospitalier public français », *Sciences Sociales et Santé*, 1990, Vol.VIII, N°2, pp.11-32

-de Pouvourville G., «La régulation financière de l'hôpital par les DGR : enjeux, principes et faisabilité », *Sciences Sociales et Santé*, 1990, Vol. VIII. N°2, pp.33-65

1991

-Soutoul J.H., Dumont F., Grandbastien B., Pierre F., Decaux A., Drucker J., «La protection sociale de la femme enceinte et de la jeune mère en Europe », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1991, Vol.20, N°6, pp.757-766

1992

-Batifoulier P., «Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences Sociales et Santé*, 1992, Vol.10, N°1, pp.5-44

-Conne-Perreard E., Bousquet A., «Prescription d'arrêts de travail temporaires aux femmes enceintes en l'absence d'un cadre légal », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1992, Vol.40, pp.113-120

-Foulquier T., Greffier C., «Projet d'établissement : révolution culturelle annoncée », *Gestions Hosp*, 1992, N°319, pp.638 et s.

-Howell E.M., Blondel B., «Social inequities in prenatal care use : is the United States unique ? », *Arch Public Health*, 1992, 50, pp.125-140

-Kleigman R.M., «Perpetual poverty: child health and the underclass », *Pediatrics*, 1992, 89, pp.710-713

1993

-Drivet R., Gautier D., Couty E., Segade J.-P., «De l'autonomie financière à la régulation externe : quels outils pour demain ? », *Gestions Hosp*, 1993, N°325, pp.259-264

-Lequet D., «Les politiques sociales en faveur des jeunes enfants. Une approche différenciée », In : « Politiques familiales et transformation des modes de vie », *SESI Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1993, 4, pp.115-128

-Saurel-Cubizolles M.J., «Femmes enceintes exerçant des travaux pénibles : application d'un arrêté de la Sécurité sociale », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993, Vol.22, N°6, pp.667-668

-Saurel-Cubizolles M.J., Bean K., «Activité professionnelle et grossesse. Opinion des médecins », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1993, Vol.22, N°6, pp.571-580

-Tanguy A., Chambaud L., Martin C., «Projet médical d'établissement. Une autre logique ? », *Gestions Hosp*, 1993, N°329, pp.556 et s

1994

-Läpple M., « Interruption volontaire de grossesse. Étude descriptive et quantitative des aspects psychologiques et psychosociaux », *Contracept Fertil Sex*, 1994, Vol.22, N°2, pp.117-122

-Lejeune C., « Surveillance des femmes enceintes sans couverture sociale : une nécessité éthique et raisonnable », *Arch Pédiatr*, 1994, N°1, pp.121-123

1995

-Clavairoly G., « La spirale du recours massif et systématique à l'hôpital », *Médecine et Enfance*, 1995, N°4, pp.5-6

-Cremadez M., Dusehu E., « Réconcilier aménagement du territoire et maîtrise des coûts de santé », *Gestions Hosp*, 1995, N°août-septembre, pp.506-512

-Deschamps J.-P., « Les examens de santé systématiques. Heurs et malheurs de la politique de prévention de l'assurance-maladie », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1995, N°4, pp.135-152

-Farhat M., « Genèse et développement du projet de service », *Gestions Hosp*, 1995, N°juin-juillet, pp.461-466

-Jacobzone S., (économiste, INSEE) « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences Sociales et Santé*, 1995, Vol.13, N°1, pp. -46

-Le Faou A.-L., Liote H., (direction des R.I., AP-HP/ Direction de la prospective et de l'informationmédicale-service de l'évaluation,AP-HP), « Protection prénatale : réglementation, mortalité périnatale, épidémiologie », *La Revue du Praticien*, 1995, 45, pp.1029-1034

-Letourmy A., « Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié », *Revue Française d'Administration Publique*, 1995, N°76, pp.561-574

-Loth A.,
« Économie industrielle et l'hôpital public: remarques sur l'article de Stéphane Jacobzone », *Sciences Sociales et Santé*, 1995, Vol.13, N°1, pp.47-58

-Macquart B., adjoint au chef de l'IGAS). « L'assurance maladie : le temps des rapports », *Droit Social*, 1995, N°2, pp.119-128

1996

- « Assurance maternité : indemnités journalières. Nouvelles modalités de calcul », *Liaisons Sociales*, 1996

-Diallo M.S., Diallo F.B., Diallo Y., Onivogui G., Diallo A., Camara A.Y., Diaw S.T., « Mortinatalité et facteurs de risque liés au mode de vie », *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1996, N°7-9, pp.400-403

-Durand P., Béjean S., Gadreau M., « Les normes dans la politique de maîtrise des dépenses de santé en France. Contrats ou conventions ? », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°7-8, pp.483-500

-Fassin D., Aïach P., Philippe C., « Conditions de vie et inégalités de santé. Histoires, événements, processus », rapport final, Paris, MIRE, décembre 1996

-Gadreau M., Béjean S., « Le "marché" des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle. Entre contrat, contrainte et convention », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°7-8, pp.389-400

-« L'hôpital et l'exclusion, l'accès aux soins des plus démunis. Conclusions du rapport de l'UHRIF », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°6, pp.628-635

-Lejeune C., Fontaine A., Crenn-Hébert C., et al., « Recherche action sur la prise en charge des femmes sans couverture sociale », Conférence internationale « Santé, précarité et vulnérabilité en Europe », Paris, UNESCO, 15-16 novembre 1996

-Masuy-Stroobant G., Gourdin C., Buekens P., (dir), « Santé et mortalité des enfants en Europe: inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui », Actes de la Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, Paris, L'Harmattan, 1996

-Mustard C.A., « Est-il possible de décider d'un ordre de priorité dans nos investissements dans les technologies médicales et autres programmes de santé ? », *Sociologie et Sociétés*, 1996, Vol.XXVIII, N°2, pp.173-187

-Rochaix L., « L'analyse du marché des soins médicaux: quelle place pour l'économie de la santé ? », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1996, N°6, pp.498-510

-Savall H., Zardet V., « La réduction des coûts cachés: un moyen pour financer l'amélioration de la qualité à l'hôpital », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°4-5, pp.285-290

1997

-Frossard M., Jourdain A., «La régulation régionale du système de santé : ni plan, ni marché », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°19, pp.XXI-XXIII

-Kliglich J., (assistante sociale en maternité, CHU Amiens), «L'accompagnement social de la jeune mère », *Soins Pédiatrie Puériculture*, 1997, N°177, pp.25-28

-Sailly J.-Cl., «Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités en santé », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°19, pp.XXXIII-XXXIV

3.2-De l'évaluation économique à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

**L'évaluation médicale*

Qui dit économie dit efficience, rentabilité, réussite et la grille des propositions des économistes pour analyser les problèmes, classer les priorités et faire des choix dans un souci d'optimisation d'un budget limité se compose essentiellement de trois approches traduisant cette triple préoccupation : les études coût-bénéfice, les études coût-efficacité, les études coût-utilité. Dans une acception économique, l'efficacité est synonyme de fiabilité (capacité d'un programme de donner les mêmes résultats lorsqu'il est répété) et de validité (capacité d'un programme d'obtenir un résultat conforme au résultat attendu). Pour A. Beresniak (Dc en médecine et Dc en sciences économiques) et G. Duru (Dc ès sciences, directeur de la formation doctorale "Méthode d'analyse des systèmes de santé") «*un programme de santé "idéal" du point de vue économique devrait ne rien coûter et être efficace. Mais s'il est facile d'éliminer a priori les options les plus onéreuses et les moins efficaces, il est par contre moins aisé de comparer des solutions plus ou moins chères et plus ou moins efficaces* » (Beresniak A., Duru G., 1997, p.50).

L'économiste de la santé a coutume de retenir **plusieurs définitions de l'efficience** qui renvoient, comme l'analyse très bien V. Séror (*Sciences Sociales et Santé*, 1993), chacune à un outil méthodologique différencié, pour juger de la rentabilité d'un projet. V. Séror nous invite à retenir comme critères de définition de l'efficience :

1° ne produire que les services de santé pour lesquels il existe une évidence clinique suffisante qu'ils sont efficaces, c'est à dire qu'ils contribuent effectivement à améliorer l'état de santé des patients.

2° produire au moindre coût des services dont l'efficacité a été démontrée (analyse type coût-efficacité)

3° concentrer les ressources sur les services efficaces, produits au moindre coût, et qui rapportent le plus en terme d'amélioration de la santé et du bien-être collectifs (analyse de type coût-utilité).

Depuis les années soixante-dix, la crise économique a entraîné une limitation des ressources disponibles, et c'est pour cette raison que les autorités publiques ont importé ces outils de la science économique dans le domaine sanitaire. Historiquement, l'économie de la santé est née de ce mouvement elle a pris de l'importance entre 1970 et 1980 notamment avec l'engouement des politiques et des administrateurs pour les méthodes de rationalisation des choix budgétaires (RCB). Cette pratique qui a montré ses

limites (influence très relative sur les prises de décision effectives, difficultés pour ajuster des outils conçus pour les productions matérielles ou les services marchands à la santé) tout en choquant les sensibilités médicales par ses tentatives d'estimation du coût de la vie humaine, a certainement rencontré son plus grand succès dans le cadre du programme « périnatalité » qui a permis une amélioration non négligeable des indicateurs relatifs à la prématurité et à la mortalité autour la naissance.

Pour mémoire, en effet, dans le domaine de la périnatalité, la méthode dite de « rationalisation des choix budgétaires » a été utilisée à la fin des années 60 pour évaluer les coûts et les résultats d'un programme de prévention comparés à la mortalité et à la morbidité périnatale. C'est sur la base des résultats de cette évaluation économique des performances prévisibles d'un programme de prévention qu'a été lancé, en 1972, le fameux programme « périnatalité ».

*

* *

Globalement, malgré le contexte de développement rapide de l'utilisation des méthodologies de l'économie publique dans lequel elle s'inscrit, l'évaluation économique, dans le domaine qui nous intéresse ici, apparaît comme un thème traité somme toute de façon marginale dans la littérature médicale, nous pouvons faire référence au *Journal Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction*, aux *Dossiers de l'Obstétrique* ou bien encore aux publications d'organismes professionnels tels que le Collège national des gynécologues-obstétriciens français ou la Société de médecine périnatale.

Dans les publications scientifiques diffusées dans le cercle des professionnels de santé, la part des articles relatant des expériences d'évaluation économique peut se mesurer à partir de la simple revue des sommaires des trois revues spécialisées suivantes :

- . *Journal d'Économie Médicale*
- . *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*
- . *Santé Publique*

Il est intéressant de remarquer avec G. De Pourville (*Sciences Sociales et Santé*, 1996) qu'avec le travail de recherche en économie de la santé de Marie-Odile Carrère et ses collègues la revue *Sciences Sociales et Santé* accueille pour la première fois une étude de type coût-efficacité dans le domaine de la santé (non référencée ici car il s'agit d'un travail concernant le traitement de l'ulcère). « Jusqu'à présent, l'équipe rédactionnelle considérait de tels travaux, indépendamment de leur qualité intrinsèque, comme trop spécialisés pour permettre une confrontation pluridisciplinaire qui est l'objectif de la revue. La revue n'est de ce fait pas le meilleur support de diffusion de telles études qui sont publiées habituellement, soit par des revues médicales, soit par des revues de recherches sur les services de soins, soit par des revues spécialisées

d'économie de la santé. Néanmoins, il paraissait difficile d'ignorer un domaine de recherche qui a pris une telle importance, d'autant qu'il renvoie à un processus plus large : celui d'un mouvement de rationalisation des pratiques médicales, au nom de la recherche d'une utilisation optimale de ressources collectives. Il n'a pas été fait suite à notre connaissance au souhait formulé dans cet article en direction des chercheurs en sciences sociales de poursuivre dans la voie d'une analyse sur les conditions d'utilisation stratégique des connaissances issues des études d'évaluation économiques.

L'intitulé même des articles permet de mettre en évidence la conception que se font les pouvoirs publics quant à l'utilisation des instruments de l'évaluation économique. Il s'agit d'une aide à la décision tout particulièrement quand sont impliqués des choix collectifs en matière de gestion des risques : politiques de prévention, autorisations de mise sur le marché de nouveaux protocoles thérapeutiques, coûts à supporter par la collectivité de la prise en charge de certaines affections ou handicaps. Comme le fait remarquer V. Séror (qui a consacré sa thèse pour le doctorat en économie à « *L'évaluation économique des politiques de prévention dans le domaine de la santé. Exemple du dépistage prénatal* », 1992 et Op.cité) le recours aux outils de l'économie publique est compris comme permettant de fournir un cadre susceptible de contribuer à un éclaircissement des choix quant à des valeurs et préférences sociales servant de référents à l'intervention étatique.

Une analyse plus approfondie de contenu permettrait de confirmer que les économistes ont un objectif modeste. Pour eux, il s'agit avant tout de mettre un savoir-faire (« comment utiliser au mieux les ressources rares en réponse à des besoins illimités? ») à la disposition des responsables du secteur de la santé. Ils souhaitent clairement pouvoir aider à la décision, que ce soit au niveau de l'élaboration des politiques et programmes ou bien au niveau de la pratique professionnelle au quotidien. Il serait important, dans une analyse détaillée de la littérature, de distinguer quels sont les destinataires avérés des études évaluatives. En effet, une évaluation de type économique peut être conçue et effectuée sur demande et/ou à destination de l'assurance maladie, des pouvoirs publics, d'un établissement de soins, d'un groupe de professionnels, voire d'une association d'usagers.

En ce qui concerne le thème de la régulation des performances du système de santé dans le secteur mère-enfant, un certain nombre d'articles rendent compte d'études intéressantes au niveau des modes de dépistage et de prévention de pathologies et de handicaps, mais ils restent très limités lorsqu'il s'agit de prendre en compte l'intérêt collectif, pourtant incontournable dans un souci de régulation. Dès lors on ne peut que faire état d'une relative absence d'articles et études dont l'objet serait davantage la comparaison de plusieurs options envisageables lors de la définition d'un programme, plutôt que la comparaison des coûts et des avantages d'une option donnée. Le décideur "éclairé" devrait être, dans l'idéal, en mesure de

cerner l'ensemble du domaine dans lequel on attend de lui qu'il effectue des choix nouveaux ou qu'il modifie des choix arrêtés antérieurement.

Dans le secteur de la mère et de l'enfant on trouve en priorité des publications sur :

-le dépistage prénatal de la trisomie 21, et autres anomalies génétiques (Séror V., 1992/ Séror V., et al., 1993/ Le Gales C., Galactéros F., 1994),

-le dépistage du VIH chez les femmes enceintes (Le Gales C., Moatti J.-P., 1990),

-le dépistage de la maltraitance envers de jeunes enfants (Grenier B., 1993),

-les coûts de la procréation médicalement assistée (David, 1996),

-les coûts de la maternité, notamment les coûts de la prise en charge des examens cliniques et complémentaires effectués durant la grossesse (Berthet J., 1993),

-les coûts de la prise en charge des enfants présentant des anomalies intra-utérines (Carrere M.O., Sournies S., Thoulon J.M., 1996)

**** La maîtrise médicalisée des dépenses de soins***

Les méthodes traditionnelles de régulation ont échoué à contenir les dépenses et, en l'absence de données sur les pratiques, se contenter de les durcir pourrait induire des effets pervers. L'opacité d'un système qui ne permet pas de rémunérer les prestations en fonction du service effectivement rendu conduit à une pression indifférenciée sur l'ensemble des dépenses. Les défauts d'un tel mode de régulation sont aujourd'hui patents dans le secteur hospitalier. La dotation globale a certes été efficace financièrement mais elle a pesé indirectement sur tous les hôpitaux. Une maîtrise à la fois efficace et équitable suppose que les gestionnaires acquièrent une connaissance fine des soins financés. La médicalisation des systèmes d'information vise à répondre à cette exigence. Elle consiste à introduire dans les systèmes d'information des données sur la nature des actes médicaux pratiqués et des maladies traitées.

La politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé menée depuis le début des années 90 tente de trouver une issue éthiquement acceptable à la résolution du dilemme engendré par la limitation des moyens financiers d'un côté, et une demande de santé par nature imprévisible et infinie. La loi du 3 janvier 1993 et la convention médicale d'octobre 1993 définissent juridiquement les objectifs de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

(MMEDS). A. M. Brocas dégage deux postulats qui se trouvent au fondement de la MMEDS (« Éthique et Maîtrise médicalisée des dépenses de santé », Colloque "L'Hôpital entre Éthique et Économie », 1996).

- 1^{er} postulat : il est souhaitable que la contrainte financière cesse d'être gérée de manière implicite, a posteriori à travers la crise et l'ajustement sur le plan économique ; et donc: qu'elle soit exprimée et soumise à un débat démocratique couplant une réflexion sur les moyens financiers avec un débat sur les orientations de la politique de santé elle-même.

Cette analyse a débouché sur la réforme constitutionnelle de février 1996 qui a posé le principe du débat parlementaire sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie ;

- 2^{ème} postulat : il est possible d'appuyer la régulation du système de soins sur la définition de référentiels médicaux permettant d'identifier des pratiques médicales pertinentes dans des situations identifiées.

Les ordonnances du 26 avril 1996 ont posé le principe de la généralisation de la démarche de références médicales, et plus largement, de l'évaluation des pratiques médicales. La méthode d'élaboration et de diffusion et d'application de ces référentiels a été clarifiée, notamment au travers la transformation de l'Agence nationale de l'évaluation médicale (statut d'association) en Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé. Par ailleurs, les ordonnances d'avril 1996 prévoient le développement d'informations permettant la mise en oeuvre des référentiels de pratiques médicales avec un projet de généralisation de la télétransmission entre les caisses de sécurité sociale et les professionnels ou structures de soins (projet SESAME, VITAL). On retrouve ici le rôle des professionnels de santé dans la démarche d'élaboration des référentiels et d'évaluation.

En effet, dans une perspective de maîtrise des dépenses, l'atout principal d'un système d'information médicalisé est d'améliorer la régulation en donnant aux financeurs et à la tutelle une connaissance plus précise de la réalité médicale. Les systèmes d'information médicalisés ne s'opposent pas à la limitation quantitative des dépenses de santé, ils permettent au contraire de la rendre moins arbitraire en affectant les ressources aux seules activités médicalement justifiées, c'est-à-dire celles qui pour un malade donné vont mettre en oeuvre les moyens diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques les plus efficaces et les moins coûteux. Les références médicales opposables (R.M.O.) ont pour objectif d'éliminer les pratiques dangereuses, elle contribuent à la MMEDS car elles sont opposables à la pratique des médecins, ce qui implique des sanctions financières en cas de déviations (suppression de tout ou partie de la prise en charge des cotisations sociales par les caisses d'assurance maladie pour les médecins du secteur 1, pénalités financières d'un montant équivalent pour les médecins du secteur 2).

Le programme de médicalisation des systèmes d'information, le codage des actes et des pathologies, les références médicales opposables sont des dispositifs qui se complètent. Ils doivent « *contribuer à l'intégration de la dimension économique dans la pratique médicale* » (circulaire du 9 juillet 1991). Les principaux outils du PMSI sont prêts dès 1985 : les résumés de sortie standardisés (RSS) contenant des données nécessaires pour classer un séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM) (circulaire du 4 octobre 1985). Il faut cependant attendre 1989 pour que la volonté gouvernementale de mettre en oeuvre le PMSI s'affirme (circulaire du 24 juillet 1989, circulaire du 12 février 1990, circulaire du 9 juillet 1991, Loi hospitalière du 31 juillet 1991, circulaire du 16 septembre 1991, circulaire du 8 février 1992).

La régulation médicalisée est un pari sur la prise de responsabilité de chacun des acteurs du système de soins. Elle n'est pas s'en provoquer de vives résistances car elle implique la remise en cause d'avantages considérés comme acquis, la suppression de rentes de situation et la sanction de comportements habituels inefficients. En outre, la généralisation du codage des actes et des pathologies, puis l'exploitation de ces données n'est pas sans poser des problèmes d'ordre théorique (Dussaucy A., et al., *Rev Épidém et Santé Publ*, 1994) et d'ordre éthique (protection des données individuelles, confidentialité du secret médical). Les professionnels de santé soulignent également les limites de l'utilisation en épidémiologie des données produites en France dans le cadre du PMSI pour l'évaluation médicale (Lombrail P., et al., *Rev Épidém et Santé Publ*, 1994) : « *Une véritable régulation du système nécessite de passer de l'analyse fragmentée (par séjour) du fonctionnement hospitalier d'un réseau de soins à la connaissance des filières effectivement empruntées par les patients et à celle de leur efficacité* ». Les RMO, quant à elles, sont très bien intégrées : « *L'application de ces règles de bonne pratique nous paraît une nécessité pour la qualité des soins, si elles aboutissent à des économies médicales, tant mieux ...Il y a aussi une nécessité éthique de dépenser de façon correcte et appropriée les deniers de la collectivité* ». (Lansac J., *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997). Toutefois, certains reviennent sur le processus d'élaboration des références, phase qui a mis en lumière, en pédiatrie notamment, des défauts liés à certaines disciplines. En pédiatrie, Y.Aujard et O. Amédée-Manesme regrettent :

1° l'absence de consensus thérapeutique, voire diagnostique, sur des pathologies fréquentes telles que prise en charge des hyperthermies, corticothérapie et bronchopneumopathies virales, anti-inflammatoires non stéroïdiens et pathologies ORL saisonnières ou non, utilisation des quinolones en pédiatrie, échographies et douleurs abdominales ;

2° la rareté d'études prospectives sur les meilleures stratégies thérapeutiques d'une pathologie en fonction des tranches d'âge ainsi que le faible nombre d'études pharmacoéconomiques. (*Arch Pédiatr*, 1995).

La politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, que tentent de mettre en place l'État, les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé depuis le début des années 1990, contient des mesures que P. Durand, S. Béjean et M. Gadreau interprètent comme des "normes". Ces normes ont pour finalité, selon eux, d'amener à une meilleure utilisation des soins (normes qualitatives) et de réduire le montant des dépenses présentées au remboursement (normes quantitatives). L'interprétation économique des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses passerait par l'examen des outils théoriques qui réduisent l'incertitude sanitaire. Durand et ses collaborateurs en retiennent deux : les normes de coordination (théorie des contrats et des incitations ayant pour corollaire l'élimination des incertitudes probabilisables) et les normes conventionnelles (l'approche conventionnaliste prend en compte l'incertitude non-probabilisable, telle que le comportement du producteur et de l'utilisateur).

Textes officiels

-Circulaire du 4 octobre 1985, relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés, BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°85/24 bis de 1985

-Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989, relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics, BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°46 du 8 janvier 1990

- * création des départements d'information médicale,
- * attribution de moyens financiers.

-Circulaire DH/PMSI n°325 du 12 février 1990, relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public (Départements d'information médicale) et procédure d'attribution des moyens financiers, BO du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, n°8 du 24 avril 1990

-Circulaire DH/PMSI n°45 du 9 juillet 1991, relative aux groupes régionaux d'animation sur l'information hospitalière, BO du Ministère des affaires sociales et de l'intégration, n°29 du 6 août 1991

- * la médicalisation des systèmes d'information doit contribuer à l'intégration de la dimension économique dans la pratique médicale et de soins,
- * l'État souhaite mener à l'occasion du PMSI une démarche novatrice en associant les partenaires du système hospitalier à la définition des nouvelles règles de négociation rendues possibles par les progrès du système d'information,
- * la constitution de pôles d'expertise régionaux, gérés en partenariat par les acteurs locaux du système de santé est envisagée. Ils auraient pour mission de mener des travaux de recherche et de conseil en participant directement à la création d'un espace d'échanges

entre les différents partenaires (établissements, services extérieurs de l'Etat, organismes de sécurité sociale),

* « Face aux défis auxquels est confronté le monde de la santé, de nouveaux rapports doivent s'instaurer, dans l'hôpital et entre tous les intervenants. Pour ce faire, communication, recherche, échange doivent précéder et enrichir négociation, contrôle, bilan : l'appropriation par les acteurs locaux des démarches et des outils techniques à mettre en oeuvre conditionne le succès de la démarche. Ainsi, parallèlement au processus de négociation, allocation et contrôle, qui existe entre l'État et les établissements et dont l'État garantit la pérennité, il convient, pour le rendre plus efficient, de mettre en place des processus de recherche, d'expertise, d'aide et de formation. Les différents partenaires du système hospitalier y gagneront les moyens de mieux exercer leurs compétences et leurs responsabilités. Ces recherches contribueront infine à une meilleure définition d'indicateurs fiables et reconnus pour tous, qui pourront alimenter de façon pertinente la négociation et faciliter le contrôle a posteriori dans une logique contractuelle,

* « Le caractère novateur de cette action préfigure l'évolution partenariale des relations à instituer entre les différents acteurs concernés.

-Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, JORF du 2 août 1991, p.10255

* mentionne la médicalisation des systèmes d'information parmi les obligations d'évaluation des établissements de santé et prévoit, dès 1992 l'expérimentation de « tarifs par pathologie », dans tout le secteur hospitalier.

-Circulaire n°56 du 16 septembre 1991,

* rend obligatoire, pour les hôpitaux publics et participant au service public, la production d'ici fin 1992 de résumés standardisés de sortie exhaustifs et fiables. Le non-respect de cette obligation sera sanctionné par la suppression de tout financement sur les marges de manoeuvre.

-Circulaire DH/PMSI n°92-08 du 28 février 1992, concernant l'appel de candidatures relatif à la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales, BO du Ministère des affaires sociales et de l'intégration, N°13 du 7 mai 1992

* la Direction des hôpitaux recherche des établissements, publics ou participant au service public hospitalier, volontaires pour contribuer à la constitution d'une base de données, en vue d'élaborer des références de coûts par activité médicale,

* démarche qui s'inscrit dans le prolongement du PMSI,

* obtenus par traitement statistique, les coûts de référence seront publiés, à l'usage des services extérieurs de l'État et de l'ensemble des établissements,

* rapportés aux activités médicales des hôpitaux, les coûts de référence pourront servir de fondement à une révision des bases budgétaires, négociée et progressive, dans le cadre des schémas régionaux de l'organisation sanitaire, en tenant compte des missions du service public mais aussi des volumes d'activité. Chaque établissement pourra en outre comparer sa propre structure de coûts à la grille de référence publiée et procéder de la sorte à une auto-évaluation,

* les coûts publiés seront des coûts complets par activité médicale (coûts par GHM notamment), éclatés en une somme de coûts directs partiels :

-coûts dits de structure (frais financiers et dotations aux amortissements non spécifiques notamment),

-coûts administratifs et logistiques (restauration, blanchisserie, autres),

-coûts liés à la prise en charge médicale (détaillés à partir des coûts du service et des coûts médico-techniques).

* l'étude se décompose en :

- une étude générale,
- une étude sur la charge des soins infirmiers,
- une étude sur la consommation de médicaments,
- des études sur les coûts de l'activité ambulatoire

-Loi Teulade du 4 janvier 1993, relative à la médecine de ville et aux soins infirmiers, *JORF* du 5 janvier 1993, p.251

* tire les conséquences du choix de la régulation médicalisée reposant sur l'optimisation des pratiques,

* prévoit un codage intégral des pathologies, des actes et prestations,

* annonce la régulation de l'offre de soins par la définition des références médicales opposables qui précisent les actes à éviter et à limiter,

* prévoit la création des unions professionnelles des médecins libéraux constituées au niveau régional.

-Arrêté du 25 novembre 1993, portant approbation de la convention nationale des médecins du 30 septembre 1993, *JORF* du 26 novembre 1993, p.16297

-Décret d'application du 14 décembre 1993, relatif aux unions régionales de médecins libéraux, *JORF* du 15 décembre 1993, p.17399

-Manuel mis à jour au 1^{er} janvier 1994 des Groupes homogènes des malades, Volume 1, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*

-Lettre du 31 janvier 1994, relative à la mise en place dans les établissements de santé de l'enquête statistique annuelle des établissements de santé 1994 et du PMSI, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°6 du 6 mai 1994

-Arrêté du 22 mars 1994, portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des médecins, *JORF* du 24 mars 1994, p.4450

* 65 références sur 88 initialement prévues sont approuvées.

-Guide méthodologique de production des résumés de sortie du P.M.S.I., 1^{ère} partie, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°94-6 bis, 1994

-Arrêté du 16 juin 1994, relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens et des auxiliaires médicaux, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°27 du 18 août 1994

-Décision CNAM du 15 juillet 1994, relative à l'enregistrement du signalement des R.M.O., *Bulletin juridique de l'UCANSS*, n°39, 1994

-Arrêté du 3 mars 1995, portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins, *JORF* du 5 mars 1995, p.3493

-Arrêté du 31 mars 1995, portant approbation de la convention nationale des sages-femmes, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°13 du 31 mai 1995

-Circulaire DAS n°95-16 du 8 mai 1995, relative aux droits et à l'aide sociale des étrangers résidant en France, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°22 du 28 juillet 1995

-Circulaire du 10 mai 1995, relative à la généralisation des dispositifs techniques expérimentés en région Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'État, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°26 du 22 août 1995

-Circulaire n°95-08 du 21 mars 1995, relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, *BO du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, n°16 du 15 juin 1995

-Décision du 4 septembre 1995, relative à la modification du système national inter-régimes. Enregistrement du signalement des références médicales opposables, *Bulletin Juridique de l'UCANSS*, n°37, 1995

-Circulaire DH n°95-50 du 26 décembre 1995, relative à la normalisation des systèmes d'information hospitaliers, *BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration*, n°3 du 23 février 1996

* volonté du département ministériel de promouvoir davantage l'utilisation des systèmes d'information comme outils de gestion à la disposition des décideurs hospitaliers,

* la circulaire du 6 janvier 1989 complétée par la circulaire du 19 avril 1991 avaient redéfini le cadre de gestion de l'informatique hospitalière, en donnant aux établissements publics de santé la possibilité de réaliser les investissements informatiques de leur choix, et sans contrôle a priori de leur administration de tutelle,

* l'audit de l'Inspection générale des affaires sociales a relevé certains avantages de cette politique, mais a aussi montré les limites. Il est apparu nécessaire que les pouvoirs publics s'engagent auprès des établissements publics de santé pour contribuer à structurer le marché de l'informatique hospitalière par une meilleure organisation de la demande,

* l'État entend jouer pleinement son rôle en matière d'analyse stratégique, de prospective et d'évaluation, et orienter le développement des systèmes d'information hospitalière,

* « *En résumé, il s'agit de disposer du maximum de sécurité, de flexibilité et d'efficacité.* »

-Arrêté du 19 février 1996, portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins et prévoyant des sanctions en cas de non respect des références médicales opposables, *JORF* du 5 mars 1996, p.3428

-Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, *JORF* du 25 avril 1996, p.6311 (Art.3)

-Rapport au Président de la République, relatif à l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, *BO du Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration*, n°17 du 11 juin 1996

-Circulaire DSS n°96-659 du 23 octobre 1996, relative à la mise en place des comités médicaux régionaux, BO du Ministère des affaires sociales, de la utile et de l'intégration, n°49 du 30 décembre 1996

* créés par l'ordonnance du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins,

* leur mission consiste à examiner l'appréciation portée par le service de contrôle médical sur l'inobservation de certaines règles légales et conventionnelles,

* ils peuvent être saisis notamment pour l'instruction des dossiers qui lui sont soumis, et qui ont trait au respect des références médicales opposables.

Littérature scientifique

1988

-Champvert P., «Réseaux de Soins Coordonnés: formulations nouvelles pour un débat ancien », *Gestions Hosp*, 1988, N°272, pp.14-16

-Moatti J.-P., Le Gales C., Lena D., Orsini A., « Évaluation coût-efficacité du dépistage scolaire des anomalies héréditaires de l'hémoglobine : une étude prospective dans les Bouches-du-Rhône. Dépistage scolaire des hémoglobinoses », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1988, Vol.36, N°6, pp.395-408

1990

-Auray J.-P., Duru G., Lamure M., Pelo A., «*Les fondements théoriques de l'évaluation en économie de la santé* », Lyon, Alexandre Lacassagne, 1990

-Blais R., «Maîtriser les dépenses de santé : quelques proposition », *Journal d'Économie Médicale*, 1990, T.8, N°4, pp.251-259

-Le Gales C., Moatti J.-P., « Analyse coût-efficacité du dépistage VIH chez les femmes enceintes dans les hôpitaux de la région parisienne », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1990, Vol. 19, pp.36-42

-Moatti J.-P., Le Gales C., Julian C., Lanoë J.-L., Aymé S., « Analyse coût-efficacité du diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques par amniocentèse », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1990, Vol.38, N°5-6, pp.309-321

1991

-Cagan G., Houée J., «Le Comité d'évaluation de la diffusion des innovations technologiques de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris: organisation et financement des évaluations », *Journal d'Économie Médicale*, 1991, T.9, N°6-7, pp.335-342

-Grenier B., « Les outils de l'évaluation des techniques diagnostiques », *Journal d'Économie Médicale*, 1991, T.9, N°6-7, pp.321-334

-Le Galès C., Triomphe A., « L'évaluation économique des interventions en santé publique: principes et limites », *Rev Épidémiol Santé Publ*, 1991. Vol.39, supplément au N°1 pp.S15-30

-Lombrail P., Minvielle E., Kohler F., Heve D. et al., « Problèmes posés par le codage de l'information médicale dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information hospitalier », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1991, Vol.39, N°3, pp.285-295

-Minvielle E., de Pourville G., Jeunemaître A., « PMSI : contrôle de la qualité du codage », *Gestions Hosp*, 1991, N°302, pp.17-22

-Riou F., (Maître de conférences en Santé publique), « Santé publique et économie de la Santé: ébauche d'un bilan », *Les Cahiers du LERASS*, 1991, N°2, pp.27-34

1992

-Béjean S., Gadreau M., « Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'Économie Politique*, 1992, Vol. 102, N°2, pp.207-227

-Culyer T., « Évaluation des technologies médicales : progrès de la science économique », In : Moatti J.-P., Mawas C. (dir.), « *Évaluation des innovations technologiques et décisions en santé publique* », INSERM, Collection Analyses et Prospective, La Documentation Française, 1992

-Kohler F., « Le système d'information hospitalier. Enjeux de pouvoirs et contraintes de développement », *Gestions Hosp*, 1992, N°321, pp.792-799

-Meyer C., « *La régulation de la diffusion des innovations dans le système de santé : l'exemple de l'imagerie médicale* », Thèse pour le doctorat de sciences économiques, Université de Paris I, 1992

-Moatti J.-P., « Efficienc, vous avez dit efficienc ? », *Sciences Sociales et Santé*, 1992, Vol.X, N°1, pp.125-133

-Séror V., « *L'évaluation économique des politiques de prévention dans le domaine de la santé. L'exemple du dépistage prénatal* », Thèse de doctorat en Économie, Université de Paris I-Panthéon Sorbonne, 1992

-Séror V., Moatti J.-P., Muller F., Le Galès C., Boue A., « Analyse coût-efficacité du dépistage prénatal de la trisomie 21 par marqueur sérique maternel (le cas de l'hCG) », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1992, Vol.2, N°8, pp.915-922

1993

- Berthet J., (gynécologue-obstétricien des hôpitaux et titulaire d'un Master de l'École supérieure de commerce de Paris et de l'I.S.C.M.M), « Rapport coût-efficacité des examens cliniques et complémentaires durant la grossesse », In : *Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*, CNGOF, 1993, T.XVII, pp.229-254
- Brocas A.M., «La maîtrise des dépenses dans le secteur de la santé après la loi du 4 janvier 1993 », *Droit Social*, 1993, N°3, pp.235-243
- Bureau D., Plu-Bureau G., Thalabard J.-C., « L'évaluation économique des traitements médicaux. Méthodes et enjeux », *Sciences Sociales et Santé*, 1993, N°266, pp.65-75
- Castiel D., (Professeur d'Économie de la santé, ENSP Rennes), « Quelques réflexions éthiques sur les outils de l'analyse économique en médecine : âge, justice, équité », *Les Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 1993, N°4, pp.321-344
- « Codage des actes médicaux-PMSI : comprendre la controverse », *Espace Social Européen*, 9 juillet 1993, pp.21-26
- Gerbaud L., Glanddier P., Aublet-Cuvelier B., Belgacem B., « Système d'information hospitalier et évaluation de la qualité des soins. Quelle intégration possible ? », *Gestions Hosp*, 1993, N°324, pp.218-221
- Grenier B., (Centre de Pédiatrie, CHRU de Tours), « Évaluation d'une décision par le rapport bénéfice/coût en fonction de son utilité », *Journal d'Économie Médicale*, 1993, T.11, N°1, pp.19-32
- Séror V., (économiste, Centre de recherches en Économie de la santé, INSERM U357-CNRS-Hôpital de Bicêtre), « Analyse critique des méthodes d'évaluation économique des actions de santé : l'exemple du dépistage prénatal de la trisomie 21 », *Sciences Sociales et Santé*, 1993, Vol.11, pp.123-156
- Séror V., Moatti J.-P., Muller F., Le Gales C., Boué A., « Analyse coût-bénéfice du dépistage prénatal de la trisomie 21 par dosage de l'hCG sérique maternelle », *Rev Épidém. et Santé Publ.*, 1993, Vol.41, pp.3-15
- Tagawa-Sarr O., Tourneux V., « Évaluation des coûts de la maternité en France et réflexions », *Les dossiers de l'obstétrique*, 1993, N°212, pp.7-12

1994

- Batifoulier P., (IEAE-LADIX-Université de Paris X-Nanterre), « Incertitude sanitaire et risque probabilisable », *Journal d'Économie Médicale*, 1994, T.12, N°1, pp.3-17

-Colvez A., Ridez S., « Peut-on évaluer les réseaux coordonnés de santé ? ». *Revue Prévenir*, 1994, N°27, pp.129-132

-Dumez L., Tilquin Ch., Lehman J., D'Hoore W., Verellen G., « La charge de travail du personnel soignant de néonatalogie lors de la participation des parents aux soins de leurs enfants », *Journal d'Économie Médicale*, 1994, T.12, n°7-8, pp.447-461

-Dussaucy A., Viel J.-F., Mulin B., Euvrard J., « L'outil PMSI : biais, sources d'erreurs et conséquences », *Rev Épidémiol et Santé Publ*, 1994, Vol.42, N°4, pp.345-358

-Le Galès C., Galactéros F., « Analyse économique du dépistage néonatal de la drépanocytose en France métropolitaine », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1994, Vol.42, pp.478-492

-Lombrail P., Minvielle E., Comar L., Gottot S., « Programme de médicalisation des systèmes d'information et épidémiologie : une liaison qui ne va pas de soi », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1994, Vol.42, N°4, pp.334-344

-Mallet J.-Cl, « Assurance maladie: une clarification des comptes est nécessaire pour asseoir la crédibilité de la maîtrise médicalisée », *Droit Social*, 1994. N°12, pp.1018-1020

-de Pourville G., Comar L., Bouvier V., « Le paiement à la pathologie des hôpitaux : l'expérience française », *Rev Épidém et Santé Publ*, 1994, Vol.42, N°1, pp.68-78

-Ravoux V., « La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Contribution à l'analyse d'un concept », *Droit Social*, 1994, N°6, pp.578-585

1995

-Aujard Y., Amédée-Manesme O., « Les références médicales opposables en pédiatrie », *Arch Pédiatr*, 1995, N°2, pp.692-694

-Burnel Ph., Macquart B., « Le PMSI et l'expérience du Languedoc-Roussillon », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1995, N°1, pp.159-170

-Delanoë J.Y., « Le PMSI, point de vue d'un gestionnaire », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1995, N°1, pp.171-179

-Gramoullé A., « La mise en oeuvre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en Ille-et-Vilaine et dans le Nord Finistère », Mémoire de DEA, IEP Rennes, 1996

-Poulain P., Le Lannou D., Le Martelot M.T., Vialard J., Chevalier R., Corvez A., Keraudren B., Taillanter L., Giraud J.R., « Approche socio-économique de la pratique de la fécondation in vitro en région Bretagne en 1993 », *Contracept Fertil Sex*, 1995, Vol.23, N°4, pp.261-266

-Serré M., « *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé: du mot d'ordre à la Loi Teulade* », Mémoire de DEA, Université Paris I, 1995

1996

-Allaert F.A., Metral P., Dussere L., Quantin C., « Le point sur la place du PMSI dans la maîtrise des dépenses hospitalières », *Gestions Hosp*, 1996, N°353, pp.127-130

-Béjean S., Gadreau M., « Du calcul économique à l'évaluation organisationnelle des politiques de santé », *Revue d'Économie Française*, 1996, Vol.XI, N°1, pp.21-47

-Beresniak A., Taboulet F., Duru G., (Département Économie de la Santé du Laboratoire Glaxo Wellcome, Paris/ Laboratoire de Droit et d'Économie pharmaceutiques de l'UFR de Pharmacie, l'Université de Bordeaux II/ Laboratoire d'Analyse des Méthodes et des Structures, URA 934 CNRS, Université LYON I), « Rationalité de la décision et choix éthique », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°1, pp.45-52

-Carrere M.O., Sournies S., Thoulon J.M., « Aspects économiques et éthiques de la prise en charge des enfants présentant un retard de croissance intra-utérin avant la 37^{ième} semaine d'aménorrhée », *Journées Nationales de la Société de Médecine périnatale*, Éditions Arnette Blackwell, 1996, pp.219-229

-Collin Delaye S., « *Les références médicales opposables aux médecins libéraux en France, 1993-1996* », Mémoire de DEA *Science, Technologie et Société*, Conservatoire National des Arts et Métiers, septembre 1996

-Com-Ruelle L., Raffry-Pihan N., « L'Hospitalisation à domicile: bilans, perspectives et comparaisons internationales », *Solidarité Santé-Études Statistiques*, 1995, N°3, pp.25-36

-David G., (Professeur, Membre de l'Académie de Médecine), « Problèmes économiques posés par l'assistance médicale à la procréation », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°7-8, pp.511-514

-Durand P., Béjean S., Gadreau M., « Les normes dans la politique de maîtrise des dépenses de santé en France. Contrats ou conventions ? », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°7-8, pp.483-500

-Gadreau M., Béjean S., « Le "marché" des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle. Entre contrat et conventions ». *Journal d'Économie Médicale*, 1996, N°7-8, pp.389-400

-Geffroy L., « Principes réglementaires et mise en place des références médicales opposables », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°1, pp.9-12

-Matillon Y., « Bases scientifiques pour la définition des références médicales opposables », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°1, pp. 13-14

-Moatti J.-P., Le Corroller A.G., (Faculté de sciences économiques de l'Université d'Aix-Marseille II, INSERM U379/ INSERM U379), « Réflexions économistes sur l'éthique médicale », *Journal d'Économie Médicale*, 1996, T.14, N°2, pp.67-78

-de Pourvoirville G., (chercheur en gestion, groupe IMAGE, ENSP Saint-Maurice), « L'évaluation économique des actions de soins », *Sciences Sociales et Santé*, 1996, Vol.XIV, N°4, pp.65-72

- « Les références médicales à l'hôpital », *Revue Hospitalière de France*, 1996, N°1

1997

-Lansac J., « Les références médicales opposables en Gynécologie-Obstétrique », *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1997, Vol.26, N°2, pp.124-130

-Leplège A., Picavet E., « Les normes d'efficacité et optimalité dans l'évaluation des politiques de santé », *Journal d'Économie Médicale*, 1997, T.15, N°1, pp.15-34

-Myard A.F., Rabilloud M., Echochard R., « Utilisation du PMSI comme source de données d'un système "sentinelle" en obstétrique », *Journal d'Économie Médicale*, 1997, T.15, N°3-4, pp.239-242

- « Programme de médicalisation des systèmes d'information », *Journal d'Économie Médicale*, 1997, N°spécial, T.15, N°3-4

- Saily J.-Cl., Lebrun T., « Évaluation économique des actions de santé », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, N°17, pp.XXVI-XXXI

-Williams A., « Economics, QUALYS and medical ethnics : a health economist's perspective », *Journal d'Économie Médicale*, 1997, T.15, N°1, pp.49-54

ANNEXES

1-Liste des revues dépouillées systématiquement

- Actualité et Dossier en Santé Publique (Haut Comité de la Santé Publique)
- Les Archives Françaises de Pédiatrie
- Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
- Contraception, Fertilité, Sexualité, Gynécologie
- Droit Social
- Échanges Santé-Social
- Économie et Statistique
- Gestions Hospitalières
- Gynécologie Internationale
- Informations Rapides-SESI
- Informations Sociales
- Journal d'Économie Médicale
- Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Gynecol
- Journées Parisiennes de Gynécologie (Société nationale de gynécologie et d'obstétrique de France)
- Mises à jour en gynécologie et obstétrique
- Politiques et Management Publics
- Population
- Progrès en Néonatalogie (Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale)
- Revue de Droit Sanitaire et Social
- Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique)
- Revue Française des Affaires Sociales
- Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique
- Revue Française d'Économie
- Revue médicale de l'Assurance Maladie
- Santé Publique
- Sciences Sociales et Santé
- Sociologie du Travail
- Solidarité Santé-Études Statistiques
- Techniques Hospitalières

2-Liste des revues pour une revue des sommaires

- Am J Obstet Gynecol
- American Journal of Public Health
- British Journal of Obstetric and Gynecology
- Les Cahiers Hospitaliers
- Décisions Santé
- Les Dossiers de l'Obstétrique
- European Journal of Public Health
- Health Policy
- Informations Hospitalières
- Journal of Epidemiology Community Health
- Journal of Perinatal Epidemiology
- Obstet Gynecol
- Soins: Pédiatrie, Puériculture

3-Lieux et sources de documentation

- École Nationale de la Santé Publique (ENSP)
Bibliothèque, Av. du Pr Léon Bernard, Rennes
(BDSP et Base de données ENSP)
- Bibliothèque de la Faculté de médecine de l'Université de Rennes 1
Service commun de la Documentation ;
13, avenue du Professeur Leon-Bernard, Rennes
(MEDLINE, PASCAL, MYRIADE)
- Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, AP-HP
Centre de Documentation de l'École de cadres,
47 bd de l'Hôpital, 75651 Paris
(Site intranet:echO1.psl.ap-hop-paris.fr)
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
Bibliothèque-documentation ; 68-80, av. du Maine, 75680 Paris
- Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES)
Documentation, 1, rue Paul Cézanne, 75008 Paris
(Site Internet: <http://www.mworld.fr/credes>)
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)
Documentation U357: Pavillon La Force, CHU de Bicêtre,
78, rue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre
Documentation Faculté de médecine Necker, 156, rue de Vaugirard,
75730 Paris
- Observatoire Régional de Santé de Bretagne