

	Avant propos	5
Première partie	Introduction	7
Santé des enfants, santé des jeunes	1. Les outils de la connaissance	9
	1.1. Les concepts	9
	1.2. Sources de données épidémiologiques et statistiques	11
	2. L'état de santé des enfants et des jeunes en France	13
	2.1. La mortalité	13
	2.2. La morbidité	15
	2.3. Les comportements	16
	2.4. Synthèse des données statistiques et épidémiologiques	18
	3. Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes	20
	3.1. L'environnement familial et social	20
	3.2. Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent	25
	4. Conclusions et recommandations	31
	4.1. Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant	32
	4.2. Détecter et prendre en charge les enfants et adolescents en difficulté	34
	4.3. Former les intervenants agissant auprès des jeunes	35
	4.4. Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes	36
	4.5. Assurer les conditions de la définition et de la mise en oeuvre d'une politique globale à l'échelon local et national	37
	Annexe 1 : Composition du groupe de travail et personnes auditionnées en séance plénière	39
	Annexe 2 : L'état de santé des enfants et des jeunes en France	41
	Annexe 3 : Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans	97
	Annexe 4 : Bibliographie	123
Deuxième partie	Introduction	127
Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé	1. Position du problème	129
	1.1. Données générales	129
	1.2. Différences et inégalités inter-régionales d'états de santé	133
	1.3. La réduction des inégalités par le système de soins	135
	1.4. L'efficacité des systèmes de soins régionaux	136
	1.5. Allocation des ressources en fonction des inégalités ou en fonction d'un « droit de tirage » ?	138
	1.6. Conclusion	139

2. Premiers développements	140
2.1. La définition du domaine de prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources	140
2.2. L'identification des besoins au niveau régional	144
2.3. La détermination des réponses aux besoins (nature et volume des différentes offres de soins et de santé)	162
2.4. Expériences étrangères et premières expérimentations françaises	169
3. Premières conclusions et préconisations	181
3.1. Une allocation régionale des ressources pour une gestion régionale du système de santé	181
3.2. Premières conclusions resumées en matière d'allocation régionale de ressources	182
3.3. On ne sait pas définir une allocation optimale	183
3.4. Une action de redistribution est cependant nécessaire	184
3.5. Comment procéder ?	185
Annexe 1 : Composition du groupe de travail	191
Table des matières	193

Avant propos

À l'issue de la première Conférence nationale de santé, tenue en septembre 1996, le Haut Comité de la santé publique, en accord avec le bureau de la Conférence, avait décidé d'approfondir deux thèmes choisis parmi les dix priorités formulées par la Conférence. Ils concernent la « santé des jeunes » d'une part et « l'allocation régionale des ressources » d'autre part.

Le présent rapport à la Conférence nationale de santé 1997 réunit les contributions des deux groupes de travail constitués respectivement autour d'Albert Hirsch et de Jean-Claude Saily, la coordination étant assurée par Lucie Degail. De nombreux experts ont été associés à ces travaux. Nous les remercions vivement pour leur contribution.

La santé des jeunes et des enfants peut être aujourd'hui considérée comme un thème essentiel de société aussi bien qu'un domaine important de la santé publique. Dans quel autre champ de la santé voit-on le « sanitaire » (somatique et mental) aussi fortement intriqué avec le « social » ? Comment ne pas voir l'interaction permanente de la sphère privée (famille...) et de la sphère publique (école...) dans la détermination de nombreux aspects de la santé des jeunes et donc, dans une grande partie de celle des adultes de demain ? La prise en compte des trajectoires individuelles des jeunes apparaît une dimension fondamentale des actions à entreprendre pour améliorer leur état de santé. Elle appelle à plus de coopération et de coordination entre acteurs individuels et institutionnels. Elle rend incontournable l'introduction d'une place pour l'éducation pour la santé dans l'éducation des jeunes.

Les premiers travaux entrepris sur le thème « allocation des ressources et réduction des inégalités de santé » mettent en débat publiquement une opération, qui, à première vue, relève de seules questions techniques : comment répartir les ressources disponibles pour financer les soins ? En examinant la possibilité de donner à cette opération un but de santé publique (réduction des inégalités régionales de santé) on s'aperçoit que la question initiale en appelle beaucoup d'autres et que le cadre même du débat peut être remis en question : s'agit-il du financement des soins ou plus généralement de l'offre de santé ? Nous sommes loin de disposer des données et même des outils susceptibles d'offrir une solution globale à ces problèmes difficiles ! Cependant le débat est aujourd'hui lancé et des premières propositions peuvent être faites.

Nous espérons que les données, les réflexions et les recommandations réunies dans ce rapport, joueront un rôle positif dans les débats de la Conférence nationale de santé et permettront d'éclairer le Parlement et, au-delà, la population sur certains enjeux importants de l'établissement d'une politique de santé dans notre pays.

Pierre Ducimetière
Vice-président

Santé des enfants, santé des jeunes

Introduction

Était-il possible, en quelques semaines de travail d'un groupe restreint, d'établir le bilan de santé des jeunes dans ce pays, et de formuler des propositions à la fois structurantes et réalistes ?

Nous avons volontairement écarté de notre réflexion les deux périodes extrêmes, celle entre la conception et la fin de la gestation abordée dans le rapport du HCSP *Grossesse-naissance* et celle de la post-adolescence. De même, les questions complexes de la maltraitance n'ont pas fait l'objet d'une réflexion approfondie par notre groupe de travail n'ayant pu en particulier accéder à des données pertinentes, faute d'études et de travaux dans ce domaine.

De plus, d'autres domaines aussi importants que celui, du handicap de l'enfant par exemple n'ont pu être abordés.,

L'expertise de certains membres de notre groupe et les auditions auxquelles nous avons procédé, nous ont appris que la bonne santé de notre jeunesse pouvait parfois n'être qu'apparente, que les déterminants sociaux, et notamment éducatifs et familiaux, intervenaient massivement, enfin que certaines caractéristiques de nos dispositifs éducatifs, sanitaires et familiaux s'avéraient défaillants tout particulièrement dans la petite enfance et pouvaient dans certains cas aggraver les écarts. C'est dans cet esprit que les surconsommations de produits dangereux licites ou non, le taux d'accidents élevés, les suicides et les violences doivent être interprétés comme des conduites d'appel, révélant un malaise affectant un grand nombre des jeunes.

Les connaissances concernant les conséquences tout au long de la vie, de la qualité des relations affectives dans la petite enfance, de l'adoption de comportements à risque dans l'adolescence, et de la fragilité ou de la précarité chez les jeunes adultes, au-delà de l'état de bonne ou mauvaise santé physique, font émerger la notion de « carrière ». Cette conception continue de l'état de santé d'une personne, s'oppose aux découpages par tranche d'âge (petite enfance, scolarité, adolescence, jeune adulte) auquel correspond un cloisonnement institutionnel (PMI, ASE, politique de la famille, médecines de ville, scolaire et du travail) et plaide en faveur d'une approche intégrant la perspective de développement de la personne de la naissance à l'insertion dans la société.

Il devenait dès lors possible de faire des propositions pour une politique globale et sa mise en oeuvre au niveau régional. Ces propositions visent à :

- . améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant en privilégiant le rôle naturel de la famille et en institutionnalisant l'éducation pour la santé par les maîtres de l'école,
- . permettre de reconnaître les enfants et les adolescents en difficulté pour les prendre en charge en ayant soin d'éviter leur stigmatisation,
- . permettre la formation des intervenants agissant auprès des jeunes et tout particulièrement le personnel de l'éducation nationale, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux,
- . permettre d'améliorer les connaissances sur l'état de santé des jeunes et de mettre en place les instruments pour mesurer l'impact des interventions entreprises.

Nous tenons à remercier pour leur contribution les membres du groupe de travail, les experts que nous avons auditionnés, qui ont permis malgré la brièveté de nos travaux, que ce rapport introductif ouvre le chantier de l'élaboration d'une politique globale des jeunes dans notre pays.

Albert Hirsch

1. Les outils de la connaissance

1.1. Les concepts

1.1.1. Enfance et adolescence

L'enfance peut être définie comme une période qui va de la naissance à un âge maximum de 13 ans. Elle est caractérisée par une vulnérabilité de l'enfant vis-à-vis de l'environnement et correspond à la période de la vie où se réalisent les processus d'identification et d'apprentissage qui conditionnent la socialisation de l'adolescent et de l'adulte.

L'adolescence présente un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part et à la constitution d'un couple et ou du départ de chez les parents d'autre part.

Compte tenu de l'allongement de la période des études et de la banalisation de la cohabitation juvénile, une véritable définition de l'adolescence est plus à rechercher dans le champ de la physiologie et de la psychologie.

Ainsi, l'adolescence est définie selon Halm (1970) comme la période au cours de laquelle, sous l'effet de la maturation sexuelle dans ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, le sujet procède au remaniement de son image et de celle des autres, et du système relationnel de son « moi » avec le milieu, jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité.

Elle débute approximativement à l'âge de 10 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. La fin de l'adolescence n'est pas clairement délimitée et varie en fonction de critères physiques, mentaux, affectifs, sociaux et culturels qui caractérisent l'adulte (Daniel W.A., 1979).

Il existe une grande variabilité selon les sujets, si bien que l'on parle actuellement de plusieurs périodes :

- . préadolescence (environ 10-15 ans),
- . adolescence (environ 16-19 ans),
- . postadolescence (environ 18-24 ans).

À côté d'une approche segmentée de l'enfance et de l'adolescence, l'analyse du développement continu de la personnalité apparaît plus pertinente et plus opérationnelle pour mener des actions de santé publique.

Le développement continu de la personnalité et de la santé d'un individu n'est pas pris en compte par le découpage par tranche d'âge (petite enfance, scolarité et adolescence, jeunes adultes, travailleur...) auquel correspond le cloisonnement institutionnel (PMI, ASE, politique de la famille, médecine scolaire, médecine du travail). Il plaide en faveur d'une plus grande prise en considération de l'histoire du développement de l'individu, de sa naissance à son insertion dans la société (c'est-à-dire en pratique sur la période 0 à 25 ans), compte tenu du recul actuel de l'âge au premier travail et de la dépendance accrue par rapport à la famille. Tous les facteurs ayant pu agir sur son développement psychique ou somatique, notamment la santé physique, la qualité des relations affectives dans la petite enfance, l'environnement familial et social, la scolarité, la consommation de drogue ou de médicament, la vie affective et professionnelle chez les jeunes adultes doivent être pris en compte. Le déroulement de ces « carrières » se fait, pour certains, de manière très irrégulière. Elles peuvent être entrecoupées de crises plus ou moins graves et de durée variable.

Cette approche dynamique permet de montrer les changements intervenus dans la période 1960-1990 et d'adapter les systèmes de prise en charge de l'enfance et de l'adolescence.

1.1.2. Santé des jeunes

Pour aborder la santé du jeune et de l'adolescent, l'approche classique par la mortalité et la morbidité s'avère insuffisante.

La référence classique à la santé définie par l'OMS, état de complet bien-être physique, mental et social, a amené le Haut Comité de la santé publique à définir en décembre 1992 dans son rapport *Stratégie pour une politique de santé*, la santé des enfants et des adolescents de la façon suivante :

« L'enfance et l'adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance, ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie ».

Il convient en conséquence d'écarter, autant que faire se peut, certains concepts réducteurs et parcellaires (santé somatique, santé mentale, santé scolaire...). La santé ne relève pas effectivement d'un état mais d'une dynamique permanente. Dans cette dynamique, la santé résulte d'un équilibre, à l'intérieur d'un système vivant, par définition toujours fragile. Dans ce système constamment agressé, il s'agit, à tous moments, de trouver les ressources nécessaires pour rétablir l'équilibre, en neutralisant si possible les phénomènes perturbateurs, chaque fois qu'ils peuvent l'être.

1.1.3. « Comportements à risques »

La violence, la consommation d'alcool, de tabac et de drogue, l'abandon précoce de la scolarité, les tentatives de suicide... sont autant de comportements répertoriés chez l'adolescent comme présentant un risque pour son capital de santé.

Le regard de l'adulte sur ces prises de risque est rarement serein car il ne peut les considérer qu'avec ses propres références. Il opte tantôt pour le déni et le refus d'agir (« c'est l'âge, cela passera... »), tantôt pour une dramatisation excessive (« son comportement est inadmissible, il faut faire quelque chose... »), sans que ces réactions prennent en compte le sens du message lancé par l'adolescent.

En substituant au concept de comportement à risque la notion de **comportement d'essai**, l'apprentissage à la vie de l'enfant et de l'adolescent retrouve une place qui reste essentielle dans le développement de la personnalité des jeunes. N'est-il pas, dans une certaine mesure, normal d'essayer ce que la loi ou la norme interdit lorsque l'on est un enfant ou un adolescent ? La question qui se pose alors est de savoir quel niveau d'acceptabilité et de protection la communauté des adultes désire apporter aux jeunes en apprentissage.

1.1.4. La prévention et l'apprentissage à la santé

Les définitions de la prévention, de l'éducation sanitaire, sont nombreuses. Ne voulant pas ajouter de définitions supplémentaires, nous retiendrons ici deux réflexions de professionnels éclairant d'un jour nouveau les actions à proposer dans ce domaine.

« Liés aux besoins de santé latents, les comportements à risque deviennent un marqueur de plus en plus significatif des populations défavorisées ou dépressives. Ils deviennent aussi une sorte de refus emblématique d'une civilisation prudente dans la gestion de son

capital santé, gestionnaire de la vie en « bon père de famille », bien assuré, rationnel dans son choix et ses actions, raisonnable en toutes choses..., mais pour avoir envie de protéger sa santé, d'arrêter les paris avec la mort, avec l'accident, avec la maladie, avec la contamination, il faut tenir suffisamment à la vie ». (A. Lazarus)

« Les messages de santé pour l'adolescent reviennent trop souvent à lui interdire d'être un adolescent. L'adolescent est entier et exclusif. Il a besoin qu'on lui parle de ce qui le touche... et surtout qu'on l'écoute ». (J.-P. Deschamps)

1.2. Sources de données épidémiologiques et statistiques

Sont brièvement décrites ici les sources de données utilisées au Chapitre II « L'état de santé des enfants et des jeunes en France ».

1.2.1. Les données de mortalité

Elles proviennent soit directement des statistiques des causes médicales de décès, produites par le service commun n° 8 (SC 8) de l'Inserm, statistiques établies à partir des certificats de décès, soit par l'intermédiaire de l'annuaire de statistiques sanitaires mondiales de l'OMS de 1995. Cet annuaire donnant pour la France les résultats de 1993, les données françaises utilisées pour les comparaisons internationales dans le Chapitre II sont donc nécessairement celles de 1993. En revanche des données plus récentes sont présentées en dehors des comparaisons internationales.

1.2.2. Les données de morbidité

1.2.2.1. Morbidité hospitalière

Les données présentées ici, sont celles de l'enquête nationale réalisée en 1993 par le Sesi, grâce à un sondage sur les patients traités dans les services de soins de courte durée. L'enquête porte sur 59 129 séjours appartenant à des hospitalisations d'au moins 24 heures, et, sur 7 660 venues en hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que I.V.G., dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

Les services enquêtés sont les services de CHR, de CH et d'établissements privés.

Les pathologies ont été codées selon la 9e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM de l'OMS).

1.2.2.2. Enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 1991, 1992 par l'Insee, le CreDES et le Sesi

Cette enquête en population générale a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 8 235 ménages soit 21 586 sujets qui ont été interrogés sur les pathologies et les consommations médicales sur une période de trois mois.

1.2.2.3. Enquête nationale « adolescents » (Inserm U169)

Cette enquête porte sur 12 391 sujets âgés de 11 à 19 ans, identifiés dans des établissements scolaires (collèges, lycées d'enseignement général et technique, lycées professionnels). Elle s'est déroulée en 1993 grâce à l'utilisation d'un auto-questionnaire anonyme rempli en classe en présence du médecin, de l'infirmière ou de l'assistante sociale de la santé scolaire.

1.2.2.4. Enquête CFI-Paque (Inserm U169)

Il s'agit d'une enquête menée dans 9 départements français auprès de 3 000 jeunes non scolarisés en stage d'insertion ou de qualification. Là encore, la technique utilisée a été la passation d'un auto-questionnaire auquel est venu s'ajouter un examen médical.

Cette enquête s'est faite fin 1992-début 1993. L'âge moyen des sujets est de 21,4 ans.

1.2.2.5. Enquête HBSC (Health Behaviour of School aged children)

Il s'agit d'une enquête internationale portant sur 24 pays dans lesquels on a enquêté dans un échantillon représentatif de la population nationale sauf dans trois pays: la France, l'Allemagne et la Russie où l'échantillon est régional. En France, seules deux régions ont été étudiées, celle de Nancy et celle de Toulouse. L'enquête s'est déroulée en milieu scolaire pendant l'année scolaire 1993-1994. Trois âges sont concernés : 11 ans ; 13 ans et 15 ans. Un questionnaire anonyme a été administré dans les établissements scolaires par du personnel spécialement formé (des professeurs, des infirmières, des psychologues ou des membres de l'équipe de recherche).

1.2.2.6. Enquête EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System)

Il s'agit de la partie française d'un système européen de recueil de données sur les accidents domestiques et de loisirs. En France, le recueil se fait dans les consultations d'urgence d'un certain nombre d'hôpitaux volontaires.

L'enquête porte sur les circonstances de survenue des accidents, les lésions, le traitement et les suites immédiates.

1.2.2.7. Enquête de la Cnamts sur les accidents de la vie courante

Il s'agit d'une enquête par voie postale auprès d'un échantillon d'assurés sociaux, plus ou moins représentatif, au niveau national. Cette enquête cherche à identifier les accidents survenus au cours de l'année écoulée, les lésions entraînées ainsi que le traitement et les suites.

1.2.2.8. Les données sur le handicap (Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, CTNERHI ; enquête ES / Sesi)

Il s'agit d'une enquête réalisée tous les deux ans par le Sesi auprès des établissements qui accueillent des enfants et des adultes handicapés, des enfants et adultes en difficulté sociale.

1.2.2.9. Données sur le Sida

Les données présentées au Chapitre II proviennent de la surveillance organisée par la direction générale de la Santé et sont celles des années 1994-1995, ainsi que le nombre de cas cumulés depuis 1978.

1.2.2.10. Données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Les données présentées ici proviennent du rapport annuel de 1993, concernant la « file active », définie comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe de secteur.

Il s'agit d'une enquête quasi exhaustive auprès des secteurs pour l'année 1993, 306 secteurs sur les 308 existants en France ayant répondu.

L'exploitation des questionnaires a été réalisée conjointement par la DGS et le Sesi.

1.2.2.11. Données du service de santé des années

Il s'agit des données recueillies par interrogatoire et lors d'un examen médical chaque année lorsque 400 000 à 450 000 jeunes français âgés de 17 à 27 ans sont convoqués dans les centres de sélection des armées.

Des données évolutives entre 1987 et 1993 sont présentées ici.

1.2.3. Les données sur les comportements

Certaines des données exposées au Chapitre II proviennent des mêmes sources de données que pour la morbidité : enquête nationale adolescents, enquête CFI-PAQUE, enquête Santé Insee/Credes/Sesi, données du service de santé des armées, enquête HBSC

1.2.3.1. Données Euro baromètre 37

Euro baromètre est une enquête d'opinion, réalisée périodiquement par la Direction générale de l'information, la communication et la culture de la CEE. Deux fois par an, des interviews sont réalisés auprès d'un échantillon d'environ 1 000 personnes dans chaque État membre. Entre mars et mai 1992, deux Euro baromètres successifs (37.0 et 37.1) ont permis d'interroger 25 600 personnes au niveau des États membres sur la consommation d'alcool et des drogues (L'Euro baromètre 37.1 a permis d'inclure des interviews de jeunes de moins de 25 ans).

1.2.3.2. Enquête ACSF (Enquête sur le comportement sexuel des français)

Il s'agit d'une enquête sur un échantillon de 20 000 personnes (échantillon représentatif de la population française).

Cette enquête a été menée en 1991-1992, par l'unité 292 de l'Inserm, grâce à un questionnaire administré par téléphone.

1.2.3.3. Enquête sur le comportement sexuel des jeunes âgés de 15 à 18 ans

Il s'agit d'une enquête soutenue par l'ANRS et menée sur un échantillon de jeunes recrutés dans des établissements scolaires et dans des centres de formation professionnelle.

1.2.3.4. Synthèse des enquêtes et des recherches françaises sur le thème des jeunes face au sida

Il s'agit d'un document publié par l'ANRS en 1993, faisant le point sur les recherches en sciences sociales menées sur le thème des jeunes et du VIH entre 1985 et 1992.

2. L'état de santé des enfants et des jeunes en France

Le texte ci-dessous est une synthèse des principales données statistiques et épidémiologiques fournies par les sources d'information précédemment décrites ; le détail de ces données peut être consulté dans l'annexe 2, notamment grâce aux tableaux et figures.

2.1. La mortalité

Il est mort en France, en 1993, 13 000 enfants et jeunes de moins de 25 ans. Certes ce chiffre correspond à une mortalité faible par rapport à la mortalité générale, toutefois ce

chiffre brut est préoccupant. Les taux de mortalité sont très élevés dans deux tranches d'âge : celle des enfants de moins de 1 an et celle des jeunes âgés de 15 à 24 ans. 4604 nourrissons de moins de un an et 6027 adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans ont perdu la vie en 1993. Un quart des décès d'enfants de moins de 1 an est attribuable au syndrome de la mort subite du nourrisson, et 51,3 % des décès d'adolescents et de jeunes sont dus à des accidents, deux causes de mort qu'il est possible de prévenir dans une large mesure.

Face à la mort deux âges sont vulnérables : la première année de la vie, la tranche d'âge 18-24 ans. Il est possible de prévenir deux grandes causes de ces décès : la mort subite du nourrisson et les accidents.

Avant l'âge de 1 an les principales causes de décès sont, par ordre décroissant, les affections de la période périnatale, le syndrome de la mort subite et les malformations congénitales. Les comparaisons internationales montrent que, pour les malformations congénitales et les affections de la période périnatale, la situation de la France est nettement plus favorable que celles des autres pays européens contrairement à ce qu'on observe pour la mort subite.

À partir de l'âge de 1 an et pendant toute la période de la vie qui nous intéresse ici la première cause de décès est constituée par les accidents (1/3 des causes de décès entre 1 et 14 ans et plus de la moitié pour les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans).

Environ 3 000 adolescents et jeunes sont morts accidentellement en France en 1993, la deuxième cause de décès étant constituée par les suicides (966 en 1993, dont 756 dans le sexe masculin et 210 dans le sexe féminin). Pour ces deux causes la surmortalité masculine est considérable. Les comparaisons internationales montrent que les taux de mortalité accidentelle sont supérieurs en France à ceux de pays voisins proches par le niveau socio-économique et les possibilités de prise en charge en urgence des grands traumatismes. En ce qui concerne le suicide la situation est particulièrement préoccupante, les taux français étant plus élevés que ceux de tous les pays d'Europe de l'ouest. La troisième grande cause de décès est constituée par les leucémies et tumeurs (6,1 % des causes de décès). En France, comme dans les autres pays européens, et contrairement à ce qu'on observe aux États-Unis, les homicides ne représentent pas un problème majeur.

71 % des décès des Jeunes français âgés de 15 à 24 ans sont des morts violentes : accidents et suicides. Il y a 3,7 fois plus de garçons que de filles chez les suicidés. La France a plus de Jeunes suicidés que les pays voisins.

L'évolution dans le temps de cette mortalité est, dans les périodes récentes, favorable avec toutefois des variations selon les causes de décès. et selon le sexe. La mortalité « toutes causes » a nettement décru depuis les années quatre-vingt, néanmoins de façon moins satisfaisante dans le sexe féminin. La mortalité périnatale est passée de 8,3 pour 1000 en 1990 à 7,4 en 1994 ; la mortalité infantile a baissé de 20 % entre 1993 et 1995. La mortalité accidentelle a considérablement décru, toutefois de façon moins nette dans le sexe féminin. Le taux de suicide a triplé chez les hommes de 15 à 24 ans entre 1960 et 1993, le sex-ratio passant de 1,5 à 3,7. Depuis 1993 une baisse semble se dessiner (966 cas en 1993, 844 en 1994, 802 en 1995, mais il s'agit d'un résultat provisoire).

Depuis de nombreuses années l'évolution de la mortalité des enfants et des jeunes se fait dans un sens favorable mais il faut rester vigilant au moins pour trois raisons : cette évolution est moins satisfaisante que dans les pays voisins (notamment pour la mortalité accidentelle), elle est plus stagnante dans le sexe féminin, la tendance à la baisse de la mortalité par suicide reste à confirmer.

2.2. La morbidité

Contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, il n'existe pas en France, ni d'ailleurs dans la plupart des pays, de statistiques nationales permanentes de morbidité. On doit donc faire appel aux données produites par un ensemble de sources diverses qui fournissent des informations sur les diagnostics enregistrés lors des hospitalisations ; les symptômes et maladies déclarés par la population, la consommation médicale (consultations, hospitalisations, utilisation de médicaments, actes paramédicaux) et les comportements liés à la santé rapportés par les jeunes. C'est la synthèse de l'ensemble de ces données, analysées avec le scepticisme nécessaire vis-à-vis de la fiabilité des sources d'information et des méthodes de recueil, qui permet de construire « l'image probable » de l'état de santé des enfants et des jeunes.

Chez les enfants de moins de 15 ans les données de morbidité hospitalière et celles enregistrées lors d'entretiens à domicile, dans le cadre de l'enquête Insee/Credes/Sesi sont convergentes et indiquent que les principaux problèmes de santé sont : les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'oeil et les affections de la sphère bucco-dentaire. Les traumatismes, deuxième cause d'hospitalisation des garçons, jouent un rôle modeste dans la morbidité déclarée dans l'enquête en population générale. Les données concernant les troubles visuels sont corroborées par les résultats des dépistages effectués dans le cadre des bilans de santé pratiqués en école maternelle (environ 10 % de troubles de l'acuité visuelle chez les enfants âgés de 3 à 6 ans).

Chez les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les données de l'enquête Insee/Credes/Sesi, celles des enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs des jeunes scolarisés et des jeunes en insertion, et celles produites par le service de santé des armées confirment l'importance des troubles de la vue et de l'appareil bucco-dentaire. Les enquêtes de l'Inserm relèvent également une fréquence élevée des troubles de la statique vertébrale (16 % chez les jeunes scolarisés, 20 % chez les jeunes en insertion). De plus les enquêtes de l'Inserm et celles du service de santé des armées soulignent la grande fréquence des accidents (le service de santé des armées note qu'entre 1987 et 1993 le pourcentage de traumatismes des membres a presque doublé du fait des accidents de loisir et de sport ; 43,2 % des jeunes scolarisés ont dit avoir eu un accident dans l'année). Les données de l'enquête internationale HBSC de l'OMS indiquent que la France vient au premier rang des 24 pays étudiés pour les traumatismes graves (ayant entraîné une absence scolaire, des soins médicaux, une hospitalisation ou un acte chirurgical).

Les principaux problèmes de santé somatique des enfants et des jeunes sont : les troubles bucco-dentaires, les traumatismes et les troubles visuels.

10 % des enfants âgés de 3 à 6 ans présentent un déficit de l'acuité visuelle. Le taux de myopie constaté au service de santé des armées est passé de 7 % en 1987 à 17,6 % en 1993.

Entre 11 et 16 ans il y a 30 accidents scolaires ou de loisir pour 100 garçons et 14 pour 100 filles par an.

Deux types de pathologies peuvent être abordées essentiellement à travers les données des services spécialisés qui les accueillent : les handicaps et les troubles mentaux.

Au 1^{er} janvier 1992. d'après l'enquête ES 91 du Sesi, 107946 enfants ou adolescents handicapés étaient présents dans les établissements médico-sociaux d'éducation spéciale. Dans cette population on notait 60,5 % d'enfants d'âge scolaire (6-15 ans) et 31,5 % d'adolescents âgés de 16 à 19 ans, et un sex ratio de 1,56. Les retards mentaux constituent la principale cause d'accueil dans ces établissements (57,8 % des déficiences).

En 1993, 306 des 308 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile français ont suivi près de 290000 enfants et adolescents, ce qui correspond à 18 enfants suivis pour 1000 habitants de moins de 20 ans. Le groupe d'âge le plus représenté est celui des enfants âgés de 5 à 9 ans ; les adolescents de 15 à 19 ans représentent 13 % de l'effectif. Dans plus de 90 % des cas le suivi est ambulatoire. Ces données statistiques fournies par les secteurs ne comportent pas de diagnostics. Il est à noter que dans les autres sources d'information utilisées ici et proposant des diagnostics, les "troubles mentaux" apparaissent comme rare, dans les données de morbidité hospitalière comme dans les données de morbidité déclarée dans l'enquête Insee/Credes/Sesi.

Dans les enquêtes par entretien ou auto-questionnaire (Insee/Credes/Sesi ; Inserm U169 ; HBSC de l'OMS), on obtient non seulement des informations sur les "maladies" et les diagnostics tels qu'auto-déclarés, mais aussi la description de symptômes psycho-somatiques et psychologiques. Visiblement, lorsqu'on emploie le mot "santé" les jeunes pensent "santé-somatique" et dans l'enquête sur les jeunes scolarisés 88 % se disent en bonne santé (85 % chez les jeunes en insertion). Dans l'enquête HBSC les jeunes français sont parmi ceux qui donnent le plus de réponses positives à la question : « vous sentez-vous en très bonne santé ? ». Pourtant ces mêmes jeunes rapportent tout un cortège de symptômes évocateurs d'un mal-être physique et psychologique. Ainsi dans l'enquête de l'Insee les sujets âgés de 10 à 24 ans se plaignent de céphalées et d'asthénie. Dans l'enquête de l'Inserm sur les élèves 7 % se disent déprimés ; chez les jeunes en insertion 75 % se plaignent de troubles dépressifs ou anxieux pour lesquels ils ont consulté. La symptomatologie dépressive augmente avec l'âge. Les plaintes somatiques sont variées, et dans l'étude auprès des jeunes en insertion, 42 % des garçons et 47 % des filles se plaignent de fatigue, de maux de tête, de douleurs digestives ou dorsales, de nausées, de réveils nocturnes, de cauchemars. Les relations entre ces plaintes somatiques et les tendances dépressives sont étroites. Dans l'enquête HBSC les jeunes français sont parmi ceux qui consomment le plus d'antalgiques ; ils occupent le premier ou le troisième rang selon l'âge pour les difficultés d'endormissement et pour la consommation de somnifères. 50 % des filles et 37 % des garçons de 15 ans disent s'être sentis déprimés au moins une fois par semaine et occupent de ce fait la troisième position derrière la Hongrie et Israël.

7 % des élèves âgés de 11 à 19 ans se disent déprimés. 75 % des jeunes en insertion se plaignent de dépression ou d'anxiété. Ces tendances dépressives sont souvent révélées par des plaintes somatiques (douleurs, fatigue, troubles du sommeil). Les jeunes français se sentent plus déprimés et consomment plus de somnifères que la plupart de leurs voisins européens.

2.3. Les comportements

Les tentatives de suicide sont fréquentes chez les jeunes : on les retrouve dans les antécédents de 7 % des élèves âgés de 11 à 19 ans et de 15,4 % des jeunes en insertion. Dans un tiers des cas il y a récurrence. Les tentatives sont plus fréquentes chez les filles mais les récurrences chez les garçons. L'accueil hospitalier est loin d'être la règle : seulement dans 1 cas sur 5 dans l'enquête auprès des élèves.

Les conduites violentes répétées sont retrouvées chez 19 % des élèves et chez 25 % des jeunes en insertion. Elles concernent surtout le sexe masculin. Toutefois elles ne sont pas plus fréquentes que les violences subies : 15 % des élèves disent avoir subi des violences physiques, 4 % des violences sexuelles, 30 % des jeunes en insertion ont subi des violences physiques et/ou sexuelles.

Les liens entre violence subie et tentative de suicide sont à souligner. Dans l'enquête sur les jeunes en insertion le pourcentage de tentative de suicide passe, pour les garçons,

de 8% chez ceux qui n'ont pas subi de violence à 40 % chez ceux qui en ont été victimes ; pour les filles ces pourcentages sont de 9 % et 48 %.

7 % des élèves âgés de 11 à 19 ans et 15,4 % des jeunes en insertion âgés en moyenne de 21,5 ans ont fait une tentative de suicide. 1/3 récidivent. Leur accueil dans des structures hospitalières est insuffisant. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les Jeunes qui ont subi des violences. Ces dernières sont plus fréquentes que les conduites violentes des jeunes eux-mêmes.

En France, si l'on considère l'ensemble des études menées entre 1991 et 1993, le pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant déjà fumé varie de 20 % à 56 % suivant le sexe et la tranche d'âge. Les fumeurs quotidiens sont 15 % dans l'enquête auprès des jeunes scolarisés, 53 % dans l'étude des jeunes en insertion. Dans l'enquête de l'Insee/ CreDES/Sesi 38 % des femmes et 51,4 % des hommes âgés de 20 à 24 ans fument quotidiennement. Dans toutes les études la consommation augmente avec l'âge. En revanche, l'analyse de l'évolution dans le temps montre la diminution de la consommation de tabac par les jeunes en France. Toutefois il convient de noter un phénomène tout à fait préoccupant: la diminution, entre 1986-1987 et 1991-1992, du pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant cessé de fumer. On peut légitimement s'inquiéter pour les grossesses de ces femmes. Les comparaisons internationales (HBSC) font d'ailleurs apparaître que dans plusieurs pays, à l'âge de 15 ans la consommation de tabac est supérieure dans le sexe féminin. En ce qui concerne les fumeurs réguliers, la France occupe une place moyenne parmi les 24 pays de l'enquête HBSC, sauf dans la tranche d'âge 18-24 ans où le pourcentage de fumeurs est plus élevé de l'Union Européenne.

15 % des jeunes scolarisés et 53 % des jeunes en insertion fument quotidiennement. Depuis quelques années la consommation de tabac des Jeunes en France a diminué mais de moins en moins de jeunes femmes de 20 à 24 ans cessent de fumer. Dans plusieurs pays européens les filles fument plus que les garçons.

Contrairement à ce qu'on observe pour le tabac la consommation d'alcool est assez spécifiquement masculine. L'alcoolisation est régulière pour 23 % des jeunes en insertion et 12 % des jeunes scolarisés. Egalement contrairement à ce qu'on observe pour le tabac, la consommation est restée stable au cours de ces dernières années, voire a augmenté pour les buveurs réguliers du sexe masculin. Dans l'enquête HBSC on peut voir que la consommation régulière d'alcool commence très précocement, puisque les jeunes français âgés de 11 ans sont en tête des consommations « hebdomadaires ou plus fréquentes », avec 8 % de filles le déclarant et 22 % de garçons.

En ce qui concerne la drogue, 1 jeune scolarisé sur 7 en a déjà fait l'expérience et ce pourcentage est de 22 % chez les jeunes en insertion qui sont 11 % à en avoir consommé au moins 10 fois. La principale drogue consommée est le haschich ; 1,1 % des jeunes scolarisés et 2,5 % des jeunes en insertion ont consommé de la cocaïne, ces pourcentages étant de 0,9 % et 2,3 % pour l'héroïne. La consommation est plus importante chez les garçons; elle augmente avec l'âge surtout dans le sexe masculin. Elle augmente également dans le temps: pour le service de santé des armées, la consommation de drogue chez les jeunes hommes âgés de 17 à 27 ans est passé de 7,7 % à 9,1 % entre 1987 et 1993. Contrairement à ce qu'on observe pour les drogues illicites la consommation de médicaments psychotropes est supérieure dans le sexe féminin.

Selon une étude européenne, 62 % des jeunes européens estiment qu'il est facile de se procurer de la drogue à l'école, ce pourcentage étant de 87 % pour les jeunes français, seulement précédés des italiens (88 %).

Il existe beaucoup plus d'études visant à identifier les comportements à risque des adolescents que d'études visant à identifier leurs stratégies pour protéger leur santé et leurs connaissances en matière de prévention. Ces rares études sont pourtant précieuses car elles permettent de comprendre comment les adolescents et les jeunes peuvent recevoir

et répondre aux messages d'éducation sanitaire. Plusieurs études récentes menées notamment grâce au soutien de l'ANRS montrent qu'en quelques années les jeunes français ont acquis une très bonne connaissance des mécanismes de transmission du VIH et de prévention du sida. On sait aussi que les jeunes âgés de 18-19 ans utilisent plus le préservatif en cas de partenaires multiples que leurs aînés (enquête ACSF). L'enquête HBSC indique que les jeunes français sont parmi les meilleurs utilisateurs de la ceinture de sécurité, même si, comme dans tous les pays, le taux d'utilisation baisse avec l'âge.

Enfin, il est important de souligner, comme l'indiquent les études menées auprès des jeunes par l'Inserm, qu'ils ont recours au système de soins, principalement au dentiste et au généraliste.

Les adolescents et les Jeunes sont potentiellement réceptifs aux messages d'éducation sanitaire comme l'attestent leurs attitudes vis-à-vis du risque lié au VIH et de la sécurité en voiture. Par ailleurs ils utilisent les services de santé : ils consultent un généraliste ou un dentiste en moyenne 4 fois par an.

2.4. Synthèse des données statistiques et épidémiologiques

Si certaines des données exposées ici sont convergentes quelle que soit la source d'information utilisée, dans d'autres cas il existe d'évidentes incohérences comme c'est le cas pour les troubles mentaux par exemple, presque absents des statistiques hospitalières et des entretiens à domicile de l'enquête de l'Insee, mais révélés par le volume d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et par le discours des jeunes sur leurs tentatives de suicide, leurs symptômes et la place de la violence dans leur passé et dans leur vie. De telles incohérences amènent à s'interroger sur la nature des sources qui ont été choisies, sur la fiabilité des données et sur leur interprétation.

On trouvera, dans l'annexe 2, l'analyse critique de la fiabilité des données épidémiologiques.

Quelles que soient les imperfections des données statistiques et épidémiologiques exposées ci-dessus, elles forment néanmoins un ensemble cohérent permettant de dresser le tableau de l'état de santé des enfants et des jeunes en France.

Si l'enfance et l'adolescence sont des périodes de la vie où l'on meurt peu, on a néanmoins noté qu'il existe deux âges de grande vulnérabilité : la première année de la vie et la période qui va de 15 à 24 ans. Dès l'âge de 1 an, la principale cause de mort est constituée par les accidents ; la mortalité accidentelle a certes vu une évolution récente assez satisfaisante mais les taux observés chez les adolescents et les jeunes français restent largement supérieurs à ceux des pays voisins. Quant à la mort subite du nourrisson, elle reste un problème préoccupant en France.

Les données de morbidité hospitalières ou celles recueillies par entretien dans le cadre d'enquêtes à domicile auprès d'une population représentative sur le plan national, ou menées auprès des jeunes par auto-questionnaire sont convergentes et montrent que les problèmes de santé somatiques principaux ressortant clairement de toutes ces études sont : les infections respiratoires chez les enfants les plus jeunes et, à tout âge, les troubles bucco-dentaires, les troubles visuels, les troubles de la statique vertébrale, les accidents. Ces derniers sont à la limite de la sphère somatique et de la sphère psychologique et sociale ; en effet, s'ils génèrent une pathologie somatique, on sait qu'ils surviennent dans des conditions complexes dans lesquelles convergent de nombreux facteurs de risque dont des facteurs psychologiques et des facteurs liés à l'environnement socio-économique.

Les accidents constituent la 1^{re} cause de décès dès l'âge de 1 an et la 2^e cause d'hospitalisation chez les garçons de moins de 15 ans. Leur fréquence en France est

supérieure à ce qu'elle est dans les pays voisins. Le pronostic fonctionnel à long terme des accidents de sport et de loisir des adolescents n'est pas toujours simple. Les causes des accidents sont complexes et notamment psychologiques. Les accidents peuvent être prévenus.

Les accidents contribuent à faire envisager la santé de l'enfant et du jeune sous un tout autre angle que celui de la santé somatique. En effet, derrière le tableau somatique bénin dressé plus haut (troubles visuels, troubles bucco-dentaires, troubles de la statique vertébrale dont la bénignité reste d'ailleurs à prouver), on sent bien un mal-être psychologique chez l'adolescent et le jeune. Les suicides sont nombreux en France chez les jeunes de 15 à 24 ans et leur taux dépasse celui des pays voisins. Les auto-questionnaires remplis par les jeunes font apparaître l'importance de la symptomatologie dépressive, la fréquence préoccupante des tentatives de suicide et des récides, la fréquence des consommations de produits toxiques (alcool, tabac).

Derrière les données somatiques rassurantes se profile l'image du mal être psychologique des jeunes. La bénignité des affections somatiques ne peut pas être affirmée en toute quiétude. C'est dans la petite enfance qu'il faut rechercher les racines du mal être des jeunes.

Ce tableau de mal-être psychologique se profile en fait dès la petite enfance derrière le tableau somatique rassurant. En effet, selon des résultats de bilan de santé en école maternelle, il existe 8 % de retards de langage et 15 % d'anomalies de la motricité fine chez les enfants âgés de 3 à 6 ans. L'analyse des données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile montre que les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43 % des 290 000 enfants suivis dans ces secteurs en 1993, ce qui revient à une prévalence de consultations pour cette tranche d'âge de 3,6 % par rapport à la population française du même âge. Enfin, les antécédents de violences subies pendant l'enfance rapportés par les adolescents montrent bien l'importance de la maltraitance durant la petite enfance.

Toutefois, ces mêmes jeunes montrent des capacités certaines à se protéger comme le montrent notamment toutes les études récentes sur la connaissance des mécanismes de transmission du VIH et de prévention du sida. D'autre part, certaines dispositions officielles existant déjà en France permettent d'éviter certaines causes de morts fréquentes dans d'autres pays. Il en est ainsi des homicides, deuxième cause de mort aux États-Unis, chez les 15-24 ans, qui sont extrêmement rares en France du fait d'une législation différente sur les armes à feu.

Enfin la vulnérabilité des filles aux comportements à risques mérite attention. En effet, qu'il s'agisse de tabagisme ou d'exposition aux accidents, leur situation ne connaît pas la stabilisation qu'on observe dans le sexe masculin et à tendance à s'aggraver à l'heure actuelle.

3. Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes

3.1. L'environnement familial et social

3.1.1. La Famille

3.1.1.1 Les définitions et les données chiffrées

La famille est définie classiquement par le noyau nucléaire constitué des parents et de la fratrie ; elle peut également être définie comme l'ensemble des personnes apparentées c'est-à-dire incluant les collatéraux (oncles, tantes, cousins...).

Dans les dernières décennies, la famille a beaucoup évolué, avec l'émergence de familles d'un ou deux enfants remplaçant la « famille nombreuse », la montée des familles monoparentales, le développement des familles recomposées. Par ailleurs, le départ plus tardif des jeunes du foyer familial en raison de la crise économique, modifie son profil.

La notion de ménages complexes recouvre des familles cohabitant avec une personne isolée ou plusieurs familles cohabitantes. Ces ménages sont multiformes, représentent 12 % des ménages actuels et constituent souvent un stade dans l'évolution des familles.

En 1996, il existe 15,4 millions de famille dont :

- 5 493 352 couples sans enfants,
- 8 296 032 familles avec couples et enfants,
- 1 601 704 familles monoparentales.

79 % des familles ont au plus deux enfants.

Le taux de divorce est passé de 5 % en 1971 à 16 % en 1993, l'activité maternelle, minoritaire en 1971 (38 % des mères travaillaient), est actuellement majoritaire (62 % en 1993).

Depuis 20 ans, les modes de vie des jeunes ont évolué dans un contexte d'allongement de la scolarité et de difficultés croissantes sur le marché du travail. Les chômeurs et les étudiants sont plus nombreux qu'autrefois, et cohabitent plus souvent avec leurs parents que ceux qui ont un emploi.

En 1995, parmi les jeunes de 20-24 ans, 50 % des femmes et 60 % des hommes vivent chez leurs parents.

3.1.1.2 La santé au sein de la famille.

Dans une récente étude « l'apprentissage de la santé en famille », réalisée à la demande de la Fondation CNP Assurances, il apparaît que pour la majorité des familles, la santé de l'enfant est étroitement liée à la qualité de son environnement affectif et familial. De même, il paraît évident à la majorité d'entre elles, qu'on peut apprendre à un enfant à être en bonne santé.

Pour l'ensemble des familles, la santé est un état d'équilibre plus que le résultat d'un mode de vie spécifique. Pour les familles moins favorisées, plus souvent que pour les autres, être en bonne santé équivaut à ne pas être malade.

Les familles estiment qu'il leur incombe d'apprendre à leurs enfants ce qu'ils ont appris de leurs propres parents. Le contenu des apprentissages est du ressort des parents qui ont le sentiment de faire beaucoup pour la santé de leurs enfants (couchage à heures fixes, alimentation variée...). Selon les parents, le plus difficile à transmettre concerne les comportements quotidiens répétitifs qui en heurtant les enfants peuvent déboucher sur des situations conflictuelles.

Parents et enfants semblent pouvoir aborder en famille, des discussions sur des sujets - sida, drogues, alcool - qui sont par ailleurs largement médiatisés. En revanche les symptômes de mal être psychologique - insomnie, angoisse, déprime - sont souvent occultés, voire niés par les parents et font rarement l'objet de discussions familiales. Clairement la « mauvaise santé » est culpabilisante et renvoie à un échec.

Ainsi les familles apparaissent dans l'ensemble optimistes. La santé y apparaît liée à l'harmonie familiale. Les familles estiment que leurs membres sont en bonne santé et les parents considèrent qu'ils apprennent à leurs enfants ce qu'il faut pour cela.

Cependant, cet optimisme recouvre une réelle difficulté à prendre en charge les problèmes psychologiques et les déséquilibres des enfants, pourtant source d'une angoisse majeure.

3.1.1.3 L'accompagnement, le soutien et l'éducation familiale.

Compte tenu de l'importance du rôle structurant de l'environnement dans le développement de la personne, il convient de permettre à l'éducation familiale de remplir la plénitude de ses missions dans ce domaine.

Cependant le caractère universel de l'éducation familiale ne doit pas conduire à négliger l'accompagnement, le soutien, l'amélioration des pratiques éducatives parentales.

En particulier l'action des professionnels de santé et d'éducation sociale doit pouvoir venir aider les processus familiaux d'éducation lorsque ceux-ci sont défaillants ou lorsqu'ils ne fonctionnent pas correctement.

Le rôle primordial des parents et de la famille dans l'éducation des enfants et des Jeunes doit être affirmé, la coordination avec les actions des autres acteurs de cette éducation renforcée.

L'éducation, action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale, a pour objet de développer chez l'enfant un certain nombre de qualités physiques, intellectuelles et morales que réclament de lui, la Société dans son ensemble et le milieu spécifique qui sera le sien. L'éducation aujourd'hui se recentre sur la personne et les processus éducatifs insistent sur le développement biologique, psychologique, affectif et cognitif de l'individu.

Par ailleurs, il convient de rappeler que les processus éducatifs ne peuvent être considérés seulement dans leur nature, mais également dans leur adéquation à telle ou telle phase du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Cette approche mérite d'être explicitée aux parents, qui n'en ont pas toujours conscience par manque d'information et de formation.

L'éducation parentale ne sera pleinement efficace que si les parents sont susceptibles d'identifier les stades successifs de développement, les besoins et les attentes, les compétences des enfants spécifiques à chacun d'entre eux.

Il convient d'attirer l'attention des gynécologues et obstétriciens sur les aspects psychologiques de la grossesse et de l'accueil de l'enfant nouveau-né. Une formation plus pertinente devrait être faite dans ce domaine afin de favoriser le développement de la *maternalité*, de la *paternalité* et de la *parentalité*.

Les découvertes sur les compétences précoces du bébé dans le cadre des interactions précoces de l'enfant avec son environnement permettent de considérer le bébé comme un partenaire actif dès sa naissance. Solliciter le bébé dans ses initiatives, ne pas entraver ses initiatives, rendre les parents capables de percevoir, de sentir, de respecter et d'utiliser les compétences relationnelles du bébé représentent des actions de première importance. L'accueil du nouveau-né est actuellement privilégié dans la dimension sanitaire et biologique; elle devrait l'être également dans la dimension psychoaffective. L'hypermédicalisation de l'accouchement va encore trop souvent à l'encontre de cette dimension émotionnelle.

Dans la toute petite enfance, les apprentissages se développent parallèlement à l'envie de les acquérir. Même si la famille concourt de moins en moins au développement des apprentissages, elle est la seule à pouvoir déclencher fortement l'investissement de l'enfant et son désir de les acquérir et de les développer. De même, dans la construction de l'identité notamment sexuée de l'enfant, la place des parents est irremplaçable.

L'insertion sociale, le développement d'habiletés sociales, la capacité à gérer la vie en société de l'enfant dépendent en grande partie des capacités sociales des parents. Chez les parents en difficultés sociales, les aider en ce domaine devient garant de ne pas voir se répliquer la même situation chez les enfants. Au minimum, faire percevoir aux parents qu'ils sont les acteurs indispensables de la socialisation de leurs enfants représente un objectif important pour favoriser l'éducation parentale. Par ailleurs il est nécessaire pour l'enfant de percevoir ses parents comme disponibles et capables de le soutenir et l'aider, dans cette socialisation progressive.

Enfin, une des fonctions essentielles des parents auprès des enfants consiste à leur faire percevoir qu'ils donnent du sens à la vie et donc, que la vie a un sens. Les parents sont des provocateurs de sens.

3.1.1.4 Les dysfonctionnements familiaux

Les nombreux dysfonctionnements au sein de la famille peuvent nuire gravement au développement harmonieux de l'enfant et compromettre son capital de santé de futur adulte.

Les comportements dommageables des parents peuvent avoir des conséquences d'emblée dramatiques, comme la maltraitance ou la carence en soins.

La maltraitance a été volontairement écartée de ce rapport. On ne peut cependant ignorer qu'elle constitue un indice très grave de dysfonctionnement familial et qu'elle concerne un nombre important de foyers.

En ce qui concerne la carence en soins maternels, des travaux montrent l'effet délétère de celle-ci : ainsi lorsque le bébé a été séparé de sa mère, ou que ce premier attachement a été contrarié, le développement psychoaffectif peut être perturbé avec un sentiment d'insécurité et des troubles psychologiques, notamment au cours de l'adolescence. Des enquêtes effectuées en France montrent que le nombre de maladies pendant l'âge adulte est corrélé avec le manque affectif pendant l'enfance, les conflits entre parents, leurs absences ou leurs maladies. Curieusement, le décès précoce de l'un des parents a beaucoup moins d'impact. Les personnes ayant subi, pendant leur enfance, des traumatismes affectifs ont environ 52 % plus de maladies que ceux n'ayant pas été perturbés.

Nous pouvons citer d'autres indices préoccupants de perturbation familiale : 5 à 6 % des femmes enceintes ont une consommation excessive d'alcool qui est à l'origine d'un alcoolisme fœtal. Malgré les inconvénients graves, et que personne n'ignore, d'un tabagisme pendant la grossesse, en France en 1997, 25 % des femmes enceintes fument, elles n'étaient que 10 % à le faire en 1970. Des enquêtes suggèrent que dans 40 % des foyers, un des parents fume en présence du nourrisson ou du jeune enfant malgré les graves lésions que crée chez eux un tabagisme passif. Il s'agit là d'un véritable dysfonc-

tionnement familial, néfaste au futur adulte et susceptible de se transmettre de génération en génération. Par exemple, les enfants dont un des parents est alcoolique ont un risque 7 fois plus grand de le devenir à leur tour que les enfants de parents sobres. De même, un enfant dont les parents fumaient quand il était jeune, à 4 fois plus de risque de devenir fumeur pendant l'adolescence et 2 fois plus si un seul fumait.

Il en est de même pour les comportements violents intra-familiaux. La violence subie pendant l'enfance est à l'origine de comportements violents. Lorsque l'on juge les enfants et les adolescents, il ne faut jamais oublier que leurs comportements sont à l'image de ce qu'ils ressentent comme étant celui de l'adulte.

Par mode, par peur de se tromper, par crainte d'apparaître archaïque, les parents préfèrent souvent esquiver les conflits familiaux et n'osent pas s'opposer aux volontés de l'enfant, surtout s'ils se sentent eux-mêmes coupables (mésentente familiale ou divorce). De nombreux psychiatres ont décrit les conséquences de cet état de chose. J. Sutter a décrit sous le nom de « syndrome de carence d'autorité » les troubles psychologiques qui en résultent, sentiment de profonde insécurité avec :

- . faiblesse et incohérence du Moi, gouverné par l'occasion et le caprice sans référence morale,
- . esseulement affectif,
- . angoisse, frustration, impossibilité de supporter les difficultés, recours au suicide.

C'est ainsi que des psychiatres anglais insistent sur la relation entre le suicide et l'absence de règles et de normes (anomie), qui conduit à une dérégulation de la vie sociale, à une distension des liens sociaux, au sentiment que la vie est dénuée de sens.

3.1.2. Les modes de garde du jeune enfant et l'école

3.1.2.1 Les données chiffrées

L'accueil des jeunes enfants

Les enfants de moins de 6 ans sont au nombre de 4 400 000.

Entre 1990 et 1995, le nombre de naissances a diminué, mais une remontée s'est amorcée à partir de 1995 pour atteindre le chiffre de 729 000 naissances.

Un enfant de moins de 6 ans sur 2 est gardé par sa mère, même active.

47 % des enfants de moins de 3 ans non gardés par la mère bénéficient d'un mode d'accueil subventionné (199 000 en crèches, 292 000 par une assistante maternelle agréée, 33 000 en garde à domicile).

30 % des enfants de moins de 3 ans au foyer avec leur mère peuvent fréquenter une halte-garderie.

La totalité des enfants de 3/6 ans sont scolarisés et 38 % dont la mère est active bénéficient d'un mode d'accueil subventionné.

En conséquence, les aides attribuées aux familles ou aux équipements d'accueil des jeunes enfants ne bénéficient qu'à 28,5 % d'entre eux, dont 18 % accueillis dans des structures organisées et bénéficiaires de l'action sociale des Caisses d'Assurance Familiale.

Le champ potentiel de développement des aides aux familles ayant de jeunes enfants, que ce soit pour leur permettre de concilier vie familiale et professionnelle ou pour contribuer à l'éveil de l'enfant concerne encore plus de 3 millions d'enfants de moins de 6 ans, dont la moitié de moins de 3 ans.

Le système éducatif français

Le niveau de scolarisation en France est l'un des plus importants des pays de l'OCDE ; en 1992, 58,4 % des 5-29 ans étaient scolarisés, ce qui représente la proportion la plus élevée des pays de l'Europe des quinze derrière la Finlande (60,8 %) et devant l'Espagne (56,9 %) et la Belgique (53,9 %).

Entre 5 et 29 ans, les Japonais (55,7 %), les Américains (54,2 %) et les Allemands (50,3 %) sont souvent moins scolarisés que les jeunes Français et ceci sans que les tranches d'âge retenues par l'OCDE pour établir ces taux prennent en compte la scolarisation des enfants de 2 à 4 ans qui est particulièrement en France.

En France, l'allongement des études est associé à une scolarisation de 2 à 5 ans développée depuis longtemps, et à une sensible amélioration du déroulement de la scolarité à l'école élémentaire et au collège. Il est à noter que si presque 100 % des enfants de 3 ans sont scolarisés, seul 1/3 des 2 ans l'est et ce taux est stable depuis 1980.

En fin d'année scolaire 1993-1994, 60 % d'une génération a obtenu le baccalauréat ou l'un des deux brevets équivalents.

Ainsi, on voit que l'école est au cœur de la vie des cités et du monde rural. 28 % de la population totale vit quotidiennement au rythme de l'école (élèves, étudiants, enseignants et autres personnels). C'est également le cas des parents qui ont des enfants à l'école, au collège ou au lycée, dont la vie et les préoccupations quotidiennes sont ponctuées par l'activité des établissements.

En 1993, la dépense pour l'éducation en France s'établit à 507,7 milliards de francs.

De 1975 à 1993, la part prise par l'éducation dans la richesse nationale est passée de 6,5 % à 7,2 %. De plus, toujours pour 1993, 1 500 000 personnes soit 6 % de la population active exercent leur activité dans le système éducatif dont 2/3 sont des femmes.

En 1993, la dépense par élève et par étudiant s'établit à 30 600 francs. Le coût annuel d'un élève est de 20 000 francs à la maternelle, 39 400 francs pour un élève du secondaire et de 42 800 Francs pour un étudiant. Cependant en France, la dépense par élève reste relativement faible par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE.

3.1.2.2 Le rôle des modes d'accueil des enfants et de l'école dans la santé des jeunes

Un lieu d'éducation à la vie

- Dans la plupart des pays européens ayant développé un réseau de structures d'accueil des jeunes enfants, les objectifs initiaux assignés à ces structures ont partout évolué.

L'objectif initial était, en effet, la protection de l'enfance « carencée » ; le public était alors celui des enfants vivant dans des conditions précaires.

Le second objectif prédominant, aujourd'hui, porte sur la conciliation entre activité professionnelle et vie familiale. Cet objectif est d'ailleurs revendiqué par la majorité des femmes européennes qui ont fait une entrée massive sur le marché du travail.

Corollairement, le troisième objectif porte sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes pour mener tout à la fois une vie professionnelle satisfaisante et une vie familiale de qualité.

Depuis la promulgation de la Convention internationale des droits de l'enfant, un quatrième objectif prend une importance renouvelée : celui de l'intérêt de l'enfant, et plus précisément de la socialisation de l'enfant. Ce qui d'ailleurs induit de nouvelles exigences en matière de qualité d'accueil et de droit d'accès.

- Pour l'école, plusieurs travaux ont montré qu'elle devait ajouter à sa fonction d'instruction celle d'éducation. Des textes administratifs ont tenté de définir cette « éducation à la vie ».

L'éducation à la santé à l'école dispensée dès le plus jeune âge (4-12 ans) à l'intérieur des classes, par l'instituteur lui-même, peut jouer un rôle majeur car :

- . elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle des parents et est donc facteur de réduction des inégalités sociales,
- . elle les touche à un âge où ils sont encore réceptifs et peut aussi atteindre par ricochet les parents qui sont parfois sensibles aux demandes de leurs enfants (ex : tabac).

Sur le plan sanitaire, cette éducation, doit faire, dès le plus jeune âge, prendre conscience des habitudes qui mettent en péril la santé et surtout des conditions les plus favorables à la croissance de l'organisme et à la croissance de l'organisme et à l'épanouissement de la personnalité.

L'évaluation des actions d'éducation sanitaire montre qu'elle n'est efficace que si elle est bien faite, persévérante, étalée sur le cursus scolaire et qu'un temps suffisant y est consacré.

Enfin, l'éducation à la santé permet de développer le sens critique des enfants en lui permettant de reconnaître parmi les messages médiatiques et publicitaires, ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas, ce qui est important de ce qui est trivial.

Un lieu de repérage des troubles du développement de l'enfant

Avec la scolarisation précoce et la montée des exigences scolaires, l'école est souvent le premier lieu où se révèlent et se repèrent les premières difficultés ou troubles du développement. Dans la pratique quotidienne, les médecins scolaires, les pédiatres sont principalement interpellés pour des troubles du comportement et/ou des troubles des apprentissages.

Les troubles du comportement qui croissent avec le chômage et le mal être social sont bien repérés, mais la démarche vers la prise en charge reste difficile. Le psychiatre, le psychologue représentent pour les parents l'anormalité, la folie et de nombreuses réticences subsistent pour consulter, s'engager dans une thérapie.

Les troubles des apprentissages représentent une part non négligeable des problèmes de santé des enfants. En France, la spécificité de ces troubles et leur aspect essentiellement neuropsychologique sont mal connus des médecins, des enseignants, des psychologues et des parents. Ils sont encore assez mal connus des médecins, des enseignants, des psychologues et des parents. Une des raisons est la méconnaissance par les médecins des outils de dépistage, de diagnostic et de rééducation qui ont été élaborés à partir des connaissances récentes des neurosciences.

3.2. Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent

Comment assurer des possibilités d'accès aux soins préventifs ou curatifs pour tous les jeunes ? Comment permettre le recours aux services médico-sociaux ou psychiatriques quand nécessaire ? Tel est le regard posé sur les missions et les organisations des multiples institutions qui maillent notre espace sanitaire et social.

À la suite des difficultés rencontrées par les familles, la question de l'accès à une protection sociale digne de ce nom, se pose pour beaucoup de jeunes de 16 à 25 ans. La protection sociale « universelle » tant attendue par certains, l'est aussi pour cette population. Ce point étant mémorisé, qu'en est-il de la situation des principaux dispositifs institutionnels susceptibles d'être mobilisés par les jeunes ?

Dans les agglomérations urbaines, le dispositif d'accueil pédiatrique associe de manière variable la médecine libérale, spécialisée ou non, les services de protection maternelle et infantile et des plateaux techniques hospitaliers. Les urgences pédiatriques hospitalières fonctionnent de plus en plus à toute heure du jour et de la nuit, (et non plus seulement la nuit comme autrefois) ; Il s'agit, de plus en plus, de véritables consultations sans rendez vous, nocturnes, si ce n'est 24 heures sur 24. Certaines consultations de PMI ont, de fait, des activités de prescription thérapeutique en sus d'activités préventives. La médecine de ville est complétée dans son activité nocturne par les services de réseaux d'urgences organisés.

Ces évolutions ont des origines multiples et, parmi celles-ci, l'évolution culturelle des familles dans certaines grandes villes, les nouvelles situations de précarité, la polyvalence des plateaux techniques, l'accès au tiers payant,.... L'organisation des services de soins doit tenir compte de cette nouvelle réalité, et les différentes institutions se doivent de développer des partenariats explicites, et des activités en réseaux.

3.2.1. La pédiatrie et la médecine générale libérale

Une décroissance forte des « offres » de pédiatres, tous secteurs d'activité confondus, voit le jour au fur et à mesure qu'apparaît la réduction des effectifs de spécialistes par les effets du *numerus clausus*. Le métier du pédiatre autrefois très médical et particulièrement destiné à la prise en charge des nourrissons est maintenant devenu médico-social, sans que le pédiatre soit véritablement formé pour les interventions individuelles ou institutionnelles de cette nature, ni pour la prise en charge des problèmes associés aux conduites à risque des adolescents ou pour la prévention des situations à risque elles-mêmes.

La situation actuelle souffre d'un "non choix", entre le tout pédiatre ou le tout généraliste. Elle soulève de vraies questions sur la qualité ou la disponibilité de l'offre de soins pédiatriques en médecine libérale, avec des conséquences néfastes sur la coordination ou la continuité des soins. En pratique, le pédiatre intervient plutôt en ville, pour les jeunes enfants ; le généraliste intervient en priorité en milieu rural, plutôt pour des enfants plus grands. Les généralistes sont particulièrement sollicités par les jeunes de 13 à 25 ans. La rémunération médiocre de la prise en charge pédiatrique, au regard de l'ensemble des autres activités médicales libérales, ne fait que compléxifier la situation.

Il y a toujours absence de formation réelle des généralistes à la pédiatrie. L'enseignement de la pédiatrie en formation initiale, pour les six années réunies de deuxième et troisième cycle, est de l'ordre de 50 heures. Les stages de trois ou quatre mois en pédiatrie ne concernent pas encore tous les étudiants. L'absence d'une politique explicite de formation initiale ou continue de professionnels spécialistes ou généralistes, participe de l'absence de prise en charge efficace du jeune en difficultés et en souffrance.

Qu'il s'agisse de formation initiale ou de formation continue, les parcours pédagogiques proposés doivent développer plus avant les spécificités de la prise en charge des adolescents, et les pratiques de mobilisation des institutions médico-sociales. Au-delà des apprentissages sur les pathologies d'organes, il s'agit d'apprendre comment prendre en charge les dysfonctionnements des personnalités dans leur globalité.

3.2.2. Le dispositif hospitalier

Un peu plus de neuf mille lits hospitaliers sont consacrés à la pédiatrie. Plus de 90 % d'entre eux relèvent du service public, ou sont consacrés à la pédiatrie générale, la néonatalogie, la chirurgie et la réanimation. Moins de 10 % des lits relèvent de spécialités, et peu nombreux sont les services qui accueillent spécifiquement des adolescents.

« Les jeunes âgés de 12 à 25 ans ont cinq à six fois moins de risques d'être hospitalisés qu'un enfant de 2 ans ou une personne âgée de 80 ans, et deux fois moins qu'un adulte au milieu de sa vie. Il n'en demeure pas moins que beaucoup d'enfants et de jeunes sont suivis pour une maladie chronique somatique, mais aussi des problèmes psychologiques, relationnels ou sociaux.

La population concernée mérite d'ailleurs d'être définie autrement que par des critères d'âge trop limitatifs : beaucoup de jeunes adultes présentent des problématiques proteiformes, proches de celles présentées par des adolescents stricto sensu. S'en tenir à un bornage supérieur en âge de 15 ans et trois mois en pédiatrie et de 16 ans en pédo-psychiatrie apparaît de moins en moins pertinent ..¹

Il y a la matière à remaniement pour aménager des possibilités d'hospitalisation spécifiques pour les 13 à 25 ans, bien au-delà des évolutions envisagées et limitées à 18 ans selon les standards européens. Aménager les pratiques institutionnelles d'accueil dans ce sens en terme de lieux, de disponibilité de temps et de personnels spécifiques apparaît plus que souhaitable. Au-delà, chaque région devrait être dotée d'une structure spécialisée pédiatrique ou psychiatrique permettant de répondre aux besoins de jeunes en situations plus graves et plus complexes.

« Au sein d'un cadre de soins défini, la mise en place d'espaces thérapeutiques pour adolescents apparaît une réponse institutionnelle adaptée.. » Les activités dans de tels espaces s'appuient sur la constitution de groupes de pairs, soutenant l'investissement des personnes en souffrance dans le projet thérapeutique qui les concerne. Suffisamment ouverts vers l'extérieur,... en réseau avec les services scolaires, la médecine de ville, les institutions psychiatriques, les services sociaux ou judiciaires,... ces espaces favorisent les transitions nécessaires de l'individu au groupe, du somatique au psychologique ou au socio-éducatif,... et les alliances thérapeutiques avec les familles ».

3.2.3. Les services de protection maternelle et infantile

La protection maternelle et infantile n'est plus la priorité des conseils généraux. Les besoins croissants des personnes âgées introduisent une forte demande d'aide à la prévention de la dépendance. Les médecins libéraux représentés dans les assemblées départementales voient souvent dans la PMI une situation de concurrence et ne sont pas prêts à soutenir des avancées dans ce domaine. Les services de PMI sont souvent stigmatisés comme des lieux réservés aux « pauvres », et sont victimes d'un effet de sélection de clientèle, à l'inverse de la volonté initiale du législateur. Beaucoup d'enfants et de familles bénéficiaires potentielles par la proximité de leur habitation, et receptives à une démarche de prévention, en souffrent.

De nombreuses fonctions institutionnelles de prévention ne sont plus assurées depuis longtemps par des pédiatres : un médecin sur sept en PMI est pédiatre, très peu de pédiatres ou de puéricultrices au sein des équipes de l'aide sociale à l'enfance, par exemple.

Les évolutions actuelles des modes d'organisation de la protection maternelle et infantile sont à considérer de près. Dans certains départements, l'organisation séparée actuelle des services de PMI (et les modes de gardes), de l'ASE ou les services sociaux de secteur, évoluent de manière à positionner le service de PMI sous tutelle de fait du service de l'ASE. Le sanitaire se trouve de plus en plus sous la dépendance du social. Les services économiques, comptables, budgétaires ou financiers de ces administrations se comportent de plus en plus comme de véritables tutelles hiérarchiques du service de PMI et de son médecin chef. La mise en place de systèmes d'information pour gérer les aides du

¹ Réf. : L'hospitalisation des adolescents, état des lieux et perspectives, sous la direction de P. Alvin, Ph. Jeammet, et X. Pommereau, édité par la DGS et la Fondation de France.

département peut ne pas respecter les règles déontologiques médicales ou les règles éthiques professionnelles des divers intervenants médico-sociaux.

Dans certains départements les modes d'organisation évoluent vers une répartition territoriale géographique, pluri-cantonale des responsabilités professionnelles, tout âge et toute pathologie confondue pour la clientèle. Ce mode de répartition des responsabilités fait disparaître les missions de soins et de suivi de l'enfant derrière d'autres tâches jugées arbitrairement prioritaires, quand un même responsable géographique reçoit aussi mission sur l'ensemble d'une population, tous âges confondus. Ce mode d'organisation prend un sens quand il s'agit d'unifier et de coordonner l'ensemble des activités consacrées aux seuls enfants et jeunes.

S'il reste important de ne pas minimiser les missions de soins et de suivi des enfants, il faut aussi les développer en direction des jeunes. Ce n'est que trop récemment qu'une réflexion interdisciplinaire a été engagée sur l'organisation et la spécificité des soins à réserver aux adolescents.

Pour la santé des jeunes et de leurs parents, il est important de créer des lieux de santé « multi-approches ou multi-services professionnels » inscrits dans des réseaux formalisés, à la place des multiples lieux qui par leur offre spécifiée (soins ou planning familial ou prévention toxicomanie ou prévention maltraitance,...) segmentent le jeune et le « cataloguent » selon la structure sollicitée.

Il s'agirait de lieux d'accueil et de réponse à la demande de soins curatifs pour assurer l'accès aux soins de l'ensemble de la population. Ces lieux devraient disposer de l'agrément « centre de santé » pour les urgences médicales ou sociales. Il s'agirait tout particulièrement de lieux d'accompagnement de la démarche de santé pour des jeunes de 13 à 25 ans, et surtout pour ceux sortis du système scolaire ou en voie d'insertion. Il s'agirait aussi de lieux de prévention pour les enfants et leurs parents en fonction des spécificités de chaque âge (pendant la grossesse, en période néonatale ou scolaire,...). Il s'agirait surtout de lieux d'écoute, d'information, de prévention, voire de première consultation.

Par ailleurs il y a absence de coordination ou de continuité sérieuse entre l'action des services de PMI (administration des collectivités territoriales) et l'action du service de promotion de la santé en faveur des élèves (administration de l'État). Il y a dans, la pratique, manque de continuité des activités de prévention et de suivi de l'état de santé des enfants et les jeunes. La question de reprise par l'État de certaines responsabilités se pose. Par l'intermédiaire de ses structures décentralisées que sont les Drass, sous autorité préfectorale, il s'agit de prendre des initiatives pour le rétablissement d'une cohérence des politiques de protection de l'enfance.

3.2.4. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves

Les missions des services de promotion de la santé en faveur des élèves relèvent de l'État et en particulier du ministère de l'Éducation nationale. Elles sont fixées par des textes récents. Il s'agit « seulement » de mettre en musique ce qui est prévu. Les professionnels sont trop occupés à effectuer les seuls examens cliniques de dépistage.

Les modes d'organisation sont relativement cloisonnés. Les enjeux corporatistes de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux,... ne facilitent pas les initiatives d'équipe, le développement de travail en réseau, la veille sanitaire et la bonne organisation des responsabilités et prises de relais. Il est essentiel de réunifier les équipes, si besoin en ouvrant la responsabilité d'animation des équipes à des profils variés (médecins, ou infirmières, ou assistantes sociales,...) adaptés au cas par cas aux situations variables en fonction des personnalités, des intervenants et des spécificités des populations. Ce mode d'organisation a été initié avec succès en PMI dans certains départements.

Les jeunes médecins accueillis dans les services de promotion de la santé en faveur des élèves se sont vus proposer des formations avant la prise de leurs fonctions. Leurs

supérieurs hiérarchiques devraient être formés pour mieux apprendre les enjeux et ne pas bloquer les plus jeunes dans leurs initiatives. Les formations pourraient porter sur les signes d'alerte des vécus difficiles ou des situations de mal être, le repérage des ressources extérieures, les possibilités d'échange interne, l'apport des connaissances issues des recherches sur le fonctionnement cognitif du cerveau,...

Il n'y a pas de place pour l'intervention des médecins libéraux en milieu scolaire. Intervenir auprès des jeunes suppose une empathie, une sensibilisation pour l'ensemble de la communauté scolaire, et un professionnalisme qui ne s'improvise pas. Des médecins qui n'auraient qu'une présence trop partielle ou symbolique ne peuvent participer à un travail sérieux dans le cadre d'un projet d'établissement. Les missions et les organisations des services de promotion de la santé en faveur des élèves doivent être repensés en fonction des urgences (TS,...), du nécessaire suivi des jeunes en difficultés. Il faut s'interroger sur le dispositif des « visites médicales pour aptitudes professionnelles » : c'est le meilleur quand il y a intégration au reste du dispositif, et c'est le pire en l'absence d'articulation avec les autres enjeux de la vie scolaire.

Dans le même ordre d'idées, il est surprenant de voir intervenir pendant les heures de cours des personnes se disant compétentes sur des thèmes de santé, qu'ils soient parents, membres d'associations ou professionnels, sans supervision réelle de la part de l'institution scolaire et en particulier de l'équipe médico-scolaire. Il pourrait être suggéré de créer une mission de coordination des activités associatives.

Il est important que dans les établissements scolaires des temps et des lieux d'expression existent pour les jeunes. Il est nécessaire de ne pas banaliser, d'éviter de faire l'impasse sur certains faits douloureux (tentative de suicide chez un élève de l'établissement par exemple,...), de ne pas cacher ou évacuer un drame, de parler ou d'en discuter. Mais attention à préserver une réflexion éthique sur la pertinence de discuter en public de la vie intime des jeunes. Pourquoi ne pas prévoir une équipe d'urgence pour discuter en cas d'événement inhabituel dans une institution.

Les services de médecine préventive universitaire, au-delà des examens annuels de santé, devraient être responsables de la santé des jeunes. Il serait important de développer une information, un accueil et une écoute envers les jeunes en difficulté. L'organisation d'une formation à la santé, de tout élève inscrit à l'université, est une question qui mériterait d'être étudiée.

3.2.5. Les points jeunes, les espaces santé jeunes

Des points « jeunes » de caractéristiques très diverses ont vu le jour (écoute, planning familial, toxicomanie, MST, maltraitance,...). Il apparaît important d'évaluer la pertinence et la qualité de cette multitude d'institutions créées.

Il serait souhaitable de regrouper ces lieux à mission unique en un seul lieu à missions multiples. Le jeune ne se découpe pas en tranches de vie. Sa demande est la plupart du temps « global » d'emblée. Veut-on prévenir les comportements mettant en jeu la santé (les risques sont bons à prendre), ou bien s'agit-il de prévenir l'existence même d'une période d'adolescence. Que voudrait dire une jeunesse qui ne prendrait jamais de risque ?

Ces lieux de santé accessibles aux enfants, aux jeunes et à leurs parents devraient être de véritables instances de médiation pour le travail en réseau, l'accompagnement « multi-approches » ou le partenariat permettant de mettre en mouvement une réelle décentralisation des interventions.

L'accueil et le suivi du mineur posent de vrais problèmes éthiques et juridiques. En pratique il relève pour sa protection sociale du chef de famille. Il n'est donc pas autonome dans ses démarches. Ses parents sont automatiquement informés dès qu'il y a recours à des services médicaux ou sociaux qui ne sont pas proposés gratuitement. Son intimité

n'est donc pas préservée en toutes circonstances. Celui-ci a droit de bénéficier du secret professionnel.

3.2.6. Santé mentale

La politique de secteur en matière de santé mentale a été une des toutes premières politiques de santé publique, mais force est de reconnaître que, par la suite, elle a plus évolué vers une politique de l'offre de soins que vers une réelle politique de santé publique en matière de santé mentale, en dépit de la circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale où l'on préconisait « d'envisager les problèmes de santé publique (mentale) sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé, en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté ».

Il a fallu la circulaire du 11 décembre 1992 « Politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents » pour que ce domaine soit précisé. Dans cette circulaire on attire l'attention sur l'existence d'un dispositif de santé mentale destiné spécifiquement aux enfants et aux adolescents, à l'accessibilité et à la diversité des moyens mis à disposition, sur la prévention, la formation des personnels et la recherche.

Cependant s'il a jusqu'ici été choisi de privilégier les dispositifs de soins et, à un moindre titre, les actions d'éducation et de rééducation, on n'a pas réellement centré la politique de santé mentale sur les besoins et attentes en matière de santé de cette vaste population. Néanmoins les orientations étaient définies :

« Contribuer, pour ce qui est de son ressort à une approche globale du développement des enfants et adolescents, qui suppose d'identifier les spécificités propres à chaque registre (somatique, psychique, éducatif, social) et leur interactions ».

« Favoriser une perception des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, dans leur entourage familial mais aussi dans le milieu social et scolaire. »

« Renforcer des actions particulières en prévention, mettant à contribution des ressources disponibles en dehors du champ propre de la psychiatrie. »

« Accroître la compétence des professionnels pour mieux identifier les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents et leur mesure réelle, susciter des approches spécifiques. »

« Améliorer la qualité de l'accueil et définir des cadres d'intervention qui intègrent dans le travail thérapeutique avec l'enfant la prise en compte de ses besoins de développement dans les champs éducatif, scolaire, et social ».

« Développer la collaboration avec les familles et notamment avec les parents et améliorer l'intégration des soins dans la vie quotidienne des enfants et des familles »

« Rendre plus adéquates les conditions d'accueil, d'adaptation et d'insertion des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux durables et source d'incapacités, selon les définitions de l'OMS en la matière. Pour ceux-ci, il importe à la fois de reconnaître et traiter les processus morbides, dans le registre de la maladie et aussi de reconnaître les limitations et les handicaps qui s'y relient afin d'affiner sur ce plan les mesures éducatives, pédagogiques et sociales requises. »

« Planifier l'offre de soins pour la mettre mieux en adéquation avec les besoins exprimés par la population. »

De nombreuses études et enquêtes permettent de connaître les besoins les plus importants des enfants et des adolescents en matière de santé mentale : il faut mettre l'accent d'une part, sur l'aide au développement de la personnalité et à la socialisation, d'autre part sur l'aide aux enfants et adolescents en difficultés psychoaffectives.

Pour ceux-ci, les priorités sont nombreuses. Il conviendrait de développer plus largement les dispositifs intégrés d'aide et de prise en charge sur cinq grands thèmes prioritaires :

- . le suicide et les suicidants,
- . les comportements de consommations de substance psychactives,
- . les troubles des conduites et les conduites à risque,
- . les troubles de l'humeur, la dépression et troubles anxieux,
- . les troubles de conduites alimentaires,
- . les troubles des conduites.

Rappelons par ailleurs que quatre problèmes de santé font déjà l'objet de politiques thématiques :

- . le retard mental et les handicaps,
- . les difficultés des apprentissages scolaires et sociaux,
- . l'autisme,
- . la maltraitance.

4. Conclusions et recommandations

L'état de santé des jeunes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans est préoccupante : chez les garçons, les accidents sont à l'origine de plus de 70 % des décès, les suicides de 15 % et les maladies de 12 %. La comparaison avec les autres pays de l'Union Européenne montre que la France est le pays où (rapportée à 100 000 habitants) la mortalité due aux accidents et suicides additionnés est la plus élevée, suivie par l'Espagne. Elle est presque le double de celle de certains pays, Grande-Bretagne par exemple. En contraste, chez les nourrissons et les enfants de moins de 14 ans, la mortalité et la morbidité sont en France comparables à celle des autres pays de l'Union Européenne, voire meilleures.

Cette position défavorable de la santé en France entre 15 et 24 ans est corroborée par d'autres indicateurs concernant les conduites violentes, la violence subie, les tentatives de suicide, les conduites de consommation et substances licites (alcool, tabac) ou illicites (stupéfiants, psychotropes et tranquillisants hors prescription médicale). L'ensemble de ces données témoigne d'un mal-être dont la gravité ne doit pas être sous-estimée et qui est vraisemblablement le résultat de l'histoire physique et mental de l'enfant depuis sa naissance ainsi que de l'environnement dans lequel sa croissance s'est faite.

Le Haut Comité de la Santé publique juge très sérieuse cette situation et demande que des mesures soient prises d'urgence pour améliorer celle-ci.

La définition d'une politique de santé des enfants et des jeunes nécessite d'intégrer les deux notions suivantes :

- . la « construction » d'un adulte débute dès la naissance et s'opère par étapes et paliers successifs aboutissant à la constitution de son capital de santé, dans ses dimensions physique, psychique, affective et sociale. Celui-ci évoluera sur un mode dynamique tout au long de la vie en fonction des prises de risque et des comportements positifs que l'enfant, l'adolescent puis l'adulte adopteront.
- . les troubles du développement physique et mental de l'enfant retentissent à terme sur l'adolescent puis l'adulte de manière négative sur le plan somatique et psychoaffectif,

mais aussi sur sa socialisation, renforçant fortement les inégalités de santé constatées, entre les individus.

Les réponses institutionnelles et administratives proposées pour aider à la construction du futur adulte doivent intégrer les deux notions précédentes. Il y a nécessité d'une coordination des actions en faveur de l'enfance afin d'assurer la continuité de celles-ci, de la naissance à l'adolescence, d'obtenir un décloisonnement des dispositifs sanitaires, éducatifs et sociaux, et de favoriser leur mise en oeuvre dans le cadre d'activités partenariales et de formations pluridisciplinaires.

Le Haut Comité de la santé publique propose que la politique de santé en faveur des enfants et des jeunes se construise autour de 4 grands pôles :

- . Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant.
- . Détecter et prendre en charge les enfants et les adolescents en difficulté.
- . Former les intervenants agissant auprès des jeunes.
- . Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes.

Le Haut Comité de la santé publique, constatant la dispersion Institutionnelle, proclame l'urgence de la mise en oeuvre d'une politique globale en faveur de la santé des enfants et des jeunes, et la nécessité d'une coordination au niveau national et local. Le besoin de coordination entre plusieurs ministères concernés se fait particulièrement sentir dans le domaine des accidents, et de conduites violentes. La participation des jeunes eux-mêmes à l'élaboration et à l'application de cette politique s'avère indispensable.

4.1. Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant

Le développement de l'enfant nécessite des actions diversifiées. L'objectif est de promouvoir l'ensemble des actions nécessaires au développement de l'enfant et de ses compétences biologiques, psychologiques et sociales, au sein de son environnement. L'enfant doit être capable d'adopter une démarche personnelle lui permettant d'analyser les sollicitations de l'environnement, de répondre de manière adaptée aux exigences sociales, en fonction de ses besoins, de conquérir son autonomie et de participer à la vie de la cité. Pour cela, il doit pouvoir compter sur sa famille, sur le milieu scolaire et sur l'ensemble de la société.

Deux grands types de mesures sont proposées :

4.1.1. Les mesures visant au soutien et à l'accompagnement des familles dans leur rôle éducatif

L'éducation et l'information parentale devraient constituer un des axes d'une politique familiale.

Il faut préparer le couple, avant et pendant la grossesse, à son rôle d'éducateur, mieux informer les parents sur les besoins psychoaffectifs de l'enfant et sur leurs responsabilités. Il faut leur faire prendre conscience de leur rôle de modèle, les aider à percevoir les besoins et attentes des enfants et adolescents et à mieux comprendre les processus éducatifs.

Pour réaliser ces objectifs, le Haut Comité de la santé publique recommande :

- . de soutenir les services de PMI dont les moyens sont souvent insuffisants,
- . d'intégrer dans la politique familiale l'aide à l'éducation parentale en soutenant financièrement des structures type école des parents, des services et lieux de médiation dans lesquels les besoins physiques, psychologiques et affectifs nécessaires à l'épanouissement de l'enfant seront considérés.

- . de développer les aides à la résolution des conflits conjugaux et intra-familiaux susceptibles d'être délétères pour la santé des enfants. Ainsi pourraient être promus des services et des lieux d'accueil pour l'exercice des droits de visite en cas de séparation parentale conflictuelle.
- . d'éviter les placements précoces, en urgence, répétés, et rechercher les conditions permettant le retour dans une situation de stabilité.

À l'heure où une réduction de la durée de travail est envisagée, une piste de réflexion pourrait être ouverte : donner la possibilité, aux familles qui le souhaitent, d'un aménagement du temps de travail pour permettre d'accroître le temps de présence de l'un des parents auprès de l'enfant, non seulement pendant la période préscolaire mais, ultérieurement, durant les jours de congés scolaires (le mercredi en particulier).

4.1.2. Les mesures visant à améliorer l'accueil collectif et l'éducation à la santé des enfants et des adolescents

Le Haut Comité de la santé publique recommande :

Dans le domaine de la petite enfance

La garde non parentale doit impérativement être de qualité suffisante. Il convient, en effet, que l'enfant trouve, des prestations cohérentes avec l'aide reçue dans le milieu familial, complémentaires et compensatrices, s'il existe des carences dans le milieu familial.

Des efforts sont donc nécessaires en ce domaine pour évaluer les structures de garde collective (crèches, halte-garderies...) de façon à éviter toute détérioration de la qualification de l'encadrement.

Il faut également assurer une formation suffisante pour toutes les assistantes maternelles et les personnes aidant à domicile. De récentes mesures fiscales ont promu ce type d'aide parentale, sans qu'il y ait parallèlement un souci de formation des personnes assurant ces aides.

Dans ces deux domaines d'intervention, le Haut Comité rappelle le rôle primordial joué par les services de la P.M.I, et finalement la responsabilité aujourd'hui des conseils généraux.

Dans le domaine de l'éducation nationale

Plusieurs travaux ont montré que l'école devait associer les fonctions d'instruction et d'éducation. Des textes administratifs ont tenté de définir cette éducation à la vie ou cette préparation à la citoyenneté.

L'éducation pour la santé à l'école, dispensée dès le plus jeune âge (4 à 12 ans) à l'intérieur des classes, par l'instituteur lui-même, doit jouer un rôle majeur car :

- . elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle des parents, et, est donc un facteur de réduction des inégalités sociales et familiales qui pèsent lourdement sur les indicateurs de santé.
- . elle touche les enfants avant la puberté, à un âge où leur esprit est relativement libre et prêt à recevoir et intégrer tout ce qui concerne leur croissance, leur santé et celle de leurs proches.

Afin que l'éducation pour la santé pénètre effectivement le milieu scolaire, le Haut Comité propose d'institutionnaliser celle-ci de façon régulière et continue dans les trois cycles de l'école primaire, de la petite section de maternelle jusqu'au CM2. L'objectif principal de cette éducation doit être plus qu'un savoir, le développement d'une responsabilisation vis-à-vis de sa santé, de son organisme et de celui des autres. Elle doit développer le sentiment que chacun peut, par son comportement, ses habitudes, donner à son organisme

les conditions les plus favorables à sa croissance et à son épanouissement ou au contraire les mettre en péril. Elle doit insister sur les aspects positifs et ne doit pas être séparée des autres aspects de l'éducation scolaire, tout en recherchant une cohérence avec les informations apportées par l'environnement familial et social. Si elle est pertinente et persévérante, l'éducation pour la santé à l'école peut avoir un impact important sur les réponses à apporter aux difficultés de santé des adolescents et des adultes.

Pour que cette éducation soit réellement mise en oeuvre par les enseignants du primaire, avec le concours des médecins et des infirmières de l'éducation nationale, il est nécessaire qu'elle acquiert une légitimité par :

- . la validation des programmes et objectifs de chacun des trois cycles sous l'autorité du Conseil National des Programmes.
- . le suivi et l'évaluation sous l'autorité de l'Inspection Générale.
- . l'élaboration et la mise à disposition de « manuels du maître ».

Pour les collèges et les lycées, il faut intégrer un volet santé dans les projets d'établissements.

De la sixième à la terminale, plusieurs heures trimestrielles doivent être consacrées à l'éducation pour la santé sous la forme de débats et d'échanges avec les élèves sur des thèmes en rapport avec leurs interrogations personnelles. Il s'agit de faire mesurer à l'élève l'influence que ses comportements peuvent avoir sur sa propre santé, de lui faire connaître les attitudes propres à renforcer, ou préserver, son capital santé, d'éclairer ses conceptions et de souligner l'importance de ses choix, de façon à ce qu'il puisse mieux comprendre ses droits et ses responsabilités en ce domaine.

Il faut favoriser des opérations pilotes et mettre en place une évaluation à court terme et à moyen terme (5 à 10 ans) des résultats de cet enseignement.

En dehors du temps scolaire, les enfants et les adolescents bénéficient d'environ 160 jours de congés scolaires par an, ainsi que de plages horaires journalières hors école relativement importantes. L'utilisation de ce temps libéré doit faire l'objet d'une réflexion approfondie afin que puissent être proposés aux jeunes et à leurs parents des occupations, des lieux de regroupement et de rencontre adaptés à leurs besoins et attentes et dans lesquels ils sont susceptibles de bénéficier d'écoute et de conseils.

Avec l'aide des collectivités locales et des associations, des espaces-temps devront être promus avec une proximité géographique et une diversité culturelle suffisantes. Quand les familles le souhaitent, les enfants ne doivent pas être laissés seuls entre la sortie des classes et le retour des parents. Des modes de gardes souples à la fois dans les horaires et les tranches d'âge accueillies méritent ainsi d'être développés.

Le Haut Comité rappelle à ce propos la place importante, acquise par les « éducateurs de rue », dans le soutien dans leur milieu de vie, des jeunes éprouvant des difficultés ou des troubles psychologiques. Dans le même esprit, il faut faciliter l'accès de ces jeunes auprès de conseillers médicaux, sociaux, psychologiques et pédagogiques.

4.2. Détecter et prendre en charge les enfants et adolescents en difficulté

Les difficultés de l'enfant et de l'adolescent doivent être repérées, évaluées, prises en charge très rapidement afin d'avoir une chance d'être améliorées et de ne pas entraîner des conséquences dommageables à terme. Les solutions proposées devront tenir compte des risques de stigmatisation associés à un dispositif spécifique dans ce domaine.

Les parents ont un rôle premier et déterminant dans la détection et la démarche de prise en charge des difficultés ou troubles de leur enfant. Mais, quelle que soit la vigilance des parents, leur proximité affective, leur manque de formation, leur subjectivité et la banalisation liée au contact permanent ne les rend pas toujours clairvoyants. Tous les profes-

sionnels en relation avec les enfants et adolescents doivent donc être sensibilisés et aptes à reconnaître les signes d'alarme et les indicateurs de souffrances et de difficultés afin de conseiller la famille ou le jeune sur les possibilités de soutien ou de prise en charge. L'école de la petite section de maternelle jusqu'à l'université, doit être un lieu privilégié de dépistage, d'écoute et de conseil.

Dans cette optique, il faut expliciter les indicateurs qui doivent être considérés comme un signal d'alerte sur le plan de la santé mentale, de la capacité d'apprentissage et des premiers symptômes. Les conseillers naturels de la famille sont les médecins, généralistes et pédiatres ; encore faut-il qu'ils soient bien avertis de ces questions et capables de différencier les perturbations anodines du comportement, de phénomènes pathologiques. Plus précisément, trois niveaux de prise en charge doivent être distingués :

- . les difficultés liées au développement, ce qui implique une aide professionnelle aux parents, acteurs uniques auprès de leurs enfants.
- . les difficultés propres à la période de l'enfance et de l'adolescence qui doivent être prises en charge par les professionnels (médecins, psychologues,...) ;
- . les pathologies et les dysfonctionnements qui risquent de perdurer à l'âge adulte, nécessitant une coordination entre les dispositifs propres de l'enfance et de l'adulte.

Le Haut Comité recommande :

- . de centrer les bilans de santé des enfants de quatre ans (PMI) et de six ans (Santé Scolaire) sur le dépistage précoce, la démarche de prise en charge et le suivi des difficultés qui s'expriment par des troubles de la socialisation de l'apprentissage et de la vie affective. Pour remplir cet objectif, il y aurait lieu :

- de renforcer la cohérence de ces deux bilans autour des objectifs de détection prédéfinis.
- d'établir une continuité et une concertation entre ces deux services qui pourraient se réaliser au sein d'un groupe de suivi dans chaque département, afin d'élaborer un code des pratiques de prévention, de dépistage et d'orientation thérapeutique.

. Au-delà de ces bilans systématiques précoces, il convient de mettre en place ou renforcer dans tous les établissements scolaires et universitaires un dispositif permettant le dépistage, le soutien et le suivi des jeunes en situation de difficulté ou de détresse. Il convient d'assurer la liaison entre toutes les personnes et les structures concernées (enseignants, médecins et infirmiers scolaires, assistantes sociales...), de façon à pouvoir suivre ces enfants et effectuer une véritable prévention des troubles mentaux. Il convient de mettre en place une structure d'écoute à la disposition des jeunes et de leurs parents.

. d'assurer l'accès aux soins et le suivi des 16-25 ans non scolarisés et tout particulièrement ceux qui fréquentent les dispositifs d'insertion.

. d'assurer la prise en charge par le développement et le recours des dispositifs de santé mentale propre à cet âge compte tenu de la prévalence des troubles psycho-affectifs : dépression, tentative de suicide, comportement addictif....

. de porter à la connaissance de l'ensemble des parents, les dispositifs d'aide et de soins aux enfants en difficulté notamment en matière de troubles psycho-affectifs et de difficultés de socialisation.

4.3. Former les intervenants agissant auprès des jeunes

Les parents et les enseignants sont les premiers à pouvoir détecter les difficultés de l'enfant et de l'adolescent. Ils doivent être sensibilisés aux repérages de celles-ci dans le cadre de campagnes nationales et d'actions de proximité.

Le Haut Comité propose d'aider les parents à prendre conscience de leur rôle par une formation adaptée. Tous les acteurs intervenant autour de l'enfant doivent recevoir également une formation adéquate, et notamment :

4.3.1. Les médecins et les professionnels de santé

Il faut préciser les rôles respectifs du médecin généraliste, et du pédiatre. Pédiatres, généralistes et médecins scolaires devraient recevoir une formation approfondie sur la construction de la personnalité de l'enfant et les troubles mentaux associés au développement somatique et psychique, sur les troubles médico-sociaux et psycho-affectifs des adolescents et sur les facteurs qui les favorisent ; le développement du travail en réseau nécessite que les médecins soient informés sur les rôles des autres acteurs (travailleurs sociaux, juges d'enfants, psychologues...).

La formation initiale et continue du personnel des services de la PMI et du service de promotion de la santé en faveur des élèves doit être améliorée.

4.3.2. Les enseignants

La formation des enseignants à l'éducation pour la santé rentre dans les programmes du primaire enseignés dans les IUFM pour les futurs professeurs des écoles. Leur formation doit se faire au niveau de chaque académie avec l'aide des médecins scolaires et plus généralement du corps médical. Pour les enseignants en place, des programmes de mise à niveau doivent être élaborés, dans le cadre de leur formation continue.

Au même titre que les autres disciplines, leur compétence à les enseigner doit être évaluée.

4.4. Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes

Il convient de promouvoir à la fois des améliorations concernant la qualité des données existantes, notamment celles recueillies en routine, et l'acquisition de données nouvelles.

4.4.1. Sur les données existantes

- . Amélioration de la qualité des statistiques de mortalité, notamment dans le domaine de la spécification des causes de mort violente.
- . Amélioration des statistiques hospitalières par la fourniture en routine de diagnostics détaillés et d'informations.
- . Productions de données nationales et standardisées issues des bilans de santé en école maternelle,
- . Donner au CFES, les moyens de commencer à partir de la petite enfance les enquêtes, utilisées pour établir le Baromètre santé et améliorer la méthodologie.

4.4.2. Les recherches à promouvoir

- . Études longitudinales de la petite enfance, visant à dépister les troubles des acquisitions essentielles, les accidents et les violences, à analyser les comportements à risque, à évaluer l'impact des interventions entreprises,
- . Études quantitatives et qualitatives sur la maltraitance et l'évaluation des dispositifs de prise en charge,
- . Recherche sur la santé mentale des enfants et adolescents,
- . Recherches pluridisciplinaires, associant sciences sociales, cliniques et épidémiologiques, sur la genèse des situations et des comportements à risque,
- . Évaluation des actions d'éducation sanitaire,

- . Recherche sur le devenir des suicidants et sur les facteurs prédictifs de récurrence,
- . Études internationales comparatives.

4.5. Assurer les conditions de la définition et de la mise en oeuvre d'une politique globale à l'échelon local et national

Les structures responsables de la santé de l'enfant accordent actuellement une attention prépondérante à sa santé physique et à sa croissance somatique. Elles restent apparemment moins concernées par son développement psychique, sa capacité d'apprentissage et la construction de sa personnalité. Elles ont tendance à diviser la croissance par tranche d'âge sans assurer la cohérence des différentes interventions par une coordination systématique. Il faut reconsidérer ces actions d'un double point de vue : suivre la santé sans la compartimenter de la naissance à l'âge adulte et intégrer santé physique et santé mentale. Pour ce faire il convient de décloisonner les administrations responsables et les faire coopérer au sein de réseaux de prise en charge globale du développement de l'enfant et de l'adolescent. Ceci pourrait nécessiter une redistribution des missions et des services entre les différents niveaux territoriaux et centraux qui devrait faire rapidement l'objet d'un débat national.

De toutes façons, ce besoin de coordination nécessite au minimum la création :

- . d'une structure nationale chargée de dégager à partir des pratiques et des besoins de santé, les axes d'une politique de la santé de l'enfance et des jeunes et d'en suivre les effets. Cet organisme ne devra pas être une entité administrative supplémentaire. Elle sera un lieu de réflexion, d'organisation et de circulation de l'information, de rencontre et de concertation des différents partenaires concourant à la définition de la politique en faveur des enfants et des jeunes.

- . d'une structure que le Haut Comité de la Santé publique imaginerait de niveau régional, placée sous l'autorité du préfet de région auquel a été confié la responsabilité de la définition de la politique régionale de santé par les ordonnances d'avril 1996. Cette instance régionale proposera des mesures susceptibles d'assurer la cohérence des choix des actions menées en faveur des jeunes au niveau local tant départemental que municipal.

Le Haut Comité de la santé publique recommande que les usagers, les professionnels concernés, les parents et les jeunes, dans le cas présent, soient réellement associés au fonctionnement de ces structures, au repérage des besoins, aux réponses proposées et aux priorités retenues.

Composition du groupe de travail

Président

Albert Hirsch, HCSP

Membres

Victor Courtecuisse, pédiatre
Hervé Hamon, Association des magistrats de la jeunesse et de la famille
Emmanuel Jancovici, Das, ministère du Travail et des Affaires sociales
Geneviève Noël, Fondation de France
Catherine Paclot, DGS, ministère du Travail et des Affaires sociales
Philippe-Jean Parquet, HCSP
Michel Zorman, ministère de l'Éducation nationale

Rapporteurs

Marc Brodin, Hôpital Robert Debré
Jean-François Dodet, HCSP
Maurice Tubiana, HCSP
Anne Tursz, Centre international de l'enfance et de la famille

Coordination

Lucie Degail, HCSP

Interne en santé publique

Rémi Costagliola

Personnes auditionnées en séance plénière

Jacques Arenes, CFES
Pr François Bonnet de Paillerets, Président du CFES
Nicolas Brun, Unaf
Marie Choquet, Inserm U 169
Geneviève Cresson, maître de conférence
Christiane Dressen, CFES
Annick Dumaret, Inserm U 304
Olivier Galland, Observatoire sociologique du changement
Pierre-André Michaud, Institut Universitaire de Médecine sociale et préventive, Lausanne.
Par ailleurs, Jean-Pierre Deschamps (École de santé publique, Nancy) et le Collectif national pour la santé des jeunes, ont été auditionnés par un groupe restreint.
Nous remercions Mesdames Martine Félix (Cidef) et Liliane Perier (Cnaf) pour leurs contributions écrites.

L'état de santé des enfants et des jeunes en France

1. La mortalité

En France en 1993, pour une population de 19 500 000 sujets âgés de 0 à 24 ans, on a enregistré 13 000 décès d'enfants et de jeunes, soit un taux de 66,3/100 000, taux très largement inférieur à celui observé pour l'ensemble de la population (tous âges) : 981,8/100 000 dans le sexe masculin, 867,6/100 000 dans le sexe féminin. On meurt donc peu à ces âges (l'enfance, l'adolescence, la jeunesse), toutefois il est important de signaler des taux de mortalité particulièrement élevés dans deux tranches d'âge : celle des enfants de moins de 1 an et celle des jeunes âgés de 15 à 24 ans (Tableau I).

Les chiffres enregistrés en 1994 et en 1995 par l'Inserm révèlent une évolution favorable puisque le nombre global de décès dans la même tranche d'âge est de 12 000 en 1994 et de 11 000 en 1995.

Les enfants de moins de 1 an

En 1993, pour une population de 716 000 nourrissons on a relevé 4604 décès dont 2732 pour le sexe masculin et 1872 pour le sexe féminin, soit des taux de mortalité très élevés : 749,3/100 000 dans le sexe masculin et 539,4/100 000 dans le sexe féminin. La surmortalité masculine existe donc dès la naissance.

La mortalité des enfants de moins de 1 an est largement supérieure à celle des autres tranches d'âge : 4604 décès à comparer aux 2314 morts d'enfants de 1 à 14 ans.

Toutefois, l'évolution récente est assez favorable puisque ces mêmes taux de mortalité infantile étaient en 1994 de 683,3/100 000 dans le sexe masculin et 511,6/100 000 dans le sexe féminin. En 1995, le taux de mortalité infantile pour les deux sexes réunis était inférieur à 500/100 000. La mortalité périnatale a décru de façon assez importante, passant de 8,3 pour 1 000 naissances en 1990 à 7,6 pour 1000 en 1993 et 7,4 en 1994.

Les comparaisons internationales, indiquées pour les principales causes de décès au tableau II, montrent que la situation en France n'est pas globalement défavorable dans cette tranche d'âge.

Les principales causes de décès sont : les malformations congénitales, les affections périnatales, et les symptômes et états morbides mal définis parmi lesquels la mort subite du nourrisson représente 80 % des cas et est responsable à elle seule de 1133 décès en 1993 (Tableau I). L'analyse des causes de décès chez les enfants de moins de 1 an montre en effet un problème méthodologique particulièrement préoccupant en France : celui de l'importance de la catégorie des symptômes et états morbides mal définis dans laquelle sont rangées les causes de morts mal élucidées et la mort subite du nourrisson qui est souvent diagnostiquée sans autopsie préalable. Ces deux catégories avaient en

France, en 1993, des taux plus élevés que dans les pays européens voisins ou au Japon par exemple (Tableau II). Toutefois, la mort subite du nourrisson a subi récemment une évolution tout à fait favorable puisque le nombre de décès est passé de 1133 en 1993 à 880 en 1994 et la chute importante (indiquée plus haut) de la mortalité infantile entre 1993 et 1995 s'explique principalement par la baisse de la mortalité due au syndrome de la mort subite du nourrisson.

Les comparaisons internationales (Tableau II) montrent bien que la situation de la France est plutôt favorable en ce qui concerne la mortalité par malformations congénitales ou affections périnatales. Seul le Japon présente de meilleurs indicateurs pour ces deux catégories.

Les enfants de 1 à 14 ans

Ce groupe d'âge est caractérisé par des taux de mortalité relativement faibles. La principale cause de décès est représentée par les accidents (30,2 % des causes de décès chez les 1-4 ans, 33,3 % chez les 5-14 ans) (Tableau I 1993). Les autres causes de décès chez les 1-14 ans sont beaucoup moins importantes. À partir de la tranche d'âge 5-14 ans, les leucémies et tumeurs constituent la 2e cause de décès (19,6 % des causes en 1993).

L'évolution de la mortalité dans cette tranche d'âge au cours des 15 dernières années est favorable. Si l'on compare les taux moyens de la période 1980 - 1984, de la période 1988 - 1992, et les taux de 1993, on peut constater que, pour les 1 à 4 ans, dans le sexe masculin, les taux de mortalité pour 100 000 sont passés de 77,0 (période 80 - 84) à 55,2 (88 - 92), puis à 38,5 en 1993 ; dans le sexe féminin les chiffres respectifs sont 61,0, 41,2, 28,4. La même évolution favorable s'observe pour les 5 à 14 ans : dans le sexe masculin, 31,9 (1980 - 1984), 21, 7 (88 - 92), 20,5 (1993) ; dans le sexe féminin, 21,9 (80 - 84), 16,0 (88 - 92), 14,9 (1993). Cette chute de la mortalité est en partie liée à la baisse nette de la mortalité accidentelle : baisse de la mortalité par accidents de la circulation depuis le début des années soixante-dix, baisse de la mortalité par accidents domestiques à partir des années quatre-vingt.

L'analyse de l'évolution de la mortalité accidentelle chez les enfants de 1 à 14 ans entre 1960 et 1990 (figure 1) montre une décroissance rapide et importante entre 1970 et 1985. Lors des dernières années l'évolution a été plus stagnante. Pour plusieurs pays de l'Union Européenne (Allemagne, France, Pays Bas, Royaume Uni) on note que les taux de 1990 sont très voisins et sont de 2,2 à 2,8 fois inférieurs à ceux de 1970.

Les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans

On a enregistré en France pour l'année 1993 un peu plus de 6000 décès chez les 15-24 ans avec une répartition très inégale selon le sexe (sex ratio de 2,89) (Tableau I). Toutefois, là encore l'évolution depuis les années quatre-vingt a été favorable puisque les taux de 1993 (Tableau I) sont de 107,3/100 000 dans le sexe masculin, de 38,9/100 000 dans le sexe féminin, alors qu'ils étaient dans ces deux sexes respectivement de 139,6 et de 50,6 dans la période 1980 - 84, de 113,4 et de 38,7 dans la période 1988 - 1992. On remarquera toutefois que la baisse est plus sensible dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Les deux premières causes de mortalité dans la tranche d'âge des 15-24 ans sont les accidents (2292 décès dans le sexe masculin, 641 dans le sexe féminin) et les suicides (respectivement 756 et 210 décès) qui représentent donc un problème majeur de santé publique. Les accidents ont des taux trois fois supérieurs à celui des suicides.

Morts accidentelles

En 1993, les taux de mortalité accidentelle sont considérables avec 55,2/100 000 dans le sexe masculin (soit 51,3 % de l'ensemble des causes de décès) et 16/100 000 dans le sexe féminin (soit 41 % des causes de décès). Ces accidents sont majoritairement des accidents de la circulation (78 % dans le sexe masculin, 80 % dans le sexe féminin).

La mortalité accidentelle a décru de façon importante depuis 1980. En effet, dans le sexe masculin, le taux de mortalité accidentelle était de 89,7/100 000 dans la période 1980 - 1984, de 69,4 dans la période 1988 - 1994 ; dans le sexe féminin, les taux étaient respectivement de 24,8 et 18,1. La décroissance est moins sensible dans le sexe féminin.

Cette décroissance touche les accidents de la circulation. En 1994, on a dénombré 2087 décès par accidents de la circulation dont 1644 dans le sexe masculin, 443 dans le sexe féminin. En 1995, on a enregistré 2000 décès dont 1538 chez les garçons et 462 chez les filles. On voit de nouveau que cette baisse de la mortalité accidentelle touche plus le sexe masculin que le sexe féminin, ce qui explique partiellement la stagnation observée plus haut de la mortalité générale dans le sexe féminin.

La France est parmi les pays industrialisés, l'un de ceux où l'on meurt le plus à cause d'accidents, et notamment sur la route ; ainsi la France se caractérise par un taux de mortalité accidentelle plus élevé que celui de pays voisins de même niveau socio-économique comme le Royaume Uni ou l'Allemagne (Tableau III).

Suicides

La deuxième cause de décès est constituée par les suicides : en 1993, on a enregistré 966 suicides dont 756 décès dans le sexe masculin (18,2/100 000) et 210 dans le sexe féminin (5,2/100 000) (Tableau I).

En ce qui concerne l'évolution du taux de suicide des jeunes de 15 à 24 ans depuis 1950 (Tableau IV), on peut remarquer qu'après avoir été stable dans les années cinquante - 1965, ce taux a considérablement augmenté entre 1970 et 1993 dans le sexe masculin, alors qu'il est resté relativement stable dans le sexe féminin. En effet, la surmortalité masculine s'observe à toutes les périodes et on notera que le taux de suicide a triplé entre 1960 et 1993 chez les hommes de 15-24 ans, le sex-ratio passant de 1,5 à 3,7. Ces évolutions concernent beaucoup plus la tranche d'âge des 20 - 24 ans que celle des 15 - 19 ans.

D'après les dernières données disponibles, on a dénombré en France en 1994, 844 suicides dont 663 pour le sexe masculin (16,1/100 000) et 171 pour le sexe féminin (4,3/100 000). Les résultats provisoires pour 1995 sont les suivants : 802 suicides dont 621 chez les jeunes hommes et 181 chez les jeunes femmes dans la tranche d'âge 15 - 24 ans ; il y a donc tendance à la baisse depuis 1993.

Les comparaisons internationales font apparaître que les taux de suicide en France sont supérieurs à ceux de tous les pays voisins (Allemagne, Italie, Espagne, Suède, Royaume-Uni). Ils ne sont inférieurs qu'aux taux observés aux États-Unis et ceci seulement pour le sexe masculin (Tableau III).

Les autres morts violentes

Le taux d'homicides est très faible en France comme d'ailleurs dans tous les pays européens et largement inférieur au taux observé aux États-Unis (36,8/100 000 dans le sexe masculin, 6,4 dans le sexe féminin) (Tableau III). Il est d'ailleurs intéressant de constater que, dans ce pays, les homicides constituent la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, les suicides ne constituant que la troisième cause.

Le taux d'autres morts violentes est particulièrement élevé en France par comparaison avec les autres pays. Cette catégorie correspond essentiellement aux morts violentes d'« intention indéterminée », c'est-à-dire celles pour lesquelles on n'a pas pu affirmer le caractère accidentel ou intentionnel de la violence cause du décès.

Les autres causes de décès

Les morts violentes représentant 71 % de l'ensemble des causes de décès chez les sujets âgés de 15 à 24 ans, les autres causes de décès sont relativement peu importantes, à l'exclusion de deux catégories : celle des tumeurs malignes et leucémies, celle des symptômes et états morbides mal définis (Tableau I). 368 jeunes de 15 à 24 ans sont décédés d'une pathologie maligne au cours de l'année 93 (soit 230 sujets du sexe masculin et 138 du sexe féminin).

2. La morbidité

On abordera la morbidité des enfants et des jeunes à travers l'analyse de la morbidité générale telle qu'elle est enregistrée dans les services de prévention ou de soins ou déclarée par les enfants et les jeunes lors d'enquêtes, ou à travers la consommation médicale (recours aux services de santé, recours aux médicaments). Puis, on s'intéressera à des pathologies spécifiques particulièrement fréquentes ou préoccupantes dans l'enfance et l'adolescence : les accidents, les handicaps, l'infection à VIH et le sida, les problèmes de santé mentale.

2.1. La morbidité générale

2.1.1. La morbidité observée

Compte tenu du manque de données nationales et exhaustives de morbidité, contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, on analysera ici quatre sources différentes classées chronologiquement par âge des sujets : les indicateurs de santé périnataux, des données issues de bilans de santé réalisés dans les services de PMI en école maternelle, l'étude de la morbidité hospitalière, les données du service de santé des Armées.

2.1.1.1. Indicateurs de santé périnataux

On constate actuellement une détérioration de ces indicateurs puisque le taux de prématurité a légèrement augmenté (5,9 % en 1995, 5,6 % en 1981). Cette augmentation est essentiellement liée à l'augmentation de la grande prématurité (moins de 34 semaines de gestation) : 1,6 % en 1995, 1,1 en 1981. Ces résultats sont à mettre en relation avec l'évolution des pratiques obstétricales et notamment les déclenchements d'accouchement précoce pour souffrance foetale. Le pourcentage d'enfants de petit poids de naissance a également augmenté pour des raisons comparables : les enfants de poids de naissance inférieur à 2500 g étaient de 5,2 % en 1981, ils représentent 6,2 % des naissances en 1995 ; pour les poids de naissance inférieurs à 1500 g ces chiffres sont respectivement de 0,4 % et 1,1 %.

2.1.1.2. Les bilans de santé en école maternelle

En l'absence de données nationales, on rapportera ici les résultats de deux études réalisées l'une dans l'Hérault en 1987 - 88, l'autre dans la Somme en 1991.

L'étude réalisée dans l'Hérault en 1987 - 1988 sur les enfants de moyenne section de maternelle (âgés de 3 ans 9 mois à 5 ans 6 mois) (RESP 1992 ;40 :25-32) repose sur un bilan médical complet réalisé en routine en présence des parents par un médecin pédiatre. Cet examen comportait un examen somatique général, une exploration du langage et de la motricité, une étude de l'audiométrie vocale et de la vision (évaluation de l'acuité visuelle par des tests images, examen de la motricité oculaire, recherche de strabisme). L'échantillon étudié est représentatif de la population des enfants scolarisés en maternelle dans le département (sondage en grappes). L'effectif de l'échantillon est de 1511 enfants répartis dans 76 classes.

La prévalence des anomalies sensorielles est de 18,2 % avec une prédominance d'anomalies de l'acuité visuelle : 11 % (Tableau V). Les anomalies de l'audition représentent 4,6 % des cas. Les anomalies du langage ont une prévalence de 26,8 % et les anomalies de la motricité de 22,4 % dont 14,8 % pour le graphisme. Les retards de langage (7,8 %) apparaissant plus fréquemment en cas de bilinguisme et lorsque la mère n'exerce pas de profession. Le rôle de la classe sociale disparaît derrière celui de l'activité maternelle, les troubles étant plus fréquents lorsque la mère n'exerce pas de profession.

Seulement 25 % des sujets pratiquent une prophylaxie de la carie dentaire par le fluor et 40,4 % ont été vus en consultation au cours de l'année précédente et ont pu avoir des conseils de prophylaxie de la carie dentaire. Les enfants de mères étrangères ont moins bénéficié de ces consultations.

Le dépistage des troubles sensoriels réalisé en école maternelle dans une circonscription rurale de la Somme (Santé publique, 1992, 6 :59-67) a reposé sur une étude sans tirage au sort, le choix des classes maternelles enquêtées ayant été dicté par le calendrier de travail de l'équipe de PMI ayant à pratiquer les bilans. Tous les enfants des classes choisies ont été inclus dans l'enquête et l'échantillon est de 232 enfants âgés de moins de 3 ans à 6 ans. Ont été réalisés un dépistage visuel (recherche d'un strabisme, étude de l'acuité visuelle, analyse de la vision des couleurs, aspect oculaire), un dépistage auditif par audiométrie tonale.

Avant le dépistage, 8 enfants (3,4 %) étaient atteints d'une anomalie visuelle connue et, dans 6 cas, il s'agissait de strabisme. Le dépistage s'est révélé positif pour 20 enfants n'ayant pas de troubles visuels connus : 9,3 %, soit un pourcentage total d'anomalies visuelles de 12,7 %. (dans l'étude précédente : anomalie, de l'acuité visuelle : 11 %, plus strabisme : 4,8 %, plus autres anomalies ophtalmologiques : 1 %, soit un total de 16,8 %). Dans cette étude de la Somme, une vérification par consultation ophtalmologique dans les 6 mois qui ont suivi pour certains des enfants a permis de confirmer les anomalies dans 83 % des cas.

En ce qui concerne le dépistage auditif, la coopération avec les enfants a été beaucoup moins bonne et l'examen moins fiable. Une consultation ORL a été demandée pour 26 enfants (11,7 %) dont le dépistage a été positif. Malheureusement, seuls 11 % ont bénéficié d'une consultation ORL de contrôle et 8 anomalies ont été confirmées. Finalement, après le dépistage, le nombre d'enfants ayant un déficit auditif confirmé est de 6, soit 2,6 %, donc plus faible que celui de l'étude menée dans l'Hérault : 4,6 %.

2.1.1.3. La morbidité dans les hôpitaux

Les données analysées ici proviennent de l'enquête nationale de morbidité hospitalière réalisée en 1993 par le Sesi, par sondage sur les patients traités dans les services de soins de courte durée. Il est à noter que les chiffres proposés dans le tableau VI ne sont pas des taux à rapporter à la population concernée, mais des répartitions en pourcentage.

On peut noter sur ce tableau VI que les principales causes de séjours hospitaliers, dans la tranche d'âge des moins de 15 ans, sont les maladies de l'appareil respiratoire, les

maladies du système nerveux et des organes des sens, les maladies de l'appareil digestif, les symptômes et états morbides mal définis et les traumatismes et empoisonnements qui viennent en 2^e position pour les garçons. En ce qui concerne les maladies du système nerveux et des organes des sens, la proportion très élevée d'hospitalisations inférieures à 24 heures (71 % des cas), et le recours massif au secteur privé (67 % des cas) indiquent bien qu'il s'agit certainement plutôt de maladies ophtalmologiques et ORL et non pas de maladies du système nerveux central. Les lésions traumatiques et les intoxications, elles, en revanche, sont rarement hospitalisées de façon brève (21,3 % d'hospitalisations de moins de 24 heures dans le sexe masculin, 20 % dans le sexe féminin) et elle font essentiellement l'objet d'hospitalisations dans le secteur public (75 % des cas). La proportion d'hospitalisations de moins de 24 heures et le recours préférentiel au secteur privé sont d'assez bons indicateurs de bénignité. En revanche, les pathologies graves, comme les affections de la période périnatale sont massivement hospitalisées dans le secteur public (98,1 % des cas dans le sexe masculin, 95,7 % dans le sexe féminin) et ne font pas pratiquement jamais l'objet d'hospitalisations de moins de 24 heures. Les troubles mentaux sont accueillis à 100 % dans le secteur public, mais leur pourcentage est très faible : 0,5.

2.1.1.4. Les données du service de santé des armées

Une étude menée dans les centres de sélection des armées sur l'évolution des pathologies déclarées entre 1987 et 1993 montre l'augmentation importante de la myopie qui affectait 7 % des sujets en 1987 et en touche 17,6 % en 1993. L'asthme déclaré a également augmenté de 6,6 % à 8,5 %. Enfin, les traumatismes des membres ont presque doublé au cours de la période, notamment du fait de l'accroissement des accidents de loisirs et de sport. Depuis 1987, on a également noté une augmentation régulière de la part des sujets présentant une surcharge pondérale modérée ou importante.

2.1.2. La morbidité déclarée

Une autre approche de la morbidité peut être faite à travers les enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de la population générale et on analysera ici successivement : les données issues de l'enquête Insee/Credes/Sesi de 1991 - 92 sur la santé et les soins médicaux reposant sur des entretiens à domicile ; les résultats des deux études menées par Marie Choquet (Inserm U 169) sur les adolescent scolarisés d'une part, déscolarisés d'autre part (CFI-Paque) et, enfin, dans un but de comparaisons internationales, les données issues de l'étude pilotée par l'OMS dans 24 pays en 1993 - 94 : la Health Behavior School aged Children Survey (HBSC).

2.1.2.1. L'enquête sur la santé et les soins médicaux

Dans le cadre de l'enquête générale Insee/Credes/Sesi, on dispose d'informations sur les enfants de moins de 15 ans, leur morbidité incidente et prévalente.

Dans cette classe d'âge (Tableau VII), les affections les plus fréquemment déclarées sont les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif (en fait maladies de l'appareil bucco-dentaire), les symptômes et états morbides mal définis (céphalées, asthénie, toux, etc.), les maladies de la peau, les maladies de l'oreille et les maladies ophtalmologiques. Bien que le profil pathologique observé dans le secteur hospitalier diffère sensiblement de celui observé dans les déclarations faites lors d'enquêtes à domicile (pathologies largement traitées dans le secteur non hospitalier, voire n'ayant pas donné lieu à recours médical), la comparaison des tableaux VI et VII montre bien quand même des cohérences, notamment l'importance des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies ORL et ophtalmologiques.

Toujours dans le cadre de l'enquête Insee/Credes/Sesi, une étude spécifique « santé des jeunes » a été réalisée par C. Sermet (Credes). La population retenue a été répartie en 3 classes d'âge :

10 - 14 ans soit 1484 enfants

15 - 19 ans soit 1472 adolescents

20 - 24 ans soit 1346 jeunes.

72 % des jeunes de 10 à 24 ans déclarent au moins une maladie ou un trouble de santé. Si on exclut de ce chiffre les pathologies sans doute les plus bénignes comme les caries dentaires et les troubles de la vision, 51 % des jeunes déclarent encore une affection. Les principales maladies citées pour les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans sont des troubles relativement bénins (Tableau VIII, données en taux de prévalence p 100 sujets de la tranche d'âge). En tête, on trouve les maladies de l'oeil et des annexes (taux de 27,4 % à 44,7 % selon l'âge et le sexe) qui sont principalement des troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie etc.), puis les caries dentaires qui constituent l'essentiel du groupe « maladies de la bouche et des dents » (20,1 à 35,0 %). Les symptômes sont eux aussi bénins : il s'agit d'asthénie, de céphalées, etc. La bénignité de ces affections et de ces symptômes est déclarée comme telle par les responsables de l'analyse de l'enquête. Viennent ensuite les « autres maladies de la peau » essentiellement représentées par l'acné, les affections des voies respiratoires supérieures et d'autres affections inflammatoires de la peau comme l'eczéma et les allergies cutanées. Le taux de troubles mentaux déclarés est bas : de 2,8 p 100 à 6,7 p 100 selon le sexe et l'âge, toutefois plus élevé que celui observé dans les données de morbidité hospitalière.

En ce qui concerne les traumatismes et les empoisonnements, on est un peu surpris par la quasi similitude avec les taux relevés chez les enfants de moins de 15 ans (Tableau VII), or on sait que la pathologie traumatique augmente considérablement à partir de l'âge de 15 ans. Les taux des maladies de l'appareil respiratoire sont assez largement supérieurs avant l'âge de 15 ans.

2.1.2.2. Les enquêtes de l'Inserm portant spécifiquement sur la santé des jeunes

Rappelons que les deux enquêtes menées par l'Unité 169 de l'Inserm : l'enquête réalisée en milieu scolaire et portant sur 12391 élèves de collèges et lycées, âgés en moyenne de 15 ans et l'enquête CFI-Paque (CFI = Contrat de Formation Individuelle ; PAQue = Programme d'Aide à la Qualification) effectuées auprès de 3000 jeunes non scolarisés âgés en moyenne de 21,5 ans, reposent sur le même principe : l'étude de la perception des problèmes de santé, la déclaration de symptômes et de consommations grâce à l'utilisation d'autoquestionnaires.

La majorité des jeunes se disent en bonne santé : 85 % parmi les sujets non scolarisés, 88 % parmi les élèves. Les principaux problèmes de santé déclarés par les sujets scolarisés sont les problèmes dentaires, les antécédents d'accidents, les problèmes visuels et les troubles de la statique vertébrale (Figure 2). Les problèmes de vue (38 % au total) sont plus déclarés par les filles que par les garçons, de même que les problèmes dentaires (73 % au total). On a, par ailleurs, pu noter que ces problèmes dentaires étaient soignés dans 94 % des cas. Les antécédents d'accidents concernent plus les garçons que les filles. Les problèmes de statique vertébrale (16 % des jeunes rapportent une « scoliose ») sont plus souvent déclarés par les filles que par les garçons.

Les problèmes de santé somatique déclarés par les jeunes non scolarisés sont les mêmes : problèmes de vision chez 33 % d'entre-eux, problèmes dentaires chez 60 % ; problèmes de statique vertébrale chez 20 %. 16 % ont eu un accident.

8,6 % des sujets scolarisés rapportent une maladie chronique ou un handicap physique. Les affections citées sont principalement les maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire (hypo ou hypertension, asthme, problèmes d'allergies), des atteintes du système

ostéo-articulaire ou musculaire. Chez les jeunes en insertion, ce pourcentage de « handicaps ou maladies chroniques » est de 11 %.

Les sujets en insertion ayant bénéficié, avant l'autoquestionnaire, d'un entretien avec un médecin et d'un examen médical, et ayant pour la plupart d'entre-eux (80 %) apporté leurs carnets de santé, on dispose d'intéressantes informations sur la couverture vaccinale dans cette population. En ce qui concerne le BCG, la primo-vaccination a été faite dans 96 % des cas, mais le suivi n'a pas été bien assuré. 81 % des sujets ont eu la vaccination DTCoq/Polio et deux rappels, en revanche, la couverture vaccinale est insuffisante en ce qui concerne la rubéole (81 % n'ont jamais été vaccinés, soit 93 % des garçons et 71 % des filles) et l'Hépatite B (94 % n'ont jamais été vaccinés).

2.1.2.3. Les comparaisons internationales (enquête HBSC)

La comparaison pour la question : « Vous sentez-vous en très bonne santé ? » des 24 pays inclus dans l'enquête HBSC montre que les jeunes Français sont parmi ceux qui donnent le plus de réponses positives (Figure 3). On notera également que dans tous les pays le pourcentage de réponses positives décroît avec l'âge et que les garçons se déclarent plus souvent en bonne santé que les filles dans la quasi totalité des pays. En ce qui concerne les sujets âgés de 15 ans, on constate qu'il n'y a que 4 pays (la France, Israël, la Suisse et la Suède) dans lesquels plus de 50 % des garçons se disent en très bonne santé.

2.1.3. La consommation médicale

Les deux études sur la santé des jeunes menées par l'Unité 169 de l'Inserm, ainsi que l'étude HBSC donnent des informations sur le recours au médecin, sur le recours à l'hospitalisation et sur la consommation de médicaments. La consultation médicale ou paramédicale fait partie des habitudes de vie des adolescents scolarisés. En effet, une majorité a consulté le médecin généraliste (74,8 %) ou le dentiste (64,9 %) au cours de l'année. Près de la moitié a consulté l'infirmière scolaire ; 1/5 des jeunes a vu un spécialiste tel qu'un dermatologue ou un ophtalmologiste ; 18 % ont vu le médecin scolaire ; 6,5 % un pédiatre ; 4 % un psychologue ou un psychiatre. Au total, 94 % ont consulté au moins une fois dans l'année un de ces professionnels et 63 % des adolescents ont vu au moins deux types de professionnels dans l'année. Les filles ont plus consulté que les garçons. Ces pourcentages de recours aux soins sont supérieurs à ceux observés parmi les jeunes non scolarisés. Pour ceux-ci les intervenants les plus consultés sont le médecin généraliste : 64 % l'ont consulté dans les 12 derniers mois avec en moyenne 4 visites par an, et le dentiste : 50 % avec également en moyenne 4 visites par an. En revanche, les jeunes en insertion consultent plus le psychiatre ou le psychologue (10 % durant les 12 derniers mois) ou une assistante sociale (26 % au cours des 12 derniers mois, contre 7 % chez les adolescents scolarisés). Les consultations gynécologiques sont également plus répandues chez les non scolarisés : 49 % des filles, contre 39 % des filles scolarisées, de 18 ans ou plus, lors des 12 derniers mois.

13 % des jeunes scolarisés ont été hospitalisés au cours des 12 derniers mois et 2 % l'ont été au moins 3 fois. Pour les jeunes non scolarisés, l'hospitalisation est essentiellement liée aux accidents et 7,5 % d'entre-eux ont eu au moins un accident grave ayant nécessité une hospitalisation durant l'année écoulée.

Dans l'enquête HBSC, on dispose d'informations sur les médicaments pris pour des symptômes tels que les maux de tête ou les difficultés d'endormissement. En ce qui concerne les antalgiques, les adolescents français sont parmi ceux qui en consomment le plus par rapport à ceux d'autres pays (Figure 4) et la consommation augmente avec l'âge. La situation est la même pour les somnifères (Figure 5) et les jeunes Français de 13 et de 15 ans sont en troisième position pour cette consommation, derrière les Suisses et les Belges francophones.

2.2. Les grandes pathologies

2.2.1. Les accidents

On l'a vu, les accidents viennent en deuxième position pour les garçons, en troisième position pour les filles, parmi les problèmes somatiques cités par les adolescents de l'enquête nationale menée par l'Inserm. En effet, 43,2 % des jeunes scolarisés ont déclaré avoir eu un accident dans l'année (51 % des garçons, 36 % des filles). 14 % des garçons et 6 % des filles ont signalé plusieurs accidents. Parmi les accidents les plus fréquents, il faut citer ceux du sport : 37 % des garçons, 26 % des filles en ont été victimes ; de la circulation (15 %, 8 %). Les accidents d'atelier ou de travail concernent 5 % des garçons et 2 % des filles. On a également pu constater dans cette étude que les garçons des lycées professionnels comparés à ceux scolarisés dans les lycées d'enseignement général et technique ont eu plus d'accidents de la circulation, alors que les élèves de l'enseignement général et technique ont eu plus d'accidents de sport.

Parmi les jeunes en insertion, un garçon sur 10 et une fille sur 20 ont été hospitalisés au cours de leur vie à la suite d'un accident et dans 1 cas sur 5, il s'agissait d'un accident grave.

Les deux principales sources de données portant spécifiquement sur les accidents (accidents domestiques et de loisirs encore appelés « accidents de la vie courante ») sont l'enquête menée par la Cnam sur un échantillon d'assurés sociaux et l'enquête EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) basée sur des consultations d'urgence hospitalière. Ces deux types d'études fournissent des données convergentes dont on fera rapidement la synthèse ci-dessous.

Les jeunes enfants sont principalement victimes d'accidents domestiques : chutes, brûlures, intoxications. Les intoxications concernent essentiellement la tranche d'âge des enfants de 18 à 36 mois. Les médicaments et les produits d'entretien sont les produits le plus souvent en cause. Les brûlures surviennent également en majorité entre 1 et 5 ans, les causes étant essentiellement les ébouillancements par les liquides chauds (54 % des cas) et les brûlures par objets chauds (27 %). Les chutes d'une hauteur représentent 70 % des accidents des très jeunes enfants. Les accidents liés à des activités éducatives et récréatives concernent chaque année 23 enfants sur 1000 âgés de 3 à 6 ans.

Selon l'enquête de morbidité hospitalière réalisée dans les services de courts séjours en 1992 - 1993 (Sesi), la plupart des hospitalisations sont brèves et la plupart des lésions sont relativement bénignes. Les lésions observées le plus fréquemment chez les jeunes enfants concernent la tête (23 % des cas hospitalisés sont des traumatismes crâniens), et les membres supérieurs. Les intoxications accidentelles viennent au troisième rang des causes accidentelles d'hospitalisation (9 % des séjours).

À l'adolescence, le risque d'accidents de loisirs, de sport ou scolaires est prépondérant. Entre 11 et 16 ans, il y a 30 accidents de loisir ou scolaires pour 100 garçons et 14 pour 100 filles par an. Chez les adolescents et les jeunes adultes, de 15 à 25 ans, 40 % des accidents enregistrés dans le cadre de l'enquête EHLASS sont dus au sport. Il faut noter que des études antérieures menées notamment par l'Unité 149 de l'Inserm ont montré que même si la plupart de ces accidents de sport étaient bénins dans l'immédiat, certains engageaient le pronostic fonctionnel à long terme. Il faut noter de plus que ces accidents de sport sont responsables d'une consommation médicale non négligeable, puisqu'ils s'accompagnent très fréquemment d'une hospitalisation, d'un arrêt scolaire ou d'une rééducation.

Les comparaisons internationales telles qu'on peut les mener à travers l'enquête HBSC montre la même situation péjorative de la France que celle que l'on avait observé précédemment au niveau de la mortalité accidentelle. En effet dans l'enquête HBSC, la France

est au premier rang des pays pour la question relative à la survenue de traumatismes au cours de l'année écoulée (Figure 6). On notera que dans tous les pays, les pourcentages signalés sont plus élevés dans le sexe masculin. Cette mauvaise situation de la France est retrouvée pour les accidents considérés comme graves (Figure 7), c'est-à-dire ceux qui ont entraîné une absence scolaire, des soins médicaux, une hospitalisation ou un acte chirurgical. La France apparaît comme le premier pays concerné pour les enfants de 11 ans et de 13 ans et le deuxième, derrière le Pays de Galles pour les enfants de 15 ans. Si l'on considère les accidents par types de lieux de survenue, on constate que les jeunes Français sont dans une situation particulièrement péjorative en ce qui concerne les accidents de sport. Ils apparaissent en première position à l'âge de 11 ans, en quatrième derrière le Pays de Galles, l'Irlande et le Canada à l'âge de 13 ans, en troisième derrière le Pays de Galles et le Canada à l'âge de 15 ans. En ce qui concerne les accidents scolaires, la situation est un peu moins défavorable, les enfants français de 15 ans apparaissant en septième position. La situation de la France est particulièrement mauvaise pour les accidents de la circulation.

2.2.2. Les handicaps

À partir de données statistiques provenant du Sesi, on peut noter qu'au 1er janvier 1992, 226 788 enfants ou adolescents étaient présents dans les établissements et services médico-sociaux destinés aux handicapés.

Les données exposées ci-dessous concernent uniquement 107 946 enfants ou adolescents présents en établissement médico-social d'éducation spéciale et recensés dans l'enquête ES 91 du Sesi. Le taux de non réponse à cette enquête était de 3,8 %. Sont exclus de l'enquête les 91 159 enfants ou adolescents fréquentant des centres médico-psycho-pédagogiques qui présentent pour la plupart des troubles de la personnalité ou des troubles cognitifs difficiles à classer parmi les autres handicaps.

2.2.2.1. Répartition par âge et par sexe (tableau IX)

Les garçons sont toujours plus nombreux que les filles, quelle que soit la tranche d'âge étudiée (sex-ratio = 1,56)

Les enfants d'âge préscolaire (moins de 5 ans) représentent 2,5 % de l'ensemble des cas, soit un effectif de 2762 enfants avec 1 596 garçons et 1 166 filles.

Les enfants d'âge scolaire représentent la majeure partie de l'effectif : 60,5 % des sujets ont entre 6 et 15 ans, soit 65 309 jeunes dont 40 818 garçons et 24 491 filles. Les 16-19 ans représentent 31,5 % de l'effectif et les sujets de plus de 20 ans : 5,5 %.

Les garçons sont significativement plus jeunes que les filles.

2.2.2.2. Répartition selon la déficience principale (tableau X)

Les retards mentaux constituent la majorité des causes d'accueil en établissement d'éducation spéciale, soit 57,8 % des cas. Les troubles sont de gravité variable avec une prédominance de retards moyens et légers. 19,4 % des enfants et adolescents souffrent de troubles psychologiques.

4,9 % des enfants sont des polyhandicapés et présentent un retard mental profond ou sévère associé à des troubles moteurs importants avec restriction majeure d'autonomie.

Les déficiences du langage et de la parole concernent 0,8 % des enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage du langage écrit ou oral sans retard mental avéré.

Au total, on peut donc dire que 82,9 % de ces enfants ou adolescents présentent une atteinte de la sphère mentale.

Les déficiences sensorielles concernent 10,4 % des enfants ou adolescents et sont principalement des déficiences auditives.

Les déficiences motrices concernent 6,3 % des enfants ou adolescents.

Les maladies chroniques (déficiences viscérales, métaboliques et nutritionnelles) représentent 0,3 % de l'échantillon.

On note des différences selon le sexe dans la répartition de ces différents types de déficiences : principalement une surreprésentation des garçons pour les troubles psychologiques et des filles pour les retards mentaux.

2.2.3. L'infection à VIH et le sida

Les données épidémiologiques fournies par le ministère de la Santé sont indiquées au tableau XI. Il s'agit d'une répartition par âge et sexe des cas diagnostiqués entre le 1er juillet 1994 et le 30 juin 1995, puis au cours de l'année suivante et enfin des cas cumulés depuis 1978. Il est important de noter que l'âge indiqué est l'âge au moment du diagnostic et non pas l'âge au moment de la séroconversion et que, d'autre part, ces données sont d'interprétation délicate du fait d'une sous-déclaration plus importante des cas pédiatriques par rapport aux cas adultes. On notera que le nombre total de « cas pédiatriques » (enfants de moins de 5 ans, enfants âgés de 5 à 14 ans) est faible et représente 1,5 % de l'ensemble des cas cumulés depuis 1978. Entre la période 94 - 95 et la période 95 - 96, le nombre de cas diagnostiqués de cette tranche d'âge n'a pas progressé : 49 cas au cours de la première période, 14 au cours de la seconde. Les 15 - 24 ans représentent 4,7 % de l'ensemble des cas cumulés depuis 1978. Le nombre de cas diagnostiqués en 94 - 95 était de 123 et de 81 dans la période 95 - 96. Les deux tranches d'âge les plus touchées sont celles des 25 - 29 ans et des 30 - 34 ans, ce qui peut correspondre, pour certains cas, à une contamination pendant ou à la fin de l'adolescence.

2.2.4. Les problèmes de santé mentale

Comme on l'a vu antérieurement, les « troubles mentaux » apparaissent comme peu fréquents, qu'il s'agisse de la répartition des diagnostics dans les services de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés (Tableau VI) ou de la morbidité prévalente déclarée dans l'enquête du CreDES (Tableau VII). Ces deux tableaux concernent les enfants de moins de 15 ans, toutefois les données recueillies dans la même enquête Insee/CreDES sur la santé et les soins médicaux auprès des sujets âgés de 15 à 24 ans ne permettent pas de constater des taux de troubles mentaux beaucoup plus élevés (Tableau VIII). Pourtant on a vu que le nombre de suicides de jeunes de 15 à 24 ans en France était un des plus importants d'Europe. On a vu également au chapitre de la consommation médicale que les jeunes Français consommaient abondamment les somnifères et les antalgiques et il convient donc de s'interroger sur la prévalence réelle des troubles psychologiques chez l'enfant et le jeune en France et de trouver les meilleures sources d'information, qu'il s'agisse d'enquêtes spécifiques auprès des adolescents et des jeunes leur permettant d'auto-déclarer leurs difficultés psychologiques ou qu'il s'agisse de données statistiques provenant des établissements spécifiquement destinés à accueillir les sujets porteurs de pathologies mentales.

2.2.4.1. Les enquêtes auprès des jeunes

Dans l'étude menée par Marie Choquet et l'Inserm U 169 auprès des jeunes scolarisés, 7 % des jeunes présentent une symptomatologie dépressive, et chez les jeunes non scolarisés 1 sur 4 souffre de troubles anxieux, et 10 % de dépression, selon le médecin qui a réalisé l'examen de ces jeunes. Chez ces mêmes jeunes en insertion le pourcentage de troubles auto-déclarés est beaucoup plus élevé puisque 75 % se plaignent de souffrir de

troubles de type dépressif ou anxieux et ont consulté pour ces troubles. Dans ces deux études cette symptomatologie dépressive est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. La symptomatologie dépressive augmentant avec l'âge dans les deux études, la plus grande fréquence des troubles observés dans l'enquête CFI-Paque s'explique sans doute en partie par l'âge moyen plus élevé de ces jeunes par rapport à ceux de l'enquête menée chez les élèves. Par ailleurs, ces jeunes ont des antécédents psychiatriques dans l'enfance. Ainsi dans l'enquête CFI-Paque, 6 % ont rapporté des « troubles caractériels » pendant l'enfance qui ont été jugés graves par le médecin dans 1 cas sur 5.

Une autre approche de ce « mal-être » des adolescents et des jeunes peut être réalisée à travers l'étude des plaintes somatiques très souvent rapportées par ces jeunes. Ainsi dans l'étude CFI-Paque, 42 % des garçons et 47 % des filles se plaignent d'impression de fatigue, de maux de tête, de douleurs digestives, de nausées, de douleurs dorsales, de réveil nocturne, de cauchemars. Les pourcentages les plus importants sont notés pour les douleurs (dorsales, digestives et céphalées) chez les filles, et pour les sensations de fatigue chez les garçons comme chez les filles. Dans l'enquête menée auprès des jeunes scolarisés, on a très bien montré les relations étroites existant entre ces plaintes somatiques et les tendances dépressives.

Douleurs et fatigue apparaissent également fréquemment dans l'enquête menée par l'Insee et le CreDES sur la santé et les soins médicaux et dans la partie de cette étude portant plus particulièrement sur la santé mentale des jeunes de 18 à 24 ans (Figure 8). Dans cette enquête, l'anxiété, la nervosité apparaissent de façon très fréquente, particulièrement dans le sexe féminin.

Dans l'enquête HBSC, deux séries de questions permettent d'identifier les symptômes de la sphère psychologique : les questions du chapitre sur l'ajustement psychosocial (sentiments de solitude très fréquents, confiance en soi, sentiments de dépression au moins 1 fois par semaine) et le chapitre relatif à la santé générale (sentiments de fatigue au moins 4 fois par semaine avant d'aller à l'école, maux de tête au moins 1 fois par semaine, difficultés d'endormissement au moins 1 fois par semaine, irritabilité ou nervosité au moins 1 fois par semaine).

Quoique les jeunes Français occupent la deuxième position pour ceux âgés de 11 et 13 ans et la troisième pour ceux âgés de 15 ans pour s'estimer confiants en soi, ils présentent néanmoins des scores plutôt péjoratifs en ce qui concerne les sentiments de solitude et de dépression. Ainsi 50 % des filles de 15 ans et 37 % des garçons du même âge disent s'être sentis déprimés au moins 1 fois par semaine et occupent de ce fait la troisième position derrière la Hongrie et Israël. Les sentiments de fatigue matinale et les maux de tête apparaissent relativement rares, en revanche les difficultés d'endormissement sont signalées très fréquemment, la France occupant le troisième rang pour les enfants de 11 et 15 ans et le premier pour ceux de 13 ans. Ceci est à rapprocher de la consommation de somnifères citée plus haut. 42 % des jeunes filles de 13 ans se plaignent de ne pas pouvoir s'endormir au moins 1 fois par semaine et 35 % des garçons du même âge. Les sentiments de nervosité et d'irritabilité sont assez rares, sauf pour les jeunes de 15 ans chez lesquels 55 % des filles et 41 % des garçons se plaignent de s'être sentis nerveux au moins 1 fois par semaine durant les 6 derniers mois. Les pays qui viennent en tête le plus fréquemment pour ce type de symptômes sont la Slovaquie, L'Estonie, la Lituanie, Israël.

2.2.4.2. Les données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Sont exposés ci-dessous les données issues des rapports annuels des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de 1993 et principalement les informations sur la « file active » définies comme l'ensemble des patients vus au moins 1 fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe. En 1993, 306 des 308 secteurs existant en France ont répondu.

Ces secteurs ont suivi en 1993 près de 290 000 enfants et adolescents (en moyenne 935 par secteur), ce qui correspond à 18 enfants suivis pour 1 000 habitants de moins de 20 ans.

Pour 35 % des secteurs la file active est inférieure à 700 patients et pour 45 % elle est comprise entre 700 et 1200. Elle est supérieure à 1 200 pour 20 % des secteurs.

Les groupes d'âge les plus représentés dans la file active sont les 5-9 ans (43 %) et les 10-14 ans (29 %). Les moins de 5 ans et les plus de 15 ans représentent respectivement 15 % et 13 % de l'ensemble. Les jeunes âgés de 20 ans et plus représentent 3 % de la file active.

Si l'on considère seulement les enfants âgés de moins de 20 ans, la répartition par âge de la file active comparée à la population générale âgée de moins de 20 ans révèle une surreprésentation des 5-9 ans tandis que les moins de 5 ans et les 15-19 ans sont sous-représentés.

Le nombre de patients vus une seule fois s'élève à 42 000, soit 14 % de l'ensemble.

Pour 260 000 enfants (soit plus de 9 sur 10) il s'agit d'un suivi ambulatoire ; 27 000 enfants bénéficient d'un accueil à temps partiel ; 9 000 enfants, soit à peine 3 % de la file active, sont pris en charge à temps complet.

Parmi les enfants suivis en ambulatoire, 93 % n'ont eu que des soins ambulatoires dans l'année, les autres ayant bénéficié d'une autre forme de suivi à temps partiel ou complet.

11 000 enfants ont bénéficié de visites à domicile et 2 000 en institution substitutive au domicile.

Parmi les autres formes des soins ambulatoires, l'équipe de secteur est intervenue auprès de 15 000 enfants en milieu scolaire, 3 000 enfants en établissement médico-éducatif et 8 000 enfants suivis en PMI. Enfin, 12 000 enfants en unité d'hospitalisation somatique ont également bénéficié d'interventions.

Parmi les 27 000 enfants suivis à temps partiel, plus de 13 000 ont été hospitalisés en hospitalisation de jour pour 3 mois en moyenne. 9 000 ont été accueillis au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. 5 000 ont bénéficié d'un accueil à temps partiel « autre ».

Parmi les moins de 9 000 enfants qui sont suivis à temps complet, 1/3 n'ont eu que des soins à temps complets, les autres ayant également eu une prise en charge à temps partiel ou ambulatoire.

La principale forme d'accueil à temps complet est l'hospitalisation plein temps.

6 000 enfants ou adolescents soit 2 % de l'ensemble de la file active, ont été hospitalisés, en moyenne pour 84 jours (continus ou non), en 1991. Pour un tiers de ces enfants, l'hospitalisation complète est le seul mode de soins dans l'année.

800 enfants ont bénéficié d'un accueil familial thérapeutique, pour 7 mois en moyenne, et 500 enfants d'une hospitalisation à domicile. L'accueil à temps complet « autre » concerne 1 400 enfants, il s'agit probablement d'accueil en centre de crise ou en séjour thérapeutique étant donné la durée de séjour limitée (8 jours en moyenne).

L'analyse de l'évolution de la file active entre 1991 et 1993 montre une augmentation du nombre d'enfants suivis de 13 % et une part de plus en plus importante des enfants âgés de 5 à 9 ans. Cette augmentation globale du nombre d'enfants suivis provient des enfants suivis en ambulatoire mais aussi des enfants suivis à temps partiel et c'est ceux-ci qui ont connu la plus forte augmentation (+ 31 %). Ainsi le nombre d'enfants suivis en hôpital de jour a progressé de 11 % et le nombre d'enfants accueillis en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) a augmenté de 34 %. Les enfants hospitalisés en

psychiatrie le sont pour des durées moins longues : 104 jours en moyenne en 1991, 85 jours en 1993.

2.2.4.3. Les données de la littérature internationale sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

En ce qui concerne le retard mental, MacLaren et Bryson, 1987, analysant la littérature internationale (avec une place prépondérante de la littérature américaine) donnent des chiffres de 3,7 et 5,9 pour 1000 pour le déficit léger, de 3,4 pour 1000 en ce qui concerne le déficit moyen et sévère. Les chiffres français du CTNERHI figurent au chapitre « Handicaps » de ce rapport et au tableau X (mais il ne s'agit pas de chiffres de prévalence mais de répartition en pourcentages dans la clientèle des établissements spécialisés).

La prévalence de l'autisme en Asie, Europe et Amérique du Nord est de l'ordre de 2 à 13 pour 10 000 enfants dans l'ensemble des études menées de 1966 à 1979. Le changement des critères diagnostiques a ramené ce chiffre de 2 à 5 enfants pour 10 000 (American Psychiatric Association). Le sex-ratio est de 3 à 4 garçons pour 1 fille, le trouble apparaissant généralement comme plus grave chez celle-ci.

La prévalence des retards et déficits d'apprentissage est variable en fonction des critères diagnostiques choisis soit par les psychiatres, soit par les pédagogues. Pour les troubles du langage expressif, les chiffres sont de l'ordre de 1 pour 1000 enfants. Les troubles de l'articulation sont deux fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

Quant aux troubles de l'humeur, l'étude de référence de Kashani (1983) donne des chiffres de 2 % pour les prépubères. Pour les adolescents, les études mondiales de référence donnent 4,7 % à 3,9 % pour les études reprises par Kashani (1987) et 18 % pour Kandel (1982). 8,6 à 36,6 % sont les chiffres extrêmes repérés dans les études d'Albert (1975), Kaplan (1984), Teri (1982), utilisant l'inventaire diagnostique de Beck. Le sex-ratio serait de 5,1 sauf pour les troubles bipolaires. Les critères diagnostiques ayant été modifiés, la prévalence retenue actuellement par les méta-analyses de l'Association Américaine de Psychiatrie est de 2,9 à 4,7 % de la population de moins de 18 ans pour le trouble dépressif. Globalement, toutes les données conduisent à penser que les troubles de l'humeur ont été largement sous-diagnostiqués en France.

Pour l'ensemble des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent, les taux de prévalence des grandes études internationales varient entre 7,5 % et 26 % (Andersen, 1987, Kashani et Orchavel, 1988-1990).

Le taux admis pour les phobies sociales est autour de 1,4 % ; pour les attaques de panique 0,6 % (Whitaker, 1990). Ces données ont été rassemblées par Servant et Parquet (1993).

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, l'étude menée en 1988 auprès d'adolescents de 11 à 20 ans scolarisés en Haute Marne et Champagne-Ardenes (étude réalisée par l'U 169 de l'Inserm) indique des prévalences de 28,2 % pour les accès boulimiques au cours de l'année écoulée chez les filles, de 20,5 % chez les garçons. Au total, 0,7 % des adolescents totalise les critères diagnostiques de la boulimie du DSM-III-R, les (1,1 %) étant 5 fois plus nombreuses que les garçons et 1,3 % cumulent les critères du DSM-III pour la boulimie. Les filles (1,9 %) sont alors 4 fois plus nombreuses que les garçons.

Ainsi, quelle que soit la référence diagnostique (DSM-III/DSM-III-R), la prévalence du syndrome boulimique reste faible dans la population étudiée.

La prévalence de l'anorexie pour la vie entière dans les grandes études internationales, Cullberg, 1988 ; Lucas, 1988, est de 0,1 à 0,7 %. Dans la population adolescente, la prévalence est de 1 % environ tant en Angleterre qu'en France. Par contre, les préoccupations quant au poids et à l'aspect physique des adolescents sont fréquemment rencon-

trées ainsi que l'importance constatée à des variations induites du poids. On note d'autre part des conduites restrictives alimentaires surtout dans la période post-pubère : 45 % veulent devenir plus mince, 39 % ont cherché à perdre du poids (Maloney, 1989).

L'Association Américaine de Psychiatrie (1987) donne des chiffres allant de 1 % à 1 pour 800 chez les filles. 90 % des anorexiques sont des filles. L'anorexie débute soit vers 13-14 ans, soit vers 17 - 18 ans (Halmi, 1979).

3. Les comportements

3.1. Les comportements à risque

3.1.1. Les tentatives de suicide

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide ont été abordées dans les deux enquêtes menées par Marie Choquet (Inserm U 169).

L'enquête sur les jeunes scolarisés montre que, entre 11 - 13 ans et 18 ans et plus, les idées suicidaires passent de 6 % à 13 % et les tentatives de suicide de 4 % à 12 % chez les filles, les phénomènes restant plus stables chez les garçons.

Au total, pour l'ensemble des 12391 élèves âgés de 11 à 19 ans, 7 % ont déjà fait une tentative de suicide, soit 5 % des garçons et 8 % des filles, c'est-à-dire en moyenne 2 élèves par classe. Seulement 1 sur 5 a été hospitalisé. Autre fait alarmant : la fréquence des récives. Plus d'un tiers (37 %) réitèrent leur geste, ce taux étant plus élevé chez les garçons. Dans plus de la moitié des cas, cette récive survient dans l'année qui suit la première tentative.

D'après l'enquête effectuée en 1993 auprès de 3000 jeunes non scolarisés, âgés en moyenne de 21,5 ans, 15,4 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Comme en milieu scolaire, il s'agit en majorité de filles. Dans la moitié des cas, les sujets ont été hospitalisés. Ces proportions correspondent au double des tentatives et des hospitalisations de jeunes d'âge égal en milieu scolaire. Là encore le pourcentage de récives est élevé.

3.1.2. La violence

Les deux enquêtes de l'Inserm abordent le problème de la violence et ont le mérite de ne pas s'intéresser seulement aux conduites violentes des adolescents mais aussi aux violences subies.

Dans l'enquête sur les jeunes scolarisés, on constate que 42 % des sujets ont occasionnellement des conduites violentes, 19 % en ont régulièrement. Les garçons sont plus violents que les filles. La violence est la seule conduite déviante qui diminue avec l'âge.

Dans l'enquête CFI-Paque, on a noté qu'un jeune sur deux a des accès de violence (49 %). Un jeune sur 4 (25 %) est fréquemment violent. 36 % des garçons contre 22 % des filles sont souvent violents.

La mise en lumière des conduites violentes des adolescents et des jeunes largement médiatisée ne doit pas faire oublier que les enfants et les adolescents sont plus souvent victimes de violences physiques, d'abus sexuels, d'absence intentionnelle de soins. Ainsi, on estime que chaque année 40 000 enfants sont pris en charge par la justice ou l'aide sociale à l'enfance. Un garçon sur 10, une fille sur 8 auront été victimes d'abus sexuels.

Les mauvais traitements provoquent au moins 600 décès par an, de nombreuses incapacités physiques, mais aussi des troubles du développement psycho-affectif difficiles à évaluer précisément. Dans les deux enquêtes de l'Inserm, ces violences subies sont décrites et sont effectivement fréquemment rapportées par les adolescents.

Dans l'enquête auprès des jeunes scolarisés, 15 % des jeunes déclarent avoir subi des violences physiques et 4 % des violences sexuelles. Les garçons lycéens sont plus souvent victimes de violences physiques que les filles et les violences sexuelles concernent plus les filles en particulier les plus âgées.

Dans l'enquête CFI-Paque, 30 % des jeunes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles (31 % des garçons, 28 % des filles). Pour les garçons, dans 9 cas sur 10 il s'agit de violence physique ; pour les filles, dans la moitié des cas de violences sexuelles.

Un point important est à souligner : les liens entre les violences subies et les tentatives de suicide. Dans l'enquête CFI-Paque, il apparaît que le pourcentage de tentatives de suicide passent, pour les garçons, de 8 % chez ceux qui n'ont pas subi de violences à 40 % parmi ceux qui ont été victimes de violences. Pour les filles, ces pourcentages sont de 9 % et 48 %.

3.1.3. Les consommations

3.1.3.1. Le tabac

La consommation de tabac par les adolescents et les jeunes est abordée dans de nombreuses études. La synthèse des résultats fournis par ces études est rendue complexe par les différences multiples qui existent entre ces études (différences d'âge des sujets étudiés ; différences de type de population : population générale, population scolaire, population non scolarisée ; différences dans les critères étudiés : le fait d'avoir déjà fumé, être fumeur régulier, être fumeur quotidien, le nombre de cigarettes, avoir cessé de fumer, avoir fumé depuis plusieurs années... ; enfin l'année au cours de laquelle l'enquête a été réalisée). Les résultats indiqués ci-dessous proviennent des enquêtes suivantes :

- l'enquête nationale de l'Inserm sur les jeunes scolarisés âgés de 11 à 19 ans, 1993 ;
- l'enquête CFI-Paque sur les jeunes déscolarisés ayant en moyenne 21,5 ans, en 1993 ;
- l'enquête santé/Insee menée auprès d'un échantillon national de ménages en 1991 - 92 ;
- une étude menée au niveau du service de santé des Armées sur l'évolution de la consommation de tabac entre 1987 et 93 et portant sur des sujets de sexe masculin âgés de 18 à 27 ans ;
- l'enquête internationale HBSC menée durant l'année scolaire 1993 - 1994 dans 24 pays auprès de jeunes scolarisés âgés de 11 ans, 13 ans et 15 ans.

En France, si l'on considère l'ensemble des études menées durant une période homogène (dans les années 91 à 93), le pourcentage de sujets ayant déjà fumé varie de 20 % à 56 % suivant le sexe et la tranche d'âge considérée. Dans l'enquête de l'Inserm sur les jeunes scolarisés, 20 % ont déjà fumé et le début est plus précoce dans le sexe féminin. Dans l'enquête CFI-Paque sur les jeunes en insertion, 59 % ont déjà fumé (64 % pour le sexe masculin, 54 % pour le sexe féminin) et la première cigarette a été consommée avant l'âge de 15 ans. Dans l'enquête nationale menée par l'Insee, 34,5 % des hommes et 30,3 % des femmes âgés de 18 à 19 ans ont déjà fumé. Ces pourcentages pour les sujets âgés de 20 à 24 ans sont respectivement de 55,9 % et 48,8 % (Tableau XII).

En ce qui concerne les fumeurs quotidiens, ils sont 15 % dans l'enquête auprès des jeunes scolarisés, 53 % dans l'enquête CFI-Paque. Dans l'enquête de l'Insee, 27 % des femmes de 18 à 19 ans et 33 % des hommes de la même tranche d'âge fument réguliè-

rement. Ces pourcentages sont de 38 % et 51,4 % pour les sujets âgés de 20 à 24 ans. Dans toutes les études, l'évolution avec l'âge se fait dans le sens d'une augmentation de la consommation de tabac, sauf dans l'enquête CFI-Paque où, si la consommation augmente avec l'âge dans le sexe masculin, elle reste stable dans le sexe féminin. L'analyse de l'évolution dans le temps montre une diminution du tabagisme des jeunes en France. Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement a également diminué sauf pour les hommes âgés de 18 et 19 ans (Tableau XII). L'enquête Insee compare les années 1986 - 1987 aux années 1991 - 1992 et on peut noter (Tableau XII) la franche diminution de la consommation de tabac aussi bien dans le sexe masculin que dans le sexe féminin et aussi bien chez les 18 - 19 ans que chez les 20 - 24 ans entre ces deux périodes et qu'il s'agisse de fumeurs occasionnels ou de fumeurs réguliers. Toutefois, comme dit précédemment, les chiffres de fumeurs réguliers restent élevés en 91 - 92. Un fait particulièrement inquiétant dans cette étude : la diminution du pourcentage de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ayant cessé de fumer. En effet, on peut penser légitimement que le fait de cesser de fumer dans cette tranche d'âge est lié à l'existence de grossesses, or, en 1986 - 1987, 13,2 % des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient cessé de fumer ; elles ne sont plus que 10,7 % en 1991 - 92. Les données issues du service de santé des Armées montrent qu'entre 1987 et 1993 la consommation quotidienne de moins de 20 cigarettes par jour est passée de 45 % à 39 %.

Dans l'enquête HBSC, on peut voir que pour le fait d'avoir déjà fumé les jeunes Français se situent parmi les plus bas consommateurs (Figure 9). Seuls 4 pays ont des consommations plus basses pour les enfants de 11 ans : la Belgique francophone, le Pays de Galles, la Norvège et Israël ; 5 pour les enfants de 13 ans : l'Irlande du Nord, la Norvège, l'Espagne, les deux communautés belges et Israël ; 4 pour les sujets âgés de 15 ans : la Belgique francophone, l'Irlande du Nord, l'Espagne, Israël. Toutefois, on remarquera qu'à 15 ans, il est indiqué que 61 % des jeunes filles françaises ont déjà fumé et 57 % des garçons. Ces pourcentages supérieurs dans le sexe féminin concernent plusieurs pays et apparaissent dans les tranches d'âge les plus élevées. Chez les enfants de 11 ans, ce sont surtout les garçons qui fument. Le début est donc plus précoce dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, mais on assiste ensuite à un rattrapage. Les pays dans lesquels on voit les plus forts pourcentages de sujets ayant déjà fumé sont essentiellement les pays de l'Est et les Républiques baltes. Sur la figure 10 on peut voir le pourcentage de fumeurs réguliers (des cigarettes au moins 1 fois par semaine) en fonction du pays et de l'âge des sujets. La France occupe une position assez péjorative puisque, par exemple, pour les sujets de 13 ans elle est au 3e rang des forts consommateurs et au 9e rang pour les sujets de 15 ans). Là encore la consommation est plus élevée chez les filles (25 % des filles de 15 ans contre 23 % des garçons de 15 ans). Si on considère les sujets âgés de 15 ans, la France occupe une position moyenne en Europe, meilleure que celle de l'Autriche, de l'Allemagne, de l'Espagne, du Pays de Galles, de la Finlande ou de l'Ecosse, plus mauvaise que celle du Danemark, de la Norvège, de la Suède ou de la Belgique francophone.

3.1.3.2. L'alcool

Les études analysées pour la consommation d'alcool par les adolescents et les jeunes sont les mêmes que pour le tabac. L'enquête menée par l'Inserm auprès des jeunes scolarisés montre que plus de la moitié de ces jeunes consomment de l'alcool, 40 % occasionnellement, 12 % plus régulièrement, avec par ordre de fréquence décroissante, de la bière, des alcools forts, du vin. 58 % des garçons consomment de l'alcool contre environ 50 % des filles. La consommation s'accroît avec l'âge pour tous les jeunes mais de manière plus nette pour les garçons. Dans l'enquête CFI-Paque, 69 % des jeunes ont déjà bu de l'alcool et l'alcoolisation est régulière pour 23 %. Les garçons boivent plus régulièrement que les filles (36 % contre 13 %). La première consommation se situe avant l'âge de 16 ans. Au total 31 % disent avoir été ivres durant l'année et 15 % au moins 3 fois. Dans les données de l'enquête Insee (Tableau XIII), on peut noter que la

consommation d'alcool augmente notablement avec l'âge. Ainsi en 1991 - 92, les buveurs réguliers du sexe masculin sont 22 % à 18 - 19 ans et 39 % à 20 - 24 ans, dans le sexe féminin ces pourcentages sont de 8 et 12 %. On peut surtout noter sur ce tableau que, contrairement à ce qu'on observe pour le tabac, il y a des différences considérables entre les deux sexes. Les buveurs réguliers sont beaucoup plus rares chez les femmes : en 1991, 8 % chez les 18 - 19 ans, 12 % chez les 20 - 24 ans. Egalement, contrairement à ce qu'on observait à propos du tabac dont la consommation a sensiblement diminué entre la période 86 - 87 et la période 91 - 92, la consommation d'alcool reste à peu près stable, voire est en augmentation pour les buveurs réguliers du sexe masculin. Ce résultat est corroboré par l'étude du service de santé des Armées qui indique que la consommation d'alcool pendant les repas reste relativement stable entre 87 et 93 et celle en dehors des repas est en légère augmentation. Là encore, comme on l'observait à propos du tabac, on note dans l'enquête de l'Insee que le pourcentage des femmes de 20 à 24 ans ayant cessé de boire est plus faible en 91 - 92 qu'il ne l'était en 86 - 87. En ce qui concerne l'association de différents alcools et la nature des alcools, l'enquête Insee permet de constater que chez les moins de 20 ans la proportion de consommateurs simples augmente, mais aussi que chez les hommes il y a deux fois plus de consommateurs triples. Pour les 20 - 24, la consommation simple est en baisse mais la consommation triple est multipliée par 4 pour les hommes et par 2 pour les femmes. Parmi les jeunes, on note un recul important de la consommation de vin, la consommation de bière gagne du terrain à tout âge, mais la consommation d'alcools forts progresse chez les jeunes. Les femmes sont de plus en plus nombreuses à consommer des apéritifs ou des alcools chaque jour. Dans l'enquête HBCS, on peut constater que la consommation régulière d'alcool commence très précocement en France, puisque les jeunes Français âgés de 11 ans sont en tête des consommations d'alcool hebdomadaires ou plus fréquentes avec 8 % de filles le déclarant et 22 % de garçons. Pour la tranche d'âge des 13 ans, la France arrive en 2^e position et en 8^e position pour les sujets âgés de 15 ans, derrière de Pays de Galles, l'Irlande du Nord, la Belgique néerlandophone, l'Autriche, la Belgique francophone, l'Ecosse et le Danemark (Figure 11). L'étude eurobaromètre 37 montre que la consommation d'alcool chez les jeunes est un phénomène banal en Europe. En moyenne, pour l'ensemble des pays européens, 77 % des jeunes âgés de 19 à 24 ans ont déjà commencé à consommer de l'alcool. La France n'est pas parmi les pays dans lesquels le début est le plus précoce. Le début le plus précoce de consommation d'alcool, c'est-à-dire vers 13 - 14 ans, concerne surtout le Danemark, l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas.

3.1.3.3. La drogue et les médicaments psychotropes

Dans l'enquête sur les jeunes scolarisés, un jeune sur sept a déjà fait l'expérience de la drogue. 9 % en ont pris de façon occasionnelle et 5 % dix fois ou plus. Le cannabis vient en tête des drogues expérimentées (12 % des jeunes, soit 14,8 % des garçons et 8,8 % des filles), la cocaïne concerne 1,1 des jeunes et l'héroïne 0,9 %. Globalement, les garçons sont plus consommateurs que les filles (18 % contre 12 %). La consommation s'accroît avec l'âge, de façon plus marquée pour les garçons (20 % des garçons de plus de 18 ans en consomment).

Dans l'enquête CFI-Paque, 22 % des jeunes ont consommé de la drogue (30 % des garçons, 16 % des filles) et la moitié d'entre eux l'ont essayée au moins 10 fois. Une majorité n'a essayé que le haschisch (58 %) ; 2,5 % ont pris de la cocaïne et 2,3 % de l'héroïne. Avec l'âge la consommation augmente pour les garçons de 11 % à 20 % entre l'âge de moins de 20 ans et celui de 23 ans et plus, alors qu'elle diminue pour les filles. 1 % des sujets de l'enquête ont suivi une cure de désintoxication, et trois sur quatre sont des garçons.

Contrairement à ce qu'on observe pour les drogues illicites, la consommation de médicaments psychotropes est supérieure dans le sexe féminin. Dans l'enquête de l'Inserm sur

les jeunes scolarisés, 17 % des 11 - 19 ans ont pris au cours de l'année 93 des médicaments psychotropes, que ce soit sur initiative personnelle ou sur prescription, les filles en ont consommé davantage que les garçons. De plus, ce recours augmente avec l'âge chez les filles alors qu'il reste stable chez les garçons.

L'enquête menée par le service de santé des Armées permet de constater qu'entre 1987 et 1993 la consommation de drogue chez les jeunes hommes de 17 à 27 ans a augmenté passant de 7,7 % à 9,1 %. Cette augmentation touche de manière comparable les sujets n'ayant consommé qu'une fois de la drogue et ce en n'ayant consommé plusieurs fois.

Selon l'enquête Eurobaromètre 37, 6,4 % des Français âgés de 15 à 24 ans s'étaient déjà vus proposer de la drogue avant l'âge de 15 ans, la moyenne européenne étant de 6,5 et le pays dans lequel le premier contact avec la drogue est le plus précoce étant le Danemark suivi de près par l'Espagne. 29 % des Français âgés de 19 à 24 ans se sont vus proposer de la drogue avant l'âge de 19 ans. Cette même étude indique que 62 % des jeunes Européens estiment qu'il est facile de se procurer de la drogue à l'école, ce pourcentage étant de 87 % pour les jeunes Français seulement précédés des jeunes Italiens (88 %).

3.2. Les comportements protecteurs

Il existe beaucoup plus d'études visant à identifier chez les adolescents et les jeunes les comportements à risque que visant à identifier les comportements propres à protéger leur santé et leurs connaissances en matière de prévention. Ces rares études sont pourtant précieuses, car elles permettent de comprendre comment les adolescents et les jeunes peuvent répondre aux campagnes d'éducation pour la santé. Deux exemples de comportements protecteurs peuvent être cités ici et concernent, d'une part, la prévention du sida, d'autre part, l'utilisation des dispositifs de sécurité routière.

L'étude menée en 94 par l'ANRS auprès de 6500 adolescents âgés de 15 à 18 ans scolarisés dans l'enseignement général, technique ou professionnel ou accueillis dans des centres de formation professionnelle met en évidence une bonne connaissance générale des modes de transmission du VIH, bien meilleure que celle de la population générale. Près de 100 % des jeunes savent que le VIH peut être transmis lors de rapports sexuels, lors d'une injection de drogue avec une seringue usagée, en recevant du sang. 24 % d'entre eux pensent qu'on peut être contaminé par le VIH en donnant son sang. Entre 10 et 11 % des jeunes pensent qu'on peut être contaminé dans des toilettes publiques, par une piqûre de moustique ou en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée. L'ANRS a récemment rassemblé toutes les études menées dans le domaine des sciences sociales et concernant la connaissance des jeunes vis-à-vis de la transmission du VIH et des modes de prévention du sida. Cette compilation d'études montre à quel point en 10 ans les connaissances ont progressé chez les jeunes et à quel point les messages sont bien passés. L'enquête auprès des 15 - 18 ans met aussi en évidence une beaucoup plus grande tolérance et un sens plus grand de la solidarité avec les personnes atteintes que dans la population générale.

Il faut toutefois noter qu'il existe des différences entre les élèves de l'enseignement général et technique, ceux des lycées professionnels et ceux des centres de formation professionnelle et que c'est dans les lycées généraux et techniques que l'on rencontre le moins de croyances contraires aux connaissances scientifiques concernant la transmission du VIH (Tableau XIV).

Il est également à noter que dans les résultats de l'enquête sur le comportement sexuel des Français menée sur un échantillon national représentatif de la population âgée de plus de 18 ans par l'Unité 292 de l'Inserm, le taux de port du préservatif est bien supérieur chez les sujets de 18 ans à ce qu'il est chez l'adulte, notamment lors des relations

avec des partenaires multiples. En effet, à 18 - 19 ans, chez les garçons hétérosexuels, ce taux est de 90,9 % en cas de multipartenariat, de 74,8 % en cas de partenaire unique. Chez les hommes hétérosexuels âgés de 20 à 24 ans ces chiffres sont respectivement de 74,5 % et 42,0 %.

Dans le cadre de l'enquête HBSC, les données concernant l'utilisation de la ceinture de sécurité en voiture (Figure 12) montre que les jeunes Français sont parmi les meilleurs utilisateurs de ce dispositif de sécurité puisque chez les enfants de 11 ans, ils occupent la 6e position avec 71 % de filles et 75 % de garçons utilisateurs systématiques de la ceinture derrière la Finlande, l'Allemagne, la Suède, la Norvège et le Canada. Pour les enfants âgés de 13 ans, la France occupe la 2e position derrière l'Allemagne et la 5e derrière la Finlande, Israël, le Canada et l'Allemagne pour les adolescents âgés de 15 ans. Comme on le constate dans toutes les études portant sur ce sujet, et quel que soit le pays, le taux de port de la ceinture de sécurité baisse avec l'âge et il est généralement plus élevé dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

4. Synthèse des données statistiques et épidémiologiques

Si l'enfance et l'adolescence sont des âges où l'on meure peu, on peut néanmoins noter deux âges de grande vulnérabilité : la première année de la vie et la période qui va de 15 à 24 ans.

Dans les deux cas, la principale cause de décès est une cause évitable. Qu'il s'agisse de la mort subite du nourrisson ou des accidents. La mortalité liée à ces deux pathologies a vu une évolution récente assez satisfaisante en France. Toutefois, les taux de mortalité accidentels chez les adolescents et les jeunes restent largement supérieurs à ceux de pays voisins comparables par le niveau socio-économique et le niveau de capacité de prise en charge en urgence des victimes de traumatisme, et la mort subite du nourrisson reste un problème sans doute lié au tabagisme familial dont on a vu plus haut qu'il est largement répandu chez les jeunes en France, donc probablement chez les jeunes parents.

Les données de morbidité hospitalière ou recueillies par entretien dans le cadre d'enquêtes à domicile sur des populations représentatives sur le plan national, ou menées auprès des jeunes par auto-questionnaire sont convergentes. Les problèmes de santé somatiques principaux ressortent clairement de toutes ces études, il s'agit des infections respiratoires chez les enfants les plus jeunes, et à tout âge des troubles bucco-dentaires, des troubles de la statique vertébrale, des troubles visuels. La fréquence de ces derniers est corroborée par les dépistages menés en école maternelle puisque dans les deux études citées dans ce rapport, les troubles de l'acuité visuelle touche 9 et 11 % des jeunes élèves.

Le problème majeur de santé dès l'âge de 1 an et durant toute l'enfance, l'adolescence et la jeunesse jusqu'à 25 ans est constitué par les accidents. Les accidents sont la première cause de décès et, comme on l'indique plus haut, leur taux est supérieur à celui observé dans les pays voisins qu'il s'agisse des accidents mortels ou des accidents non mortels. Ils représentent la deuxième cause d'hospitalisation des garçons âgés de moins de 15 ans et on voit bien dans les enquêtes menées auprès des jeunes qu'ils soient scolarisés ou en insertion qu'ils sont survenus dans un pourcentage très élevé de cas l'année même de l'enquête et ont été la cause de nombreuses hospitalisations dans l'enfance. Les comparaisons internationales telles que celles menées dans le cadre de l'enquête HBSC montrent que la France est au premier rang de 24 pays pour la survenue de traumatismes graves chez les enfants de 11, 13, et 15 ans. Un des meilleurs indicateurs pour caractériser la mortalité prématurée est le nombre d'années potentielles de

vie perdues. Or, on sait que dans tous les pays industrialisés dont la France, les accidents sont la première cause de nombres d'années potentielles de vie perdues. Ces accidents sont probablement à la limite de la sphère somatique et de la sphère psychologique et sociale. En effet, s'ils génèrent une pathologie « somatique », on sait qu'ils surviennent dans des conditions complexes dans lesquelles convergent de nombreux facteurs de risque dont des facteurs psychologiques et des facteurs liés à l'environnement socio-économique. Ces accidents contribuent à faire envisager la santé de l'enfant et du jeune sous un tout autre angle que celui de la santé somatique. En effet, derrière le tableau somatique « bénin » dressé plus haut (troubles visuels, troubles bucco-dentaires, troubles de la statique vertébrale comme principale cause de morbidité), on sent bien un mal être psychologique chez l'adolescent et le jeune. Bien que dans les enquêtes du type de celle de l'Insee ou dans les données de routine issues de l'hospitalisation publique et privée la prévalence des troubles mentaux semble très faible, les données d'interrogatoire laissent planer une impression beaucoup plus péjorative. Les suicides sont nombreux en France chez les jeunes de 15 à 24 ans et leur taux dépasse celui des pays voisins. Les auto-questionnaires remplis par les jeunes font apparaître l'importance de la symptomatologie dépressive (75 % des jeunes en insertion de l'enquête CFI-Paque disent souffrir de symptômes dépressifs ou anxieux), la fréquence préoccupante des tentatives de suicide (7 % des élèves âgés de 11 à 19 ans et 15,5 % des jeunes en insertion), la fréquence des consommations des produits toxiques (alcool, tabac). En ce qui concerne ces consommations la situation est préoccupante par rapport à celle d'autre pays notamment quant au tabagisme de la jeune femme et à la consommation d'alcool, particulièrement élevée en France par rapport aux pays voisins. Le rôle des facteurs sociaux paraît déterminant comme le montre bien les comparaisons entre les données de l'étude menée auprès des jeunes scolarisés et celle menée auprès des jeunes en insertion.

Ce tableau de mal être psychologique se profile en fait dès la petite enfance derrière le tableau somatique rassurant. En effet, l'étude réalisée dans l'Hérault en 1988 montre bien qu'il existe 8 % de retard de langage et 15 % d'anomalies de la motricité fine chez les très jeunes enfants de moins de 6 ans. L'analyse des données de la « file active » des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile montre que les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43 % des 290 000 enfants suivis dans ces secteurs en 1993, ce qui revient à une prévalence de consultations pour cette tranche d'âge de 3,6 % par rapport à la population française du même âge. Enfin, les antécédents de violences subies pendant l'enfance rapportés par les adolescents montrent bien l'importance de la maltraitance durant la petite enfance.

Toutefois, ces mêmes jeunes montrent des capacités certaines à se protéger comme le montre notamment toutes les études récentes sur la connaissance des mécanismes de transmission et de prévention du sida. Il faut noter aussi que les jeunes savent faire appel au système de soins et consultent beaucoup le généraliste. D'autre part, certaines dispositions existant déjà en France permettent d'éviter certaines causes de mort fréquentes dans d'autres pays. Il en est ainsi des homicides, deuxième cause de mort aux États-Unis, qui sont extrêmement rares en Europe du fait d'une législation différente sur les armes à feu.

Un point important est à soulever, celui d'une vulnérabilité évolutive des filles. En effet, qu'il s'agisse de tabagisme ou d'exposition aux accidents, leur situation ne connaît pas la stabilisation qu'on observe dans le sexe masculin, voire s'aggrave à l'heure actuelle.

Les aspects rassurants quant à la santé somatique sont sans doute à discuter. En effet, les données épidémiologiques et statistiques telles qu'on peut les trouver dans les sources qui sont explorées ici, sont des données relativement grossières qui ne rendent pas compte de phénomènes comme celui de la gravité par exemple. Ainsi, les troubles visuels observés sont-ils des troubles bénins, sont-ils des cécités, des amblyopies ? Les statistiques telles qu'elles se présentent ne permettent pas de le savoir. Les maladies chroniques des adolescents (10 % selon ce qu'ils rapportent dans les auto-questionnaires)

sont-elles les maladies gravement invalidantes, sont-elles des maladies bénignes ? Le sujet n'est pas lui non plus bien exploré. La divergence qui existe entre les troubles mentaux, déclarés dans certaines études ou rapportés par les statistiques hospitalières, et la riche symptomatologie décrite par les jeunes pose également question. Toutes ces questions poussent à s'interroger sur la fiabilité des données recueillies et sur l'interprétation et l'utilisation des résultats qui sortent de ces diverses statistiques de routine et enquêtes.

5. Analyse critique de la fiabilité des données épidémiologiques

Les données statistiques et épidémiologiques qui ont été exposées ici proviennent, pour la grande majorité, de sources et d'organismes proposant des rapports ou des ouvrages qu'il est facile de se procurer. Ceci a été un choix délibéré, proposer aux lecteurs de ce rapport des données que tout professionnel s'intéressant à la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune peut aisément trouver. Bien entendu, il existe parfois des données plus fines, notamment dans la littérature scientifique internationale, alors que, dans certains cas, il s'agit ici de statistiques de routine. Ces chiffres sont d'interprétation délicate et leur nature globalisante recouvre des réalités complexes que l'on ne peut réellement appréhender que lorsqu'on sait quelles ont été toutes les conditions de recueil des données (définitions, populations concernées, procédures de collecte des données, nature des collecteurs...).

Bien que les statistiques de mortalité soient un outil d'une importance inestimable, car elles sont les seules qui soient exhaustives à niveau national et établies selon des normes et avec un codage qui permettent des comparaisons internationales, elles comportent un certain nombre d'imperfections, de nature et d'importance variables selon les pays, qui rendent l'interprétation des chiffres et les comparaisons parfois délicates. Ces problèmes méthodologiques sont détaillées ci-dessous, en prenant comme exemples les morts violentes et plus particulièrement les accidents d'une part, la mort subite du nourrisson d'autre part.

- Il existe un certain pourcentage de décès accidentels (d'importance variable selon l'âge et selon les pays) classés parmi les décès de causes non précisées (considérés comme relevant de symptômes et états morbides mal définis, ceux-ci ayant un pourcentage important en France, notamment pour les 15 - 24 ans) ; (Tableau III), notamment dans le cas de morts violents et suspectes faisant l'objet d'une enquête médico-légale, dont les résultats ne peuvent pas être communiqués lors de l'établissement des statistiques de mortalité. Le pourcentage de morts de cause non déclarée peut être très élevé dans certains cas ; ainsi en France, en 1983 - 1985 il était de 2 % pour l'ensemble de la population des décédés, mais dans la tranche d'âge 15 - 24 ans de 6,4 % des décès au niveau national et de 35 % à Paris.

- Il existe un pourcentage variable suivant les pays, parfois important, de « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention » (inclus dans les « autres morts violentes », catégorie particulièrement importante en France comme on l'a vu au Tableau III). Ce type de certification du décès peut correspondre à un refus, par le certificateur, du diagnostic de traumatisme intentionnel lorsque cela ne paraît pas culturellement et socialement acceptable, par exemple dans le cas des homicides de jeunes enfants ou des suicides d'adolescents. L'analyse de l'évolution récente en France des causes de morts violentes montre qu'une augmentation de la part des suicides dans l'ensemble des causes de décès correspond à une décroissance similaire de la part des accidents, phénomène vraisemblablement plus lié à des modifications dans les habitudes de codage qu'à un réel changement de pathologie.

- C'est sans doute l'hypothèse du « culturellement et socialement acceptable » qui explique en grande partie certaines différences surprenantes observées dans les statistiques de mortalité des jeunes de 15 à 24 ans, en ce qui concerne les décès par suicide. Une analyse de ces statistiques, établies en 1990 dans les douze pays de l'Union Européenne (Tableau XV), montre que dans huit des pays, les suicides représentent de 12,1 % à 17,7 % de l'ensemble des causes de décès dans cette tranche d'âge et que dans quatre pays (Espagne, Grèce, Italie, Portugal), ils représentent de 4,1 % à 6,6 % de l'ensemble des causes de décès et sont au troisième ou quatrième rang des causes de décès derrière les maladies de l'appareil circulatoire et/ou les signes, symptômes et états morbides mal définis. Dans tous les autres pays, les suicides sont la deuxième cause de décès. Il est donc légitime de se poser la question suivante : la part des suicides est-elle beaucoup plus faible en Espagne, Grèce, Italie, et Portugal que dans le reste de l'Europe (le Nord), ou le diagnostic de décès volontaire est-il plus difficilement accepté ? Cette tendance à la sous-déclaration existe-t-elle en France ? Dans ce cas la situation serait encore plus péjorative qu'elle ne le semble actuellement (Tableau III).

- En cas de décès accidentel, la cause de l'accident est souvent non spécifiée. Dans certains pays, notamment de langue latine, le mot « accident » est pour beaucoup synonyme d'« accident de la circulation ». De ce fait, en France, dans la catégorie « accidents non précisés », il y a certainement un important pourcentage d'accidents de la circulation, ceux-ci se trouvant ainsi sous-estimés dans les statistiques officielles.

- Les décès accidentels retardés par rapport à l'accident lui-même peuvent être codés comme relevant d'une autre cause, et le délai admis entre la date de l'accident et celle du décès pour poser le diagnostic de décès accidentel varie d'un pays à un autre, bien qu'il existe actuellement une définition européenne standardisée pour les tués dans des accidents de la circulation : « Toute personne tuée sur le coup ou décédée dans les trente jours suivants l'accident ». Cette définition n'est pas utilisée en France.

- L'analyse des chiffres de mortalité avant l'âge de 1 an est délicate et il existe une très grande hétérogénéité des taux de pays à pays. Les taux de mortalité accidentelles comme les taux français très élevés peuvent correspondre à des erreurs de classification : homicides codés comme des accidents, confusions entre suffocations et morts subites, notamment. En France, le nombre annuel de suffocations mortelles est très élevé, cette pathologie représentant 78 % des causes de décès accidentel au cours de la 1^{re} année de la vie. L'analyse de l'évolution du taux de ces suffocations et de celui des morts subites inexplicables du nourrisson depuis 20 ans (Tableau XVI) montre que la diminution des premières s'accompagne d'une augmentation des secondes. On peut supposer que, plutôt qu'un changement dans la pathologie, il existe un changement dans les habitudes de diagnostic devant un nourrisson retrouvé mort dans un berceau.

- Enfin, le codage des causes d'accident, fait à l'aide du code E de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS, ne permet pas l'identification des accidents domestiques (importante cause de décès chez les jeunes enfants), de loisir et de sport. Beaucoup d'utilisateurs de données statistiques ont pris l'habitude de soustraire du nombre total d'accidents le nombre d'accidents de la circulation et celui d'accidents du travail, identifiant ainsi les accidents domestiques et de loisir. Ce procédé tout à fait empirique a pour principal inconvénient, ainsi qu'il a été noté plus haut, de ne pas tenir compte des « accidents non précisés », catégorie comportant sans doute essentiellement des accidents de la circulation, et incluse ici dans les accidents domestiques.

Indépendamment de ces considérations qui concernent les deux tranches d'âge des enfants de moins de 1 an et des jeunes âgés de 15 à 24 ans, les statistiques de mortalité posent des problèmes plus généraux :

- les modifications de codage survenues dans les révisions successives de la Classification Internationale des Maladies gênent les comparaisons dans le temps ;
- il existe un délai, variable selon les pays, avant la publication des statistiques de mortalité rendant les comparaisons complexes ;

- les statistiques de mortalité sont un outil trop grossier pour analyser les causes rares de décès, or, dans l'enfance et l'adolescence, la plupart des effectifs de décès annuels sont faibles notamment dans le cas des maladies chroniques ;

Lorsqu'on considère les données de morbidité, on est frappé par la variabilité de certains chiffres et pourcentages en fonction des sources, ainsi les accidents très fréquents dans le sexe masculin dans les données hospitalières sont peu retrouvés en tant que pathologie auto-déclarée dans l'enquête Insee/Credes/Sesi. Les mêmes problèmes se rencontrent pour les troubles mentaux dont la prévalence varie considérablement d'une source à une autre. Il faut donc analyser les chiffres de morbidité en tenant compte des conditions de collecte de ces données.

Les données de morbidité proviennent essentiellement de deux sources : les enregistrements faits dans les services de santé et les entretiens sur la morbidité déclarée et la consommation médicale.

Les données enregistrées dans les services de santé posent un certain nombre de problèmes, notamment de représentativité. Ainsi la principale source d'information sur les accidents d'enfants et de jeunes, première cause de mortalité et de morbidité, est le système EHLASS qui est basé sur un échantillon volontaire, donc non représentatif, de consultations d'urgences des hôpitaux publics. Le problème de non représentativité n'est pas le seul en ce qui concerne la pathologie accidentelle puisque l'exclusion du système privé entraîne également une exclusion de certains types d'accidents, notamment les accidents de la pratique sportive très vastement pris en charge par le secteur privé de soins.

Les statistiques établies dans les services d'hospitalisation des hôpitaux publics et privés fournissent des chiffres qui se rapportent non pas à des sujets mais à des séjours. Ainsi, un même sujet peut être compté plusieurs fois et il a d'autant plus de chances d'être surreprésenté qu'il présente une pathologie grave ayant fait l'objet de plusieurs séjours pendant la période d'enquête. Dans les données proposées par le Crédes et l'Insee, comme dans celles émanant des hôpitaux, les pathologies sont classées selon les catégories de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, dans laquelle les grandes catégories constituent des ensembles très hétérogènes. Ainsi en est-il de la catégorie « troubles mentaux » qui regroupe de multiples affections et symptômes de signification et gravité très variables.

À ce problème de manque de finesse des diagnostics s'ajoute celui de la non spécification de la sévérité des troubles et des maladies enregistrés. Ceci est un problème particulièrement préoccupant et dans les données exposées précédemment et issues des statistiques de routine on peut s'interroger sur le degré de gravité des troubles présentés comme les plus fréquents chez les enfants et les adolescents : les troubles visuels, les troubles de la statique vertébrale, les troubles bucco-dentaires. Il s'agit là de grandes catégories génériques peu explicites quant aux véritables problèmes somatiques. Les enquêtes menées directement auprès des ménages, comme l'enquête Insee/Credes/Sesi sur la santé et les soins médicaux ou l'enquête de la Cnam sur la pathologie accidentelle permettent, par leur technique d'échantillonnage, d'obtenir une meilleure représentativité au niveau de la population nationale et permettent aussi d'obtenir des réponses éventuellement plus fiables et plus fines sur l'état de santé. Elles posent toutefois d'autres types de problèmes. Outre leur coût qui est plus élevé que celui des enregistrements en routine dans les services de santé, elles reposent sur l'autodéclaration de symptômes, de maladies ou de consommation médicale. Or celle-ci varie considérablement selon le niveau éducatif, socio-économique, selon le sexe, selon l'âge des sujets. La technique de recueil joue également un rôle et l'autodéclaration des symptômes et des maladies peut être affectée par le fait qu'il s'agit d'un entretien en face à face ou d'un entretien téléphonique ou du remplissage d'un autoquestionnaire. De plus, il est légitime de s'interroger sur la fiabilité des informations de type médical (diagnostic, gravité, traitement). Cette fiabilité est plus sujette à caution que lorsque l'enregistrement

s'est fait dans le cadre d'un service de santé. La sous déclaration n'est pas rare de façon générale lorsque la durée de la période de mémorisation est longue et l'on sait que le taux d'oublis augmente avec cette durée et de façon spécifique pour certains symptômes et certaines pathologies, cette sous-déclaration pouvant alors aussi varier en fonction de la personne interrogée.

Ainsi dans l'enquête Insee/Credes/Sesi, la mesure de la morbidité des adolescents pose un problème car les affections déclarées pour les adolescents et les jeunes dans ce type d'enquête souffrent d'un biais de sous-déclaration important car fréquemment le répondant n'est pas le jeune lui-même, mais un de ses parents et le plus souvent la mère ; ce sont donc les affections dont elle a connaissance qu'elle transmet lors de l'enquête.

Les sous-déclarations portent sur plusieurs maladies : troubles de santé bénins ne justifiant pas de soins médicaux ; affections plus graves touchant les points relatifs à la sexualité, aux troubles mentaux ou au développement du corps dont l'adolescent n'ose pas parler et les troubles qui ne sont pas considérés comme des maladies (consommation de drogues, alcool, tabac). D'autre part, les maladies somatiques graves sont bien connues des parents et donc bien déclarées. En revanche, on est frappé par le fait que les tentatives de suicide ne sont pas spécifiquement citées (Tableau VIII).

Les autoquestionnaires, par leur confidentialité, permettent d'obtenir des informations plus fiables que les questionnaires remplis lors d'entretiens, notamment quand il est question de comportement. Toutefois, les enquêtes par autoquestionnaires telles que les nombreuses études qui ont été menées récemment dans plusieurs pays dans de larges populations d'adolescents, scolaires principalement, et qui sont devenues la principale source de données de bonne qualité sur les styles de vie, les comportements liés à la santé et les problèmes de santé des adolescents, posent aussi certains problèmes méthodologiques.

Les données doivent être recueillies dans des populations représentatives de la population générale si l'on veut pouvoir en déduire des programmes applicables à l'ensemble des adolescents. En effet, bien que les adolescents scolarisés soient la vaste majorité, des études menées uniquement en cadre scolaire, peuvent conduire à de sérieux biais de sélection en excluant les jeunes peut être les plus à risque, parce que déscolarisés, parfois au chômage, parfois franchement marginalisés. Ceci ressort bien des résultats exposés ci-dessus. De plus, l'accès aux populations non scolarisées, suppose des procédures spécifiques, comme l'a montré l'enquête nationale suisse en 1992-1993 (recours à des travailleurs sociaux, des entreprises employant des adolescents, des institutions de soins ou d'aide, des centres de détention pour mineurs ; utilisation d'entretiens plutôt que d'auto-questionnaires).

Le remplissage d'un autoquestionnaire est encore plus dépendant du niveau éducatif que les réponses lors d'un entretien.

Les comportements auto-déclarés lors du remplissage de questionnaires posent également des problèmes de fiabilité. Une étude menée récemment dans le Maryland sur la cohérence des réponses dans le domaine des comportements sexuels a montré, par un suivi de cohorte sur plusieurs années, que cette cohérence est parfois faible et varie selon l'origine ethnique des sujets, le type de comportement étudié et de question posée (indicateur mesurant la sexualité : existence ou non de relations sexuelles, fréquence, âge au premier rapport). Ainsi, par l'interrogatoire répété chaque année des sujets, on a pu constater 67 % d'incohérence dans la déclaration de l'âge au premier rapport.

Un dernier problème méthodologique consiste en la rareté des études permettant la comparaison de deux groupes d'âge (les adultes et les adolescents), qu'il s'agisse d'enquêtes incluant des sujets de tous âges, ou d'études sur les adultes ou les adolescents distinctes mais ayant des méthodologies comparables. Seules de telles études permettraient d'affirmer la spécificité ou non des comportements de prise de risques à l'adolescence. Si l'on compare les données recueillies chez les adolescents et celles recueillies

chez les adultes (ce que l'on fait exceptionnellement), on peut constater que pour certains comportements à risque, les sujets qui présentent le plus de problèmes sont les adultes : accidents de la circulation et alcoolisation, mort par overdose, rapports sexuels non protégés en cas de multi-partenariat. Bien entendu, idéalement, il faudrait pouvoir disposer d'études longitudinales qui permettraient de repérer l'âge de début des comportements à risques.

Dans le cadre des comparaisons internationales, les problèmes sont bien sûr plus complexes encore, surtout lorsque les méthodologies n'ont pas pu être strictement comparables. C'est ainsi le cas dans l'enquête HBSC dans laquelle 24 pays ont été impliqués. Dans 21 pays l'échantillon étudié est national, dans 3 pays il n'est que régional : il s'agit de la France, de l'Allemagne et de la Russie. En France, seules deux régions sont représentées, celle de Nancy, celle de Toulouse.

Un phénomène est frappant dans la nature des données collectées, soit en routine, soit surtout dans le cadre d'études épidémiologiques spécifiques, c'est le manque d'informations sur l'enfance. La période périnatale a été largement explorée, notamment grâce aux enquêtes nationales menées par l'Unité 149 de l'Inserm. La période néonatale fait toujours l'objet d'enregistrements systématiques des principaux indicateurs de santé. On a vu que les adolescents et les jeunes sont l'objet d'un très grand intérêt de la part de nombreux chercheurs et que leur santé et leurs comportements ont été largement étudiés, en revanche il existe un manque cruel d'informations sur la santé somatique et la santé mentale du jeune enfant. Or, c'est bien à cet âge que se crée la personnalité du futur adolescent puis du futur adulte. Si l'on reprend les données qui ont été exposées ici et qui sont celles issues des bilans de santé menés en école maternelle, on peut tout d'abord souligner le manque de données de niveau national permettant d'avoir une idée précise des résultats des dépistages menés chez les jeunes enfants, notamment dans le domaine des troubles sensoriels et des troubles des acquisitions. Par ailleurs, la qualité et la comparabilité de ces bilans suivant les zones géographiques dans lesquels ils sont menés mérite une réflexion. Ces aspects ont été bien analysés dans l'étude menée dans la Somme. Cette étude montre bien la nécessité de mener des enquêtes spécifiques dans la mesure où les données de routine fournies par les services de PMI montrent une très grande diversité des méthodes utilisées et une très grande dispersion des pourcentages des anomalies dépistées. Ainsi, par exemple, entre 1988 et 1991, on peut noter des pourcentages de dépistages auditifs positifs qui passent de 3,4 à 7,7, et, d'autre part, selon les départements, les anomalies dépistées varient de 5 à 22 % pour les dépistages visuels, et de 3 à 12 % pour les dépistages auditifs. Il y a donc clairement un besoin en standardisation des méthodes et vérification régulière de la qualité des bilans réalisés.

Outre les problèmes de fiabilité liés aux techniques de collecte des données, se posent des problèmes d'interprétation et d'utilisation des résultats. En ce qui concerne l'interprétation, un premier problème se pose, celui d'affirmer devant un chiffre ou un pourcentage qu'il a une valeur péjorative ou au contraire favorable. Plusieurs fois, dans les données citées précédemment, il est indiqué que les jeunes sont en bonne santé sur le plan somatique : 85 % des jeunes en insertion se disent en bonne santé, 10 % des jeunes se plaignent d'une maladie chronique ou d'une incapacité. Doit-on retourner le propos et dire que 15 % des jeunes qui ont moins de 25 ans se sentent en mauvaise santé ? Insister sur le fait que 1 jeune sur 10 se disant atteint d'une maladie chronique ou d'une incapacité représente un pourcentage plutôt élevé ? Lorsqu'on parle de comportements à risque de consommation, de déviance ; par rapport à quelles normes se situe-t-on lorsqu'on exprime que les chiffres sont élevés ? Par rapport aux adultes ? Mais on a vu précédemment le manque de données comparatives permettant d'analyser conjointement les données chez les adultes et chez les adolescents et on a vu également que certains comportements déviants sont plus fréquents chez les adultes. Lorsqu'on dit qu'un chiffre est élevé, moyen, bas, se situe-t-on par rapport à une norme théorique liée au niveau d'acceptation sociale des conséquences négatives pour l'adolescent de ses

prises de risque (par exemple l'énorme coût économique, social et psychologique des accidents de la circulation) ?

L'utilisation des chiffres soulève également de nombreuses questions. En effet, lorsqu'il est question des adolescents et des jeunes, les chiffres sont souvent largement disséminés par les médias et l'image présentée actuellement de cette population n'est pas la plus favorable possible. Il est, en fait, de la responsabilité des professionnels de la santé qui vivent au quotidien près des adolescents, des épidémiologistes et des responsables de programmes qui manient ces chiffres de fournir les données chiffrées les plus fiables possibles et de permettre une mise en évidence des « vrais problèmes » : la dépression et les troubles psychosomatiques sont plus fréquents que la violence et la délinquance.

Quelles que soient les imperfections des données statistiques et épidémiologiques, elles continueront à être considérées comme d'une incontestable utilité et d'un apport inestimable pour les programmes de santé. Toutefois, on ne peut fonder ces programmes sur la seule analyse des données chiffrées. Parce qu'ils sont au contact quotidien avec les adolescents, les professionnels de la santé en général et les cliniciens en particulier jouent un rôle important dans la réflexion sur l'élaboration des actions en faveur des adolescents et dans le questionnement sur la fiabilité des données statistiques. Leur expérience relationnelle avec les adolescents contraste avec la froideur des chiffres. L'épidémiologie ne peut prétendre détenir la « vérité absolue ». La clinique voit les adolescents à travers le filtre de certains biais de recrutement. Les deux abords sont donc nécessairement complémentaires.

De plus, les collaborations pluridisciplinaires, avec les sciences humaines et sociales notamment, méritent également d'être suscitées et favorisées dans la mesure où l'approche purement médicale des problèmes de santé des adolescents est inapte à en révéler la complexité.

Finalement puisque l'analyse de données chiffrées reste un des outils préférentiels pour planifier des programmes et il est important d'améliorer la qualité de ces données. En ce qui concerne les données de mortalité, un effort tout particulier devrait être fait pour améliorer les statistiques de mortalité, et il y a un besoin clair en formation des professionnels de la santé et notamment des médecins, afin qu'ils comprennent que la certification des décès n'est pas une tâche purement administrative, que les statistiques jouent un rôle fondamental dans les politiques sanitaires, en fournissant des indicateurs, et qu'ils ont donc eux-mêmes un rôle important dans la qualité des données et notamment celles qui concernent les morts violentes.

Il y a également un besoin en données de routine de morbidité plus affinées permettant notamment une meilleure connaissance des diagnostics précis et de la gravité des symptômes et des maladies enregistrés, qu'il s'agisse des enregistrements au niveau hospitalier ou de ceux faits dans les grandes enquêtes en population type Insee.

Il y a un clair besoin en recherche sur la santé des enfants et plus particulièrement en études longitudinales permettant de suivre des enfants jusqu'à l'adolescence et la jeunesse afin de dépister les périodes charnières au cours desquelles on peut intervenir pour prévenir les troubles des acquisitions essentielles et empêcher certaines détériorations de la santé somatique et surtout de la santé mentale.

Il y a également un besoin en données plus systématisées de santé mentale et en recherche sur le suicide.

Concluons ce chapitre de réflexion sur la fiabilité des données statistiques et épidémiologiques en notant que, quelles que soient leurs imperfections, elles finissent par constituer un ensemble suffisamment cohérent et de plus convergent avec le vécu des professionnels qui sont au contact des adolescents et des jeunes pour que l'on puisse affirmer qu'il existe actuellement en France un authentique mal-être psychologique des jeunes et que la santé somatique n'est peut-être pas aussi positive que semblent le dire les chiffres.

Tableau I

Causes de décès par sexe et par âge de 0 à 24 ans en France en 1993 (Source : OMS)										
	Tous Age		0 ans		1-4ans		5-14 ans		15-24 ans	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Population (en milliers)	28079	29975	367	349	1531	1462	3768	3598	4162	4020
Toutes causes	275677	256586	2732	1872	589	415	773	537	4465	1562
- Nombre										
- Taux pour 100.000	(981,8)	(867,6)	(749,3)	(539,4)	(38,5)	(28,4)	(20,5)	(14,9)	(107,3)	(38,9)
Maladies infectieuses et parasitaires	3473	3781	52	49	24	16	17	13	28	22
	(12,4)	(12,8)	(14,3)	(14,1)	(1,6)	(1,1)	(0,5)	(0,4)	(0,7)	(0,5)
Tumeurs malignes dont Leucémies	86848	55864	16	10	63	40	146	106	230	138
	(309,3)	(188,9)	(4,4)	(2,9)	(4,1)	(2,7)	(3,9)	(2,9)	(5,5)	(3,4)
Troubles mentaux et maladies du système nerveux	10778	13734	104	67	40	27	54	37	216	95
	(38,3)	(45,8)	(28,3)	(19,2)	(2,6)	(1,8)	(1,43)	(1,02)	(5,2)	(2,36)
Maladies de l'appareil circulatoire	79614	94507	35	44	29	27	42	22	118	73
	(283,5)	(319,5)	(9,6)	(12,7)	(1,9)	(1,8)	(1,1)	(0,6)	(2,8)	(1,8)
Maladies de l'appareil respiratoire	20832	19545	89	45	20	13	20	21	64	47
	(74,1)	(65,2)	(24,4)	(13)	(1,3)	(0,89)	(0,53)	(0,58)	(1,53)	(1,16)
Malformations congénitales	922	748	572	436	74	45	32	34	36	40
	(3,3)	(2,49)	(156,9)	(125,6)	(4,83)	(3,0)	(0,84)	(0,94)	(0,86)	(0,99)
Affections de la période périnatale	781	527	781	527						
	(2,8)	(1,8)	(212,3)	(151,3)						
Symptômes et état morbide mal définis	11894	12316	870	548	65	43	30	30	301	119
	(42,4)	(41,6)	(238,6)	(157,9)	(4,2)	(2,9)	(0,8)	(0,8)	(7,2)	(3)
dont Mort subite du nourrisson			717	416						
			(196,7)	(119,9)						
Accidents*	16741	13541	87	68	176	127	276	160	2292	641
	(59,6)	(45,1)	(23,9)	(19,6)	(11,5)	(8,8)	(7,3)	(4,6)	(55,2)	(16)
Suicides	8861	3390					26	5	756	210
	(31,6)	(11,5)					(0,7)	(0,1)	(18,2)	(5,2)

Homicides	384 (1,4)	239 (0,8)	10 (2,7)	6 (1,7)	7 (0,5)	10 (0,7)	17 (0,5)	9 (0,3)	58 (1,4)	21 (0,5)
Autres morts violentes	1770 (6,3)	777 (2,6)	8 (2,2)	6 (1,7)	36 (2,4)	17 (1,2)	40 (1,1)	19 (0,5)	222 (5,3)	52 (1,3)
Autres**	30696 (109,3)	32328 (107,8)	108 (29,4)	65 (18,6)	55 (3,59)	49 (3,35)	73 (1,93)	74 (2,05)	140 (3,36)	98 (2,43)

* Nous n'avons pas inclus dans les causes d'accidents, les accidents médicamenteux

** Regroupe les tumeurs bénignes, les troubles métaboliques et nutritionnels, anémies et maladies de sang, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil génito-urinaire, causes obstétricales, maladies de peau, maladies ostéo-articulaires

Source : Annuaire de statistiques sanitaires mondiales - Genève 1995

Tableau II

Comparaisons Internationales des principales causes de décès chez les enfants de moins de 1 an par sexe et en taux pour 100.000 (Source : OMS)										
	Malformations congénitales		Affections périnatales		Symptomes et états morbides mal définis		Dont mort subite du nourrisson		Accidents	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
France 1993	156,9	125,6	214,2	151,9	238,6	157,9	196,7	119,9	23,9	19,6
Allemagne 1994	184,9	163,8	253,6	185,4	121,5	91,5	110,9	82,4	11,1	11,2
Italie 1992	237,6	194,3	509,3	392,2	27,3	21,8	12,6	10,2	16,0	11,6
Espagne 1992	250,6	213,5	338,5	264,6	54,7	26,0	45,4	20,8	33,2	24,5
Suède 1992	175,9	156,3	212,4	147,6	89,6	57,3	84,6	55,6	3,3	8,7
Royaume Uni 1993	135,9	121,3	365,6	276,6	78,3	57,4	73,7	53,4	7,7	8,9
USA 1992	193,7	172,2	419,1	344,7	168,4	117,6	142,4	97,1	22,2	17,9
Japon 1994	153,5	140,9	140,7	107,7	55,5	36,4	45,4	29,7	30,3	21,1

Source : Annuaire de statistiques sanitaires mondiales - Genève 1995

Source : Annuaire de statistiques sanitaires mondiales - Genève 1995

	1993		1994		1992		1993		1994		1992		1994			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Tumeurs	5,5	3,4	5,1	3,8	7,3	4,8	6,6	4,8	6,0	4,6	6,0	4,1	5,9	4,1	4,8	3,4
Accidents (Accidents thérapeutiques non inclus)	55,2	16,0	47,0	12,4	59,9	12,4	68,5	16,7	25,4	8,5	27,8	7,4	55,5	19,3	30,5	7,4
Suicides	18,2	5,2	13,9	3,7	6,8	1,8	6,8	1,3	12,0	6,6	11,5	2,2	21,9	3,7	12,0	5,1
Homicides	1,4	0,5	1,3	1,0	4,4	0,6	1,3	0,6	1,8	0,7	2,1	0,8	36,8	6,4	0,6	0,3
Autres morts violentes	5,3	1,3	2,6	0,6	0,8	0,1	0,9	0,3	3,7	1,5	7,0	1,6	2,0	0,3	1,7	0,6
Symptômes et états morbides mal définis	7,2	3,0	3,9	1,2	3,1	0,8	1,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,2	2,4	1,1	0,7	0,2
Maladies de l'appareil circulatoire	2,8	1,8	3,5	2,7	4,2	2,0	7,7	2,9	3,3	2,0	3,5	2,0	4,4	2,7	4,4	2,5

Tableau IV

Evolution du taux de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans, par sexe, en France de 1950 à 1993 (Taux pour 100.000). Source : Inserm, Statistiques des causes de décès									
NB : Le rapport M/F représente la surmortalité masculine									
	15-24 ans			15-19 ans			20-24 ans		
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F
1950	7	3	2,33						
1960	6	4	1,5	5	3	1,66	8	5	1,6
1965	6	4	1,5	4	3	1,33	9	5	1,8
1970	10	4	2,5	7	4	1,75	12	4	3
1975	12	5	2,4	7	4	1,75	17	6	2,9
1980	15	5	3	7	3	2,33	24	8	3
1985	17	5	3,4	9	3	3	25	7	3,5
1990	14	4	3,5	8	3,3	2,6	20,1	5,5	3,8
1993	18,2	5,2	3,5						
1994	16,1	4,3	3,7						

Tableau V'

**Prévalence des anomalies somatiques observées
lors de l'examen en école maternelle dans l'Hérault**
Source : RESP 1992;40:25-32

	Prévalence	
	%	IC *
Anomalies sensorielles	18,2	1,2
Anomalies de l'audition (n = 1 391)	4,6	0,7
Anomalies de l'acuité visuelle (n = 1 383)	11,0	1,0
- dont binoculaire	5,5	0,7
- dont monoculaire	5,5	0,8
- dont sévères (A.V. < 3 à un œil au moins)	2,6	0,5
Strabismes (N = 1 383)	4,8	0,8
Autres anomalies ophtalmologiques (n = 1 383)	1,0	0,3
Autres anomalies de l'examen somatique (n = 1 399)	7,7	1,0
Total des anomalies somatiques (n = 1 383)	24,2	1,4

Notes : Intervalle de confiance du pourcentage au risque α de 0,05.

Tableau VI
Pathologies traitées dans les services de soins de courte durée
des établissements hospitaliers publics et privés
Répartition des séjours annuels par sexe, âge et groupe d'affections (1)

Enfants (moins de 15 ans)

1993

en %

	GARÇONS			FILLES		
	Répartition des séjours annuels (2)	Proportion d'hospitalisations < 24 heures	Part du secteur public (3)	Répartition des séjours annuels (2)	Proportion d'hospitalisations < 24 heures	Part du secteur public (3)
Maladies infectieuses et parasitaires	4,0	14,2	88,3	4,5	7,6	94,4
Tumeurs	2,6	64,1	85,2	3,6	64,1	88,7
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	1,1	32,7	98,3	1,5	47,5	100,0
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1,2	39,5	98,3	1,5	34,4	100,0
Troubles mentaux	0,5	44,0	100,0	0,6	39,0	95,9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	11,4	70,8	32,8	12,6	70,7	30,5
Maladies de l'appareil circulatoire	0,7	23,5	85,6	0,7	33,8	83,1
Maladies de l'appareil respiratoire	18,5	41,2	50,9	17,8	46,8	47,6
Maladies de l'appareil digestif	10,0	13,5	55,0	12,2	12,7	48,4
Maladies des organes génito-urinaires	6,8	47,2	47,7	2,8	17,8	81,9
Accouchement normal (4)	///	///	///	-	-	-
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	///	///	///	0,1	0,0	100,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,7	33,1	74,0	1,8	30,4	73,7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1,7	18,7	74,1	2,0	22,2	76,6
Anomalies congénitales	5,1	24,7	77,1	3,8	22,7	78,2
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	5,2	1,9	98,1	5,6	0,8	95,7
Symptômes, signes et états morbides mal définis	8,5	15,3	85,4	10,1	12,7	83,1
Lésions traumatiques et empoisonnements	11,9	21,3	74,8	9,8	20,0	74,5
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (5)	9,1	67,1	87,1	9,4	72,1	84,4
TOTAL TOUTES CAUSES	100,0	35,9	86,7	100,0	35,5	86,7
Effectifs estimés (milliers)	898,5			743,7		

(1) Résultats provisoires.

(2) Ensemble des séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements bristols) et hospitalisations.

(3) Hôpitaux publics et établissements privés non lucratifs PSPH.

(4) Code 850 de la CIM de l'OMS 9^{ème} révision.

(5) Autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux ...

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère du Travail et des Affaires sociales - SESI

Tableau VII
Morbidité prévalente selon l'âge

1991-1992

Nombre de maladies pour 100 personnes

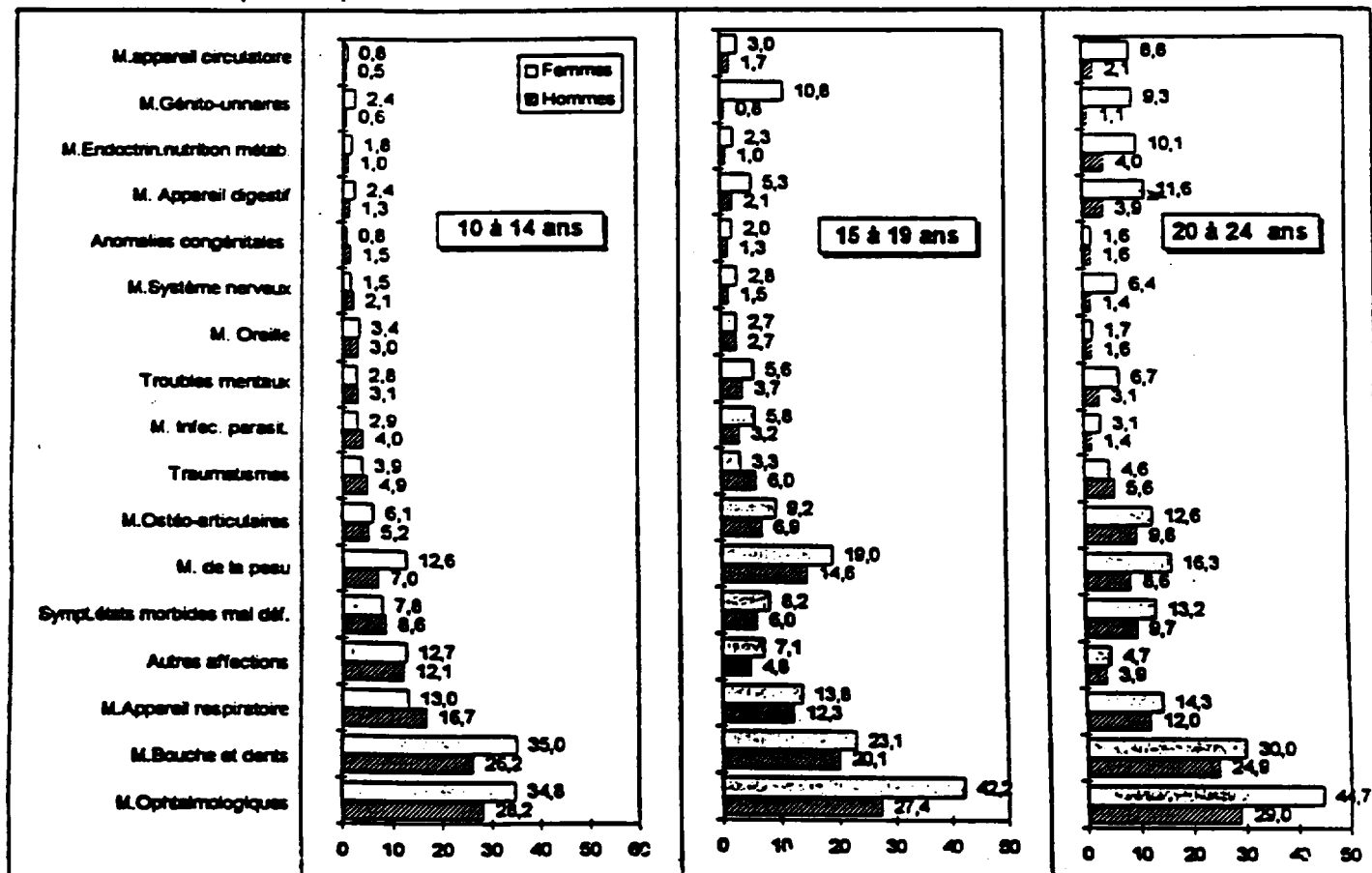
Domaines pathologiques	Enfants de moins de 15 ans		Adultes de 15 à 64 ans		Personnes âgées de 65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses et parasitaires	4,2	3,6	2,6	4,4	4,4	4,7
Tumeurs	0,2	0,1	1,6	3,5	7,3	4,4
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	0,7	1,3	22,7	29,6	55,5	67,8
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,9	0,5	0,3	1,0	1,4	2,7
Troubles mentaux	3,0	2,5	7,2	14,9	15,1	25,5
Maladies du système nerveux et des organes des sens	27,8	28,4	60,5	80,8	154,5	160,8
dont Maladies du système nerveux seules	1,0	0,6	3,9	9,3	6,1	7,8
Maladies ophtalmologiques	19,7	21,3	51,7	67,5	121,9	131,4
Maladies de l'oreille	7,1	6,5	4,9	4,0	26,5	21,6
Maladies de l'appareil circulatoire	0,1	0,3	19,5	37,1	121,4	150,9
Maladies de l'appareil respiratoire	20,0	17,0	12,8	15,3	25,3	18,1
Maladies de l'appareil digestif	18,6	21,6	56,7	73,2	122,0	149,7
dont Maladies de l'appareil digestif seules	2,6	3,4	12,0	19,2	37,4	52,9
Maladies de la bouche et des dents	16,0	18,2	44,7	54,0	84,6	96,8
Maladies des organes génito-urinaux	0,8	1,2	2,6	17,5	14,8	8,9
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	///	///	///	0,6	///	///
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	9,8	11,7	8,4	12,9	11,0	13,1
Maladies du système ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif	3,3	3,3	23,9	32,4	57,5	83,9
Anomalies congénitales	2,2	2,2	0,8	1,0	0,3	0,9
Affections périnatales	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	10,3	8,5	13,7	21,7	41,4	58,4
dont Troubles du sommeil	1,3	0,9	3,6	5,8	16,6	25,3
Asthénie	0,9	1,9	1,8	3,6	2,5	5,2
Céphalées	0,4	0,4	2,4	4,2	2,5	5,0
Lésions traumatiques et empoisonnements	3,1	3,0	6,2	3,7	5,8	5,9
Autres affections	7,4	7,4	12,3	25,7	42,5	58,6
TOTAL TOUTES CAUSES	112,4	113,1	252,0	375,2	680,4	814,3

Champ : France métropolitaine

Source : CREDES

Tableau VIII
Taux de morbidité prévalente par grands domaines pathologiques
selon l'âge et le sexe

Nombre de maladies pour 100 personnes



Source : CREDES

Données : Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux

Tableau IX

**. Répartition par âge et par sexe. Etablissements médico-sociaux d'éducation spéciale.
Distribution des effectifs en fonction de l'âge et du sexe au 1.1.92 (France entière)**

Age	< 3 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20 ans et +	Total	%
Sexe								
Garçons	135	1 461	14 092	26 726	20 061	3 414	65 889	61,0
	0,2 %	2,2 %	21,4 %	40,6 %	30,4 %	5,2 %	100 %	
Filles	1 06	1 060	8 759	15 732	13 874	2 526	42 057	39,0
	0,3 %	2,5 %	20,8 %	37,4 %	33 %	6 %	100 %	
Ensemble	241	2 521	22 851	42 458	33 935	5 940	107946	100
	0,2 %	2,3 %	21,2 %	39,3 %	31,5 %	5,5 %	100 %	

Source : d'après enquête ES 91. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. SESI.

Tableau X

. Répartition selon le sexe et le type de déficience principale* de la clientèle de établissements médico-sociaux d'éducation spéciale au 1.1.92 (France entière).

Type de déficience principale	Sexe	Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Retard mental profond et sévère		5 631	8,5	4 157	9,9	9 788	9,1
Retard mental moyen		14 882	22,6	11 141	26,5	26 023	24,1
Retard mental léger		15 610	23,7	10 490	24,9	26 100	24,2
Autre déficience de l'intelligence		289	0,4	174	0,4	463	0,4
Autres déficiences du psychisme (troubles de la conduite et du comportement et troubles psychologiques graves)		15 397	23,4	5 539	13,2	20 936	19,4
Déficience du langage et de la parole		549	0,8	275	0,6	824	0,8
Déficiences auditives		4 345	6,6	3 603	8,6	7 948	7,4
Déficiences visuelles		1 929	3,0	1 344	3,2	3 273	3,0
Déficiences motrices		4 162	6,3	2 679	6,4	6 821	6,3
Déficiences viscérales, métaboliques et nutritionnelles		197	0,3	132	0,3	329	0,3
Polyhandicaps		2 830	4,3	2 441	5,8	5 271	4,9
Non déterminé		88	0,1	82	0,2	170	0,1
Total		65 889	100	42 057	100	107 946	100

Source : d'après enquête ES 91 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville - SESI.

La nomenclature utilisée est issue de la Classification Internationale des Handicaps (OMS).

* Triomphe, A., Tomkiewicz, S. Les handicapés de la prime enfance, PUF, 1985.

Tableau XI

Répartition des cas de SIDA par âge au diagnostic et sexe
Cas diagnostiqués entre le 1^{er} juillet 1994 et le 30 juin 1995, entre le 1^{er} juillet 1995 et le 30 juin 1996 et depuis 1978
 (France, 30 juin 1996)

	Cas diagnostiqués* entre le 1 ^{er} juillet 1994 et le 30 juin 1995			Cas diagnostiqués* entre le 1 ^{er} juillet 1995 et le 30 juin 1996			Cas cumulés depuis 1978		
	Femmes	Hommes	Total (%)	Femmes	Hommes	Total (%)	Femmes	Hommes	Total (%)
	SR = 3,9			SR = 3,7			SR = 4,7		
< 5 ans	14	18	32 (10,6)	5	6	11 (0,3)	211	266	477 (1,1)
5-14 ans	10	7	17 (0,3)	1	2	3 (0,1)	56	111	167 (0,4)
15-19 ans	5	5	10 (0,2)	5	5	10 (0,3)	49	112	161 (0,4)
20-24 ans	42	71	113 (2,2)	28	43	71 (2,1)	525	1 273	1 798 (4,3)
25-29 ans	208	490	698 (13,6)	125	297	422 (12,4)	1 841	6 181	8 022 (19,0)
30-34 ans	327	1 133	1 460 (28,3)	212	722	1 028 (30,1)	1 934	8 702	10 636 (25,2)
35-39 ans	191	861	1 052 (20,4)	141	601	742 (21,7)	1 023	6 524	7 547 (17,9)
40-44 ans	89	550	639 (12,4)	80	372	452 (13,2)	565	4 524	5 089 (12,0)
45-49 ans	60	404	464 (9,0)	45	258	303 (8,9)	303	2 780	3 083 (7,3)
50-59 ans	71	381	452 (8,8)	53	254	307 (9,0)	422	2 916	3 338 (7,9)
60-69 ans	37	129	166 (3,2)	30	100	130 (3,8)	329	1 114	1 443 (3,4)
≥ 70 ans	8	40	48 (0,9)	6	22	28 (0,8)	158	343	501 (1,2)
Total	1 062	4 089	5 151 (100,0)	731	2 682	3 413 (102,8)	7 416	34 846	42 262 (100,0)
	SR = 3,9			SR = 3,7			SR = 4,7		

* Données provisoires

Source : BEH n° 36/96 Ministère des Affaires Sociales

Tableau XII

Consommation de tabac par les jeunes de 18 à 24 ans, selon l'âge et le sexe, en France, en 1986-87 et 1991-92 (%)

	A déjà fumé	A cessé de fumer	Fume régulièrement	Nb moyen de cigarettes quotidiennes
1986-1987				
Hommes 18-19 ans	44,8	4,4	40,4	11,0
20-24 ans	64,7	7,6	57,1	16,0
Femmes 18-19 ans	42,4	3,7	38,8	10,3
20-24 ans	57,1	13,2	43,9	13,2
1991-1992				
Hommes 18-19 ans	34,5	1,3	33,1	11,8
20-24 ans	55,9	4,5	51,4	14,8
Femmes 18-19 ans	30,3	3,0	27,3	9,6
20-24 ans	48,8	10,7	38,0	11,6

Source : Enquête Santé INSEE -1991-1992

Tableau XIII

Consommation d'alcool des jeunes âgés de 18 à 24 ans, selon l'âge et le sexe, en France, en 1986-1987 et 1991-1992 (en %)

	A déjà bu	A cessé de boire	Boit régulièrement
1986-1987			
Hommes 18-19 ans	21,6	2,1	19,5
20-24 ans	40,6	8,1	32,5
Femmes 18-19 ans	9,3	1,2	8,1
20-24 ans	16,5	3,1	13,4
1991-1992			
Hommes 18-19 ans	24,6	2,6	21,9
20-24 ans	43,6	4,3	39,2
Femmes 18-19 ans	7,8	0,0	7,8
20-24 ans	14,3	2,5	11,8

Source : Enquête Santé INSEE

Tableau XIV

Pourcentage de réponses éronnées concernant la transmission du VIH , selon la filière de formation de jeunes âgés de 15 à 18 ans.

Transmission du VIH	Enseignement général et technique	LEP	CFA, OF, CIPF
dans les toilettes publiques	7,3	13,6	25,0
par une piqûre de moustique	8,2	13,6	17,2
En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	7,4	18,1	24,8
en donnant son sang	18,5	33,0	40,6

Source : Lagrange H, Lhomond B. *Les comportements Sexuels des Jeunes de 15 à 18 ans : Rapport.*
Paris : ACJS/ANRS 1995

	ACCIDENTS				SUICIDES			TUMEURS MALIGNES		
	NB TOTAL DE DECES	NB DE DECES	% DU NB TOTAL	RANG	NB DE DECES	% DU NB TOTAL	RANG	NB de DECES	% DU NB TOTAL	RANG
ALLEMAGNE	7436	3583	48,2	1	1028	13,8	2	561	7,5	3
BELGIQUE*	1082	609	56,3	1	156	14,4	2	83	7,7	3
DANEMARK	396	176	44,4	1	70	17,7	2	46	11,6	3
ESPAGNE**	5232	3060	58,5	1	343	6,6	4(a)	385	7,4	3
FRANCE	6545	3527	53,9	1	791	12,1	2	412	6,3	3
GRECE	1051	663	63,0	1	48	4,6	4(a)	90	8,6	2
IRLANDE	359	181	50,4	1	56	15,6	2	35	9,7	3
ITALIE**	5659	2980	52,7	1	316	5,6	3	569	10,1	2
LUXEMBOURG	48	33	68,8	1	6	12,5	2	(1)	(2,1)	-
PAYS-BAS	1053	404	38,4	1	139	13,2	2	119	11,3	3
PORTUGAL	1809	813	45,0	1	75	4,1	4(a)	119	6,6	3
ROYAUME-UNI	4918	2082	42,3	1	613	12,5	2	433	8,8	3
TOTAL	35588	18111	50,9		3641	10,2		2853	8,0	

* BELGIQUE : 1987

** ESPAGNE, ITALIE : 1989

(a) Pays dans lesquels le suicide est au 4ème rang parmi les causes de décès : Espagne : 2ème cause = maladies de l'appareil circulatoire (N = 424) ; Grèce : 3ème cause = maladies de l'appareil circulatoire (N = 68) ; Portugal : 2ème cause = signes, symptômes, états morbides mal définis (N = 337)

SOURCE : OM

TABLEAU XVI : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DU TAUX (POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES) DE SUFFOCATIONS ET DE MORTS SUBITES INEXPLIQUEES DU NOURRISSON, CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 1 AN EN FRANCE ENTRE 1970 ET 1990

		SUFFOCATION		MORT SUBITE INEXPLIQUEE	
		N	TAUX POUR 100 000	N	TAUX POUR 100 000
NOMBRE DE DECES					
1970	15 437	521	61,3	217	25,5
1975	10 277	632	84,8	211	28,3
1980	8 010	596	74,5	823	102,8
1985	6 389	237	31,9	1231	165,8
1990	5 599	223	29,7	1369	182,4

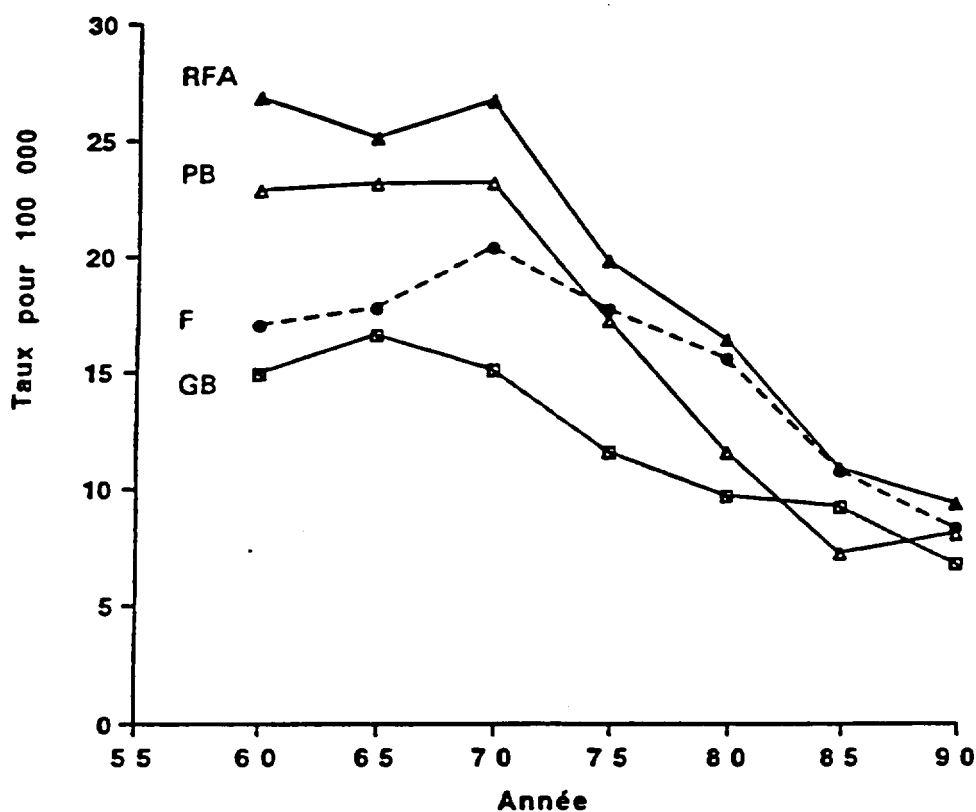


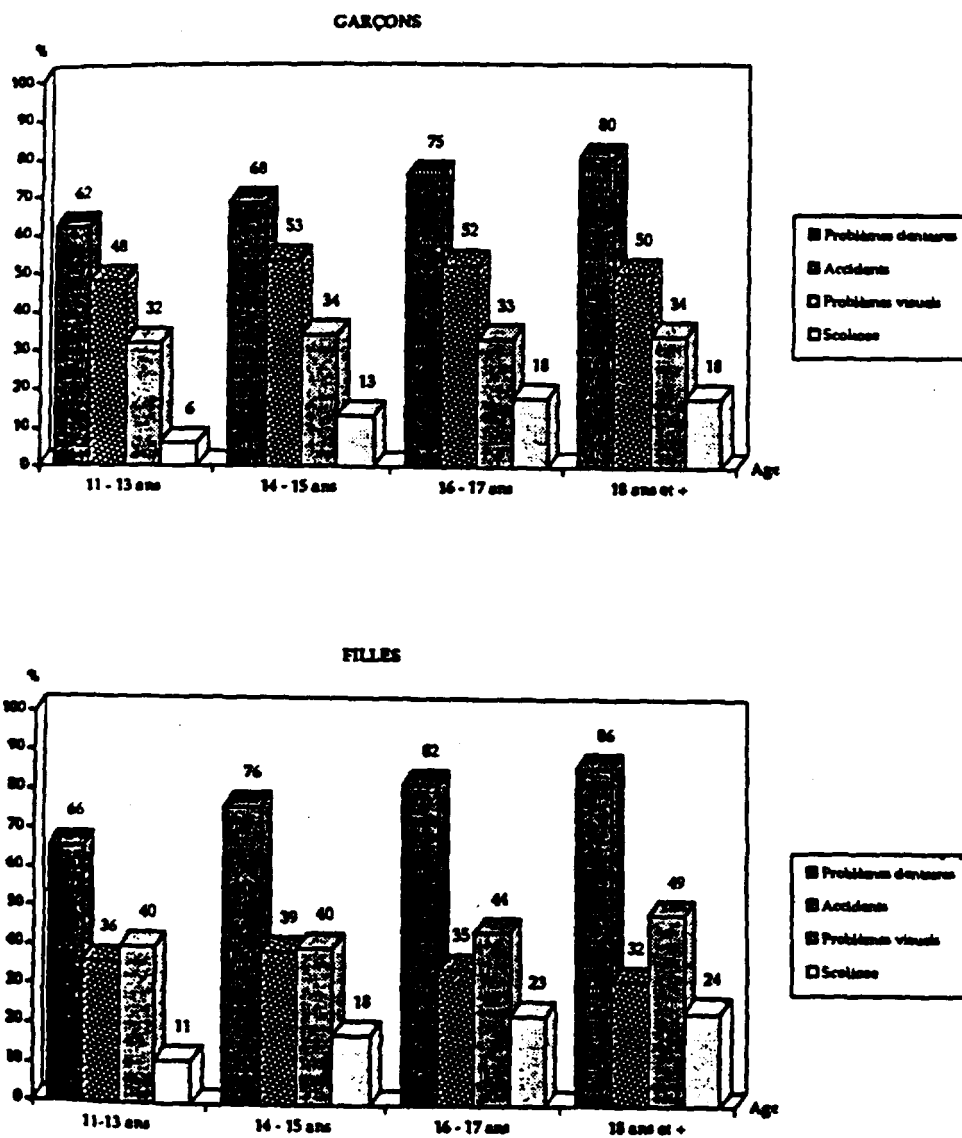
Figure 1. Evolution de la mortalité accidentelle des sujets âgés de 1 à 14 ans, entre 1960 et 1990, en RFA*, Pays-Bas, France et Grande-Bretagne**, (en taux pour 100 000).

* République d'Allemagne pour 1990, ** Royaume-Uni pour 1990.

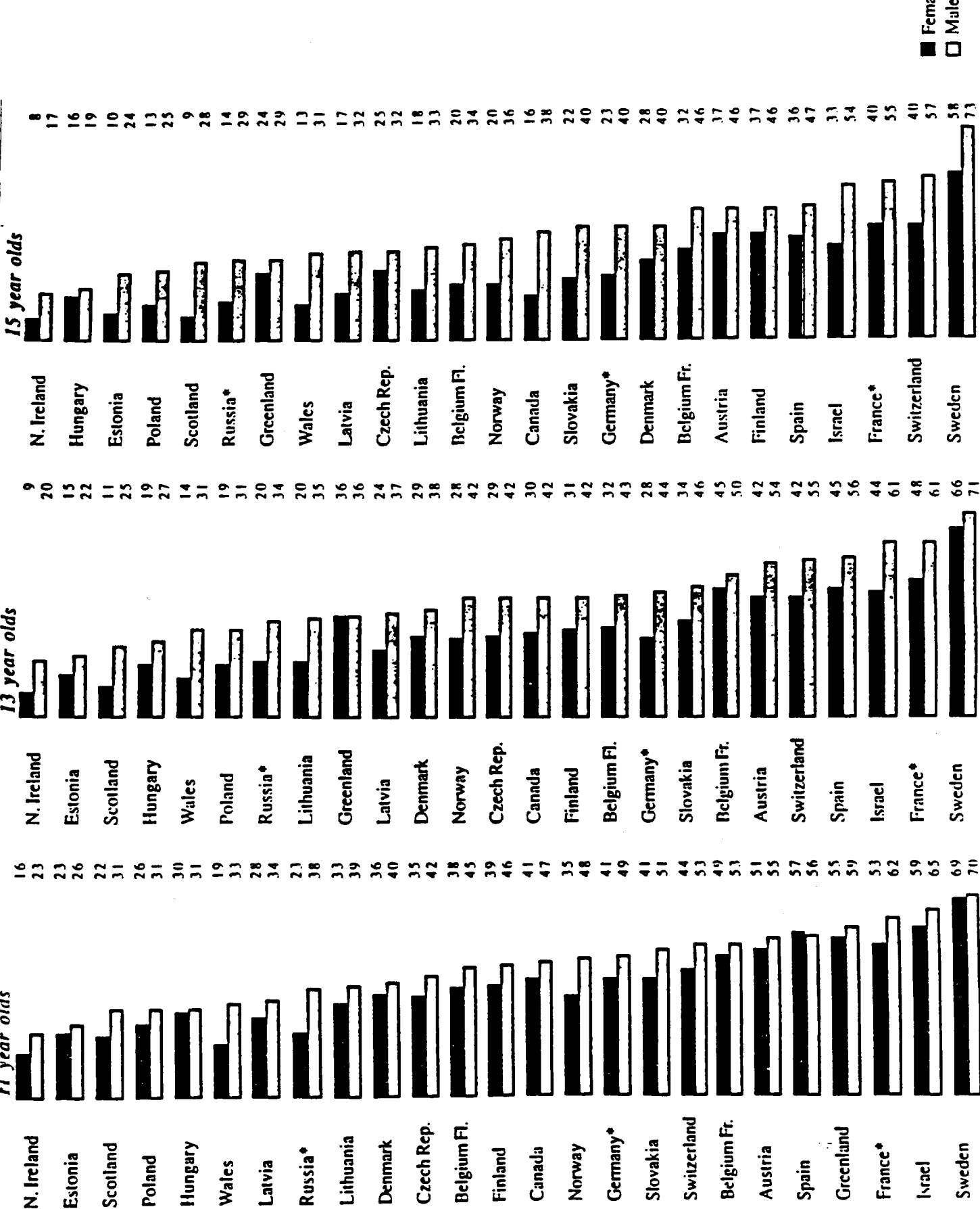
Source : OMS

Figure 2

**Problèmes de santé
par sexe et par âge
(en %)**

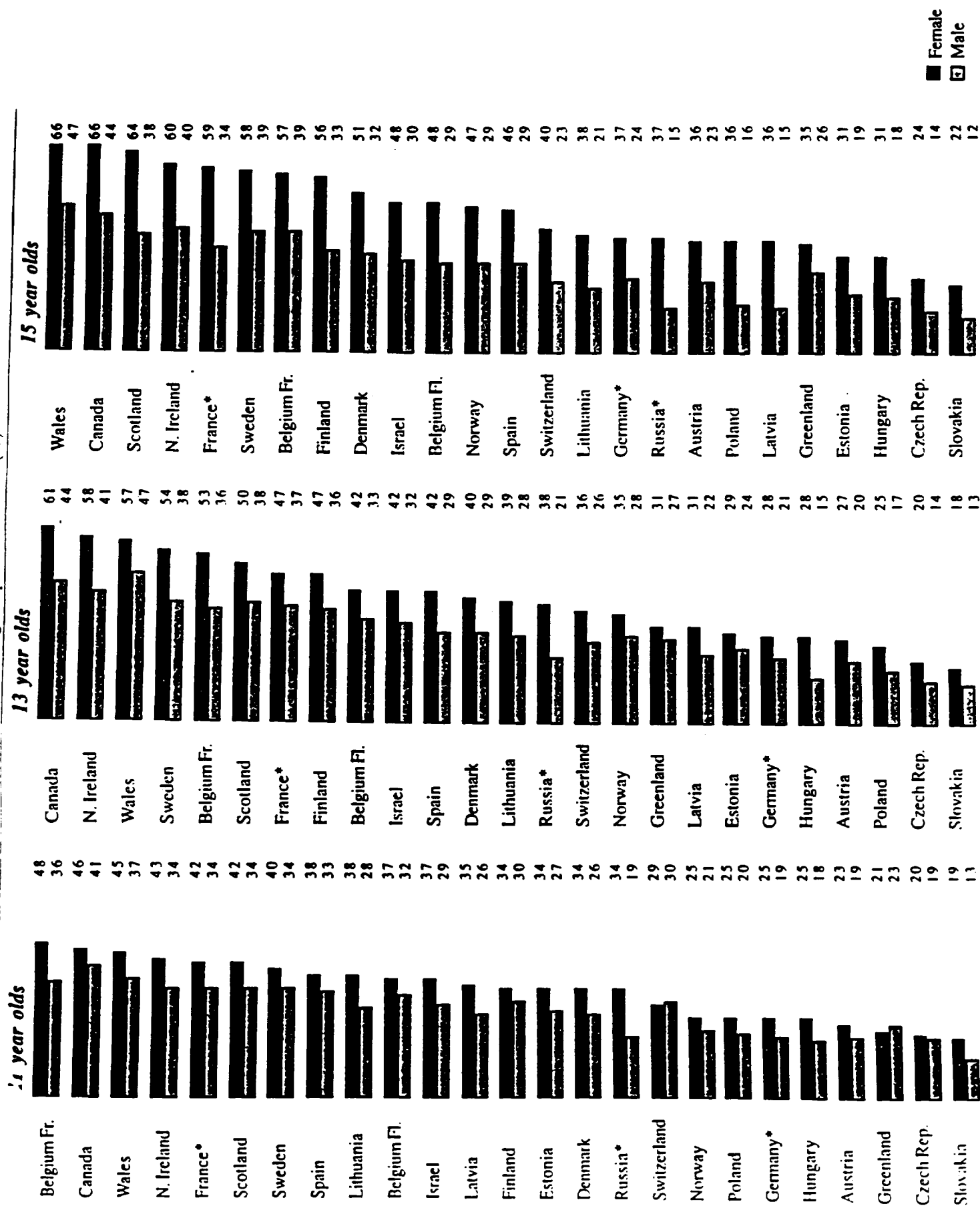


Source : M. Choquet, S. Ledroux. Adolescents - Enquête nationale - INSERM 1994

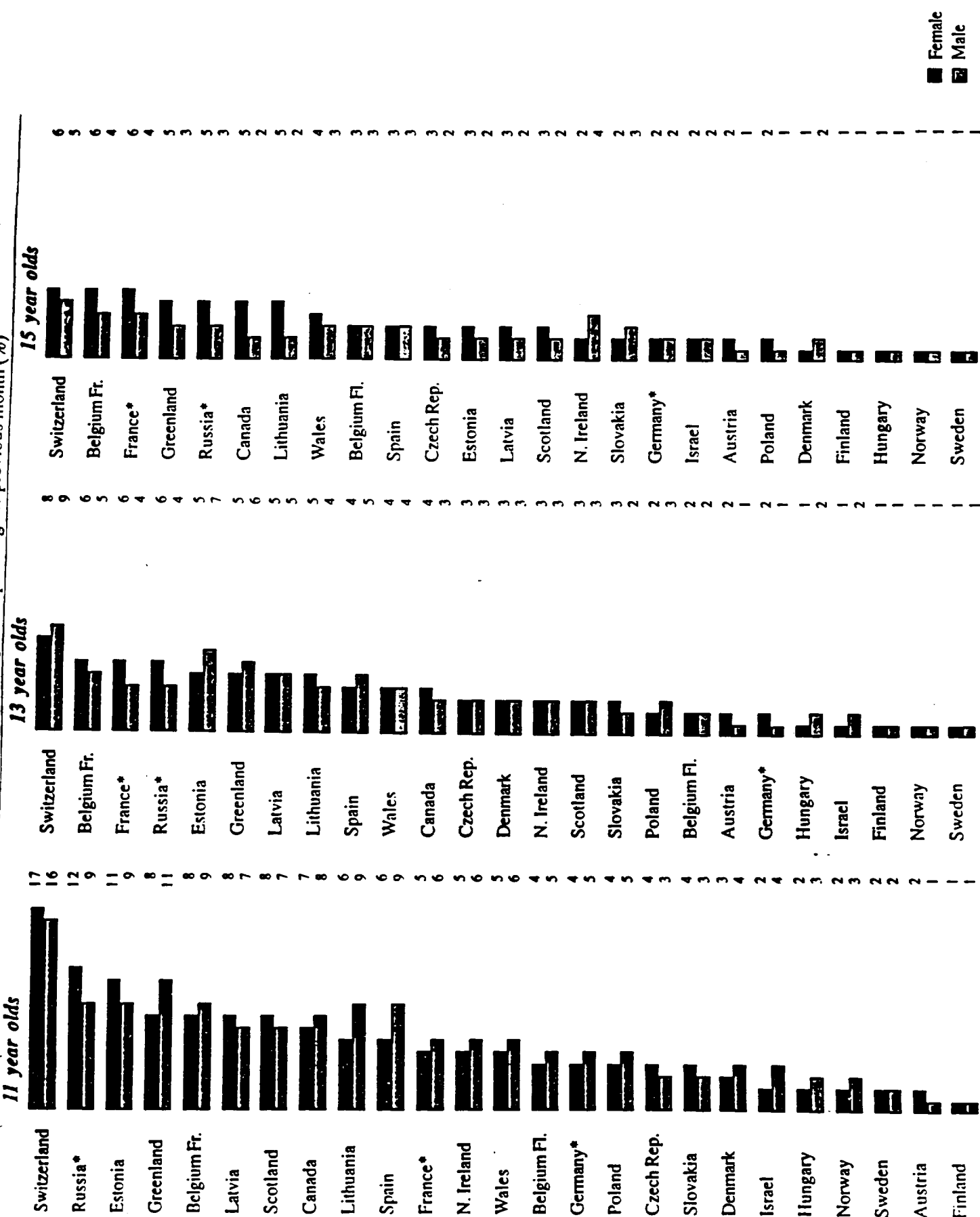


* France, Germany and Russia are represented only by regions: see Chapter 1 for details.

Source: EUROSTAT, HERSIOMS 1993, 1994

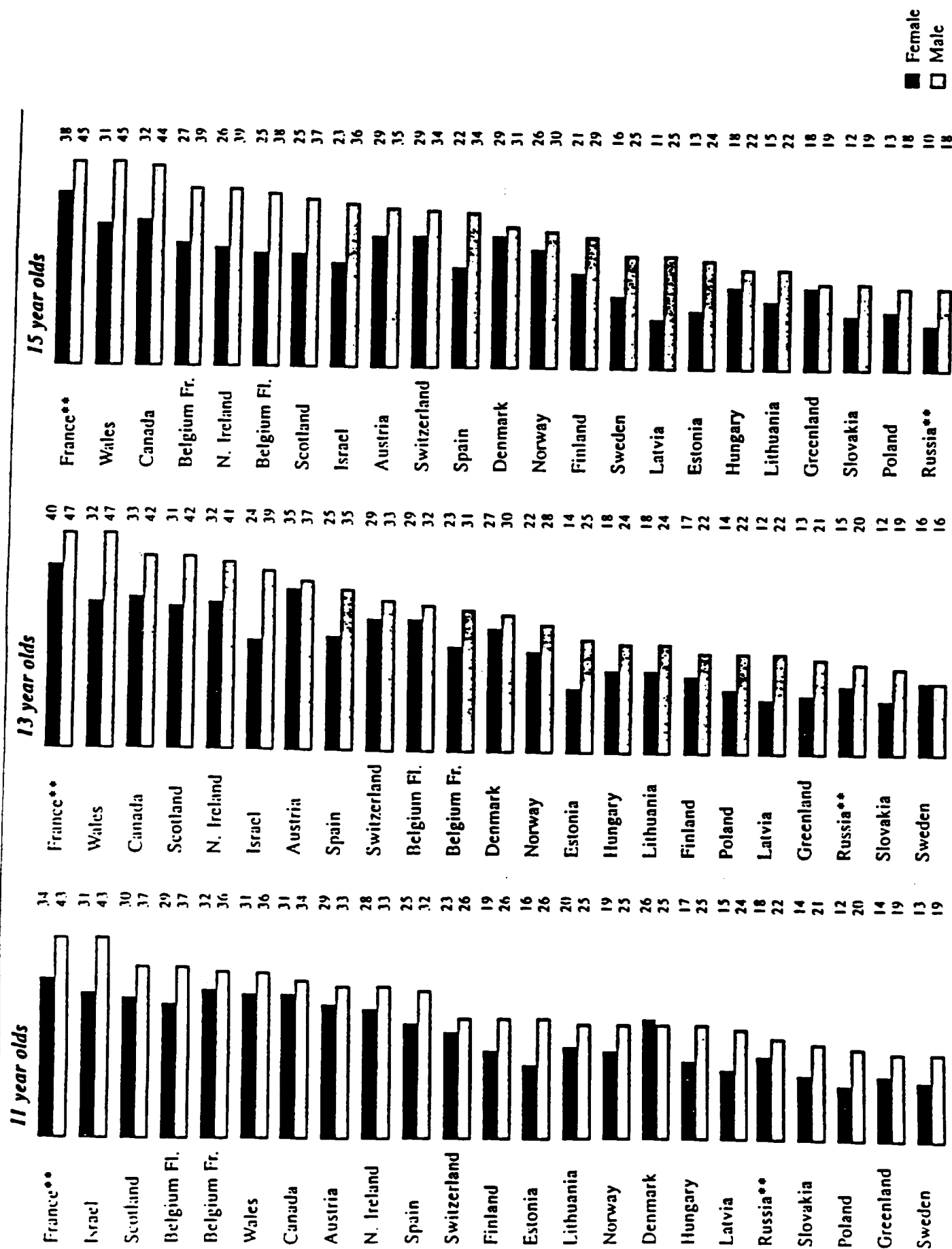


* Germany and Russia are represented only by regions: see Chapter 1 for details.



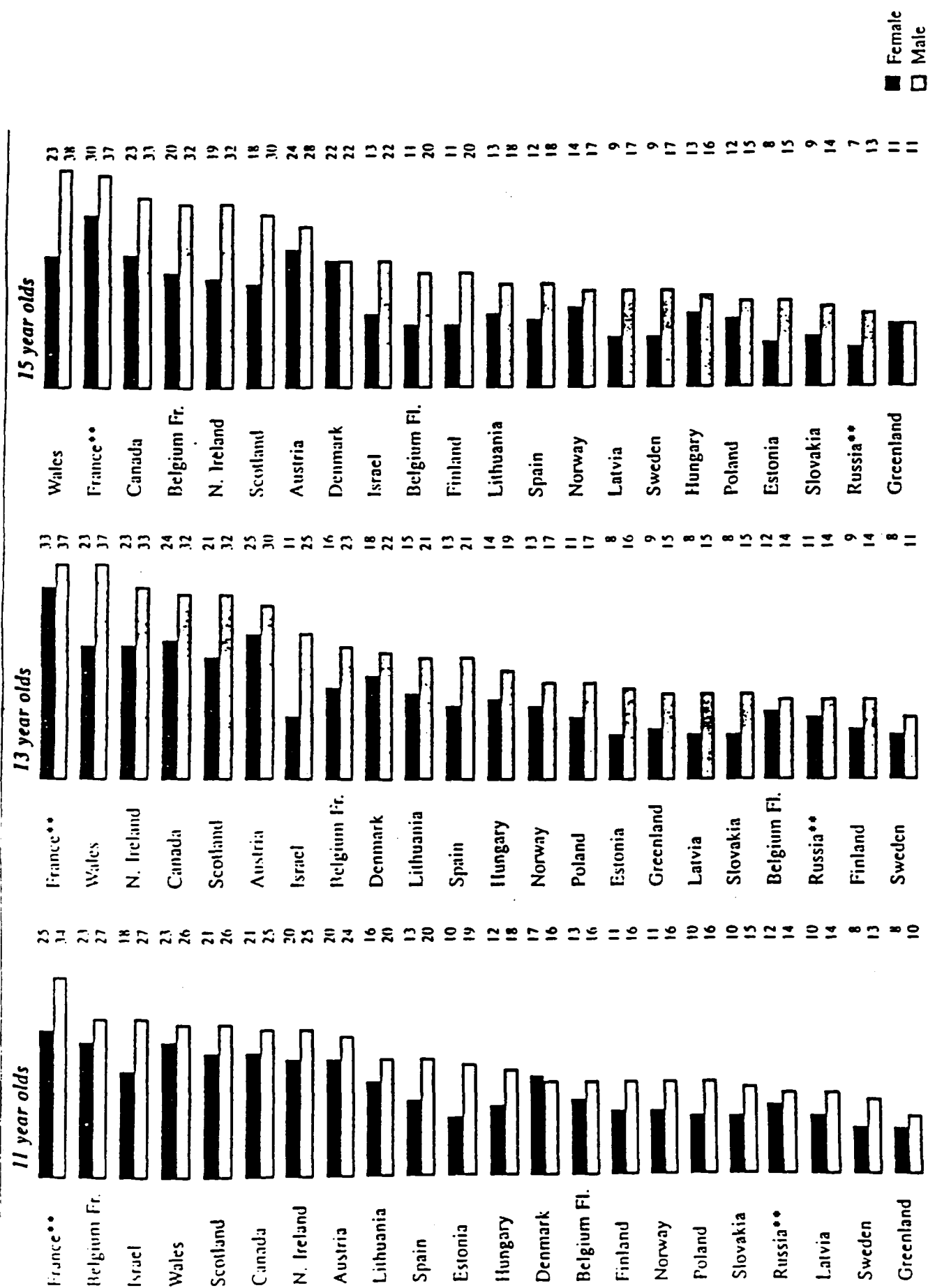
* France, Germany and Russia are represented only by regions - see Chapter 1 for details.

Source: European HRSC/OMS 1993-1994



* The Czech Republic and Germany did not include this item.

** France and Russia are represented only by regions: see Chapter 1 for details.

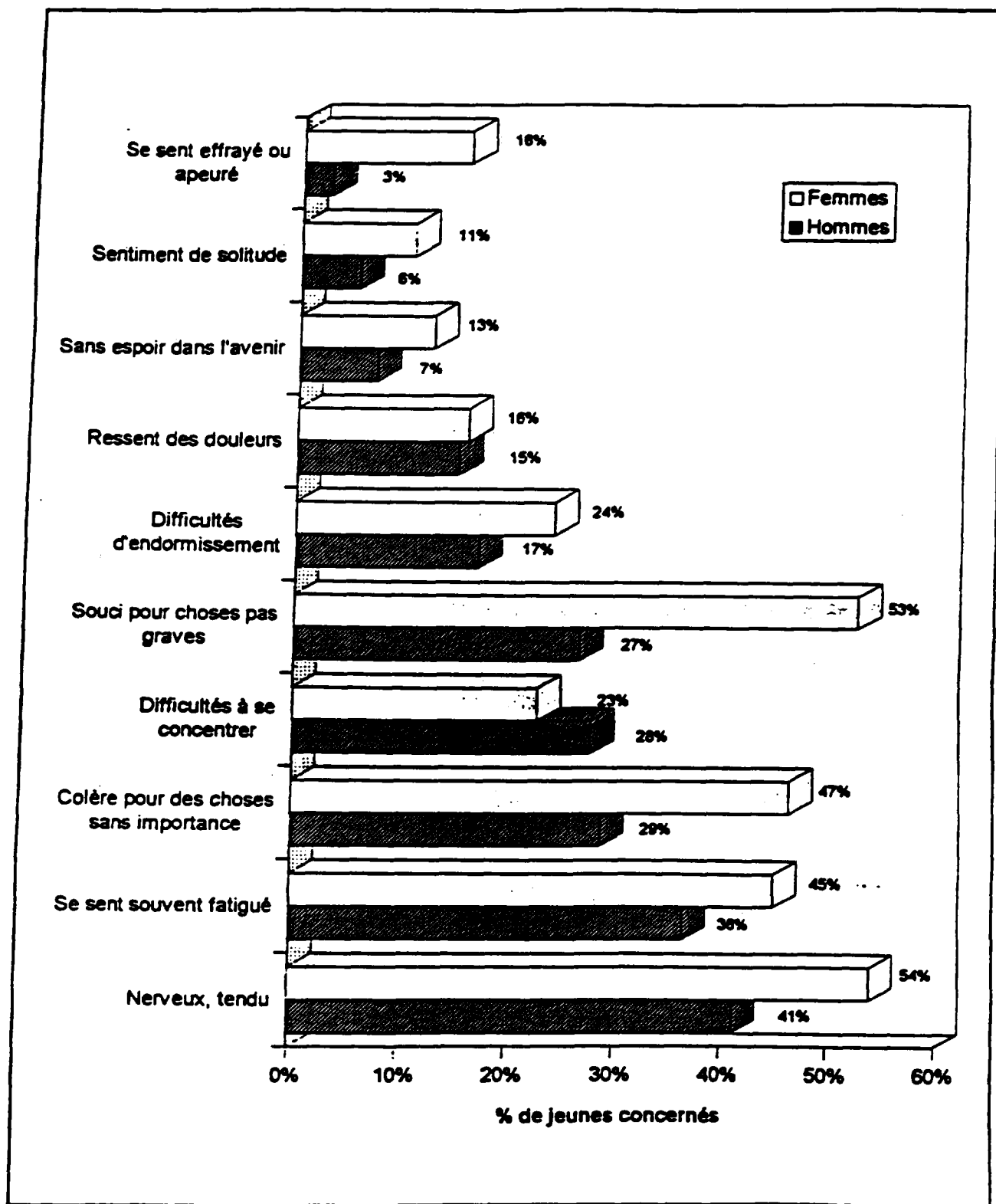


• The Czech Republic, Germany and Switzerland did not include this item.

** France and Russia are represented only by regions: see Chapter 1 for details.

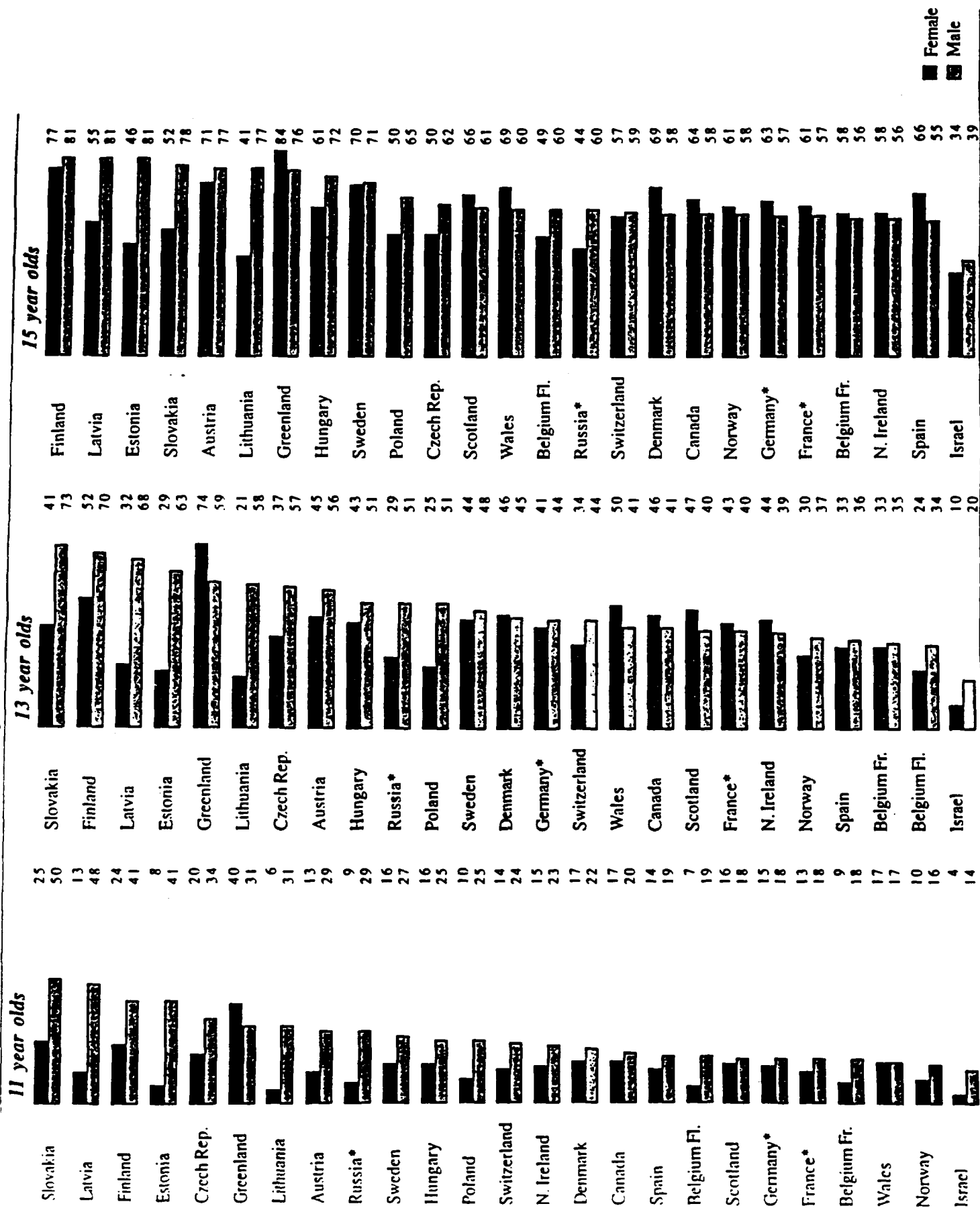
Source : Enquête HBSC/OMS, 1993-1994

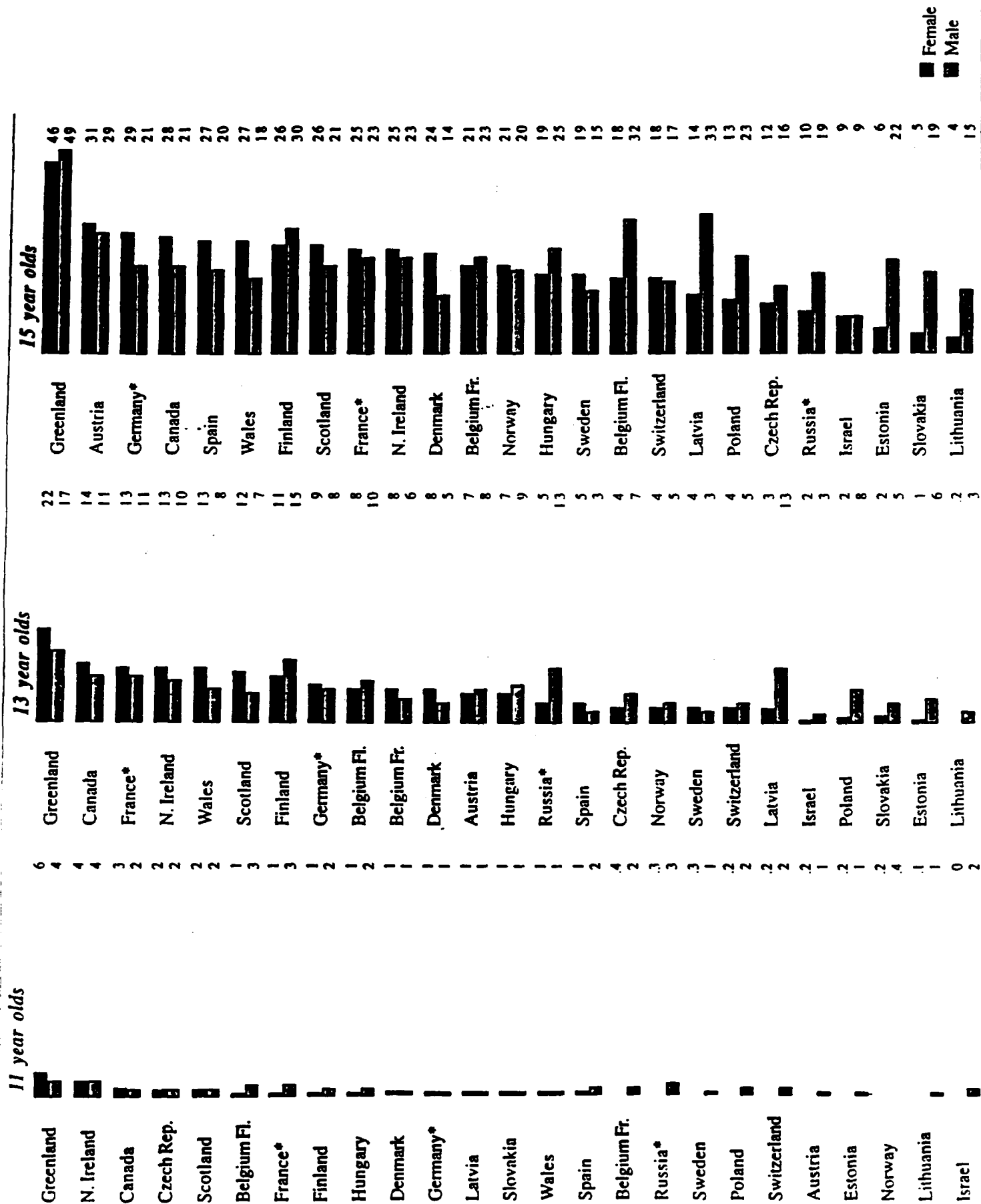
La santé mentale des jeunes de 18 à 24 ans



Source : CREDES

Données : Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux





* France, Germany and Russia are represented only by regions: see Chapter 1 for details.

Figure 11 Students who drank alcoholic beverages at least weekly (%)

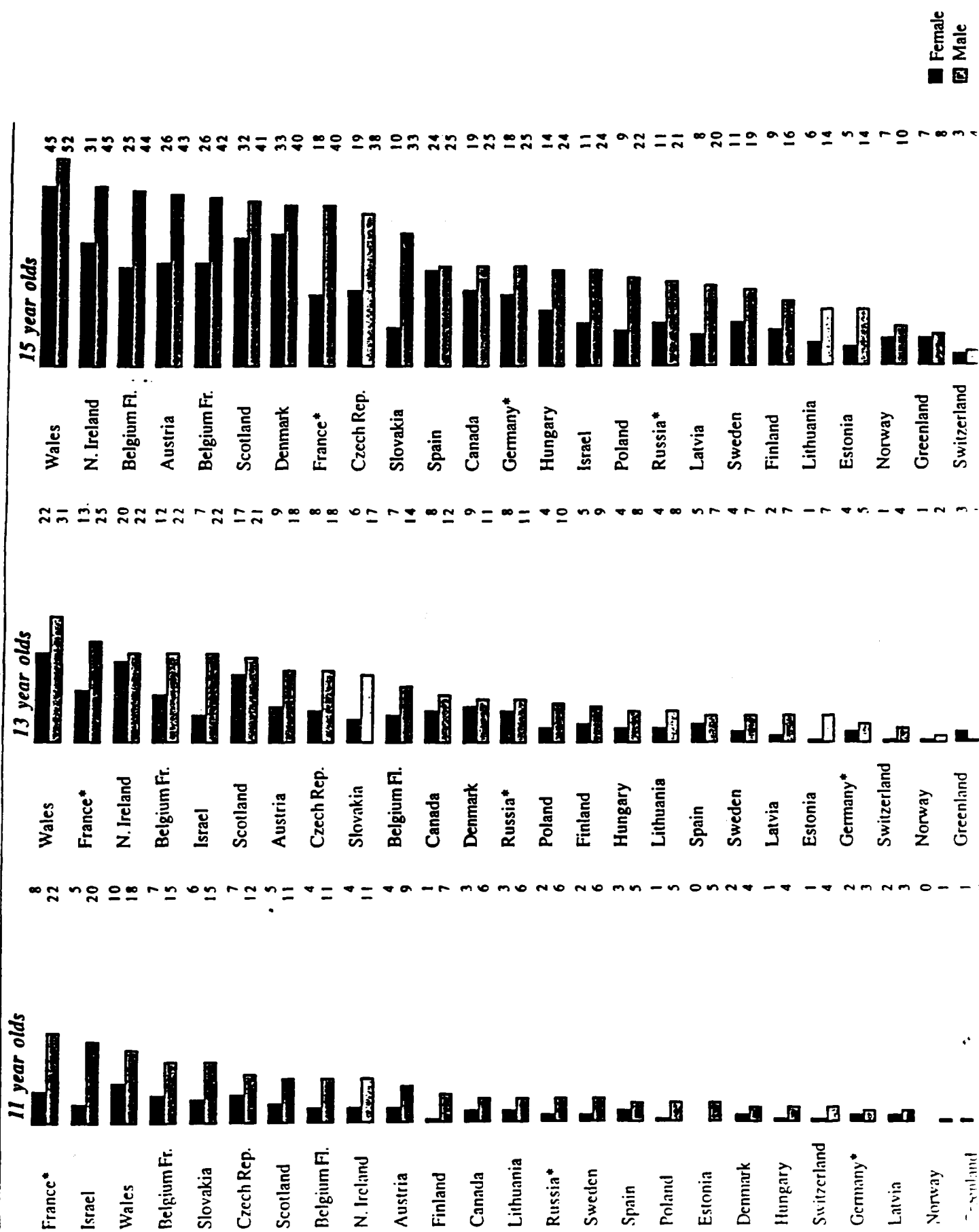
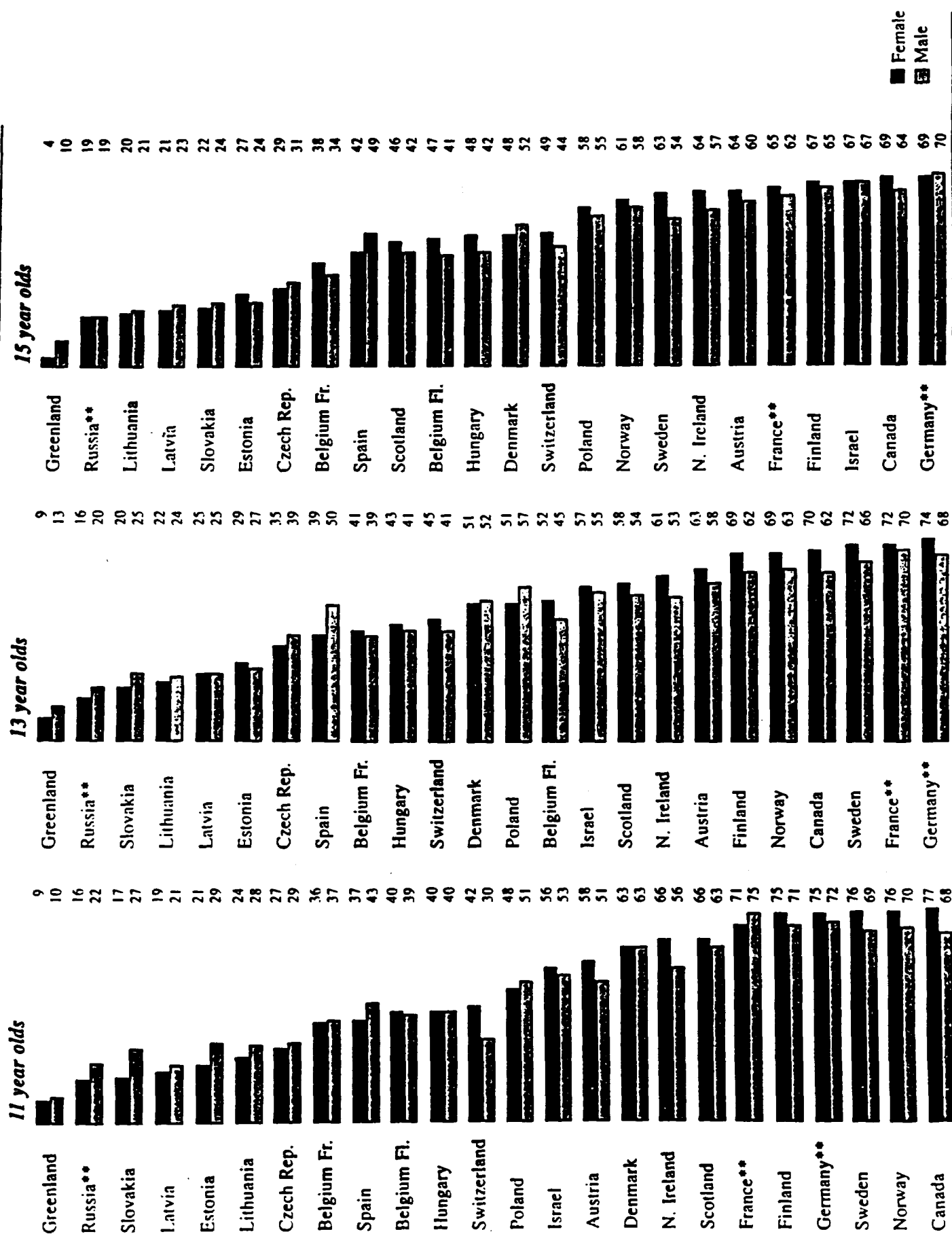


Figure 12 Students who always used a seat belt * (%)



* Wales did not include this item.

** France, Germany and Russia are represented only by regions: see Chapter 1 for details.

Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans

Dispositif général – prévention

Protection maternelle et infantile – PMI
 Service de promotion de la santé en faveur des élèves
 Service social en faveur des élèves
 Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
 Médecine du travail
 Centres de planification familiale
 Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
 Fil Santé jeunes
 Points accueil jeunes

Dispositif général – prise en charge

Santé somatique

Dispositif hospitalier
 Dispositif libéral

Santé mentale

Dispositif de service public
 Dispositif libéral

Dispositifs spécifiques – prévention, prise en charge

Enfants et jeunes en danger

Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
 Aide sociale à l'enfance (ASE)
 Allô Enfance maltraitée

Enfants et adolescents handicapés

Dispositif légal de prise en charge

16-25 ans en difficultés

Visites médicales dans le cadre de la formation professionnelle
 Missions locales — PAIO

Toxicomanie, dépendances

Points écoute jeunes. Points écoute parents

Avertissement

Les fiches qui composent le *Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans* ont été réalisées à partir d'entretiens, et de la consultation de documents émanant presque toujours d'organismes officiels : Sesi, Insee, Cramif... La grande majorité des fiches a été validée par un interlocuteur désigné par le Haut Comité de la santé publique. Le processus de validation n'est pas terminé pour quelques-unes ; elles portent alors la mention « Non validé » en haut à gauche et peuvent contenir des points non encore renseignés.

Dispositif général : prévention

SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE - PMI

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Les services départementaux de Protection maternelle et infantile sont sous l'autorité des Conseils généraux depuis la loi de décentralisation du 23 juillet 1983.

FINANCEMENT/GESTION

Conseils généraux (sauf les examens médicaux remboursés par l'Assurance maladie et les frais liés au contrôle de l'application de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse).

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Ordonnance du 2 novembre 1945 : bases de l'organisation de la PMI.

Loi du 18 décembre 1989 : précision des missions et actions des services de PMI avec l'ajout d'une mission nouvelle : la participation à la prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Décret du 6 août 1992 : nouvelles modalités d'organisation, notamment la définition de normes minimales opposables aux Conseils généraux, destinées à couvrir au moins les besoins des populations en difficultés, évaluées à 10 % environ de la population totale et à éviter d'importantes disparités départementales.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

En 1995, 885 000 enfants ont consulté dans un centre de PMI (Sesi), soit 20 % de la tranche d'âge des 0/6 ans, estimée à 4,35 millions.

Par ailleurs, la PMI a reçu, en 1995, 100 000 femmes enceintes, sachant qu'il y a ces dernières années un peu plus de 700 000 naissances par an.

MISSION(S)

La PMI est chargée de la promotion de la santé de la future mère et de l'enfant. Elle a pour objectifs d'informer et de conseiller les parents et futurs parents dans le domaine de la maternité et de l'enfance, de les faire bénéficier d'aides, de détecter les handicaps, les sévices, le délaissement, et enfin de surveiller le développement de l'enfant jusqu'au début de l'obligation scolaire.

La PMI assure aussi un rôle de planification familiale, de surveillance des crèches et des pouponnières, d'agrément et de contrôle des assistantes maternelles. Elle assure ses missions dans les centres eux-mêmes, à domicile, dans des camions itinérants et par des interventions en écoles maternelles. Elle travaille en liaison avec les autres services, notamment l'Aide sociale à l'enfance et le service de santé scolaire.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

En 1995, la PMI dispose de plus de 5 300 lieux de consultation infantile et de près de 500 consultations prénatales. Le personnel titulaire (sous-estimé par les statistiques) approche 6 000 équivalents temps plein. Ce sont principalement des médecins, des sage-femmes, des puéricultrices et des infirmières. Cependant, d'autres professionnels peuvent intervenir, notamment dans le domaine social et psychologique.

Les consultations sont principalement réalisées par des médecins vacataires qui font une ou quelques séances par semaine ; ils sont au nombre de 3 300 en 1995. Les services de PMI sont sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou en santé publique.

En 1995, les dépenses comptabilisées au titre de la PMI s'élèvent à 2,1 milliards de francs (chiffre considéré comme sous-estimé - La santé en France 96).

ACTIONS/ACTIVITÉS

En 1995, les services de PMI ont réalisé 2,7 millions d'examens cliniques chez 885 000 enfants et 369 000 examens prénatals auprès de 100 000 femmes enceintes.

L'activité annuelle par département des centres de PMI (Andass 1992 - in *Actualité et dossier en santé publique*, revue trimestrielle du Haut comité de la santé publique) permet de constater qu'en moyenne 85 personnes sur 10 000 habitants ont été accueillies, 14 femmes enceintes sur 100 naissances ont consulté, 586 enfants sur 10 000 enfants de 0 à 4 ans ont été vus et la dépense par habitant a représenté 17,37 F.

L'activité des centres de PMI est très disparate d'un département à l'autre. Les rapports atteignent 1 à 20 pour les consultations d'enfants et 1 à 37 pour les consultations de femmes enceintes. Pour les dépenses par tête d'habitant, l'écart maximal est encore plus important : lorsque 0,82 F par habitant est consacré à la PMI en Ardèche, 191 F le sont en Hte-Savoie, soit un rapport de 1 à 233 (Andass 1992).

A NOTER

La mission exclusive de prévention des centres de PMI est un frein à leur activité et peut aussi être mal comprise par leur clientèle : par exemple, comment faire admettre à des parents qu'un médecin vient de diagnostiquer une lésion chez leur enfant mais ne peut rien prescrire et qu'ils devront donc aller consulter une 2ème fois ailleurs.

SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
 Direction des collèges et lycées
 110, rue de Grenelle 75007 - PARIS Tél : 01 49 55 38 69 - Fax : 01 49 55 38 02

FINANCEMENT/GESTION

Etat sauf 14 villes ayant gardé un régime d'autonomie pour le premier degré.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Enfants et jeunes scolarisés dans les établissements publics et privés sous contrat, de la maternelle à la terminale (+ classes préparatoires en lycées), soit en 1995-96, 12 700 000 élèves des premier et second degrés. Le taux de scolarité des enfants et adolescents âgés de 6 à 16 ans, c'est-à-dire soumis à l'obligation légale de scolarité, s'élève à 99,7 %. En ce qui concerne les 2-22 ans, le taux de scolarité dépasse 91 %.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Ordonnance du 18 octobre 1945 : création de la médecine scolaire, institution de l'examen obligatoire à l'entrée de l'école élémentaire.

Décret du 21 décembre 1984 : le service de santé scolaire est rattaché au ministère de l'Education nationale.

Circulaire 11 septembre 1991 : missions actuelles du service de la promotion de la santé.

10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation + 13 juillet 1995 : loi de programmation pour l'application du Nouveau contrat pour l'école.

MISSION(S)

Favoriser la réussite scolaire de l'enfant, en tenant compte de sa situation particulière, veiller à son équilibre et à son épanouissement, sans négliger les facteurs de difficultés. Cette mission s'exerce au travers des dépistages précoces, des bilans de santé, de l'accueil et de l'écoute des élèves, des actions d'éducation pour la santé individuelles et collectives au sein des établissements d'enseignement.

Le service de promotion de la santé a une activité de prévention réglementée par des textes (par exemple le bilan de santé obligatoire avant l'entrée en CP) et des activités menées à sa propre initiative ou à la demande de membres de la communauté scolaire : équipe pédagogique, élèves, parents...

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

1 800 médecins, 5 200 infirmiers et 1 150 secrétaires médico-scolaires (équivalents temps plein), soit, en moyenne, en 1996, 1 médecin scolaire pour 6 900 élèves et 1 infirmier scolaire pour 2 400 élèves.

La loi de programmation du Nouveau contrat pour l'école prévoit une nette augmentation du personnel médico-social scolaire : 1 000 créations de postes de 1995 à 1999 et un crédit supplémentaire de 501 millions de F.

Budget national en 1996 : 1,28 milliard de F, soit environ 100 F par élève et par an (ce budget comprend le service social en faveur des élèves).

ACTIONS/ACTIVITÉS

En 1994-95, les médecins scolaires ont réalisé 650 000 bilans de santé avant l'entrée en CP (90 % des élèves de CP public) donnant lieu à 30 % d'orientations vers des consultations spécialisées et 660 000 bilans d'orientation professionnelle (72 % des élèves de 3ème des collèges publics) avec 40 % d'avis aux médecins traitants.

L'ensemble des examens cliniques se sont élevés à 2,2 millions, soit à plus de 1 200 examens par médecin.

Plus de 300 000 heures ont été consacrées par les médecins aux actions collectives, notamment d'éducation à la santé et de prévention des conduites addictives.

Il y a eu plus de 11 millions de passages à l'infirmerie : 33 % de ces passages concernent les traitements ambulatoires, 0,7 % seulement sont des urgences et 36 % sont liés à des causes diverses (maux variés, malaises...). Avec 9 % des passages, l'augmentation des demandes de renseignements est sensible.

Les infirmières ont réalisé près de 7 millions de dépistages visuels et auditifs.

Depuis 1994, le service de promotion de la santé a été chargé d'une campagne de vaccination des élèves de 6ème contre l'hépatite B. Au cours de l'année 1994-95, 375 000 élèves ont bénéficié d'une vaccination complète (trois doses) ce qui représente près de 50 % de la couverture vaccinale des élèves scolarisés en 6ème.

A NOTER

La médecine scolaire est un maillon important du dispositif de prévention auprès des jeunes. L'infirmière scolaire est le deuxième praticien consulté après le médecin généraliste : selon les enquêtes et le sexe, entre 42 et 54 % des adolescents ont vu l'infirmière scolaire au cours de l'année qui précède, et près de 10 % l'ont vue plus de 4 fois (Inserm 1 169).

SERVICE SOCIAL EN FAVEUR DES ÉLÈVES**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
 Direction des collèges et lycées
 110, rue de Grenelle 75007 - PARIS Tél : 49 55 38 69 - Fax : 49 55 38 02

FINANCEMENT/GESTION

Etat (100 %)

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Enfants et jeunes scolarisés dans les établissements publics et privés sous contrat, plus particulièrement ceux du second degré et prioritairement dans les zones d'éducation prioritaires, les établissements sensibles et ceux relevant de l'adaptation et de l'intégration scolaire, soit en 1996, 5 800 000 élèves répartis dans 11 700 collèges, lycées et établissements régionaux d'enseignement adapté. 70 % de ces établissements ont une permanence d'assistant de service social.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Ordonnance du 18 octobre 1945 : création de la médecine scolaire qui prévoit le concours du service social pour assurer la protection des enfants d'âge scolaire.
 Décret du 21 décembre 1984 : le service social scolaire est rattaché au ministère de l'Education nationale.
 Circulaire du 11 septembre 1991 : missions actuelles du service social de l'Education nationale qui comprend trois départements : élèves, étudiants, personnels.
 10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation + 13 juillet 1995 : loi de programmation pour l'application du Nouveau contrat pour l'école.

MISSION(S)

Participer au dispositif général de prévention, de protection et de lutte contre les inégalités selon trois axes :
 - une approche individuelle : accueillir, informer, orienter, écouter et accompagner les élèves qui se signalent à l'attention du service social ; prévenir les conduites à risques : absentéisme, précarité, déviances, troubles de la conduite et du comportement, suicide... et assurer les liaisons avec les services spécialisés ; répondre aux demandes des élèves, des familles et du personnel pédagogique par des actions personnalisées.
 - une approche collective : participer aux actions collectives et aux projets des établissements en direction des élèves sur les thèmes d'actualité qui les concernent ;
 - une approche communautaire : agir en tant que conseiller technique auprès de la communauté scolaire ; mener des actions de sensibilisation et de formation ; être acteur dans les comités d'environnement social.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

2 100 assistants de service social - ASS (équivalents temps plein) soit, en moyenne, en 1996, 2 700 élèves pour un assistant de service social. Depuis 1991, 355 emplois ont été créés.
 Le budget du Service social en faveur des élèves est compris dans celui du Service de la promotion de la santé.

ACTIONS/ACTIVITÉS

En 1995, les assistants de service social ont reçu 1 700 000 personnes/visites : 17 % pour des difficultés scolaires, 8 % pour de l'absentéisme, 26 % pour des difficultés matérielles, 23 % pour des difficultés personnelles, 23 % pour des difficultés familiales, 3 % pour des problèmes de violence.
 35 % des élèves ont sollicité directement les assistants de service social.
 52 % des situations de maltraitance portées à la connaissance du service social ont fait l'objet de signalements administratifs et/ou judiciaires (près de 11 000 situations ont provoqué plus de 60 000 démarches).
 L'augmentation des sollicitations est considérable : en 1995, 81 000 lycéens majeurs ont fait appel au service social, soit 150 % de plus qu'en 1993.
 Les actions collectives ont représenté 27 500 interventions (éducation à la vie personnelle et sociale, action de prévention, information des usagers, etc.).

A NOTER

Le service social en faveur des élèves rencontre une difficulté : ses missions et ses actions ont tendance à être comptabilisées au bénéfice du service de la promotion de la santé en faveur des élèves. Son caractère spécifique est de ce fait méconnu. Certes, selon l'OMS, la dimension sociale fait partie du concept santé mais dans son acception courante le mot santé renvoie essentiellement aux dimensions physique et psychique. Comment intégrer le social dans un nouvel intitulé ?

SERVICES UNIVERSITAIRES OU INTERUNIVERSITAIRES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ - SMPPS

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
Bureau de la vie de l'étudiant
61-65, rue Dutot 75015 - PARIS Tél : 01 40 65 60 31 - Fax : 01 40 65 65 65

FINANCEMENT/GESTION

Etat + participation de 15 F par étudiant.
Chaque université reçoit dans son budget global une part en principe dévolue au SMPPS ; mais le budget réellement consacré à la santé des étudiants est laissé au libre choix du président d'université.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Loi du 26 janvier 1984 : annonce de la création des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, SMPPS.
Décrets du 3 mai 1988 et 27 septembre 1989 : les universités sont tenues de créer un SMPPS ou de s'associer pour créer un SMPPS inter-universitaire.
La protection médicale des étudiants inscrits dans des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel autres que des universités (principalement des écoles d'ingénieurs) est assurée par convention entre l'établissement concerné et un SMPPS.
Arrêté du 26 octobre 1988 : définition des missions des SMPPS.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Pour l'année universitaire 1994-95, 1 452 000 d'étudiants étaient inscrits dans les universités et établissements en dépendant.

MISSION(S)

La mission des SMPPS consiste principalement à réaliser pendant la première année d'université un examen médical accompagné d'un entretien dans le but de dépister les affections médicales et les troubles de santé dont l'étudiant peut être atteint et de faire un contrôle de l'état vaccinal.
Les SMPPS sont aussi chargés de dispenser des soins d'urgence.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

En 1997, il existe 32 services universitaires et 13 services interuniversitaires.
Ils emploient 252 infirmières et 88 assistantes sociales. Le nombre de médecins qui sont payés à l'heure sous forme de vacations ainsi que le budget des Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont inconnus.

ACTIONS/ACTIVITÉS

L'examen de dépistage est, en principe, obligatoire pour tout nouvel inscrit à l'université. Le taux de couverture est actuellement de 70 % au maximum et de 63 % au minimum. Il peut être renouvelé selon le risque auquel sont exposés les étudiants (notamment les étudiants de 3ème cycle travaillant en laboratoire).
Les étudiants peuvent aussi bénéficier de visites médicales à la demande. Depuis quelques années, ces demandes augmentent (4 à 5 % de visites demandées/usagers). Les SMPPS doivent de plus en plus ajouter à leur fonction traditionnelle de prévention une aide à la médicalisation pour des étudiants souvent isolés et démunis et qui ne possèdent pas toujours une couverture sociale complète.
Les SMPPS réalisent dans presque toutes les universités des campagnes de prévention et d'éducation sanitaire. Les thèmes développés le plus souvent sont le sida et les MST, le tabagisme et autres toxicomanies, la contraception, l'information et les conseils dans les domaines de la nutrition et de la diététique. Cet aspect de la prévention et de l'éducation est aussi abordé individuellement dans les visites médicales.

A NOTER

Chaque université est libre de définir sa politique de santé vis-à-vis des étudiants. Certaines sont très ambitieuses, d'autre moins. Les universités de Grenoble I et de Toulouse III ont créé de véritables centres de santé agréés par les DDASS.

MÉDECINE DU TRAVAIL**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

Ministère du Travail / Direction des relations du travail – Sous-direction des conditions de travail
20 bis, rue d'Estrées 75007 – PARIS Tél : 01 44 38 26 61 – Fax : 01 44 38 27 11

FINANCEMENT/GESTION

Privé, à la charge des entreprises qui, selon leur effectif, adhèrent à un service médical du travail interentreprises ou ont leur propre service de médecine du travail.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Loi du 11 octobre 1946 : institution de la médecine du travail.
Décrets du 14 mars 1986 et du 28 décembre 1988 : organisation et fonctionnement actuels des services médicaux du travail.
Le travail des jeunes (moins de 18 ans) est soumis à une réglementation spécifique et les jeunes travailleurs doivent bénéficier d'une surveillance médicale spéciale (article 241 du Code du travail).

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

L'âge légal auquel un jeune peut commencer à travailler est celui où cesse l'obligation légale de scolarité : 16 ans. Certaines dérogations sont possibles à 14 ans, notamment dans le cadre de formations alternées.
L'enquête emploi de 1994 considère que 34 % des jeunes de 16 à 25 ans ont un emploi. Il s'agit d'emplois aidés dans 5 % des cas, d'apprentissages dans 3 % des cas et de contrats non aidés dans 26 % des cas.
En sachant que la médecine du travail concerne globalement un emploi sur deux, le nombre de jeunes de 16 à 25 ans dépendant de ce dispositif de prévention se situe autour d'1,3 million.

MISSION(S)

La mission de la médecine du travail est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail en luttant contre l'apparition de toute pathologie liée au travail : maladies professionnelles, maladies à caractère professionnel, accidents du travail.
Elle a pour fonction de permettre : l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ; l'adaptation des postes, des techniques et des systèmes de travail à la physiologie humaine ; la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation de produits dangereux ; l'hygiène générale de l'établissement ; l'hygiène dans les services de restauration ; la prévention et l'éducation sanitaires dans la cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

En 1996, 6 300 médecins du travail (2 700 à temps plein et 3 600 à temps partiel), 2 200 infirmières, 4 100 secrétaires médicales, 1 600 administratifs et 300 techniciens ont assuré la surveillance médicale de 12 800 000 salariés dans près de 1,5 million d'entreprises. Un médecin du travail à temps plein a en charge environ 3 000 salariés dans les services interentreprises et 1 700 salariés dans les services autonomes.
Les sommes consacrées à la médecine du travail sont estimées à 5 milliards de F, ce qui correspond à 350/400 F par salarié et par an.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les médecins du travail réalisent près de 16 millions de visites médicales individuelles par an qui sont :
- les visites d'embauche, en principe obligatoires, même pour un contrat de courte durée comme les stages ou les travaux d'été ;
- les visites de reprises d'activité, obligatoires après une absence pour maladie professionnelle, accident du travail, congé maternité et dans certains autres cas ;
- les visites régulières, obligatoires en principe chaque année ;
- les visites à la demande du médecin du travail ou du salarié.
Par ailleurs, les médecins du travail exercent certaines surveillances particulières : environ 480 000 visites en 1996. Les jeunes de moins de 18 ans qui sont concernés par cette réglementation ont été au nombre de 18 000 ce qui représente moins de 4 % de l'ensemble des visites particulières.

A NOTER

Un accidenté du travail sur quatre a moins de 25 ans, leur indice de taux d'accident est de 218 tandis qu'il est de 140 pour les autres salariés, soit environ 150 000 accidents par an.
Le service de la médecine du travail ne signale aucune action spécifique au regard de ce problème particulier.

CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

Les Centres de planification familiale dépendent des Services départementaux de la Protection maternelle et infantile. Ils sont sous l'autorité des Conseils généraux depuis la loi de décentralisation du 23 juillet 1983.

FINANCEMENT/GESTION

Les Centres de planification sont financés par les Conseils généraux. Ils sont de plus en plus souvent gérés par ceux-ci directement tandis que la part des centres gérés par des hôpitaux diminue et que la gestion associative reste stable.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Loi du 28 décembre 1967 : création des Centres de planification familiale dans le cadre de la loi sur la régulation des naissances.

Loi du 10 janvier 1975 : autorisation de l'interruption volontaire de grossesse ; les Centres de planification familiale assurent les entretiens sociaux obligatoires avant l'IVG.

Loi du 23 janvier 1990 : extension des missions pour faire face aux besoins de la population accueillie.

Décret du 6 août 1992 : redéfinition des modalités de fonctionnement des Centres de planification.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

D'après la dernière enquête du SESI réalisée en 1993, sur 790 000 consultants, 3,3 % ont moins de 16 ans, 11 % 16-17 ans et 13,1 % 18-19 ans, soit 27,4 % de moins de 20 ans.

En extrapolant sur la tranche d'âge étudiée, on peut sans doute estimer que plus de la moitié de la clientèle des Centres de planification a moins de 25 ans. Il s'agit dans 95 % des cas de femmes.

MISSION(S)

Les Centres de planification familiale ont pour missions :

- les consultations médicales concernant la maîtrise de la fécondité et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles - MST ;
- l'accueil, l'information et l'orientation de la population en matière de maîtrise de la fécondité, de sexualité, de contraception et de prévention des MST et du sida ;
- la préparation à la vie de couple et à la vie parentale ;
- les entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Il y avait, en 1993 (dernière enquête du SESI), 1 164 Centres de planification. Un centre sur trois est situé dans un hôpital. Tous les hôpitaux qui pratiquent des IVG doivent en principe disposer d'un Centre de planification. Une enquête spécifique menée par le SESI en 1994 a montré que la réalité est éloignée de la réglementation puisque sur 478 établissements hospitaliers recensés, 141 n'ont pas de Centre de planification familiale.

Les Centres de planification familiale sont sous la responsabilité du médecin responsable de la PMI.

Il n'existe pas de données récentes, au niveau national, sur le personnel et le budget des Centres de planification.

ACTIONS/ACTIVITÉS

En 1993, les Centres de planification familiale ont effectué un million de consultations médicales et 600 000 entretiens dont 23 % concernaient des IVG.

L'activité est restée stable depuis 1989 mais répartie dans plus de centres (+ 110). En revanche les actions d'information collective qui sont principalement destinées aux jeunes ont beaucoup augmenté : 415 000 personnes réceptrices dont 230 000 en milieu scolaire.

L'activité annuelle par département des Centres de planification (Andass 1992) permet de constater qu'en moyenne 6 500 personnes ont été accueillies, soit 85 personnes pour 100 000 habitants. Comme pour la PMI, l'activité des Centres de planification est très disparate d'un département à l'autre.

A NOTER

Les Etablissements d'informations et de planification familiale sont des structures proches des Centres de planification familiale mais ils constituent un dispositif différent. Ils sont financés par l'Etat et gérés par des associations. Ils sont environ 250 et très fortement implantés à Paris. Leur mission (Décret du 23 mars 1993) est proche de celle des Centres de planification, mais ils ne font pas de consultations médicales et sont plus tournés vers les entretiens et l'information collective.

COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - CFES**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale
 Direction générale de la santé - Bureau promotion et prospective en santé
 Comité français d'Education pour la santé CFES
 2, rue Auguste Comte 92170 - Vanves Tél : 01 41 33 33 33 Fax : 01 41 33 33 90
 Comités régionaux et Comités départementaux d'éducation pour la santé CRES et CDES
 Délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé DIREPS

FINANCEMENT/GESTION

Etat, Sécurité sociale, Conseils généraux, collectivités locales.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Arrêté du 17 octobre 1945 : constitution du Centre national d'éducation sanitaire démographique et sociale et de 25 Centres interdépartementaux.
 31 juillet 1972 : création du CFES, Centre français d'éducation pour la santé.
 1976 : premières campagnes de prévention sur le tabac ; pour la première fois la publicité est appliquée à la santé.
 Circulaire du 21 janvier 1995 : définition de la mission des Comités régionaux et départementaux.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

D'après les enquêtes menées sur l'impact de certaines campagnes, 95 % des jeunes de 15 à 25 ans sont touchés par les campagnes nationales du CFES, comme celle sur la prévention de l'alcoolisme en juin-juillet 1996.

MISSION(S)

Le CFES est le dispositif central de l'éducation pour la santé. Il est aidé dans ses missions par un réseau décentralisé : les Comités départementaux CDES, les Comités régionaux CRES et les Délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé DIREPS. Les missions du CFES sont :

- mener des campagnes d'information du public sur les grands thèmes de santé ;
- réaliser des études afin de construire les stratégies des programmes de communication et d'en mesurer les effets (pré et post-tests) ;
- monter des programmes de proximité dans le réseau des CDES et CRES ;
- disposer d'un centre de documentation performant sur les thèmes d'éducation pour la santé et de santé publique ;
- organiser des formations en éducation pour la santé ;
- éditer des documents d'éducation pour la santé.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

L'ensemble CFES/CRES/CDES/DIREPS comptait, en 1995, 387 salariés, en augmentation de près de 100 % en sept ans (1988/1995).
 Le budget du CFES pour 1997 est de 140 millions de F.
 Le budget moyen d'un comité s'élève à 735 000 F (chiffre 1995), soit pour les 90 comités à 59 millions de F.
 Sur la dépense globale d'éducation pour la santé (environ 10 F par habitant pour 250 F en médecine préventive et 11 000 F en soins), la part du CFES représente 2,42 F par habitant.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les grands axes de l'activité du CFES sont :

- les actions d'éducation soit sur des thèmes (sida, tabac, nutrition...), soit à destination de populations particulières (femmes, jeunes...), soit sur des lieux de vie spécifiques (entreprise, milieu carcéral...) ;
- les études et recherches tels que les Baromètres santé ; la documentation ;
- les relations avec les professions de santé ; la formation ;
- les relations avec le réseau : les relations internationales ;
- les relations avec la presse et les relations publiques et, enfin,
- l'édition et la diffusion de documentation : plus de 350 produits différents édités pour une diffusion totale de 2 millions d'exemplaires.

A NOTER

Le thème du sida occupe 42 % des moyens financiers et humains.

FIL SANTÉ JEUNES : 0800 235 236
numéro vert anonyme et gratuit, ouvert tous les jours de 8h à minuit

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale
 Délégation confiée à l'Ecole des parents et des éducateurs
 5, impasse Bon Secours 75543 - Paris Cedex 11 Tél : 01 44 93 44 88 - Fax : 01 44 93 44 89

FINANCEMENT/GESTION

Etat (Direction générale de la Santé + Division Sida)
 Aides ponctuelles de la Fondation de France en 1996 et 97 sur l'aspect de l'information des jeunes (affiches...).

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

1er février 1995 : création de Fil Santé jeunes au travers de la signature d'une convention entre le ministère des Affaires sociales et l'Ecole des parents et des éducateurs.
 L'historique de Fil Santé jeunes remonte à mai 1994 où l'Ecole des parents et des éducateurs et la Fondation de France fondent Ecoute jeunes. Puis, la consultation nationale des jeunes menée à l'été 1994 fait ressortir le besoin d'une telle écoute et entraîne l'engagement de l'Etat dans le dispositif.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Aucune limite d'âge n'est véritablement instituée. La réalité des appels montre une très forte représentation des 12/16 ans (57 % des appels). Les 17/22 ans représentent 27 % des appels, les moins de 12 ans 3 % et les plus de 22 ans 13 %.
 Les filles appellent plus que les garçons (66 % et 34 %). Les appels proviennent pour 70 % de province, pour 30 % de la région parisienne. Les jeunes habitent chez leurs parents dans 88 % des cas. Ils appellent principalement d'une cabine (55 % des appels) ou de chez eux (43 %).

MISSION(S)

La mission première de Fil santé jeunes est de proposer aux jeunes écoute, information et orientation dans le domaine de la santé physique, psychologique et sociale.
 La deuxième mission de Fil santé jeunes est d'être un observatoire social des difficultés des jeunes en matière de santé.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

L'équipe est composée de 30 écoutants à temps partiel - psychologues, médecins, assistants sociaux... -, encadrée par une conseillère conjugale et familiale, chef de service, et un conseiller technique, psychiatre.
 Le budget s'est élevé à 6 millions de F en 1996.

ACTIONS/ACTIVITÉS

En 1996, pour la 2ème année d'activité, Fil Santé jeunes a enregistré 997 000 appels, 2 700 par jour en moyenne. 160 000 appels ont été traités, 65 000 appels ont fait l'objet d'un entretien de guidance ou de soutien (moyenne journalière : 180), 95 000 appels sont dits "sans contenu" ou "parasites".
 Le taux d'efficacité a beaucoup progressé et fin 1996, un appel sur quatre aboutit.
 Les thèmes abordés sont :
 - la santé (25 % des entretiens : puberté, contraception, IVG, MST-Sida, hépatites...)
 - les états dépressifs (33 % : difficultés relationnelles, conflits, isolement, deuils, abus sexuels, violence...)
 - les relations amoureuses et la sexualité (33 % : connaissance de soi, de l'autre, corps, homosexualité...)
 - les appels divers (9 % : informations scolaires, juridiques, conversations amicales...)
 Chaque jour, sur 180 appels, 50 entretiens témoignent d'une souffrance physique et psychique préoccupante.

A NOTER

L'équipe de Fil santé jeunes évoque deux difficultés :
 - les préservatifs qui, semble-t-il notamment pour des raisons de mauvaise conservation (frottement, chaleur dans une poche ou un portefeuille), se déchirent dans des proportions alarmantes ;
 - le climat de violence vécue par de nombreux jeunes, sortes de boucs émissaires de leurs pairs. Ils sont enfermés dans cette situation qui peut prendre des allures de dépression. La capacité au respect, à l'empathie, à se mettre à la place de l'autre semble être absente de certains rapports entre jeunes.
 Le numéro vert abrégé 119 Allo Enfance maltraitée fait l'objet d'une fiche spécifique. D'autres numéros verts nationaux sont à la disposition des jeunes mais ils ne leur sont pas spécifiquement destinés : Sida Info Service, Drogue Info Service, SOS Viol... Un numéro concerne les enfants confrontés au sida : Solidarité Enfants Sida.

POINTS ACCUEIL JEUNES

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales
 Direction de l'action sociale
 75696 - Paris Cedex 14 Tél : 01 44 36 90 00 - Fax : 01 44 36 97 23

FINANCEMENT

Etat + selon les lieux Conseils généraux et/ou municipalités (l'Etat n'intervient jamais seul).
 Les points accueil jeunes sont gérés par des collectifs interassociatifs.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Circulaire du 14 juin 1996 : création et modalités de fonctionnement des Points accueil jeunes (circulaire signée par MM Barrot et Emmanuelli).

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Les jeunes auxquels ce dispositif est destiné sont les 10/25 ans en situation de mal être et d'évitement précoce de mise en mots et de prise de paroles sur leurs difficultés.

MISSION(S)

La mission des Points accueil jeunes est d'offrir aux jeunes des lieux neutres, confidentiels, gratuits, chaleureux où ils sont accueillis, entendus, écoutés et orientés. Les Points accueil jeunes sont des lieux de prévention très volontairement généralistes. Ce sont des lieux de prévention santé au sens où l'OMS définit la santé avec toute sa dimension sociale. Ils fonctionnent en réseau avec l'ensemble des structures présentes auprès des jeunes au travers de nombreux conventions. Ils sont situés plutôt dans le centre des villes (ce qui n'exclut pas à terme les zones rurales).

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

L'état s'est engagé pour deux années consécutives sur un budget annuel de 10 millions de francs.
 70 structures sont en cours de création. Un premier cercle de quatre zones prioritaires a été défini : Paris, Lyon, Marseille et le Nord. Un deuxième cercle prioritaire concerne les départements de la région parisienne, de Seine maritime et de Loire Atlantique. Ces zones correspondent à différents montants pris en charge par l'Etat : dans le premier cercle chaque Point accueil est financé sur la base d'une aide de 180 000 F, dans le deuxième cercle de 150 000 F et pour le reste de la France le montant s'élève à 120 000 F.
 Les collectivités territoriales apportent les compléments financiers, sachant qu'une structure de ce type n'est viable qu'à partir de 300 000 F de budget annuel.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les Points accueil jeunes sont animés par des professionnels de l'écoute, notamment des psychologues et des éducateurs. Leur fonctionnement actuel correspond à une ouverture à temps partiel, généralement quelques après-midi par semaine.
 Chaque Point accueil devrait pouvoir accueillir et suivre en moyenne 450 jeunes différents dans l'année ce qui représenterait dès 1997-98 une file active de plus de 30 000 jeunes. L'âge de dix ans, volontairement inscrit dans la circulaire tant l'on vérifie aujourd'hui l'importance d'une prévention très précoce, ne se vérifie pas encore sur le terrain où peu de jeunes franchissent la porte avant quinze ans.
 La demande de santé est rarement exprimée en première attente sauf chez des jeunes qui vont très mal. Cette difficulté des adolescents à exprimer leurs besoins de santé n'est pas une révélation et ne fait que confirmer l'utilité de structures généralistes capables d'être pour les jeunes des lieux de proposition.

A NOTER

Les Espaces Santé jeunes - une vingtaine fonctionnent actuellement en France sur des financements variés (Fondation de France, DGS, DDAS...) - ont des objectifs assez proches des Points accueil. Dans la mesure où les Espaces intègrent dans leur approche de la santé la dimension sociale, ils pourront être repris dans un financement Affaires sociales-Points accueil jeunes. C'est déjà le cas pour l'un d'entre eux à Salons de Provence d'autres demandes sont à l'étude.
 Les Points écoute jeunes ont un objectif plus directement axé sur les toxicomanies. Ils font l'objet d'une fiche spécifique.

Dispositif général – prise en charge

SANTÉ SOMATIQUE - DISPOSITIF HOSPITALIER

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des affaires sociales, Secrétariat d'Etat à la Santé - Direction des hôpitaux
8, avenue de Ségur 75007 - PARIS Tél : 01 44 56 51 69 - Fax : 01 44 56 50 89

FINANCEMENT/GESTION

Sécurité sociale, Etat

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

(Exclusivement les textes ayant trait à l'hospitalisation des enfants et adolescents)

Circulaire du 1er août 1983 sur l'hospitalisation des enfants

Circulaire du 18 mars 1988 sur l'hospitalisation des adolescents.

Résolution du Parlement européen du 13 mai 1986 sur la charte européenne des enfants hospitalisés.

ENFANTS ET JEUNES CONCERNÉS

Un enfant sur X est hospitalisé avant l'âge de 15 ans. Un adolescent sur X est hospitalisé entre 15 et 24 ans.

Chaque année, pour les seules urgences, 2 millions d'enfants se présentent dans un hôpital.

La répartition des séjours entre les différentes classes d'âge montre que : les 0/14 ans représentent 59 % des séjours et les 15/24 ans 41 % ; les garçons et les filles se répartissent les séjours à égalité, les premiers étant plus nombreux avant 15 ans et les seconds après ; la première cause de mortalité est la même chez garçons et filles avant 1 an, puis de 1 à 4 ans, mais dans la classe d'âge des 5/14 ans les lésions traumatiques arrivent en tête pour les garçons et les maladies de l'appareil digestif pour les filles ; sans distinction de sexe, avant 15 ans, la 1ère cause d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil respiratoire (18 %), de 15 à 24 ans ce sont les grossesses et accouchements (19 %) (Sesi 1993 Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés).

MISSION(S)

Les établissements d'hospitalisation assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention."

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

En 1995, le Sesi recensait 259 " entités juridiques publiques et 89 établissements privés ayant des lits d'hospitalisation complète dans une discipline spécifique aux enfants ", soit un total de 348.

(suite d'éléments complémentaires)

On compte environ 8 700 lits de pédiatrie publics et 660 lits privés, avec une très forte concentration des lits spécialisés en Région parisienne et dans les CHU.

Le nombre de pédiatres salariés approche 2 250 (Sesi 1996). Depuis 1990, ils ont augmenté à un rythme proche de celui au rythme de l'ensemble des médecins spécialistes salariés mais moins vite que les pédopsychiatres salariés (+ 32 % et + 53 %).

Le budget des lieux d'hospitalisation pour enfants et adolescents représente en 199X un budget de XXXX F par enfant/adolescent (0-20 ans).

ACTIONS/ACTIVITÉS

Le nombre de journées d'hospitalisation complète, l'activité dans les services pédiatriques publics se répartit ainsi : pédiatrie générale 50 %, néonatalogie 20 %, chirurgie 15 %, réanimation 8 %, spécialités pédiatriques 4 % et médecine de l'adolescent 3 %. La durée moyenne de séjour serait de 4,2 journées. (Sesi Sae 95)

(suite de données sur l'activité selon l'âge des enfants et l'hospitalisation de jour).

Voici certains éléments de l'enquête sur l'hospitalisation des adolescents transmis par le Dr Marianne Caflisch (voir dernier paragraphe A NOTER) : sur 396 services de pédiatrie interrogés (Source Sesi), 289 ont répondu au questionnaire et 40 ont signalé une action destinée aux adolescents. Il s'agit pour 2/3 d'unités constituées et nommées, pour 1/3 d'une simple organisation interne au service. Le nombre de lits varie de 2 à 12 (sauf Le Kremlin-Bicêtre 20 lits). Les trois premières causes d'hospitalisation sont les troubles somatiques divers (38 %), les maladies chroniques (36 %) et les tentatives de suicide (23 %). Et à la question, quelles sont les situations qui vous posent le plus de problèmes de gestion, les réponses sont les problèmes psycho-sociaux (28 %), les problèmes psychiatriques (20 %), la toxicomanie (18 %), les anorexies (17 %) et les tentatives de suicide (12 %).

L'enquête nationale sur l'hospitalisation des adolescents dans les services de pédiatrie, menée par le Dr Marianne Caflisch et le Dr Patrick Alvin avec le soutien logistique ou financier de la Direction des hôpitaux, la Direction générale de la santé, la Fondation de France, l'Inserm U 292 et la Société française de pédiatrie, remet ses résultats dans quelques semaines. Cette enquête va permettre, entre de nombreux autres sujets, de débattre de celui des limites d'âge. En effet, 78 % des services de pédiatrie disaient dépasser la limite officielle de 15 ans et trois mois et admettre des jeunes jusqu'à 18 ans. Dans les unités pour adolescents, cet âge de 18 ans est retenu par la majorité des services, les autres évoquant soit 19, soit 20 ans.

Faire passer l'âge légal des services de pédiatrie à 18 ans semble aujourd'hui aller de soi pour l'essentiel des praticiens. En revanche, les avis sont partagés en ce qui concerne le dépassement de 18 ans, âge de la majorité civique : certains pensent qu'il y a un risque d'infantilisation à laisser de trop grands jeunes en pédiatrie même adolescente, d'autres estiment que les pathologies adolescentes sont très spécifiques et se prolongent bien au-delà de 18 ans. Ce débat est aussi longuement évoqué dans le document sur l'hospitalisation des adolescents à paraître en avril 1997, ouvrage co-édité par la Direction générale de la santé et la Fondation de France.

SANTÉ SOMATIQUE - DISPOSITIF LIBÉRAL

AUTORITÉS DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale
 Direction générale de la Santé
 8, avenue de Ségur 75007 - Paris tél : 01 40 56 42 95 fax : 01 40 56 40 44

FINANCEMENT/GESTION

Sécurité sociale

Les Centres de soins sont gérés par des municipalités, des mutuelles ou des associations loi de 1901.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Les enfants au-dessous de 6 ans sont suivis en PMI (20 % d'après le SESI) ou en ville par des pédiatres ou des généralistes. Les certificats de santé obligatoires permettent de cerner les pratiques de soins pour les jeunes enfants : au 8ème jour, les certificats émanent de pédiatres dans 95 % des cas, au 9ème mois la proportion de pédiatres chute à 47 %, puis au 24ème mois à 40 %. Le rôle du généraliste se renforce, tel est le constat d'une enquête sur la vaccination ROR (Sesi), montrant qu'en 1993, 56 % des vaccinations sont effectuées par des généralistes, 29 % par des pédiatres et 13 % par la PMI. En 1991, une enquête similaire attribuait une part de 51 % aux généralistes.

Pour les adolescents, les enquêtes menées par l'Unité 169 de l'Inserm montre très clairement le rôle prépondérant des généralistes tandis que gynécologues, dermatologues et pédiatres sont les spécialistes les plus consultés et appréciés des jeunes. D'autres professions médicales ou paramédicales sont aussi très importantes dans le suivi sanitaire des enfants et des jeunes : les infirmières scolaires (voir fiche sur le service de promotion de la santé en faveur des élèves), les dentistes, les kinésithérapeutes.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

MISSION(S)

Les généralistes sont conventionnés en secteur I pour 82 % d'entre-eux, les pédiatres pour 63 %, les dermatologues-vénérologues pour 55 %, les gynécologues-obstétriciens pour 49 %.
 Les centres de santé remplissent une mission de médecine sociale sans but lucratif. Le plus souvent, ils ont une convention avec la Sécurité sociale permettant leur fonctionnement en tiers payant.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

En 1995, selon la CNAMTS, les généralistes libéraux sont 60 000. Ils représentent 53 % des médecins libéraux (d'autres sources évoque 62 %).

Les pédiatres libéraux sont 3 300 et les gynécologues-obstétriciens près de 6 000. Ces deux spécialités, parmi les plus fréquentées par les jeunes, offrent les plus fortes densités : 26 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 16 ans et 46 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans. Qu'il s'agisse des généralistes, des pédiatres, des dermatologues ou des gynécologues, la répartition géographique est celle observée pour l'ensemble de l'équipement sanitaire : sur-équipement au Sud et en région parisienne, sous-équipement au Nord. La santé observée FNORS Février 1997

Les centres de santé (soins) sont au nombre de 548 (Igas 1990). La plupart offrent des soins médicaux et infirmiers. D'autres ajoutent des soins dentaires, notamment en Ile de France et dans le Nord.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Selon la Société française de pédiatrie, 76 % des actes effectués chez des enfants le sont par des généralistes. La pédiatrie est peu développée en France en comparaison avec d'autres pays. Selon la même source, cette tendance n'est pas en train de s'améliorer et certains cabinets de pédiatrie ne trouvent pas de successeurs.

Les pédiatres sont les médecins spécialistes les moins bien rémunérés. La spécificité de leur pratique, comme le temps nécessaire à l'auscultation d'un jeune enfant, n'est pas reconnue.

Attente d'éléments sur la répartition par âges de la clientèle des pédiatres ; sur certaines actions spécifiques menées par des pédiatres et d'autres spécialistes à l'égard des adolescents ; sur des généralistes spécialisés pour les enfants ; sur les centres de soins, etc.

A NOTER

Dans plusieurs villes françaises, des pédiatres libéraux se sont organisés pour améliorer leur réponse aux urgences pédiatriques au travers de gardes de ville et de la participation aux gardes d'accueil à l'hôpital. Plusieurs associations se sont fédérées pour former l'AFPA, Association française de pédiatrie ambulatoire.

SANTÉ MENTALE - DISPOSITIF DE SERVICE PUBLIC

Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale
 Direction générale de la Santé - Bureau de la santé mentale
 8, avenue de Ségur 75007 - Paris Tél : 01 40 56 42 95 Fax : 01 40 46 40 44

FINANCEMENT/GESTION

Etat 100 %

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Circulaire du 15 mars 1960 : instauration des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
 Circulaire du 16 mars 1972 : programmes départementaux en matière de lutte contre les déficiences et maladies mentales des enfants et des adolescents.
 Circulaire du 11 décembre 1992 : nouvelles orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Officiellement la psychiatrie est encore scindée en deux ensembles à la frontière desquels se situe l'âge de 16 ans. Avant c'est la psychiatrie infanto-juvénile, après la psychiatrie générale ou adulte. Cependant les statistiques disponibles tiennent peu compte de cette limite.
 En 1991, 15 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans font partie de la file active du secteur de psychiatrie adulte et 250 000 sont suivis en secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Il y a donc un peu moins de 2 % des enfants et des jeunes de moins de 20 ans concernés par une prise en charge psychiatrique dans le secteur public.
Attente d'éléments plus récents et complets

MISSION(S)

Les objectifs de la politique de secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont autant préventifs que thérapeutiques. Les préoccupations centrales sont :

- maintenir autant que possible les enfants et les adolescents dans leur milieu familial et scolaire ;
- organiser le travail dans un registre de continuité pour un patient donné et dans un secteur donné ;
- privilégier le travail partenarial et la dimension de réseau avec tous les professionnels proches des enfants et des jeunes : milieu scolaire, circonscriptions d'action sociale, structures municipales de la petite enfance, services de justice, hôpital général, médecins libéraux, centres médico-psychopédagogiques, etc.

Les principales institutions du secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont :

- les centres médico-psychologiques - CMP ; éléments de base du dispositif (90 % des soins ont lieu en CMP) ils ont une double fonction d'accueil et de soins, mais aussi de coordination au sein de l'équipe et avec les partenaires extérieurs ;
- les unités de soins à temps partiel : hôpitaux de jour qui accueillent le plus souvent à temps plein les enfants souffrant de troubles graves et les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP qui se développent beaucoup avec des formules très diverses (soins intensifs du soir, du mercredi ...) auprès notamment des très jeunes enfants mais aussi des plus grands voire des adolescents ;
- l'accueil à temps complet avec des formes diverses : l'hospitalisation en psychiatrie à temps complet mais aussi de façon séquentielle, pour des cures de longue durée mais aussi des séjours très brefs ; soins pédopsychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation en pédiatrie ; accueil familial thérapeutique, etc.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Il existe 311 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont 38 % dépendent d'un hôpital général. Ils couvrent en moyenne une population de 210 000 habitants. Le taux d'équipement moyen en lits ou places est de 0,9 pour 1000 habitants de 0 à 16 ans (1,7 pour 1000 habitants dans le secteur adulte).
 Les unités spécifiques pour adolescents ou adolescents/jeunes adultes sont estimées aujourd'hui à (*attente d'éléments*). La tranche d'âge des 16/20-23 ans fait l'objet de plus en plus d'initiatives : *précisions en attente*.

Attente d'éléments complémentaires sur les établissements, notamment les CMP et les CATTP, sur le personnel des secteurs, sur la consommation de soins, sur les aspects financiers...

Pour 1993, on sait que près de 97 % des enfants et des adolescents pris en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont exclusivement suivis en ambulatoire. Ce pourcentage varie de 88 % en Corse à 99,5 % en Aquitaine.

Eléments en attente sur l'activité des secteurs par âges, sur les types de pathologies selon le sexe et l'âge, sur les prises en charge, notamment dans les CATTP et dans les CMP, sur la durée moyenne de prise en charge chez les enfants et les jeunes, sur le pourcentage de rechutes" sur l'utilisation des médicaments, sur les modalités thérapeutiques ...

A NOTER

La psychiatrie infanto-juvénile a fait des progrès considérables depuis 30 ans, la politique de secteur a représenté une réforme importante. Le système de soins sectorisé avec notamment la gratuité des soins ambulatoires et la pluridisciplinarité est quasiment unique au monde. Il exigerait cependant de profonds aménagements : les disparités régionales sont encore considérables, la prévention n'est pas assez développée...

Dispositif général - Prise en charge SANTÉ MENTALE - DISPOSITIF LIBÉRAL (hors secteurs)	AUTORITÉS DE TUTELLE
Ministère du Travail et des Affaires sociales, secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale Direction générale de la Santé - Bureau de la santé mentale 8. avenue de Ségur 75007 - Paris tél : 01 40 56 42 95 fax : 01 40 56 40 44	FINANCEMENT/GESTION
Sécurité sociale, particuliers. Les Centres médico-psycho-pédagogiques - CMPP sont gérés soit par l'Education nationale, soit par des associations privées à but non lucratif.	ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS
Les CMPP reçoivent près de 100 000 enfants et adolescents par an. <i>Attente d'informations sur les enfants et jeunes suivis en ville par des psychiatres (nombre, pathologies, protocoles, guérisons, améliorations...) ainsi que sur les cliniques.</i>	CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE
Décret du 18 février 1963 : réglementation du fonctionnement des CMPP. Circulaire du 11 décembre 1992 : rappel de la participation des CMPP dans les nouvelles orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.	MISSION(S)
Les CMPP sont administrativement rattachés au champ médico-social mais ils ont des missions proches des Centres médico-psychologiques des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les CMPP s'adressent aux enfants ayant des difficultés scolaires, des troubles psychomoteurs ou des troubles du comportement. Ils ont pour fonction de faire un bilan, de diagnostiquer les manifestations pathologiques et de mettre en oeuvre une action éducative et thérapeutique sous l'autorité d'un médecin.	MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS
Les 557 CMPP ont des équipes pluri-disciplinaires : personnel médical et paramédical, psychologues, assistants de service social, éducateurs (<i>à compléter</i>). Au 1/1/95, les psychiatres libéraux étaient au nombre de 6 129. Ils représentent 12 % des spécialistes et on compte 11 psychiatres pour 100 000/hab, densité la plus forte après les gynécologues-obstét. (rapportés aux femmes de 15 à 44 ans) et les pédiatres (rapportés aux enfants de 0 à 16 ans). Ils sont aussi les spécialistes pour lesquels la disparité des densités est la plus forte : 19,4/100 000 en Ile-de-France, 3,5 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les pédopsychiatres (recensés comme tels) libéraux sont 443 (1/1/96). Leur nombre a augmenté de 41 % en six ans tandis que les pédiatres n'augmentaient que de 7,6 %. Rapportés à la population des moins de 15 ans, la densité des pédopsychiatres libéraux atteint environ 4/100 000 enfants et jeunes. Les pédopsychiatres libéraux sont un peu plus nombreux que les pédopsychiatres salariés. <i>Eléments en attente sur les autres professionnels exerçant auprès des jeunes ayant des difficultés : psychologues, psychomotriciens, orthophonistes ainsi que sur les cliniques.</i>	ACTIONS/ACTIVITÉS
Les CMPP sont des centres et non des établissements : leur action est ambulatoire sous la forme de consultations quelques heures au maximum par semaine. Ils proposent des interventions très diversifiées. Au-delà de six mois de prise en charge dans un CMPP, une démarche auprès de la CDES (Commission départementale d'éducation spéciale) " dans la mesure où ce délai traduit une persistance et une gravité des troubles ". Les psychiatres libéraux proposent des prises en charge variables en fonction des pathologies, de l'âge des patients et de leur formation spécifique. Les enfants et les jeunes traités par des psychiatres prennent rarement des médicaments (x % des cas environ). Ils sont principalement suivis au travers d'entretiens en face à face et/ou avec les familles. Les psychiatres libéraux réalisent x actes par an. Contrairement aux autres praticiens, ils ne font pas partie de la statistique du SESI concernant le montant des honoraires annuels. Les cliniques privées (conventionnées pour la plupart) ont un rôle non négligeable dans le domaine de la psychiatrie. Certaines sont spécialisées pour les enfants et/ou les adolescents.	A NOTER
Les circuits d'entrée en soins psychiatriques sont divers. Cependant, pour les adolescents et les jeunes adultes même les enfants qui sont suivis pour majorité par des généralistes, la voix(e) du généraliste est déterminante. Améliorer les liens entre médecine générale et psychiatrie est considéré comme un enjeu important.	

Dispositifs spécifiques – prévention, prise en charge

PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE - PJJ**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

Ministère de la Justice / Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse
13, place Vendôme 75042 - PARIS Cedex 01 Tél : 01 44 77 74 76 - Fax : 01 44 77 70 60

FINANCEMENT/GESTION

Etat (sauf pour les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance - ASE)

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

1945 : institution des juges pour enfants et création de l'Education surveillée qui deviendra la Protection judiciaire de la jeunesse le 20 septembre 1990.
Ordonnance du 2 février 1945 : priorité de la mesure éducative sur la sanction pénale.
Ordonnance du 23 décembre 1958 : le juge des enfants devient compétent pour les affaires de mineurs en danger au travers de l'assistance éducative.
1970 : les jeunes majeurs (18 à 21 ans) peuvent solliciter du juge des enfants une protection judiciaire.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

En 1995, 267 000 jeunes ont fait l'objet d'une décision prise par les juridictions de la jeunesse (entre 1,5 et 2 % de la tranche d'âge totale).
Parmi ces jeunes, 3,5 % sont de jeunes majeurs et parmi les mineurs, 80 % sont signalés en danger et 20 % se voient reprocher une infraction pénale. Les filles représentent 12 % de l'ensemble et qu'il s'agisse des mineurs en danger ou délinquants, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 16-18 ans (40 %).

MISSION(S)

La PJJ assure la prise en charge éducative des mineurs et des jeunes majeurs qui font l'objet d'une décision de justice dans le cadre de deux missions complémentaires : la prise en charge des jeunes délinquants et la protection des jeunes en danger.
La PJJ exerce ses missions au travers d'un secteur public et d'un secteur associatif habilité. La politique nationale est appliquée par 14 directions régionales et 100 directions départementales. L'action de la PJJ est menée en partenariat avec les collectivités locales et les autres institutions proches des jeunes (Education nationale, Jeunesse et sports, Affaires sociales...).

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Le secteur public de la PJJ emploie près de 6 000 personnes (3 000 éducateurs, 200 assistants de service social, 180 psychologues (130 vacataires), 40 infirmiers, 200 psychiatres vacataires, etc.) et gère directement 98 SEAT - Services éducatifs auprès du tribunal et 234 centres d'action éducative dont 70 assurent une fonction d'hébergement.
Le secteur associatif prend en charge 2 jeunes sur 3. Avec 1 000 établissements et 24 000 salariés, les 439 associations habilitées sont prédominantes mais elles travaillent autant pour la PJJ que pour l'ASE.
Budget 1997 : 2,5 milliards de francs (1,4 pour le secteur public, 1,1 pour le secteur associatif), soit, au regard des enfants et adolescents pris en charge en 1994 à un peu plus de 11 000 F par jeune.

ACTIONS/ACTIVITÉS

L'action de la PJJ se répartit en quatre grands domaines :

- les investigations : enquêtes, expertises, analyses permettant aux magistrats de connaître la personnalité du jeune et son environnement familial (79 000 jeunes concernés en 1994) ;
- l'action éducative en milieu ouvert qui, au pénal comme au civil, permet l'intervention éducative dans le milieu de vie habituel du mineur (223 000 prises en charge éducatives en 1994 dont 78 % en milieu ouvert civil et pénal) ;
- l'hébergement du mineur dans un établissement qui intervient, à titre exceptionnel, dans le cadre d'une ordonnance de placement judiciaire ;
- la formation et l'insertion professionnelle dans les centres de jour, dans certaines entreprises ou au travers des actions partenariales dans le cadre de l'Europe ou de l'aide au développement, dispositifs permettant aux jeunes d'accéder au statut de stagiaire de la formation ou au statut de salarié.

A NOTER

La réflexion et l'action de la PJJ concernant la santé des enfants et des jeunes qu'elle prend en charge dépend du Bureau des méthodes de l'action éducative.
Deux chargés de mission auprès du directeur - un pédiatre et un psychiatre - coordonnent les projets santé. Ils travaillent notamment à mettre en œuvre des conventions avec les autres administrations.

AIDE SOCIALE À L'ENFANCE - ASE**AUTORITÉ(S) DE TUTELLE**

L'Aide sociale à l'enfance est sous l'autorité des Conseils généraux depuis la loi de décentralisation.

FINANCEMENT/GESTION**Conseils généraux**

La gestion des établissements, comme les Maisons d'enfants, ou de certains services, comme les clubs de prévention, est très souvent confiée à des associations habilitées.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Loi du 23 juillet 1983 : la loi relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat a placé l'Aide sociale à l'enfance sous la responsabilité des présidents des Conseils généraux.

Loi du 6 juin 1984 relative aux droits des usagers de l'Aide sociale à l'enfance.

Loi du 6 janvier 1986 appliquant les principes de la décentralisation au secteur de l'Aide sociale à l'enfance.

Loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Au 1er janvier 1996, selon l'enquête du SESI (février 1997), l'Aide sociale à l'enfance prend en charge 125 000 enfants et adolescents : près de 47 000 sont hébergés dans des Maisons d'enfants et des Foyers de l'enfance, 100 000 (maintenus en fratries) sont dans des villages d'enfants et 77 500 bénéficient d'Actions éducatives en milieu ouvert.

La majorité de ces enfants ont moins de 15 ans (près de 100 % en villages d'enfants, 90 % en AEMO, entre 60 et 77 % selon les établissements d'hébergement).

MISSION(S)

La mission centrale de l'Aide sociale à l'enfance est d'apporter un soutien matériel et éducatif aux mineurs et à leur famille confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre leur équilibre et de pourvoir à tous les besoins des mineurs qui lui sont confiés.

L'Aide sociale à l'enfance a aussi des missions plus spécifiques dans le cadre de la protection de l'enfance : surveillance des conditions d'accueil des enfants qui ne résident pas au domicile de leurs parents ; contrôle de certains intermédiaires de placement d'enfants (notamment les œuvres d'adoption) ; prise en charge financière des enfants placés directement par une décision judiciaire ; mise en place de structures préventives de réadaptation ; prévention des mauvais traitements ; agrément des futurs adoptants.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Les établissements dépendant de l'Aide sociale à l'enfance sont les suivants : 182 foyers, 1130 maisons de l'enfance, 17 villages d'enfants, 232 AEMO et 398 clubs de prévention (Sesi fév 97). Ces établissements, souvent gérés par des associations, emploient plus de 40 000 salariés en équivalents temps plein.

Le personnel médical et para-médical (dont psychologues) représente 2 650 personnes en équivalents temps plein. Les médecins sont peu nombreux ; les plus représentés sont les psychiatres avec près de 95 ETP.

La dépense nette consacrée par les Conseils généraux à l'ASE représentait, en 1995, 24 milliards de F.

ACTIONS/ACTIVITÉS

L'action de l'Aide sociale à l'enfance se répartit en deux grands domaines :

1. L'accueil des enfants placés en établissements ou en familles d'accueil qui représente 73 % des dépenses et

2. Les actions de soutien avec maintien dans le milieu familial qui représentent 23 % des dépenses.

Les actions de soutien avec maintien dans le milieu familial sont de plusieurs types :

- allocations et secours aux familles ou aux jeunes majeurs, en baisse depuis l'instauration du RMI) : 1,9 milliard de F ;

- intervention de travailleuses familiales : environ 12 000 familles bénéficient de ce type d'aide ponctuelle ;

- action des clubs et équipes de prévention spécialisée (environ 700 millions de F) ;

- actions éducatives en milieu ouvert, AEMO : elles se répartissent entre AEMO judiciaires (70 % des cas) et AEMO administratives, proposées aux parents par les services départementaux de l'ASE.

A NOTER

La remontée d'information des services départementaux vers le ministère montre que la décentralisation de l'Aide sociale à l'enfance est vécue positivement quant à la souplesse et à la liberté qu'elle autorise ; en revanche, elle entraîne un certain isolement et les départements souhaiteraient une meilleure circulation de l'information pour confronter et harmoniser les pratiques.

ALLO ENFANCE MALTRAITÉE : 119 ou 0800 05 41 41
SNATEM - Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée
numéro vert ouvert tous les jours 24 heures sur 24

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales / Direction de l'Action sociale
 (SNATEM - Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée)
 11, boulevard Brune 75014 - PARIS Tél : 01 40 44 45 22 Fax : 01 45 39 83 37)

FINANCEMENT/GESTION

Etat et Conseils généraux à parité (la part des départements est fixée annuellement en fonction de leur population). La gestion du SNATEM est confiée à un groupement d'intérêt public où sont réunis l'Etat, les Conseils généraux et les associations.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Loi du 10 juillet 1989 : création du SNATEM / Allo enfance maltraitée dans le cadre du texte relatif à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs, voté à l'unanimité par le Parlement.
 1997 : l'enfance maltraitée est "Grande cause nationale". Allo Enfance maltraitée dispose d'un numéro vert national simplifié (119) depuis le 13 mars.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Mineurs maltraités ou présumés l'être. Selon l'enquête ODAS 1995, 20 000 enfants et adolescents sont maltraités : 7 500 souffrent de négligences graves ou de violences psychologiques, 7 000 de violences physiques, 5 500 d'abus sexuels.
 Les appels enregistrés à Allo Enfance maltraitée donnant lieu à une aide et à un soutien atteignent 18 000 en 1995. Il ont augmenté d'environ 80 % depuis la création du service en 1989.
 10 % des appels sont issus de trois groupes à peu près égaux : les enfants, la famille proche et l'entourage. Les professionnels représentent 6 % des appels.
 Sur l'ensemble des enfants concernés par ces appels, 59 % sont des filles et 41 % des garçons et plus d'un tiers ont des enfants de moins de trois ans.

MISSION(S)

Les missions du Service national d'accueil téléphonique / Allo enfance maltraitée sont :
 l'accueil, le soutien, l'orientation, le conseil et l'information aux enfants et aux adultes confrontés à une situation de maltraitance à enfant (ou situation présumée telle) ;
 la transmission des informations recueillies aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance ;
 une étude épidémiologique annuelle à partir des appels reçus et des retours d'informations des Conseils généraux.
 L'affichage des coordonnées d'Allo enfance maltraitée est obligatoire dans tous les établissements recevant de façon habituelle des mineurs.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

L'équipe du SNATEM est composée de 45 personnes dont 37 écoutants à temps partiel - psychologues, médecins, travailleurs sociaux, juristes... - Deux coordonnateurs sont chargés des relations avec les services de l'Aide sociale à l'enfance des départements. Le SNATEM a un correspondant dans chaque département.
 Le budget annuel s'élève à 15 millions de F.

ACTIONS/ACTIVITÉS

D'une année en année, les appels reçus par le SNATEM se concentrent sur des questions directement liées à la maltraitance à enfant pour atteindre une proportion de 80 %.
 En 1995, le SNATEM a traité près de 200 000 appels. Plus d'un sur dix a donné lieu à un soutien et à la transmission de la situation aux services départementaux.
 Les situations de mauvais traitement avérées ou présumées étaient pour 50 % des mauvais traitements à caractère physique, 41 % des mauvais traitements d'ordre psychologique et 28 % des violences sexuelles.
 Les auteurs de mauvais traitements étaient situés dans la famille proche à plus de 85 %.
 Dans 47 % des situations ayant donné lieu à une transmission d'informations, les familles étaient inconnues des services compétents.

À NOTER

Le SNATEM et l'ODAS ont entrepris une étude épidémiologique associant dix départements. Les conclusions seront connues fin 1997.

DISPOSITIF LÉGAL DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS HANDICAPÉS

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales - Direction de l'action sociale
5, place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75015 - PARIS Tél : 01 44 36 95 75 - Fax : 01 44 36 97 22

FINANCEMENT/GESTION

Etat, collectivités territoriales, Sécurité sociale.

Les CAMSP (Centres d'action médico-sociale précoce), de statut privé ou public, sont financés à 20 % par les départements et à 80 % par la Sécurité sociale ; les SESSAD (Service d'éducation spéciale et soins à domicile), de compétence d'Etat, sont financés par la Sécurité sociale. Les établissements d'éducation spéciale sont financés par la Sécurité sociale. L'AES (allocation d'éducation spéciale) est versée par la CAF et financée par l'Etat.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Lois du 30 juin 1975 : loi d'orientation en faveur des handicapés, fondement du dispositif actuel + loi sur les institutions sociales et médico-sociales. Loi du 11 juillet 1975 relative à l'éducation.

Lois du 10 juillet 1987 : loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés + loi d'orientation sur l'éducation?

Loi du 12 juillet 1990 : protection contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Loi du 13 juillet 1991 : mesures pour l'accessibilité des locaux.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Les enfants et adolescents handicapés (0/20 ans) qui bénéficient d'une place en institution ou d'un service sont estimés en 1996 à 125 000. S'ajoutent (sûrement quelques recoupements avec le premier groupe) 108 000 enfants et adolescents qui bénéficient d'allocations ainsi que 4 700 jeunes de plus de 20 ans encore en institutions pour enfants ("Creton"). On estime qu'un nombre important d'handicapés n'est pas connu des services. Cependant, les handicaps les plus lourds sont presque tous déclarés avant l'âge de 8 ans.

MISSION(S)

La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale... constituent une *obligation nationale*.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Les professionnels en charge d'enfants et d'adolescents handicapés sont au nombre de 76 000 (64 000 pour les adultes). Le taux d'encadrement moyen est de 55 % (1/2 professionnel par handicapé) et il varie de 24 à 105 %.

Le budget global du handicap en France est estimé à 154 milliards de F en 1992 (A.Triomphe-INSERM-CTNERII).

Pour mémoire le montant de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) s'élève à 1,7 milliard de F et le financement des établissements pour enfants et jeunes à 19 milliards de F.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les actions vis à vis des enfants et des adolescents handicapés se répartissent, comme pour les adultes, en deux grands volets : les prestations en espèces et l'accueil en institutions et services.

Prestations en espèces : l'AES (base : 675 F/mois au 1/1/97 + 3 niveaux de compléments) concernait 90 000 jeunes en 1994 (40 % avec compléments). Les allocations sont soumises aux décisions de deux commissions départementales : la CDES jusqu'à 20 ans et la COTOREP au-delà. En 1993-94, la CDES a examiné 160 000 dossiers, 66 000 enfants et jeunes handicapés se sont vus attribués une AES et 21 000 une carte d'invalidité.

Accueil en institutions et services : (données 1994) 12 000 enfants sont accueillis de manière ambulatoire par près de 200 CAMSP qui ont une action de dépistage, prévention et prise en charge des enfants de moins de 6 ans et leur famille. 13 000 enfants et adolescents sont suivis à domicile par les SESSAD (600 unités, + 150 % en 10 ans) : 70 % d'entre eux ont moins de 10 ans et la majorité sont intégrés scolairement. 120 000 enfants/adolescents sont pris en charge dans des établissements d'éducation spéciale (76 % ont plus de dix ans, 7 % plus de 20 ans, environ 15 % sont intégrés dans des établissements scolaires ordinaires). Les jeunes adultes (18-20 ans à 25 ans) représentent en moyenne 17 % des effectifs des différents établissements pour adultes.

A NOTER

La loi du 30 juin 1975 dite d'orientation des personnes handicapées est en cours de révision.

Les résultats en cours d'édition d'une étude réalisée par l'ANECAMSP font ressortir des chiffres inférieurs aux données officielles : 173 CAMSP pour 6 757 enfants suivis. Bien peu, dit l'ANECAMSP, au regard des 76 000 enfants handicapés de moins de six ans.

Les CMPP sont comptabilisés soit en psychiatrie, soit dans la prise en charge des enfants handicapés : nous les avons intégrés dans la fiche sur la santé mentale, dispositif libéral.

VISITES MÉDICALES LIÉES À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère du Travail et des Affaires sociales – Délégation à la formation professionnelle
31, quai de Grenelle 75738 – PARIS Cedex 15 Tél : 01 44 38 32 61 Fax : 01 44 38 33 00

FINANCEMENT/GESTION

Crédits délégués aux Conseils régionaux par le ministère sur la base d'une convention de délégation de compétences (17 régions en 1996) ou crédits transférés du budget Travail vers le budget Affaires sociales/DGS, la gestion restant ici du domaine de l'Etat (5 régions).

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Ordonnance du 26 mars 1982 : principe d'une visite médicale pour les jeunes de 16 à 18 ans relevant du dispositif "jeunes en stage d'insertion".
Ordonnance du 21 août 1985 : principe d'une visite médicale pour les jeunes de 16 à 25 ans sans qualification participant à une action de formation.
1991 : extension du principe de la visite médicale aux jeunes de 16 à 25 ans concernés par le Crédit formation individualisé.

JEUNES CONCERNÉS

Les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire sans qualification, au chômage ou en situation d'insertion, sont estimés à 600 000 en 1994 (Insee – *Données sociales 1996*).
20 000 jeunes ont bénéficié en 1996 d'une visite médicale liée à la formation professionnelle.

MISSION(S)

Les objectifs des visites médicales sont :
– déceler une éventuelle contre-indication à la formation ;
– appréhender les problèmes de santé des jeunes et leurs préoccupations en la matière, les sensibiliser à leur santé et à l'hygiène de vie ;
– insérer cette mesure dans une action globale comportant en amont une préparation de la visite et en aval une réflexion sur les actions individuelles ou locales à mettre en oeuvre.
Ces visites médicales, dans la mesure où elle ne restent pas un acte isolé de prévention en faveur des jeunes, constituent une occasion pour entreprendre avec les jeunes une démarche de santé comme facteur favorisant l'insertion. Elles peuvent aussi favoriser l'accès aux soins et permettre une orientation vers d'autres professionnels de santé.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Le nombre de médecins impliqués dans le dispositif des visites médicales (vacations) n'est pas connu.
Le budget total délégué ou transféré s'est élevé en 1996 à 9,9 millions de F (DOM compris).

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les visites médicales ont le plus souvent lieu dans le cadre d'un Contrat de formation individualisée ou d'un Programme d'aide à la qualification (CFI-PAQUE).
Géographiquement, elles se situent dans les Missions locales, parfois dans des cabinets libéraux, à la Caisse d'assurance maladie ou dans les locaux des organismes de formation. Les Missions locales jouent un rôle important dans ce dispositif, l'intégrant souvent dans une politique locale de santé plus vaste (cf fiche sur les Missions locales) : modules de formation santé, visites complémentaires, suivi...
Selon un compte rendu de certaines missions locales, les problèmes de santé les plus souvent soulignés sont les troubles psychologiques, les problèmes dentaires ou de vue, les vaccinations non renouvelées.

A NOTER

Une enquête a été menée en 1994 par l'unité 169 de l'Inserm sur les jeunes en CFI-PAQUE. Cette enquête devait permettre d'établir une comparaison avec des enquêtes analogues menées sur des jeunes scolarisés (1993).

Plus défavorisés sur le plan social et familial, les jeunes en insertion ont un faible niveau d'éducation à la santé et leur accès aux soins est insuffisant (un sur quatre n'a pas rencontré de professionnels de santé dans l'année). Leurs difficultés de santé sont réelles et elles sont souvent pas du tout ou partiellement prises en charge.

Depuis quelques années, les Caisses primaires d'assurance maladie et certaines mutuelles proposent aux jeunes (non forcément dans le cadre d'une formation) des possibilités de visites/bilans de santé.

MISSIONS LOCALES

PAIO - Permanences d'accueil, d'information et d'orientation

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes
194, avenue du président Wilson 93217 - La Plaine Saint Denis Cedex
Tél : 01 49 17 46 46 - Fax : 01 49 17 47 48

FINANCEMENT/GESTION

Les Missions locales et les PAIO sont financées par l'Etat et les collectivités territoriales. Elles sont le plus souvent constituées en associations ou en groupements d'intérêt public où sont représentés les partenaires locaux (sociaux, économiques, politiques...).

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Ordonnance du 26 mars 1982 : lancement d'un dispositif d'accueil et de lutte contre l'exclusion des jeunes.
Loi du 19 décembre 1989 : base législative des missions locales et inscription dans la durée d'un dispositif jusqu'alors expérimental.

JEUNES CONCERNÉS

Les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire sans qualification, au chômage ou en situation d'insertion, sont estimés à 600 000 en 1994 (Insee - *Données sociales 1996*).
Un million de jeunes ont été en contact en 1996 avec le réseau des missions locales/PAIO dont 400 000 jeunes en premier accueil.

MISSION(S)

Le réseau d'accueil des missions des Missions locales et des PAIO est chargé d'accueillir, d'informer et d'accompagner dans leur parcours les jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion sociale et professionnelle. Les missions sont réalisées au travers de la mobilisation du partenariat local.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

En septembre 1996, on compte 285 Missions locales et 367 PAIO, soit 652 structures d'accueil pour les jeunes en insertion.
Les Missions locales et PAIO emploient environ 5 000 salariés. Les missions locales sont plutôt implantées en zones urbaines.
La subvention accordée en 1997 à l'ensemble des missions locales atteint 371 millions de F. Les régions les plus dotées sont l'Île de France (49 millions de F.), Rhône-Alpes et Nord-Pas de Calais (34 millions de F.), Provence-Côte d'Azur (30 millions), puis loin derrière les Pays de Loire, Aquitaine, Bretagne, etc.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les actions santé menées par les ML-PAIO ont pour objectif de faciliter le processus d'insertion sociale et professionnelle, considérant la santé, au sens global du terme, comme un élément de base à la capacité d'insertion.
Les actions santé sont soit individuelles (consultations, entretiens, accompagnement personnalisé), soit collectives (groupes/ateliers d'expression, animations, débats...).
Les deux composantes principales sont à dégager : la prévention et l'accès aux soins.
La prévention est abordée au travers de la mise en place de lieux ressources, d'animations thématiques, de débats, de soirées, et aussi dans le cadre des actions individuelles.
L'accès aux soins marque la volonté du réseau d'accueil d'intervenir concrètement dans le domaine de la santé des jeunes en insertion qui souffrent d'après toutes les enquêtes menées d'un niveau d'accès aux soins globalement insuffisant. Les actions principales sont :
- des permanences de médecins, d'infirmiers, de psychologues qui assurent des consultations ;
- des permanences des Caisses d'assurance maladie pour ce qui concerne l'accès aux droits sociaux ;
- des actions de recherche de mutuelles, d'aides, de mobilisation des fonds d'aide aux jeunes, fonds de secours....
Les visites médicales liées à la formation professionnelle des jeunes ont souvent lieu dans le cadre des missions locales (cf fiche spécifique).

À NOTER

Les missions locales et PAIO n'ont pas de fonctionnement type. Certaines ont une action très étoffée dans le domaine de la santé, d'autres moins.

POINTS ÉCOUTE JEUNES POINTS ÉCOUTE PARENTS

AUTORITÉ(S) DE TUTELLE

Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration
35, rue Saint Dominique 75007 - PARIS Tél : 01 42 75 80 00 - Fax : 01 44 36 97 23
Ministère du Travail et des Affaires sociales - Direction de l'Action sociale
8, avenue de Ségur 75007 - PARIS Tél : 01 44 36 90 00 - Fax : 01 44 36 97 23
Au niveau local : DDASS

FINANCEMENT/GESTION

Etat + selon les lieux municipalités et/ou Conseils généraux.
Les Points écoute jeunes/Points écoute parents sont gérés par des associations.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Circulaire du 10 avril 1997 : création et modalités de fonctionnement des Points écoute jeunes et des Points écoute parents. circulaire signée par MM Gaudin et Raoult.

ENFANTS ET/OU JEUNES CONCERNÉS

Jeunes, parents, familles, ensemble d'une communauté concernée par la toxicomanie.

MISSION(S)

Selon la circulaire du 10 avril, les objectifs des Points écoute jeunes/Points écoute parents sont :
- la prévention de la toxicomanie et de la délinquance ;
- l'accueil et l'orientation des jeunes toxicomanes vers les services spécialisés ;
- la réinsertion sociale et professionnelle des jeunes toxicomanes les plus démunis par un accompagnement socio-éducatif adapté.
Les Points écoute jeunes/parents consistent à ouvrir des permanences d'accueil, d'écoute, d'accompagnement éducatif dans le but de :
- prévenir l'inadaptation et aider au rétablissement d'un équilibre psychologique et social ;
- répondre à des situations d'urgence liées à des détresses affectives, familiales et sociales ;
- permettre à des jeunes qui n'en ont pas l'habitude ni la possibilité l'accès à un service social.

MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

Une cinquantaine de structures sont en cours de création. La priorité est donnée aux zones urbaines, dans les quartiers dits difficiles. Des implantations au centre des villes moyennes constituent une deuxième approche. Il n'y a pas de fonctionnement type d'un Point écoute jeunes/Point écoute parents, cependant, en moyenne, on peut estimer que deux éducateurs (en général titulaires du BAFA) animent une structure. Les Points écoute jeunes/Points écoute parents fonctionnent en principe sur la base d'un budget annuel d'1 million de F. Le montage financier théorique consiste en un apport initial de l'Etat de 500 000 F, presque toujours accompagné par les collectivités locales, notamment les municipalités.

ACTIONS/ACTIVITÉS

Les actions/activités des Points écoute jeunes/Points écoute parents sont en train de se mettre en place. Tout est encore au niveau du diagnostic, de la mise en réseau des partenaires, de l'aménagement des locaux. A ce titre, le local n'est pas forcément l'aspect central de la démarche car les éducateurs ont plutôt pour mission d'aller au-devant des jeunes là où ils vivent que d'attendre leur hypothétique venue. Cependant un lieu ouvert en fin de journée, au moment où le peu de vie sociale des cités ferme ses portes, peut être important."

A NOTER

Les Points écoute jeunes/Points écoute Parents ne veulent pas constituer une nouvelle réponse institutionnelle aux difficultés rencontrées par les jeunes dans des quartiers inéquipés. " Il ne s'agit pas d'ouvrir un local de plus avec un travailleur social et un ordinateur, il s'agit de donner les moyens à la population de prendre en mains les problèmes qu'elle rencontre. La mission des Points écoute jeunes/Points écoute parents est de recréer du lien social en restaurant, au niveau d'un quartier, d'une ville donné(e), une démarche participative de la part d'une population concernée par des problèmes de toxicomanie. "

Bibliographie

- Adolescence. Identités, santé, société. Prévenir*, 1992, 23, 167 p.
- Bailly D., Parquet P.-J. *Les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent. Tome I : rapport de psychiatrie.* (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Saint-Étienne, 15-19 juin 1992). Paris : Masson, 1992, 112 p.
- Bajos N., Ducot B., Rudelic-Fernandez D., Lert F., Spira A. *Évaluation d'un nouveau modèle de communication et de prévention du sida. Analyse des réactions suscitées par la campagne " 3 000 scénarios contre un virus ".* Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1996, 44, p. 237-247.
- Baudier F., Dressen C., Arènes J. *Baromètre jeunes 94.* Vanves : Éditions CFES, 1997, 148 p.
- Berthuit F. *Un tour d'horizon des aspirations et des valeurs des Français telles qu'elles résultent des enquêtes extérieures au Crédoc.* Cahier de recherche, 1996/05, 84, 100 p.
- Boisguérin B. *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1993.* Documents statistiques, 1996/05, 254, 31 p.
- Brice J. *Promotion de la santé en faveur des élèves. Rapport annuel médical et synthèse des rapports académiques 1993-1994.* Paris : Direction des lycées et des collèges, 1996, 51 p.
- Carré J. R., Zucker E. *Morbidité et mortalité violentes dans la population des jeunes de 15 à 24 ans. Accidents de la route et suicide : des causes évitables.* Paris : Documentation française, 1989, 152 p.
- Chartier J.-P. *Banlieues et violences. Regards d'un psychanalyste.* Communautés éducatives, 1995/12, 93, p. 41-47.
- Choquet M., Iksil B. *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans).* Vanves : DGS, 1994, 221 p.
- Choquet M., Ledoux S. *Adolescents.* Paris : Éditions Inserm, 1994, 346 p.
- Comité français d'éducation pour la santé *Santé des jeunes et des enfants. Les études du CFES.* Vanves : CFES, 1997/03, 255 p.
- Constant E. *Étude bibliographique des facteurs de risque du suicide de l'adolescent et du jeune et des indices de leur mal-être.* Journées lorraines de santé publiques (Vandœuvre-lès-Nancy, 16-17 février 1994), 10 p.
- Constant E. *Santé des adolescents.* Journées lorraines de santé publiques (Vandœuvre-lès-Nancy, 16-17 février 1994), 13 p.
- Eono P., Vernizeau J. N., Monchaux E., Malek K., Jammes A. *État de santé des jeunes français : analyse des données des centres de sélection.* Médecine et Armées, 1996, 24, p. 63-70.
- European centre for the epidemiological monitoring of Aids *HIV/Aids surveillance in Europe 1994-1996. Quarterly report.* 1995/06/31, 46, 82 p.
- Fauroux F., Chacornac G. *Pour l'école.* Paris : Calmann-Lévy, Documentation française, 1996, 300 p.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé *La santé observée dans les régions de France. Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé*. Paris : Fnors, 1997/02, (100 p.).

Fondation de France Santé des jeunes-Europe. Paris : Mécénat AGF, 1994/11, 68 p.

Fondation de France Santé des jeunes-France. Paris : Mécénat AGF, 1994/11, 72 p.

Fontaine N., Noël G. (dir.) *Les conduites suicidaires des adolescents. Des repères pour la prévention à l'école*. Paris : Direction des lycées et collèges, 1996/11, 46 p.

Guignon N. *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992*. Solidarité santé, 1994, 1, p. 171-185.

Hatchuel G. (dir.) *Prestations familiales, modes de garde et relations parents/grands enfants*. Paris : Credoc, 1994/12, 210 p. (coll. des rapports du Crédoc, n° 156).

Haut Comité de la santé publique *La santé en France 96*. Paris : HCSP, 1996/09, 251 p.

INRA Europe - European Coordination Office *Rapport Eurobaromètre sur le tabagisme en Europe*. Luxembourg : Commission des communautés européennes, 1995/01, 44 p.

Insight Marketing, Fondation CNP *L'apprentissage de la santé en famille*. Paris : Insight, 1996/08, non paginé.

Institut national de la statistique et des études économiques *Données sociales 1996. La société française*. Paris : Insee, 1996, 535 p.

Institut universitaire de médecine sociale et préventive *Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans. Rapport final*. Lausanne : IUMSP, 1992, (95 p.). (Cahiers de recherches et de documentation).

Institute for Hygiene and Epidemiology *Eurobarometer 37 : European week for drug abuse prevention*. Luxembourg : Commission des communautés européennes, 1995/01, 54 p. + annexes.

Kaminski M. *Interventions antitabagiques chez les femmes enceintes : bilan*. In Slama K., Karsenty S., Hirsch A. *La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ? Évaluations et perspectives*. Paris : Éditions Inserm, 1992, p. 121-132.

King A., Wold B., Tudor-Smith C., Harel Y. *The Health of youth. A cross-national survey*. Copenhagen : OMS, 1996, 222 p. (Who Regional publications. European series, n° 69).

Lehingue Y., Fassios F., Momas I., Daures *Surveillance épidémiologique des enfants des écoles maternelles de l'Hérault lors des bilans de santé du service de protection maternelle et infantile*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1992, 40, p. 25-32.

Lelong N., Kaminski M., Chwalow J., Bean K., Subtil D. *Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption*. Patient and education counseling, 1995, 25, p. 39-49.

Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., SAND E. A., Tomkiewicz *L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques et sociaux*. Paris : Doin, 1987.

Masuy-Stroobant G., Gourbin C., Buekens P. *Santé et mortalité des enfants en Europe. Inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui*. (Actes de la Chaire Quetelet, Louvain-la-Neuve, 12-14 septembre 1994). Louvain-la-Neuve : Bruylant-Académia, Paris : L'Harmattan, 1996, 560 p.

Mattéi J.-F. *Les liens entre la santé et l'environnement notamment chez l'enfant*. Paris : Assemblée nationale (document n° 2588), 1996/02, 272 p. + 255 p.

Mauger G. *Les jeunes en France. État des recherches*. Paris : Documentation française, 295 p.

Melbin T., Sundelin C., Vuille J.-C. *Growing up in Uppsala. Part II. Could adolescents with severe psychosocial problems have been identified by symptoms observed in school at age 10 years ?* Acta pædiatrica, 1992, 81, p. 424-429.

Norvez A. *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine.* Paris : Ined, PUF, 1990, 463 p.

Paillerets F., Dehan M., Beaufils F., Badoual J., Saudubray J.-M. *L'enfant et son médecin.* Archives de Pédiatrie, 1995, 2, p. 927-934.

Ploeg J., Ciliska D., Dobbins M., Hayward S., Thomas H. *A systematic overview of adolescent suicide prevention programs.* Revue canadienne de santé publique, 87, p. 319-324.

Rey C. *Les adolescents face à la violence.* Paris : Syros, 1996, 336 p. (coll. Alternatives sociales).

Ruxton S. *Children in Europe.* Londres : NCH Action for children, 1996, 517 p.

Sand E. A., Jeanneret O., Romer C. *Violence et agressivité chez les adolescents et les jeunes adultes.* Revue critique de la littérature récente. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1996, 44, p. 301-345.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université ?* Institut d'études politiques (Grenoble, Lyon). 1996/10, 48 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université ? Résumé.* 1996/10, 13 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université ? Filière de Droit* (Grenoble, Saint-Étienne). 1996/10, 53 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université ? Analyse des entretiens* (Droit-Psychologie, IEP Chambéry, Grenoble, Lyon, Saint-Étienne). 1995/10, 24 p.

Services de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon, Saint-Étienne, Chambéry) *Le mal-être étudiant : cause ou conséquence de l'échec à l'université ? Filière de Psychologie* (Chambéry, Lyon). 1996/10, 49 p.

Spira A., Bajos N. *Les comportements sexuels en France.* Paris : Documentation française, 1993, 352 p.

Triomphe A. (dir.) *Les personnes handicapées en France : données sociales.* Paris : Éditions Inserm, Éditions CTNERHI, 1995, 303 p. (2e édition).

Tursz A. (dir.), Souteyrand Y. (dir.), Salmi R. (dir.) *Adolescence et risques.* Paris : Syros, 1993, 266 p.

Tursz A., Pommereau X. *Accidents et suicides en Europe. Bilan et perspectives.* non édité, 1994/10, 19 p. + annexes.

Tursz A., Rey C. *La violence à l'adolescence : une séméiologie, des causes et une prévention complexes.* Revue critique de la littérature récente. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1996, 44, p. 297-300.

Turtle J., Jones A., Hickman M. *Young people and Health : the health behaviour of school-aged children. A report on the 1995 survey.* London : Health Education Authority, 1997, 203 p.

Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé

Introduction

Lors du premier rapport rédigé en 1996 par le Haut Comité de la santé publique pour la Conférence Nationale de Santé et pour le Parlement, un chapitre avait été consacré à l'offre de soins en insistant sur les inégalités de la répartition régionale en matière de personnels, de structures et de services¹.

Un passage en revue des densités régionales d'offre de soins et de services médico-sociaux avait souligné, une fois de plus, les fortes différences entre régions très dotées et régions peu dotées. En outre, le rapport avait abordé, in fine, la question de l'optimisation de l'offre en termes de réduction des inégalités géographiques mises ainsi en évidence : à la lumière des expériences étrangères en la matière et des réflexions entreprises en France à ce sujet, le problème avait été posé (soulevant notamment la question des critères d'une répartition égalitaire en matière d'offre) et différentes simulations avaient été exposées concernant une nouvelle présentation des inégalités interrégionales tenant compte, cette fois, de l'une ou l'autre composante des besoins.

Un an après la publication des ordonnances d'avril 1996 qui prévoient une déclinaison régionale des enveloppes destinées aux établissements de soins et à la médecine ambulatoire, cette réflexion mérite d'être poursuivie. Aussi le Haut Comité de la santé publique a-t-il décidé de constituer un groupe de travail devant approfondir la réflexion engagée sur le thème « allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé ». Ce groupe de travail, érigé en janvier 1997, devrait remettre ses conclusions pour la fin du printemps 1998. Il comprend : quatre membres du HCSP ; des experts (économistes, géographes, démographes) ayant travaillé sur ce thème lors de l'élaboration du rapport du Commissariat Général du Plan « Santé 2010 » ou oeuvrant sur cette question dans des séminaires mis en place par la Mission Recherche (Mire) du ministère du Travail et des Affaires Sociales; des experts d'administrations ou d'organismes producteurs de données (Sesi, Credes, Fnors) ; des membres de l'administration (DGS, DH, DSS), de la Cnamts et des Agences Régionales d'Hospitalisation.

¹ Haut Comité de la santé publique. *La Santé en France. La Documentation Française 1996 : deuxième partie : l'offre de soins et l'utilisation des ressources*, p 89-177.

Le présent rapport livre à la Conférence nationale de santé et au Parlement les premières réflexions du groupe après trois mois de travail. Les objectifs que le groupe s'est assignés au cours de cette première partie de son mandat ont été de deux ordres.

En premier lieu, il a souhaité poser correctement la question ; si l'on s'en tient au seul énoncé du titre allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé ». chaque mot est piégé : en quoi doit consister cette **allocation** (en un rapprochement des diverses offres de chaque région de la moyenne nationale, sans changer le mode de fonctionnement actuel du système ?), de quelles **ressources** parle-t-on (du système de santé, du système de soins, du médico-social ?) ? La **région** est-elle le bon niveau géographique pour analyser les inégalités et pour répartir les ressources ? Comment prendre en compte les recours aux soins des résidents d'une région dans une autre région que la leur ? De quelles **inégalités** parle-t-on : de santé, de recours aux soins, de prise en charge, d'offre de soins, de qualité des soins ? Quel lien peut-on établir entre une **meilleure** allocation des ressources **et** une **réduction** des inégalités ? Suite à ces interrogations, le Groupe de Travail a souhaité reformuler ainsi la question qui lui était posée :

« Comment organiser une allocation régionale des ressources fondée sur les besoins de santé et qui pourrait contribuer à réduire les inégalités de santé par une réduction des inégalités des moyens mis en oeuvre par le système de soins ? »

En second lieu, le groupe de travail a réuni un certain nombre d'informations sur les expériences étrangères, sur les modes de calculs appliqués en 1997 par l'administration ou les partenaires conventionnels pour moduler les enveloppes hospitalières et de médecine ambulatoire, sur les mesures dont on dispose actuellement pour apprécier les inégalités d'état de santé et de recours aux soins.

Enfin, le groupe de travail a souhaité tirer les premiers enseignements des investigations entreprises et dessiner quelques orientations d'actions et d'approfondissements ultérieurs.

Les pages qui suivent constituent donc un **rapport d'étape** consacré à la définition de la problématique générale, à des réflexions sur les enjeux de mesure et à l'énoncé de premières propositions. **Un deuxième rapport**, comportant les **propositions définitives** du groupe, sera produit à la fin du printemps 1998.

Le plan proposé dans le présent document suit le cheminement adopté par le groupe de travail.

Dans un point 1, **« Position du problème »**, on définit la problématique de la question posée.

Dans un point 2, **« Premiers développements »**, on expose les diverses données, analyses ou informations déjà rassemblées, tout au long d'une trame reprenant la façon dont le problème a été posé dans le point 1.

Dans une troisième partie, on tire les **premières conclusions et préconisations** issues des investigations effectuées.

Jean-Claude Sailly

1. Position du problème

1.1. Données générales

1.1.1. Un nouveau contexte

La loi hospitalière de juillet 1991, la loi Teulade, puis les ordonnances d'avril 1996, ont considérablement renforcé la région comme niveau de planification, de régulation financière et d'évaluation du système de soins en France. Ce secteur avait échappé au mouvement de décentralisation politique mis en marche en 1983, mais petit à petit s'est mis en place un mouvement de déconcentration administrative dont la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) est la marque la plus avancée et la plus originale : il s'agit ni plus ni moins, à la différence des autres secteurs de l'action publique, de créer un échelon exécutif de type nouveau, rendant des comptes directement au gouvernement, mais introduisant des mécanismes formels de coordination entre les organismes régionaux d'assurance maladie et les services déconcentrés de l'État. Cette concentration de pouvoir a conduit, à propos des agences, à parler de création de « préfectures sanitaires », le principal caractère original de ces instances résidant dans l'instauration d'un échelon territorial spécialisé sur un domaine d'activité rendant directement compte au gouvernement.

Dans le même temps, les ordonnances ont prévu d'améliorer la coordination des différents régimes d'assurance maladie, avec l'objectif plus lointain d'une réelle unification de ceux-ci. Cette politique est mise en œuvre tant au niveau national que régional : là encore, il y a création d'une instance nouvelle, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), dont la mission est la coordination de la gestion du risque entre les trois grands régimes au niveau régional, mais, surtout, la régulation régionale de l'objectif d'évolution des dépenses des professionnels libéraux, médecins et autres. Rappelons que, de plus, l'URCAM a également pour mission de contribuer aux actions de prévention et d'éducation pour la santé nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

Pour l'hôpital comme pour la médecine de ville, les ordonnances introduisent une déclinaison régionale de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement dans le cadre de la loi sur le financement de la sécurité sociale. Pour le secteur hospitalier public, cette enveloppe régionale est opposable et fixée *a priori* : la principale mission d'une ARH est de faire en sorte que les dépenses d'hospitalisation publique de la région ne la dépassent pas. Dans le cadre des dépenses générées par les hôpitaux privés et de la médecine libérale, il existe des mécanismes d'ajustement *a posteriori*.

Dans ce nouveau contexte, il n'est pas surprenant que l'on s'interroge sur les fondements de l'allocation des ressources aux régions : comment s'assurer que celle-ci est équitable ? En réalité, il s'agit d'une vieille question, et il existe déjà des mécanismes visant à répartir les moyens du système de soins de façon à répondre aux besoins différenciés des populations et à leur offrir des services de même qualité d'un point à l'autre du territoire. Elle prend cependant une acuité nouvelle pour plusieurs raisons.

D'une part, il existe maintenant, en principe, un dispositif de « bouclage macro-économique » des dépenses d'assurance maladie : le gouvernement et les organismes d'assurance maladie se sont engagés dans une politique visant à maîtriser l'évolution de ces dépenses, c'est-à-dire s'assurer qu'elles restent à l'intérieur d'une masse globale définie *a priori*. Dans ces conditions, il n'existerait plus, en principe, de soupapes permettant aux producteurs de soins d'ajuster les ressources *ex post* sur les dépenses : il est donc capital d'avoir un niveau de dotation initial satisfaisant. Pouvoir montrer qu'il existe des

besoins non ou mal satisfaits dans une région peut être, pour l'ARH et les producteurs de soins, un moyen d'obtenir cette marge de manœuvre. Par ailleurs, comme la base de départ est historique, il se peut qu'il existe de réelles iniquités dans la distribution des ressources entre les régions : les régions « riches » partiraient mieux loties. Enfin, la montée en charge des systèmes d'information en santé permet, certes de façon encore bien imparfaite, de mieux connaître à la fois l'état de santé des populations et le fonctionnement du système de soins : l'état de santé des populations régionales, entre autres grâce au travail patient des Observatoires régionaux de santé (ORS), le fonctionnement du système de soins, par le biais du Programme de Médicalisation du Système d'Information (le PMSI) dans le secteur hospitalier public (et bientôt dans le privé), des enquêtes de l'Echelon National du Service Médical de la Cnamts (les enquêtes Gain Obstétrique et Gain Chirurgie), des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (les Sros) de première génération et des travaux menés par le ministère des Affaires Sociales.

1.1.2. Trois questions-clés

Il est donc naturel que le Parlement -et les français- se préoccupent de savoir si la distribution des ressources qui sera faite au niveau régional tient bien compte et de l'existant, et du « manquant ». Pour ce faire, il faut répondre à trois questions principales.

En premier lieu, existe-t-il des différences d'état de santé des populations régionales en France, et quelles sont les différences que l'on peut qualifier d'inégalités ?

En deuxième lieu, se pose la question des causes de ces différences et inégalités, et de la capacité du système de soins à y remédier. L'état de santé d'une population est la résultante de multiples phénomènes. Le système de soins a en principe pour rôle de prévenir autant que faire se peut la survenue de la maladie et de prendre en charge les épisodes morbides, une fois qu'ils se manifestent et qu'ils sont perçus comme tels par les individus. Le système de soins ne peut avoir vocation à remédier aux disparités de revenus, de conditions matérielles de la vie quotidienne, de niveau d'éducation, de qualité d'environnement physique, etc.. Autrement dit, l'objectif que l'on peut fixer à une méthode d'allocation des ressources au système de soins n'est peut-être pas tant de réduire les inégalités de santé que de s'assurer qu'elles ne sont pas aggravées par un manque ou une inadéquation des ressources.

En troisième lieu, la méthode d'allocation des ressources doit tenir compte de la relative efficacité et efficience du système régional à un moment donné. Que dire d'une région qui apparaîtrait particulièrement défavorisée en termes d'état de santé mais dont le système de soins serait peu efficient ? En principe, c'est par une réallocation intra-régionale des ressources que celle-ci pourra répondre correctement à ses besoins, sans nécessairement obtenir des ressources supplémentaires. Autrement dit, là encore, l'objectif qu'il faut fixer à une méthode d'allocation des ressources au niveau régional est de tenir compte de la qualité des services existants et de leur efficience, c'est-à-dire du rapport qualité-moyens.

Cependant, avant de répondre à ces questions, des précisions s'imposent.

1.1.3. Quelques précisions préalables

Le champ couvert par la régionalisation n'est qu'une partie du système de santé

Rappelons que le champ couvert par les ordonnances en matière d'allocation de ressources est celui des dépenses d'assurance maladie et d'État 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 la médecine de ville, des infirmières libérales, des kinésithérapeutes, des transports sanitaires, les arrêts de travail, les médicaments, les appareils et prothèses, etc.

des inégalités inter-régionales de santé passe aussi par l'allocation de ressources à des services dont le financement n'est pas inclus dans l'enveloppe, et l'optimisation des ressources au niveau intra-régional passe par la possibilité de transferts de financements entre les différents segments du système de soins, mais aussi entre système de soins et autres services de santé.

La base de financement n'est pas la population, mais les services de soins de la région

Par ailleurs, il est prévu pour l'instant que les instances régionales vont recevoir des autorisations de dépenses leur permettant de financer les services domiciliés sur le territoire de la région, et non pas ajustées sur les besoins de la population résidente. Or, l'analyse d'éventuelles inégalités inter-régionales se fait sur la base de la population résidente. Dès lors, deux possibilités peuvent être envisagées. Soit l'allocation des ressources à la région est faite sur la base de la population résidente et de ses besoins, à charge, pour les instances régionales « d'acheter », si nécessaire, les services manquants aux autres régions. Mais il peut aussi exister une tentation autarcique. Soit l'allocation des ressources est faite sur une base populationnelle corrigée des flux de services avec les autres régions, pour financer l'offre domiciliée sur le territoire régional. L'inconvénient est alors éventuellement de pérenniser un excédent d'offre dans les régions « importatrices » de malades au détriment de l'accessibilité géographique aux services des régions « exportatrices ». L'une et l'autre de ces solutions nécessitent donc des dispositifs de contrôle, au niveau national, de l'allocation des ressources faite par les instances régionales, ce qui diminue leur autonomie. La deuxième requiert en outre une bonne connaissance des flux de services en volume, en nature et en coût entre les différentes régions, ce qui n'est pas encore possible à l'heure actuelle.

La régionalisation est fondée sur le principe de subsidiarité

Rappelons également que le choix de la région comme niveau de régulation et d'organisation de l'offre de soins n'obéit pas principalement à une logique de l'analyse des besoins, mais à une logique de subsidiarité : la recherche d'un bon fonctionnement du système de soins, c'est-à-dire un système qui réponde aux besoins de la population de façon efficiente, ne peut plus se faire au niveau national. C'est cette hypothèse qui donne son sens à la régionalisation du système de soins. Elle implique, de ce fait, que les instances régionales, agences et unions régionales d'assurance maladie, mais aussi l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral en relation avec les autres professionnels de santé, ont une responsabilité particulière dans l'analyse des besoins de la population de leur région, et que c'est sans doute au niveau intra-régional que se mènera de la façon la plus efficace une politique de réduction des inégalités de santé. Les conférences régionales de santé, l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) et la mise en œuvre des programmes régionaux de santé sont des outils primordiaux des politiques régionales, dans la mesure où ils permettent de mettre en évidence les besoins mal satisfaits et les services peu efficaces. Il ne s'agit pas là d'une pirouette visant à se débarrasser de l'épineuse question de l'allocation inter-régionale des ressources au niveau national pour en reporter le fardeau au niveau inférieur. Cela implique seulement que l'analyse des disparités inter-régionales en matière de besoins de santé ne doit pas être poussée trop en avant, au risque d'aller à l'encontre du processus de régionalisation et de faire le travail qui incombe aux instances régionales. Paradoxalement, si l'on savait mesurer parfaitement les besoins de santé de la population et y proportionner les moyens nécessaires du système de soins, il n'y aurait pas besoin de régionaliser ! Si leur travail est bien fait, les instances régionales seront progressivement en mesure de mieux négocier leur enveloppe de ressources au niveau national grâce à une connaissance affinée des besoins de santé des populations dont elles ont la responsabilité.

Égalité et équité

Ces deux notions ne sont pas simples à définir.

La notion d'égalité (notion descriptive) est appliquée dans ce rapport aux états de santé, aux besoins de soins, à l'accès aux soins, aux recours aux soins, aux ressources consacrées aux soins.

On dit qu'il y a égalité au regard de ces critères entre catégories de population comparables lorsqu'elles disposent de la même quantité et de la même qualité du bien ou du service considéré. Ainsi dira-t-on qu'il y a égalité d'état de santé entre deux régions lorsque l'on y constate la même durée de vie en bonne santé à structure d'âge et sexe identique. De même, il y a égalité de recours aux soins entre deux populations, si l'on constate, pour chacune d'elles, la même quantité de recours à une même structure de soins de qualité identique. Cependant, la définition et la mesure de l'égalité sont difficiles à opérer concrètement, car il est malaisé de rendre comparables (au regard de quel critère et à l'aide de quels indicateurs ?) les populations ainsi analysées (le plus souvent, en matière de santé, on introduit un redressement des populations comparées au regard du sexe et de l'âge).

La notion d'équité (notion normative) fait appel à la notion de justice : est équitable ce qui est juste. Dès lors, le concept d'équité est fonction du concept de justice que l'on adopte, ce qui relève d'options philosophiques. Aussi, y a-t-il différentes conceptions de l'équité ; de plus, l'équité ne se confond pas forcément avec l'égalité : ainsi, si l'inégalité de deux régions en termes d'état de santé ne peut jamais être équitable, il peut être équitable de consentir à des inégalités de recours aux soins pour les régions les plus défavorisées ; ou encore, on peut se demander si un égal droit de tirage sur les ressources collectives est équitable.

Dans le cadre de ce rapport, on pourrait s'en tenir à la définition suivante de l'équité : à besoins de soins égal, traitement égal.

Efficacité et efficience

Par efficacité, on entend la capacité d'une thérapeutique, d'une structure de soins, d'une action de santé, à produire l'effet attendu d'elle : l'efficacité d'une campagne de dépistage se mesure au nombre de pathologies dépistées ; l'efficacité d'un service hospitalier, au nombre et à la gravité de pathologies soignées et améliorées.

L'efficience prend en compte simultanément l'efficacité et le coût d'une action ou d'une structure. On dira qu'il y a manque d'efficience d'une structure si on pouvait obtenir le même résultat de santé avec des coûts moindres. Une structure est plus efficiente qu'une autre lorsque, avec la même dotation de ressources, elle obtient de meilleurs résultats en quantité et qualité de santé produite.

Cette liste est, de fait, impressionnante : toutefois, elle exclut les dépenses de protection maternelle et infantile (la PMI), les dépenses de médecine scolaire, la médecine du travail, et d'autres actions de santé non couvertes par l'assurance maladie, quelque soit le régime. Il faut également rappeler que la majeure partie des dépenses est consacrée à la délivrance de soins curatifs, par opposition à des soins préventifs. Cette enveloppe ne couvre pas non plus les prix de journée d'hébergement ou les services sociaux à domicile qui permettent de rendre le maintien à domicile possible pour les personnes âgées et/ou handicapées.

Enfin, il n'existe pas encore de véritable « fongibilité » de tous ces postes de dépenses entre eux, ce qui ne facilite pas le transfert de ressources d'un secteur d'activité vers un autre pour des raisons d'efficacité relative ou de besoins non satisfaits. Or, la réduction

Une nouvelle division du travail avec l'administration centrale

Enfin, la régionalisation de la régulation et de l'organisation du système de soins ne vide pas totalement le niveau national de toute responsabilité, notamment en matière d'allocation des ressources. En particulier, à la fois pour des raisons d'efficacité et d'équité, un certain nombre de programmes de soins, liés à des politiques de santé spécifiques, continueront à relever d'une régulation nationale. Par exemple, les moyens nécessaires au traitement de maladies rares, requérant des ressources très spécialisées, relèveront encore de schémas nationaux. L'étendue de cette responsabilité nationale reste à définir.

Ces précisions apportées, nous revenons sur les trois questions-clés énoncées plus haut : essaie-t-on de mesurer et de corriger des différences ou des inégalités d'état de santé entre régions ? Le système de soins peut-il réduire les inégalités constatées ? Ne faut-il pas tenir compte, dans l'allocation, de l'efficacité du système ?

1.2. Différences et inégalités inter-régionales d'états de santé

Les constats de différences et d'inégalités d'états de santé entre des populations et les moyens d'y remédier sont tributaires de la définition que l'on donne de la santé et des indicateurs de sa mesure. Etant donné que le champ couvert par la régionalisation des enveloppes ne concerne que le système de soins, on définira ici la santé comme l'absence de handicap physique ou mental et l'absence de maladie, ce qui est une définition plus restrictive de celle adoptée par l'OMS (sur laquelle on reviendra néanmoins dans le point 2.2.1.), mais plus opératoire si l'on s'intéresse au système de soins. Cette définition est en fait relative, et ceci à plusieurs titres. Il faudrait être capable de graduer les différents handicaps et maladies, en fonction de la perte de bien-être qu'ils provoquent et de leur durée. Le vieillissement étant un phénomène naturel qui se traduit par l'apparition de handicaps, il faut être en mesure d'ajuster l'évolution de l'état de santé en fonction du cours de la vie. Enfin, on distingue habituellement l'état de santé tel qu'il est perçu par les individus de l'état de santé tel qu'il est observé par le système de soins. Dans le premier cas, l'état de santé perçue peut être fonction d'autres facteurs que la présence ou non de maladies ou de handicaps. Or, c'est cette perception qui va conduire à un recours au système de soins. Dans le deuxième cas, l'observation de l'état de santé est tributaire à la fois du recours qui est fait par les individus au système de soins et de la qualité des observations faites. Par exemple, l'absence de programme systématique de dépistage de telle ou telle pathologie ne permet pas, à un moment donné, de connaître la morbidité réelle, mais seulement la morbidité ressentie se traduisant par un recours aux soins.

Il y a des différences d'états de santé des populations entre les régions : cette affirmation signifie simplement que la fréquence et l'intensité des problèmes de handicap et de maladie n'est pas la même partout sur le territoire français. De telles différences ne sont étiquetées inégalités que si elles conduisent à une différence en termes de durée de vie en bonne santé pour tout ou partie d'une population. Ainsi, on ne parle d'inégalités devant la mort que pour signifier que certains groupes sociaux vivent moins longtemps que d'autres, d'inégalités devant la maladie que lorsque certains groupes souffrent plus souvent (et plus longtemps) de pathologies. Pour faire le constat d'une inégalité globale au niveau d'une population, il faut disposer d'une « arithmétique des peines et des maux » qui permette de comptabiliser ensemble, en les soupesant, les années de vie gâchées ou perdues pour des causes différentes. L'arithmétique la plus simple est celle qui comptabilise les années de vie, quelle que soit leur qualité. Même si les estimations produites ne prennent pas en compte la mobilité géographique des individus au cours de la vie, l'importance des écarts calculés montre qu'il existe des différences d'espérance de vie à la naissance en fonction de la zone géographique : par exemple, pour les hommes l'écart

est de presque 5 ans entre le Nord Pas-de-Calais et la région Midi Pyrénées, pour les femmes, de près de 3 ans entre le Nord Pas-de-Calais et la région Poitou Charente. Tout indique que des écarts importants seraient également constatés entre zones géographiques si l'on pouvait calculer avec précision le nombre des années de vie correspondantes vécues en bonne santé.

Conséquences en termes d'allocations de ressources

Dès lors que l'on dispose de cette arithmétique qui pondère les maladies et les handicaps les uns par rapport aux autres, on peut obtenir plusieurs résultats en matière d'allocation de ressources. Il se peut que les états de santé de deux populations à l'étude soient très différents, mais que, par le biais des pondérations, elles ne se traduisent pas par des inégalités d'états de santé. Pour autant, si on raisonne au niveau des soins nécessaires, il est possible que les différences d'états de santé requièrent des différences de ressources, tant en qualité qu'en quantité et qu'en coût. Il est également possible qu'existent des inégalités de santé entre deux régions, mais que, par une autre arithmétique, celle des moyens requis pour la prise en charge des peines et des maux, il n'y ait pas besoin de plus de ressources, en valeur monétaire, dans une région par rapport à l'autre. Les différences constatées peuvent aussi se traduire par la mise en œuvre de ressources différentes selon les endroits, mais pas nécessairement par des montants de financement différents. Le cas de figure suivant n'est pas impossible. Supposons que deux régions se distinguent principalement par une surmortalité pour cancer, dans l'une, et une surmortalité cardio-vasculaire, dans l'autre. Mais l'étude des ressources nécessaires à la prise en charge des patients correspondants étant faite, on s'aperçoit que leur prise en charge coûte en fait la même chose : il y a différence d'état de santé et de besoins de soins ; pourtant le niveau de ressources requis est le même.

Autrement dit, il existe des inégalités de santé entre les populations des différentes régions, les écarts d'espérance de vie en témoignent. Des écarts subsistent même après qu'il a été tenu compte des différences des caractéristiques socio-économiques des populations. Ces inégalités indiquent que les populations subissent un fardeau différent de maladies et de handicaps au cours de la vie. Dans une perspective d'équité, il faut donc se préoccuper de savoir si ces fardeaux sont pris en charge de manière équivalente par le système de soins de chaque région. Cependant, comme nous l'avons suggéré plus haut, il n'existe pas de proportionnalité entre des différences en termes d'espérance de vie, et les ressources financières requises. **Les inégalités indiquent la direction dans laquelle devrait se faire une réallocation des ressources, mais pas l'importance de celle-ci.** En revanche, la connaissance des différences d'état de santé, c'est-à-dire la fréquence relative des différents problèmes de santé relevant d'une prise en charge par le système de soins, pourrait servir à orienter de façon plus précise l'allocation des ressources.

Aujourd'hui, une telle approche des besoins, plus analytique, pourrait s'appuyer sur les études existantes de la mortalité en fonction de ses causes principales. En particulier, certaines causes de mortalité reflètent des problèmes de santé très lourds qui requièrent indiscutablement le recours à l'hôpital. C'est le cas de certaines maladies cardio-vasculaires et du cancer. Dans d'autres cas, cette analyse différentielle des causes permettrait d'identifier les problèmes de santé pour lesquels une efficacité accrue du système de soins passerait par une meilleure prévention (par exemple, le dépistage précoce du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus), ou par des actions ne relevant pas principalement du système de soins (par exemple, les maladies professionnelles). D'autres sources pourront également être mobilisées à moyen terme. L'Insee prépare une grande enquête sur le handicap, l'incapacité et la dépendance pour 1999. Il serait important de construire l'échantillon de façon à avoir des résultats par région. La connaissance des ressources nécessaires à la prise en charge de ces différences devrait provenir, dans les années qui viennent, de la montée en charge des données du PMSI pour le secteur

hospitalier public et privé, et du codage des actes et des pathologies en médecine libérale, qui donneront des indications sur les morbidités diagnostiquées par le système de soins. En effet, on pourra connaître des coûts moyens de prise en charge par recours au système de soins. Par le chaînage de ces recours pour un même patient, on sera à même également de connaître le coût d'un épisode complet de traitement pour une maladie donnée.

1.3. La réduction des inégalités par le système de soins

Un faible impact du système de soins dans la réduction des inégalités

Le raisonnement tenu au paragraphe précédent repose sur une hypothèse : le système de soins peut corriger des différences et des inégalités. Il est clair que si une région se distingue par une sur-morbidité ou une sur-mortalité pour une cause particulière (par exemple les maladies cardio-vasculaires), elle aura besoin de plus de ressources qu'une autre région pour prendre en charge les conséquences de cette pathologie (par exemple, plus de cardiologues, de centres de diagnostic et de chirurgie, ou plus de ressources financières pour « acheter » des prestations dans une autre région). Mais il existe un débat maintenant ancien sur la contribution du système de soins dans l'amélioration de la durée de vie et de l'état de santé des populations.

Ce débat est alimenté par la mise en évidence de déterminants puissants des états de santé, déterminants sociaux, économiques, culturels, génétiques, sur lesquels les systèmes de soins ont peu d'impact. Ainsi, en matière d'inégalité, constate-t-on une permanence, voire dans certains pays comme la France, un accroissement d'écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles, et même d'écarts de morbidité, alors même que l'accès aux soins s'est largement ouvert. Ces différences semblent s'accroître avec la croissance des inégalités de revenus. Elles seraient dues à de multiples facteurs, se combinant entre eux : des différences de revenus engendrent à la fois des différences de conditions matérielles de vie et de travail, elles peuvent aussi créer un sentiment d'insécurité générateur de stress. Le moindre capital culturel des catégories les plus défavorisées se traduit également par une pratique moins préventive de recours au système de soins. Il existe également des expositions différentes à des risques naturels ou industriels, mais aussi des styles de vie particuliers, notamment des habitudes alimentaires, des pratiques addictives (alcool, tabac) et des comportements différents face au risque. Les études portant sur les taux importants de mortalité évitable montrent bien qu'une part essentielle des décès tient plus, pour les individus les plus jeunes, à des styles de vie qu'à l'activité insuffisante du système de santé. En revanche, l'apport du système de soins à la réduction significative des taux de mortalité évitable apparaît nettement pour les personnes âgées.

Poussée à l'extrême, cette thèse revient à nier la possibilité de corriger les inégalités de santé des populations par une distribution adéquate des ressources au système de soins. Il est vrai qu'une correction efficace et durable des inégalités de santé entre différents groupes de population passe par la mise en œuvre de politiques en dehors du système de soins : correction des inégalités d'éducation, politique de protection de l'enfance, politique de sécurité des revenus, amélioration des logements, etc. Mais ces politiques visent en général le moyen terme, et dans l'immédiat, **les inégalités se traduisent par des besoins de soins quantitativement et qualitativement différents**. Il faut donc également s'assurer que la distribution des ressources disponibles ne les aggrave pas. On a mentionné au paragraphe précédent l'importance d'une analyse des différences d'états de santé entre populations régionales.

Mais la nécessité d'une réponse équitable et adéquate aux besoins de soins

La réponse à ces besoins de soins nés de différences d'état de santé suppose une quantité d'offre suffisante, mais aussi des conditions idoines d'accès à cette offre. Les services de soins de santé étant principalement des services de proximité, l'analyse de ces conditions d'accès relève sans doute plus d'une analyse infra-régionale que d'une comparaison inter-régionale. Néanmoins, il est possible qu'existent au niveau d'une région des problèmes d'accès au système de soins touchant une partie importante de la population, et qui se traduirait par une sous-utilisation ou une mauvaise utilisation des services, particulièrement pour les populations ayant le plus de besoins.

La dimension géographique de l'accès aux soins est la première à analyser ; la densité de ressources (médecins libéraux, lits d'hôpitaux) est très variable d'une région à l'autre. Ce phénomène n'est pas spécifique au système de soins et traduit le fait que la répartition spatiale de l'activité économique, de l'emploi, et des services publics est hétérogène au niveau national. La correction complète de ces différences n'est donc pas possible et n'a pas de sens. Il serait cependant nécessaire de vérifier si les populations des régions les moins bien dotées ont par ailleurs un recours plus faible aux soins que celles des autres régions, ce qui pourrait s'interpréter comme un désavantage lié à une moindre accessibilité géographique aux services.

L'accessibilité financière aux services est la deuxième dimension importante. À la différence du Royaume-Uni ou de l'Allemagne, où les soins sont quasiment gratuits, il y a en France, malgré l'Aide Médicale Gratuite une triple barrière financière à l'accès aux soins pour les ménages assurés sociaux mais à revenus modestes : le mécanisme de l'avance de frais, le ticket modérateur sur les tarifs conventionnels et le forfait journalier à l'hôpital, les tarifs dits de secteur 2 en médecine de ville. Le recours à des services de soins gratuits organisés par des associations (Médecins du Monde) par des personnes aux revenus modestes mais réguliers témoigne de façon médiatique des effets de l'avance de frais. Le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires sont partiellement pris en charge par les personnes qui peuvent adhérer à une assurance complémentaire, mais celles-ci ne couvrent pas toute la population. Les études portant sur la santé dentaire montrent la persistance d'inégalités liées à la mauvaise couverture de ces soins par l'assurance maladie. La connaissance, au niveau de chaque région, du nombre de personnes subissant ou étant susceptibles de subir ces barrières financières d'accès pourrait être un indicateur important de besoins non ou mal satisfaits.

L'accessibilité aux informations pertinentes sur le système de soins est la troisième dimension habituellement discutée. Elle repose sur le double constat suivant : les individus ont des niveaux inégaux de connaissance du fonctionnement du système de soins, et s'y orientent donc de façon inégalement efficace. Les producteurs de soins eux-mêmes ne se comportent pas de la même façon selon le niveau socioculturel de leurs malades, notamment en matière de soins de prévention et d'éducation pour la santé. Cette inégalité devant l'information se cumule en général avec les inégalités socio-économiques, et contribue à une utilisation inadéquate du système de soins. « Poverty is expensive » : la pauvreté coûte cher. Pour un même problème de santé, des personnes de niveau socio-culturel élevé auront recours de façon précoce au système de soins, alors que des personnes de niveau culturel plus faible auront un recours plus tardif et moins adéquat, et avec un état de santé aggravé.

1.4. L'efficience des systèmes de soins régionaux

Enfin, puisqu'il existe des différences d'efficience entre les différents systèmes régionaux de soins, faut-il prendre le prétexte de besoins de soins importants et non satisfaits dans une région pour augmenter sa dotation en ressources, sans par ailleurs vérifier que les producteurs de soins utilisent déjà au mieux les ressources existantes ? Définissons

d'abord l'efficacité. Un service de soins efficace est d'abord un service adapté au problème de santé qu'il prétend prendre en charge. Ce service est délivré dans les règles de l'art professionnel et au moindre coût, sous contrainte de qualité et de sécurité. On ne se limite donc pas à comparer les services uniquement sur la base des coûts.

Or, dans le système de soins français, coexistent plusieurs modes alternatifs de prise en charge des mêmes problèmes de santé. Le système de soins français ne distingue pas nettement les niveaux de soins, permet un libre accès à tous les niveaux de la médecine et se caractérise par une absence totale de critères qui permettraient aux usagers de se situer ou de se diriger à bon escient dans une offre faiblement différenciée. Le coût collectif en est probablement considérable.

Par exemple, les médecins généralistes et certaines spécialités médicales prennent souvent en charge des problèmes de santé de même nature. Les consultations externes à l'hôpital sont en concurrence directe avec la médecine spécialisée de ville ; elles sont facturées au même tarif. Pourtant, elles coûtent plus cher, le surcoût par rapport au tarif étant supporté par le budget général de l'hôpital. Autrement dit, les offres de soins régionales sont autant de mélanges différents de catégories de producteurs de soins qui sont sans doute partiellement substituables, mais avec des résultats et des coûts différents.

Il existe par ailleurs des différences importantes de tarifs (pour le secteur hospitalier privé) et de coût (pour le secteur public) à activité identique, entre les établissements, et entre les régions. Par exemple, le PMSI a permis de mettre en évidence un écart de 50 % de coût par séjour dans le secteur hospitalier public entre les régions, mais surtout un rapport de près de 1 à 3 entre l'établissement le moins cher et l'établissement le plus cher. Il existe plusieurs explications possibles à ces différences de coûts. Les différences de qualité des soins en sont une, la complexité relative des cas qui serait mal mesurée par le PMSI. Mais il paraît peu vraisemblable que l'une et l'autre de ces causes expliquent toutes ces différences de coûts, sans que l'on se soit jamais rendu compte que les établissements les moins chers rendaient des services de qualité médiocre à des malades finalement... peu malades.

Il n'est pas impossible que les différences d'efficacité des services de soins dans les régions et entre les régions soient du même ordre de grandeur que les écarts de besoins mesurés à partir des différences d'états de santé des populations. Cependant, pas plus que l'on ne sait bien mesurer les différences d'état de santé, on ne sait pas, aujourd'hui, mesurer globalement ces différences d'efficacité.

Enfin, le dispositif actuel d'allocation des ressources peut contribuer à renforcer l'inefficacité du système de soins. Il est bâti, pour l'instant, sur la construction d'enveloppes séparées pour l'hôpital public, l'hôpital privé et les soins de villes. À moins de considérer la répartition actuelle optimale dans chaque région, cette séparation ne permet pas une allocation intra-régionale optimale des ressources. Seule une fongibilité totale des trois enveloppes et une harmonisation des modes de financement des secteurs hospitaliers publics et privés permettraient cette recherche d'une efficacité accrue.

La base de données du PMSI apportera aussi des informations sur le recours aux soins hospitaliers d'une région à l'autre, et permettra de mener des études de variation de pratique d'une région à l'autre. Par exemple, lorsque la collecte d'information sur chaque séjour hospitalier sera disponible au niveau d'une région, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, pourra-t-on calculer des taux de recours à des interventions chirurgicales rapportés à la population régionale : pour des interventions pour lesquelles le pouvoir discrétionnaire du professionnel est grand (comme l'appendicectomie, l'amygdalectomie, l'hystérectomie), des variations de ces taux suggèrent des pratiques et des niveaux d'efficacité différents. Une étude suisse a montré en particulier que le taux de recours à un certain nombre d'interventions chirurgicales était beaucoup moins important pour les médecins, leurs familles et les avocats, que pour le reste de la population. Qui plus est, plus le capital culturel, mesuré par le niveau de diplôme, est bas, plus le

risque est grand de subir une intervention électorale. En partant de l'hypothèse que le médecin est la personne la mieux informée sur la pratique la plus adaptée, l'auteur en déduit que la différence des taux d'intervention pour les médecins et les autres est une mesure simple d'inefficacité du système de soins.

La montée en charge d'un système d'information en médecine de ville, avec le repérage des diagnostics et des actes, permettra sans nul doute dans les années à venir d'affiner progressivement la connaissance de différentes dimensions de l'efficacité des systèmes de soins régionaux.

1.5. Allocation des ressources en fonction des inégalités ou en fonction d'un « droit de tirage » ?

La conception égalitaire dans l'allocation des ressources

La répartition des ressources entre les régions en fonction des inégalités observées de santé est donc un exercice difficile. Il existe une autre conception de l'équité, qui repose sur le principe d'une égalité de « droit de tirage » des populations de chaque région sur la masse des dépenses financées collectivement tous les ans. Dans cette optique, partant de la dépense nationale consacrée au financement des services médicaux, une enveloppe serait attribuée à chaque région sur la base de sa population résidente (et non plus de son offre locale de soins) pour l'ensemble des services de soins, fondée sur une répartition égalitaire des dépenses de santé. Le principe d'équité est donc simple : chaque citoyen a le droit au même montant de dépenses de soins prises en charge par la collectivité. Il s'agit, bien entendu, d'une égalité au niveau d'une population, tous les individus n'ayant pas les mêmes besoins.

Ce principe d'égalité simple — qui aboutirait à donner à chaque région un forfait moyen par personne résidente identique — est généralement modulé par une prise en compte différenciée des besoins en fonction de l'âge et du sexe : le forfait est modulé par tranche d'âge, éventuellement par sexe. L'idée sous-jacente est que les besoins sont objectivement différents selon ces critères, et cet ajustement ne fait en général l'objet d'aucune critique.

On peut également affiner cette prise en compte de « besoins objectivement différents » en intégrant, dans la modulation du forfait, la surmortalité relative d'une région par rapport à la moyenne nationale. Il y a donc intégration d'une inégalité devant la mort. Ce type d'ajustement a un autre avantage : dans la mesure où il subsiste des inégalités devant la mort liées au statut socio-économique, la prise en compte d'une surmortalité « corrige » la moyenne nationale en partie en faveur des régions défavorisées de ce point de vue. Toute la question est de savoir quel poids on donne à cet ajustement pour le calcul d'un forfait par âge et sexe : s'il est clair que ce forfait pourrait être plus élevé dans une région globalement défavorisée du point de vue socio-économique, en revanche, on ne connaît pas le poids de ce désavantage.

Avantages et inconvénients

Ce modèle égalitaire a le mérite de la simplicité et se prêterait sans doute à l'émergence d'un consensus. Il ne repose cependant pas réellement sur la correction d'inégalités de santé, mais sur la correction d'inégalités de consommation de soins, en fonction d'indicateurs simples de besoins. De ce fait, il s'appuie sur l'hypothèse implicite qu'un soin consommé est un soin répondant de façon adéquate à un besoin, ce qui n'est que partiellement vrai. Il conduit à calculer une enveloppe globale pour une population résidente, et non pas sur la base d'un ensemble de producteurs de soins existant dans une région. Autrement dit, il n'a pas pour objectif de couvrir les besoins de financement des structu-

res, mais les besoins de la population. Il faudrait donc le compléter par des mécanismes de reversement entre les régions.

Cependant, il présente deux inconvénients majeurs. Il ne remet en cause ni le niveau actuel de consommation des ressources, ni la structure de consommation (répartition entre hospitalier et ambulatoire, par exemple). Il ne remet pas en cause non plus l'efficacité des producteurs de soins : or, le forfait per capita calculé au niveau national correspond à des effets volumes et des effets prix. L'amélioration de l'efficacité des soins repose donc exclusivement sur le niveau régional : l'incitatif sera fort pour les régions débitrices, mais nul dans les régions créditrices.

Autrement dit, ce modèle a l'avantage de « pointer » dans la bonne direction pour indiquer les régions qui sont « en retard » par rapport à l'utilisation du système de soins, mais ne permet pas de « pointer » les systèmes régionaux de soins qui pourraient faire plus avec les mêmes moyens.

1.6. Conclusion

On a présenté ci-dessus les difficultés d'une allocation inter-régionale de ressources au système de soins, dans une perspective de réduction des inégalités de santé. La situation est de fait paradoxale : il y a de très bonnes raisons de penser que la distribution spatiale des services de soins ne répond pas bien aux besoins des populations ; on sait qu'il existe des inégalités persistantes face à la maladie et à la mort dans notre pays. Pourtant, on ne dispose pas des outils permettant de changer cette distribution des ressources avec la certitude d'aller dans la bonne direction : on a de bonnes raisons de changer, mais quelle route prendre ?

La suite du rapport a pour objet d'explorer plus en profondeur les quelques pistes ébauchées dans cette première « mise en question ». De celle-ci, il faut retenir les idées-forces suivantes.

Il y a des inégalités de santé entre les populations de chaque région. Même si les causes de celles-ci ne résident pas principalement dans des disparités d'offre de soins, en quantité et qualité, elles ont pour conséquences des besoins différents de recours aux soins. **Une allocation de ressources qui n'irait pas dans le sens de la correction des écarts constatés entre les régions en matière d'inégalités et, en particulier, en matière d'espérance de vie, serait difficile à légitimer auprès des français.** Cette différence doit donc servir d'indicateur de la direction dans laquelle aller en matière de réallocation. Ceci a l'avantage également d'aller dans le sens d'une correction des inégalités sociales devant la mort, puisque l'espérance de vie reste encore très fortement associée au statut économique et culturel des personnes. Cependant, l'allocation des ressources étant, pour l'instant, fondée sur le financement des services localisés dans une région, et non pas de la population résidente, il faudra tenir compte dans cette correction d'allocation des flux inter-régionaux de prestation.

Mais c'est dans l'usage qui sera fait par une région « bénéficiaire » d'une allocation supplémentaire de ressources financières que se jouera une réelle correction des inégalités de santé. Comment s'assurer que ces ressources contribueront de fait à corriger des inégalités de santé, si l'on pense que l'investissement dans le système de soins n'est pas le plus rentable collectivement et que l'on répugne à financer des services peu efficaces ? Comment décider face à tant d'incertitude ? La seule voie possible est de trouver une procédure qui lie l'allocation de ressources supplémentaires à la mise en place d'actions précises en faveur de la réduction d'inégalités de santé au sein de chaque région et de l'amélioration de l'efficacité du système. Une telle démarche donnerait alors toute son importance aux travaux des Conférences Régionales de Santé et aux démarches de planification, dans le but d'élaborer un plan d'action.

2. Premiers développements

De la problématique exposée précédemment, nous retenons les points suivants :

- on ne peut nier l'existence de fortes inégalités interrégionales devant la mort et devant la maladie ;
- la question est de déterminer dans quelle mesure le système de soins peut diminuer ces inégalités quand on sait le poids important des autres déterminants dans la santé ; de toute façon, on ne dispose pas de connaissances suffisantes pour mesurer la contribution du système de soins à l'amélioration de l'état de santé d'une population ;
- à tout le moins, peut-on souhaiter que le système de soins n'aggrave pas les inégalités de santé liées aux autres déterminants ;
- pour répondre à cette question, il faut considérer moins la quantité d'offre de soins que, d'une part, sa pertinence par rapport au problème de santé posé, sa performance et son efficience ; d'autre part, l'accessibilité des différentes catégories de population à cette offre, accessibilité pouvant être due à une densité trop faible, à une information insuffisante de la part des patients ou à un manque de ressources financières chez ces derniers ;
- des points précédents, il résulte que la mise en place d'une allocation territoriale des ressources suppose, d'une part, que l'on connaisse les besoins de la population (s'agit-il de besoins en termes de santé ou de recours aux soins ?), d'autre part, que l'on connaisse la qualité des réponses de l'offre à ces besoins, c'est-à-dire que l'on dispose préalablement d'outils d'évaluation.

L'ensemble de ces éléments explique les difficultés de mise en place d'une allocation interrégionale qui soit optimale. Ces difficultés sont renforcées par les particularités du dispositif élaboré en France : nous retiendrons à cet égard :

- la définition relativement étroite du champ couvert par l'allocation régionale puisque celle-ci concerne uniquement le domaine sanitaire et exclut notamment les actions financées actuellement en matière de prévention ;
- la non fongibilité des enveloppes relevant de l'hospitalisation et de la médecine ambulatoire, ce qui rend moins efficaces tant la détermination des enveloppes au niveau national que leur gestion au niveau régional.

Dans la deuxième partie de ce rapport, nous apportons quelques éléments factuels permettant de nourrir et d'illustrer certains points de problématique qui viennent d'être rappelés. Pour ce faire, nous suivrons une trame générale² s'ordonnant autour de quatre questions. Nous reviendrons tout d'abord sur la définition des frontières du système de santé (système de santé ou système de soins ?) auxquelles peut s'appliquer la répartition régionale : ceci permettra de préciser le champ retenu dans le cadre français. Nous nous attacherons ensuite à la question de l'identification des besoins au niveau régional, ce qui exige de retourner au concept de besoin avant de passer en revue des indicateurs existants ou souhaitables en France. Ceci donnera l'occasion de donner quelques illustrations des inégalités interrégionales d'état de santé. Nous expliciterons alors la difficile question d'une réponse adéquate aux besoins ainsi repérés : nature, volume et efficience des services offerts. Nous terminerons par une présentation des expériences d'allocations régionales conduites à l'étranger ainsi que des premières mises en œuvre de répartition régionale des enveloppes en France.

2.1. La définition du domaine de prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources

Si l'on définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, la

² On s'inspire ici de la démarche suivie par Meyer C. de Pouvoirville G. La répartition régionale des dépenses dans les systèmes de soins. Procédures et fonctionnement. Rapport pour la Mire, avril 1996, p. 53 et suivantes.

part des activités consacrées à la santé d'une population recouvre une partie importante des ressources du pays considéré, ce qu'atteste l'analyse des déterminants des états de santé. Parmi ceux-ci, en effet, il est d'usage³ de repérer : des facteurs génétiques, démographiques (âge et sexe) économique-socio-culturels (niveau et écarts de revenus, niveau d'instruction, degré de cohésion sociale, activité professionnelle, répartition par catégories sociales, valeurs dominantes), environnementaux (pollution, habitat, type de profession), comportementaux (nutrition, exercice physique, tabagisme, alcoolisme, drogue) et, enfin, le système de soins.

La question se pose donc du repérage des facteurs qui ont un impact direct ou indirect sur l'état de santé des populations et de la décision de les prendre en compte (ou non) dans l'allocation des ressources envisagée. Autrement dit, il s'agit de définir les frontières du système (de santé, de soins ?) pour lequel on envisage un système de péréquation au niveau régional. Si l'on s'en tient à la définition du système de santé⁴ tel qu'il est défini par l'OMS (l'ensemble des éléments nécessaires pour satisfaire la totalité des besoins de la population en matière de santé), les frontières du système de santé s'étendent quasiment jusqu'au système social tout entier, ce qui conduit à une approche, certes globale, mais non opératoire.

2.1.1. Différentes frontières envisageables

Une acception moins large que la précédente consiste à définir le système de santé comme « l'ensemble des moyens et des activités dont la fonction est la production de la santé (promotion, prévention, réparation, rééducation, réinsertion) »⁵.

À l'aide du schéma 1, essayons de voir comment, dans le système français, les ressources consacrées au système de santé ainsi entendu se répartissent en fonction de la nature des activités financées ainsi que la source, voire l'ampleur du financement accordé.

Dans le schéma 1, on visualise la façon dont sont financés : la prévention et la gestion des facteurs de risque (partie droite du schéma) ; le secteur sanitaire (essentiellement curatif) hospitalier et ambulatoire (partie gauche) ; le secteur médico-social (partie centrale). On voit ainsi que la prévention et la lutte contre les facteurs de risque sont financées très peu par l'assurance maladie, mais essentiellement par des sources ministérielles ou interministérielles (santé, environnement, éducation, travail, industrie, logement...), par les Conseil Généraux ou les communes.

Le secteur médico-social, que J.-C. Henrard et J. Ankri évaluent à 132 milliards de francs⁶, pour ce qui est des prestations spécifiques clairement identifiées, est financé, à concurrence de 40 milliards de francs, par l'assurance maladie, le reste étant assuré par l'État, les autres organismes de protection sociale et les collectivités locales.

Le secteur sanitaire, essentiellement curatif, est financé par les régimes de sécurité sociale (560 milliards de francs en 1995), les mutuelles (56 milliards de francs), les assurances privées (31 milliards de francs) et par les ménages (95 milliards de francs).

Au-delà de cette lecture verticale du schéma 1 (par secteurs), une deuxième lecture peut être faite : par types de compte regroupant différents ensembles de dépenses consa-

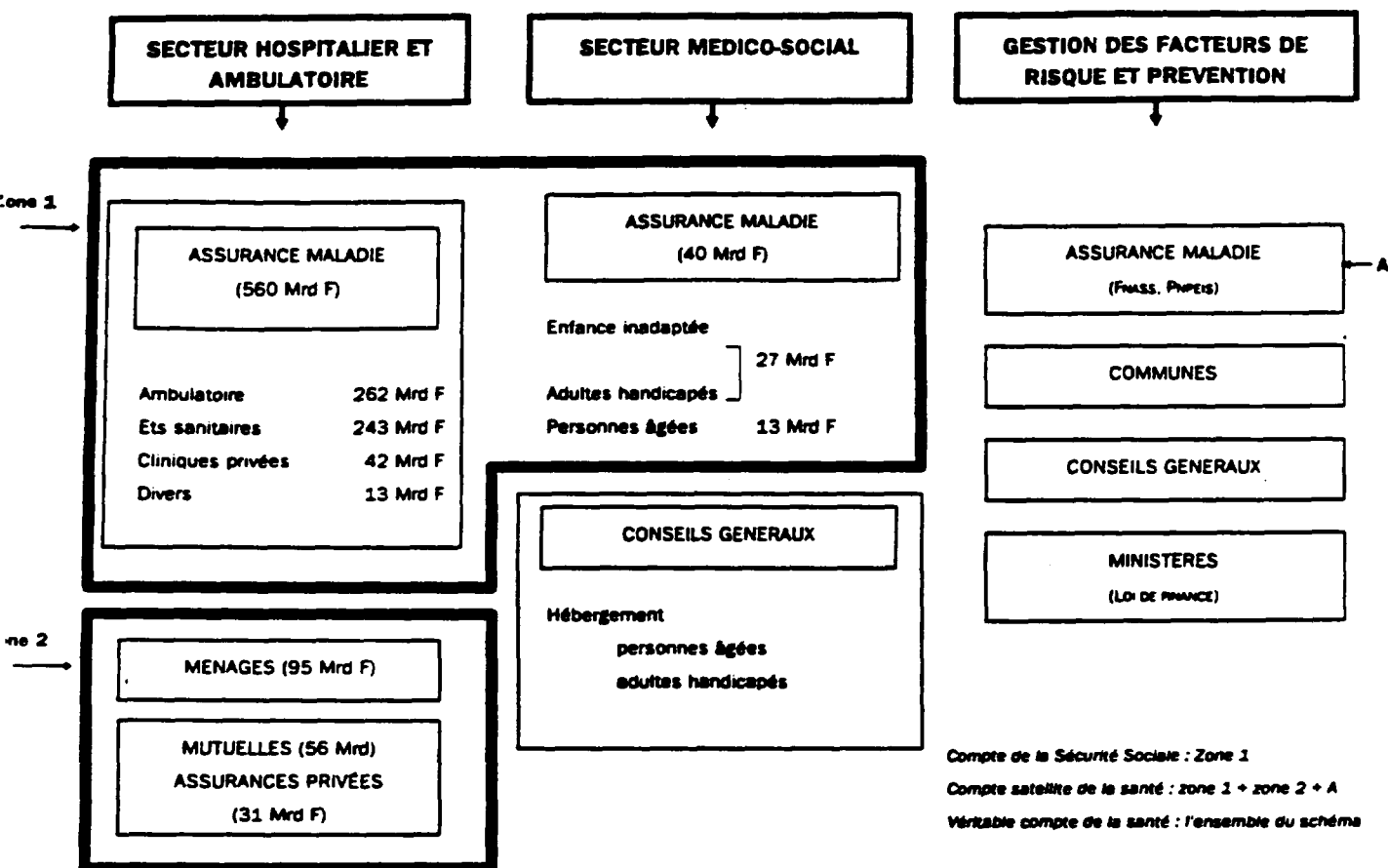
³ Haut Comité de la santé publique. La Santé en France. Rapport général 1994 : 1-34 ; Annexes : travaux des groupes thématiques, 1994 : 451-490.

⁴ Le système de santé est plus large que le système de soins. Dans cette partie du rapport, on envisage plusieurs champs possibles, qui vont du système de santé étendu au sens le plus large (selon la définition de l'OMS) jusqu'au système de soins le plus étroit (quasiment uniquement les aspects curatifs).

⁵ Haut Comité de la santé publique. La Santé en France. Rapport général, 1994 : p. 26.

⁶ J.-C. Henrard, J. Ankri. Systèmes et politiques de santé. Editions ENSP 1996 : 124-125.

Schéma 1 Sources de financement des différents secteurs du système de soins



créées à la santé. C'est ainsi que l'on peut repérer trois comptes (les deux premiers existant effectivement dans le contexte français), dont le domaine couvert va croissant :

- le compte de la sécurité sociale, recouvrant la zone 1 : il comprend les dépenses remboursées par l'assurance maladie, soit au titre du secteur sanitaire, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, soit au titre du secteur médico-social ; il comptabilise, branche par branche, puis régime par régime, l'ensemble des recettes, cotisations et autres, et l'ensemble des dépenses, prestations et autres ; il correspond structurellement à la loi de financement de la sécurité sociale ;
- le compte satellite de la santé (que l'on devrait plutôt appeler « compte des soins ») se limite à l'enregistrement des dépenses liées à la prévention et/ou au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Il inclut donc le secteur ambulatoire et hospitalier qu'il soit financé par l'assurance maladie (zone 1) ou par les ménages et les assurances complémentaires (zone 2) ainsi que la prévention financée par l'assurance maladie (zone A) mais exclut les activités du secteur médico-social non financées par elle (bas de la partie centrale). Ce compte devrait donc permettre de suivre l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, que ce soit les dépenses de prestations exécutées en ville ou celles effectuées en établissements (établissements sanitaires publics sous dotation globale et à prix de journée, cliniques privées, établissements médico-sociaux, pour la partie prise en charge par l'assurance maladie) ;
- un véritable compte de la santé, qui n'est pas encore élaboré et que l'on pourrait appeler « compte de la santé élargie », comprenant l'ensemble des zones repérées pré-

cédemment. Ce compte permettrait de repérer l'essentiel des ressources mises en œuvre dans le système de santé.

Au terme de cette description, on mesure l'étendue des différentes configurations que peut revêtir le système de santé et donc l'étendue ainsi que la diversité des ressources servant à le financer et dont il faut prévoir la répartition sur le territoire. Dans une perspective de santé publique, mettant l'accent sur l'action sur les déterminants, sur la prévention et sur la prise en charge globale de la maladie, du handicap et de la santé, il serait intéressant de retenir une définition aussi large que possible du système de santé et donc une prise en compte aussi étendue que possible des différentes ressources consacrées à ce système. Ce souhait se heurte à un certain nombre de contraintes qui obligent à adopter une acception très étroite du système de santé, ce dernier se restreignant au système de **soins**.

2.1.2. Une frontière opératoire

La contrainte essentielle est liée au contenu de la loi organique du 19 février 1996 et des trois ordonnances du 24 avril 1996.

Les dispositions ainsi arrêtées concernent les ressources provenant quasi exclusivement de la seule assurance maladie. En effet, selon ces textes, le Parlement fixe annuellement, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Cet objectif national est ensuite décliné entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire. Concernant le secteur hospitalier, sont déterminés un taux d'évolution national des dépenses hospitalières et, dans un accord spécifique avec l'assurance maladie et les fédérations des cliniques privées, un objectif quantifié national. Ensuite, chaque région se voit attribuer une dotation globale pour les établissements publics et privés participant au service public et un objectif quantifié pour les cliniques privées. Concernant la médecine de ville, l'objectif d'évolution des dépenses remboursables est repris dans des avenants annuels aux conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale. Sur cette base, les caisses nationales de sécurité sociale négocient alors la répartition de cet objectif d'évolution entre les différentes activités de soins en ville.

Du fait de ces dispositions, le contenu des enveloppes dont il est prévu de les répartir régionalement, concerne trois types de dépenses :

- les dépenses d'assurance maladie et d'État assurant le fonctionnement du système hospitalier public et PSPH (court séjour, moyen séjour, long séjour, psychiatrie) ;
- les dépenses d'assurance maladie relatives au secteur hospitalier privé (ne participant pas au service public),
- les dépenses de médecine de ville (dépenses liées aux médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, aux analyses, médicaments, cures thermales, transports sanitaires, lunetterie et orthopédie, ainsi qu'aux indemnités journalières).

Par rapport aux comptes de la santé, ne sont donc pas incluses dans ces enveloppes :

- les dépenses de médecine préventive (14,7 milliards de francs en 1995) : médecine du travail, santé scolaire, protection maternelle et infantile, toxicomanie, planification familiale, examens de santé, certains dépistages, certaines vaccinations,
- les dépenses de prévention collective (3,6 milliards de francs en 1995) : actions et recherches d'intérêt général, campagnes permanentes d'information et d'éducation sanitaire.

Encore convient-il de préciser que l'ensemble des ressources ainsi promises à allocation régionale ne sont pas réunies dans une unique enveloppe, mais qu'elles relèvent de deux instances de répartition : d'une part ce qui touche à l'hospitalisation publique et PSPH et qui est mis à disposition des agences régionales de l'hospitalisation ; d'autre part, ce qui concerne la médecine ambulatoire et qui est modulé par les partenaires conventionnels.

Ayant ainsi délimité le champ des ressources à répartir régionalement, il convient d'examiner comment repérer les besoins devant fournir le fondement des critères de répartition.

2.2. L'identification des besoins au niveau régional

Avant de passer en revue les différents indicateurs pouvant traduire les besoins des populations dont on dispose au niveau régional, on reviendra sur la notion de besoins et sur les catégories d'indicateurs pouvant les traduire.

2.2.1. Besoins en matière de santé et indicateurs de besoins

L'identification des besoins peut s'établir en référence à quatre éléments : la représentation que l'on se fait de la bonne et de la mauvaise santé, le poids des déterminants influençant cette santé, la nature des réponses à apporter pour maintenir ou restaurer la santé, enfin, la pertinence des réponses effectivement mises en œuvre. On traitera ici uniquement des deux premiers éléments. Les deux autres (nature et pertinence des réponses) seront abordés dans le point 2.3.

En premier lieu, la notion de besoin en matière de santé est elle-même dépendante de la conception de la santé. C'est, en effet, par rapport à celle-ci que le besoin manifeste une distance, un manque. À chaque conception de la santé et de la maladie correspondent donc des notions de besoin se traduisant par des indicateurs spécifiques. Le tableau suivant, inspiré des précédents travaux du Haut Comité de la santé publique⁷, illustre trois conceptions de la santé et les batteries d'indicateurs correspondantes.

Naturellement, les conceptions plus larges de la santé reprennent également à leur compte les indicateurs correspondant à des conceptions plus étroites, au besoin en les aménageant : c'est ainsi que l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (qui consiste à déduire de l'espérance de vie totale les années vécues dans les différentes situations retenues comme « incapacités ») est proche de la troisième conception de la santé exposée dans le tableau 1.

Tableau 1 Conceptions de la santé, besoins de santé et indicateurs de besoins

Conception de la santé	Traduction en termes de besoins	Indicateurs privilégiés
Absence de maladie	symptômes et signes d'atteinte	mortalité, morbidité
État de bien-être physique, psychique et social	malaise, gêne fonctionnelle, insatisfaction de vie	mesures du bien-être physique, appréciation subjective de la qualité de vie
Capacité d'adaptation à son environnement et capacité à s'y adapter au mieux	perte des rôles sociaux, réduction des capacités, handicaps, désavantage social	mesure de l'incapacité (locomotion, soins personnels, communication), mesure du désavantage social (mobilité, occupation, indépendance physique)

En second lieu, dans la mesure où certains déterminants de la santé, notamment ceux liés à l'environnement ou aux comportements, exercent une influence importante sur la santé, on peut considérer que des régions où ces déterminants pèsent plus négativement ont des besoins plus importants que d'autres, même si les actions permettant de répondre à ces besoins ne se traduisent pas obligatoirement par une offre de soins plus importante (sauf pour soigner les conséquences de ces facteurs négatifs se traduisant

⁷ Haut Comité de la santé publique. La Santé en France. Rapport général 1994 : 27-28.

par des maladies et donc par des recours aux soins), mais par des initiatives relevant de la politique économique et sociale ou de programmes d'éducation et de prévention.

Ces distinctions étant rappelées, différents types d'indicateurs de besoins ont été élaborés :

- Les premiers se rapportent à la mortalité, qui constitue un indice synthétique d'état de santé et qui permet de mettre en lumière des inégalités en matière de santé entre groupes sociaux ou entre régions.

Plusieurs indicateurs existent :

- l'espérance de vie à la naissance (nombre moyen d'années restant à vivre à un nouveau né, si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe au moment de sa naissance, ne se modifie pas) ;
- les taux de mortalité standardisés par âge (permettant de comparer la fréquence des décès entre régions ou entre sous-groupes en éliminant les différences dues aux structures d'âge de ces sous-ensembles) ;
- les indices comparatifs de mortalité générale (ICM) : rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus, si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux ;
- l'indice de surmortalité masculine : rapport du taux de décès masculin au taux de décès féminin ;
- la mortalité prématurée : ensemble des décès survenus avant 65 ans⁸ ;
- années potentielles de vie perdues : nombre d'années qu'un sujet, mort prématurément, c'est-à-dire avant 65 ans⁶, n'a pas vécues ;
- mortalité évitable : décès survenant avant 65 ans qui pourraient être évités, compte tenu des connaissances médicales et de l'état du système de soins ; deux types de mortalités évitables⁹ sont distingués :

– mortalité évitable liée aux risques individuels : cancers du poumon, cancers des voies aérodigestives supérieures, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, suicides, sida ;

– mortalité évitable liée au système de soins : cardiopathies ischémiques, maladies cérébro-vasculaires et hypertensives, cancers du sein, de l'utérus, des testicules, maladies de Hodgkin, leucémies, asthme, ulcères digestifs, appendicites, hernies abdominales, lithiases, mortalité périnatale et maternelle.

On aura noté que l'âge et le sexe sont deux variables servant d'ajustement à l'indicateur de mortalité.

- D'autres indicateurs se rapportent aux facteurs de risques : sont souvent utilisés les indicateurs concernant le tabagisme et l'alcoolisme (même si, comme on le verra plus loin, les indicateurs auxquels on a recours pour mesurer ces facteurs de risques sont la morbidité ou la mortalité qui en résultent) ; on utilise plus rarement des marqueurs de condition socio-économique (structure de catégories socioprofessionnelles, niveaux d'éducation, indicateurs de précarité).

La morbidité est approchée de deux façons :

- par des données issues de registres de déclaration, d'enquêtes auprès de producteurs de soins ou d'enquêtes santé (par exemple l'enquête décennale santé),
- par des données de recours aux soins ; données biaisées car la nature et le niveau de la morbidité ainsi repérée sont le résultat à la fois d'une démarche des patients (morbidité ressentie) et de l'offre.

⁸ Cette limite ne doit pas être interprétée comme définissant une norme au sens où seuls les décès survenus avant 65 ans seraient « anormaux » en terme de santé publique. Il s'agit de constituer un indicateur opérationnel pour l'analyse de la mortalité.

⁹ Dans la définition et la répartition des différentes catégories de mortalité « évitable », il y a, évidemment, une part d'arbitraire. De plus, le niveau de mortalité de nombreuses pathologies dépend souvent à la fois du fonctionnement du système de soins et de facteurs de comportement individuel.

2.2.2. Les indicateurs d'état de santé et de besoins : disponibilités actuelles et souhaits de nouveaux indicateurs

Dans le cadre de ce rapport, on ne prétend pas donner une liste, soit exhaustive, soit argumentée, des différents indicateurs disponibles ou souhaitables dont on dispose ou dont il faudrait disposer au niveau régional pour procéder à une allocation des ressources. L'objectif visé ici est double : présenter quelques exemples permettant de se faire une idée de ces indicateurs ; donner un ordre de grandeur des inégalités constatées au niveau régional.

2.2.2.1. Les indicateurs disponibles

Nous avons opéré un choix parmi les indicateurs régionaux disponibles. On présentera successivement des indicateurs de mortalité : mortalité générale et mortalité liées à certaines causes, dont plusieurs soulignent le rôle de facteurs de risques comportementaux, enfin, des indicateurs de besoins concernant certaines catégories de populations (personnes âgées, adultes handicapés).

Les disparités entre régions mises en évidence par ces indicateurs ont été présentées par la Fnors dans son dernier rapport¹⁰ et par le rapport du HCSP sur la santé des français 1996. Elles ne constituent donc pas une nouveauté, mais elles démontrent avec force qu'il convient de mener des politiques différenciées sur le territoire. De plus, les problèmes mis en évidence ne concernent pas de la même façon les différentes institutions et les différents financeurs : les personnes âgées et adultes handicapés relèvent du système de soins, mais aussi des collectivités locales ; l'alcoolisme, le tabagisme, les accidents de la circulation peuvent être combattus par une politique de prévention et d'éducation pour la santé, qui n'est pas de la seule responsabilité des professionnels de santé.

Les indices de mortalité (toutes causes de décès confondues)

Indices comparatifs de mortalité générale

L'inégalité géographique devant la mort (figurée dans la carte 1) est importante. En éliminant les effets de structure par âge, la population du Nord-Pas-de-Calais subissait, en 1988-1990 la plus forte mortalité de France. L'indice comparatif de mortalité (ICM) atteint des niveaux records dans cette région. Chez les femmes, l'indice était de 17 % plus élevé que celui de la moyenne française et de +24 % par rapport à Poitou-Charentes. Chez les hommes, l'indice était de +25 % par rapport à la moyenne nationale et de +36 % par rapport à Midi-Pyrénées. Il faut signaler que deux départements d'outre-mer, la Guyane et la Réunion, présentent une surmortalité supérieure à celle du Nord-Pas-de-Calais.

Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

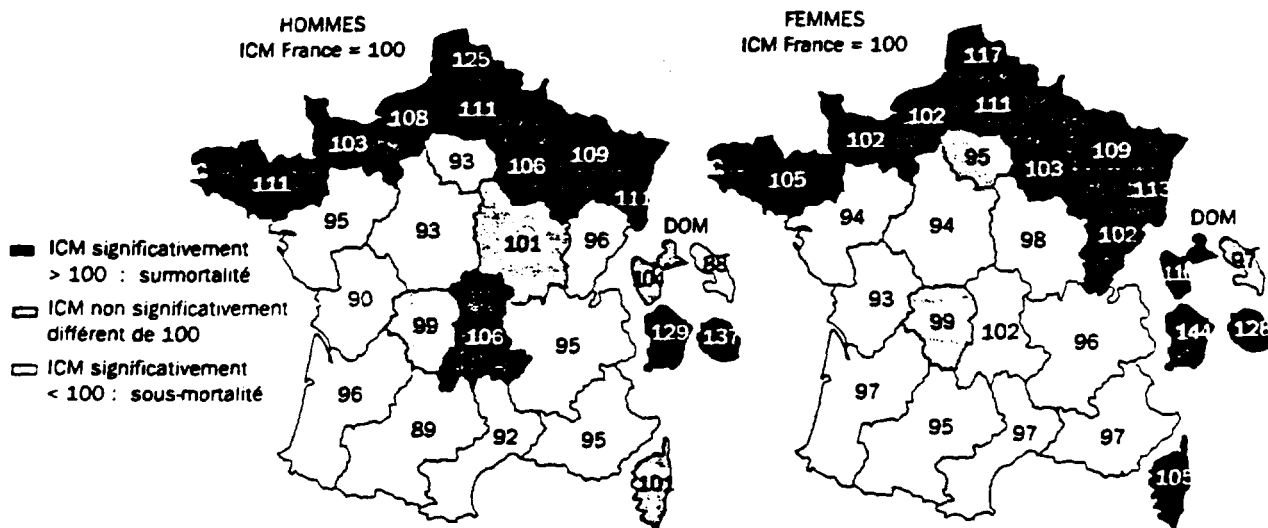
Indices comparatifs de mortalité prématurée

L'espérance de vie à la naissance dépassant actuellement 72 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes, les décès survenant avant 65 ans sont, pour les besoins des comparaisons internationales, qualifiés de « prématurés ». Ils concernent environ 120 000 personnes chaque année en France, soit 23 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (30 %) que chez les femmes (15 %).

Les décès prématurés sont plus fréquents dans la moitié nord du pays que dans la moitié sud, pour les hommes comme pour les femmes. L'écart entre les régions est très important : la surmortalité dans le Nord-Pas-de-Calais est de l'ordre de 30 %, et, à l'opposé, la sous-mortalité en Midi-Pyrénées atteint 23 % chez les hommes et 15 % chez les femmes.

¹⁰ Fnors. La santé observée dans les régions de France, février 1997.

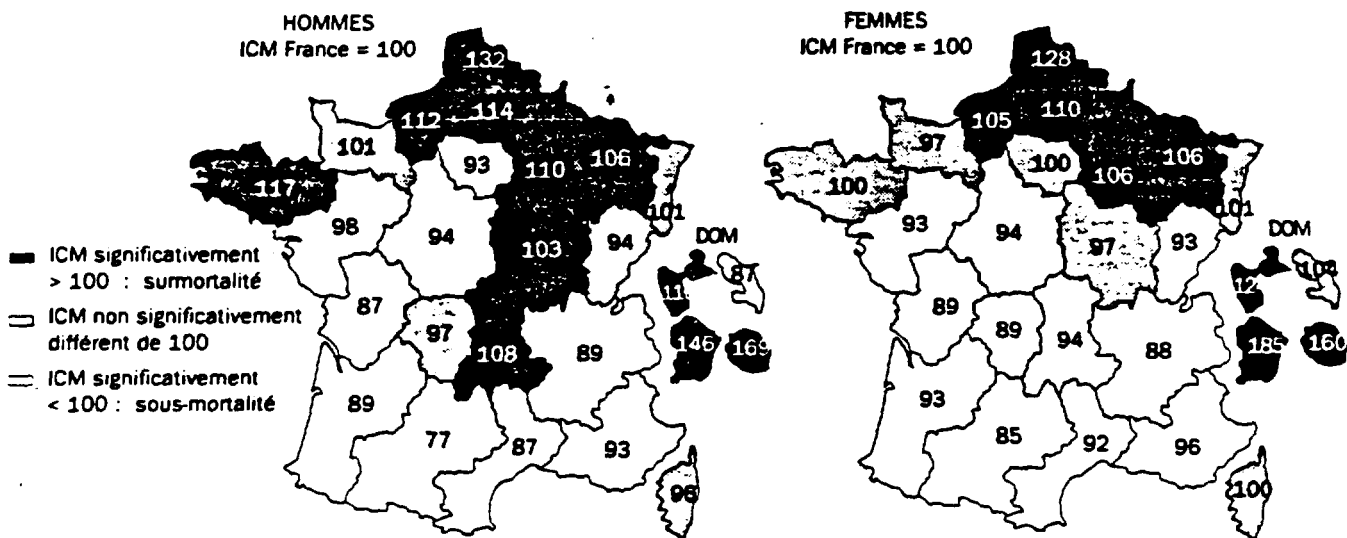
Carte 1 Mortalité générale Hommes et Femmes
(indice comparatif de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux.

Source : Inserm, Insee Exploitation Fnoirs

Carte 2 Mortalité prématurée Hommes Femmes
(indice comparatif de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés.

Source : Inserm, Insee Exploitation Enors

Environ 55 % des décès « prématurés » sont « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, ces décès sont dus à des causes qui devraient rarement entraîner la mort avant 65 ans. Le poids des décès « évitables » par le système de soins est relativement constant selon les régions. Cela semblerait signifier qu'il y aurait peu d'inégalités entre régions, liées au système de soins. En revanche, le poids des autres décès « évitables » (dus aux comportements individuels) varie de façon importante entre les régions.

Les indices de mortalité pour quelques grandes causes de décès

On retiendra uniquement dans ce domaine l'exemple de la mortalité due à des affections cardio-vasculaires. On reproduit ici les cartes de mortalité liées à ces maladies.

En France comme dans tous les autres pays développés, les affections cardio-vasculaires sont la principale cause de décès, provoquant environ 178 000 décès par an. Mais, depuis une vingtaine d'années, la mortalité due à ces affections diminue.

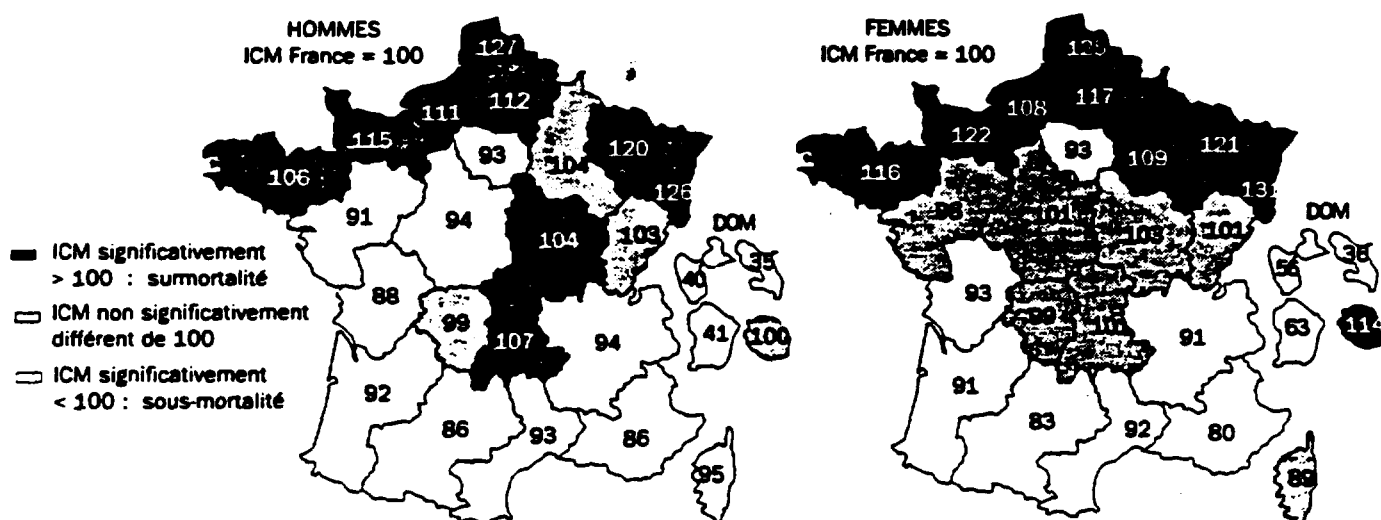
La plupart des décès concernent des personnes âgées, mais, cependant, environ 20 000 décès touchent des personnes de moins de 65 ans et entrent par convention dans la définition des décès « prématurés ».

Les affections cardio-vasculaires regroupent un grand nombre de pathologies mais deux catégories représentent plus de la moitié des décès : les cardiopathies ischémiques (dont les infarctus) et les maladies cérébro-vasculaires.

La mortalité due à ces deux catégories d'affections ne présente pas la même répartition géographique.

La mortalité par cardiopathies ischémiques est plus élevée dans la moitié du nord du pays. Chez les hommes, comme chez les femmes, on observe dans le Nord-Pas-de-

Carte 3 Cardiopathies ischémiques (Infarctus)
(indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés.

Source : Inserm, Insee Exploitation Fnors

Calais et en Alsace une surmortalité de 25 à 30 % par rapport à la valeur centrale. À l'opposé, dans les régions Midi-Pyrénées et PACA, la sous-mortalité est de l'ordre de 15 à 20 % chez les hommes et chez les femmes. Les départements d'outre-mer (DOM) sont beaucoup moins touchés (sauf la Réunion) par ces pathologies.

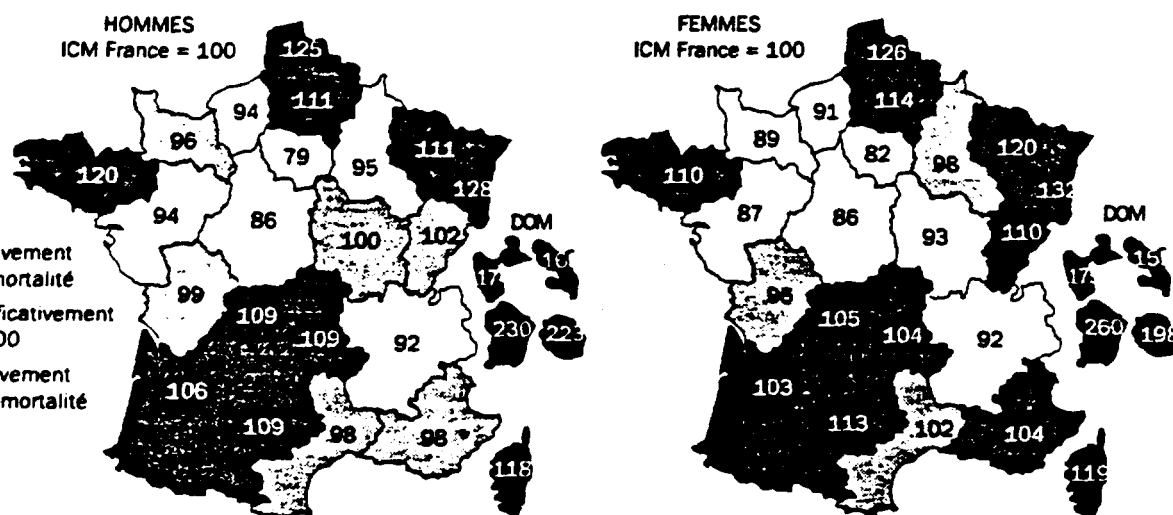
Ces causes de décès sont en diminution : le taux de mortalité a baissé d'environ 14 % entre 1981-83 et 1988-90, chez les hommes comme chez les femmes.

Pour les maladies cérébro-vasculaires, les régions en surmortalité sont beaucoup plus dispersées, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace sont toujours les régions en surmortalité la plus élevée (ainsi que le Sud-Ouest), mais c'est l'Île-de-France qui présente la sous-mortalité la plus marquée. D'autre part, le quart Sud-Ouest apparaît plus touché par ces affections qu'il ne l'est par les cardiopathies ischémiques.

Dans les départements d'outre-mer (DOM), la mortalité par maladies cérébro-vasculaires est beaucoup plus élevée, dépassant très largement celle du Nord-Pas-de-Calais.

La mortalité liée à ces pathologies a fortement baissé entre 1981-83 et 1988-90, d'environ 35 % chez les hommes et les femmes.

Carte 4 Maladies cérébro-vasculaires
(Indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

Source : Inserm, Insee Exploitation Fnors

Les indicateurs de facteurs de risque

Ici encore, ces facteurs sont mesurés par le nombre de décès qu'ils provoquent.

Alcoolisme et tabagisme

La consommation excessive d'alcool et/ou de tabac a des conséquences parfois graves sur la santé : plus de 80 000 décès annuels en France sont liés à ces comportements

(25 000 pour l'alcool et 60 000 pour le tabac) même si les liens de causalité ne sont pas toujours bien établis.

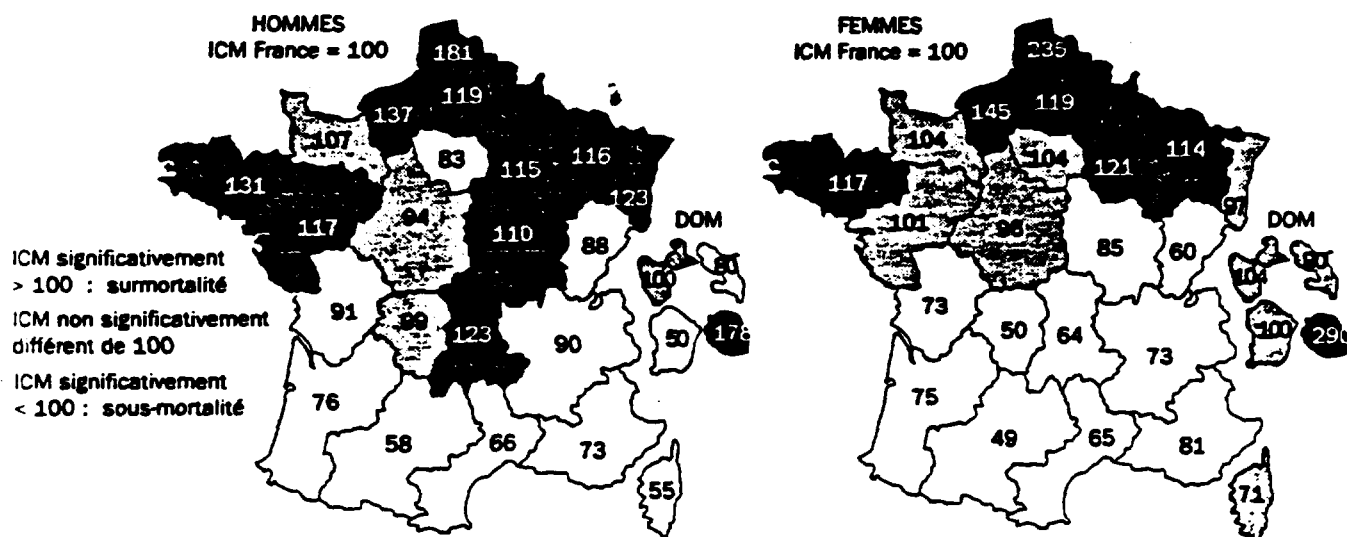
Malgré une baisse de la consommation d'alcool, particulièrement des consommations excessives, les décès dus à l'alcoolisme concernent, chaque année, environ 20 000 hommes et 5 000 femmes (période 1988-90). Il s'agit de décès dus à des cirrhoses du foie, à des psychoses alcooliques et à des cancers des voies aéro-digestives supérieures, ces derniers pouvant être également dus au tabac.

L'exemple de la mortalité par cirrhose du foie (rappelons cependant que cette catégorie inclut les cirrhoses non alcooliques) montre une France coupée en deux, avec une moitié nord beaucoup plus frappée par cette mortalité que la moitié sud. Le Nord-Pas-de-Calais présente une surmortalité très forte : + 80 % chez les hommes et + 130 % chez les femmes, par rapport à la moyenne nationale. La Haute-Normandie vient ensuite avec environ 40 % de surmortalité. Puis, les régions Bretagne, Champagne-Ardenne, Lorraine, Picardie sont les plus touchées avec 15 à 30 % de surmortalité.

À l'opposé, les régions du Sud sont en nette sous-mortalité : Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, PACA. La région Midi-Pyrénées est la moins touchée avec une sous-mortalité de 40 % chez les hommes et 50 % chez les femmes. Dans les départements d'outre-mer, seule la Réunion présente une sur-mortalité par cirrhose du foie.

Pour le tabac, les évolutions sont différentes selon le sexe : la consommation diminue chez les hommes et elle augmente chez les femmes. La mortalité reste cependant élevée chez les hommes, avec 55 000 décès par an. Chez les femmes, le nombre de décès est beaucoup moins élevé (5 000 décès). Le cancer du poumon (qui est dans la plupart des cas en lien direct avec la consommation de tabac), notamment, tue chaque année près de 20 000 hommes et 3 000 femmes (période 1988-90).

Carte 5 Cirrhose du foie
(Indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

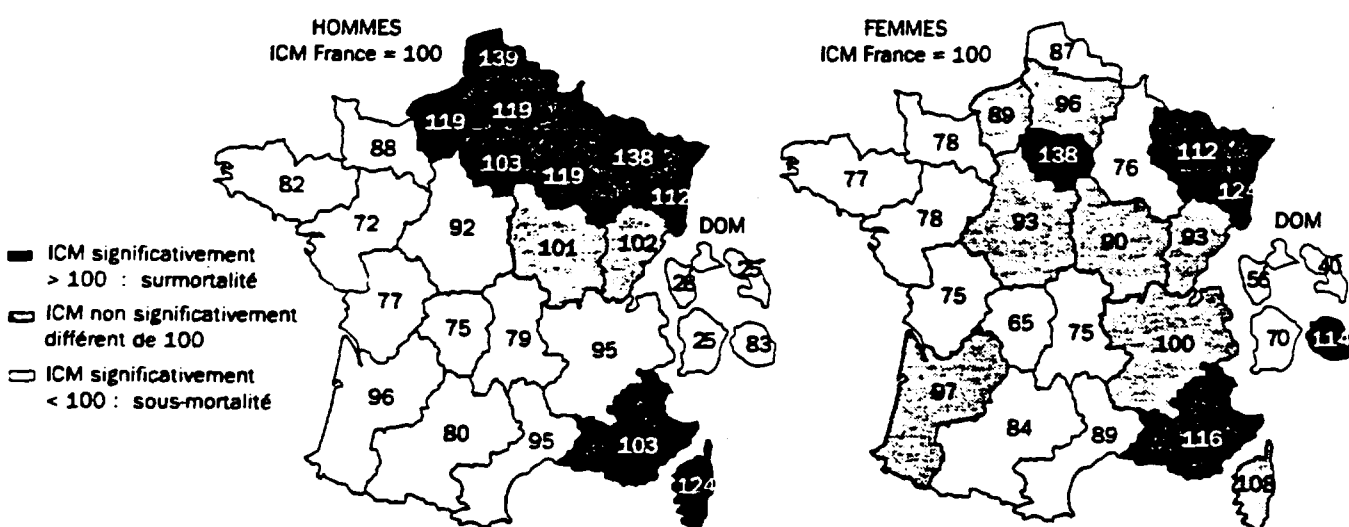
Source : Inserm, Insee Exploitation Fnois

Haut Comité de la Santé Publique

Pour la mortalité par cancer du poumon, la partie Nord-Est du pays est particulièrement touchée. Chez les hommes, le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine sont particulièrement touchées, présentant une surmortalité de près de 40 % par rapport à la moyenne nationale. Chez les femmes, c'est en Île-de-France (+ 38 %) et en Alsace (+ 24 %) que la mortalité est la plus élevée. Les départements d'outre-mer sont beaucoup plus épargnés par cette cause de mortalité.

Cette situation chez les femmes traduit un comportement des femmes d'Île-de-France surtout, mais aussi d'Alsace (et également de PACA en Lorraine), de consommation excessive de tabac depuis plusieurs décennies.

Carte 6 Cancer du poumon
(Indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux.

Source : Insee Exploitation Fnoirs

Accidents de la circulation

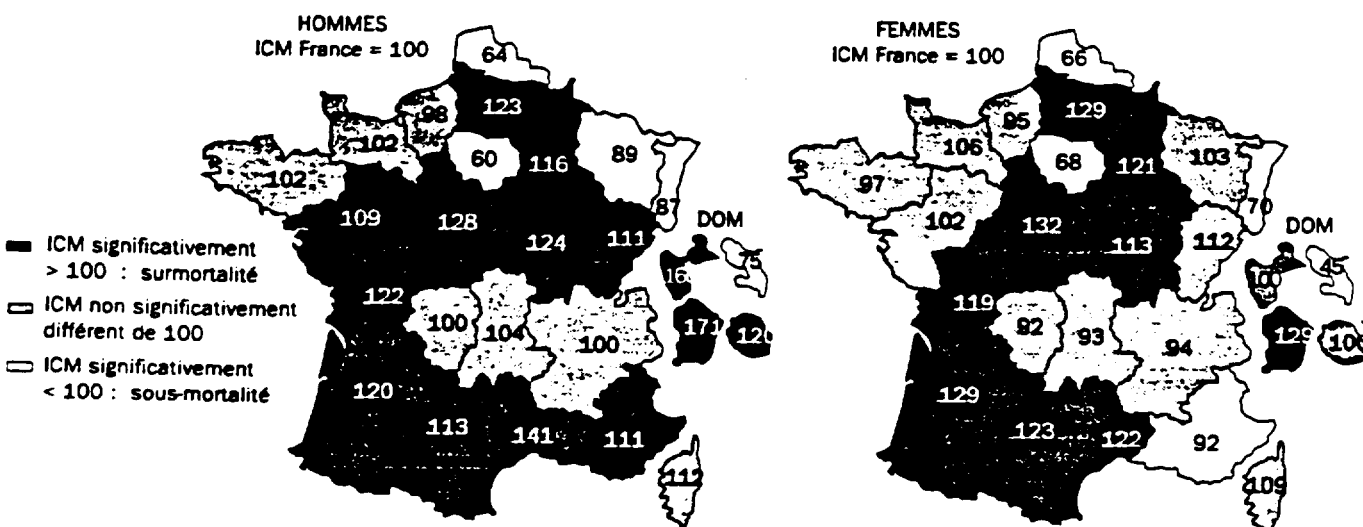
En ce qui concerne les accidents de la circulation, on note une diminution du nombre de tués (9 000 par an en France en 1991-94) et de blessés graves (44 000) dans toutes les régions depuis plus de dix ans.

La mortalité par accident de la circulation touche beaucoup plus les hommes que les femmes. Le taux de mortalité pour 100 000 personnes est près de quatre fois plus élevé pour les hommes (26) que pour les femmes (7), et cet écart très important se maintient depuis deux décennies. La mortalité par accident de la circulation varie considérablement d'une région à l'autre et présente des aspects différents de la mortalité par alcoolisme.

Pour les hommes, 4 régions présentent une sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale : l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace et la Lorraine. À l'inverse, 11 régions présentent une nette surmortalité qui atteint un maximum en Languedoc-Roussillon où elle est supérieure de 41 % à la moyenne nationale.

La situation est très semblable chez les femmes : 4 régions sont en sous-mortalité (Alsace, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et PACA) et 8 en surmortalité, avec un maximum dans le Centre. Les départements d'outre-mer (DOM) présentent une sur-mortalité, à l'exception de la Martinique en nette sous-mortalité.

Carte 7 Accidents de la circulation
(Indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

Source : Inserm, Insee Exploitation Fnois

Suicide

Depuis le début des années quatre-vingt, les décès par suicide (11 600 par an, en 1988-90) dépassent en nombre les décès par accident de la circulation (9 000).

La mortalité par suicide concerne beaucoup plus fréquemment des hommes et augmente nettement avec l'âge. Elle est plus importante dans un large quart nord-ouest du pays. Les régions les plus touchées sont la Bretagne et la Normandie, où la mortalité, chez les hommes et les femmes, dépasse de 40 à 60 % la moyenne. Viennent ensuite les régions Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Centre, Poitou-Charentes avec des surmortalités chez les hommes de 20 à 30 %.

Dans plusieurs régions, la mortalité par suicide est beaucoup moins fréquente : l'Île-de-France notamment présente une sous-mortalité de 40 % chez les hommes et 30 % chez les femmes. Les autres régions en sous-mortalité sont en général les régions du Sud, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA et Corse notamment. Les départements d'outre-mer (DOM) sont en sous-mortalité pour la Guadeloupe et la Martinique et se rapprochent de la moyenne nationale pour la Guyane (sauf les femmes en sur-mortalité) et la Réunion.

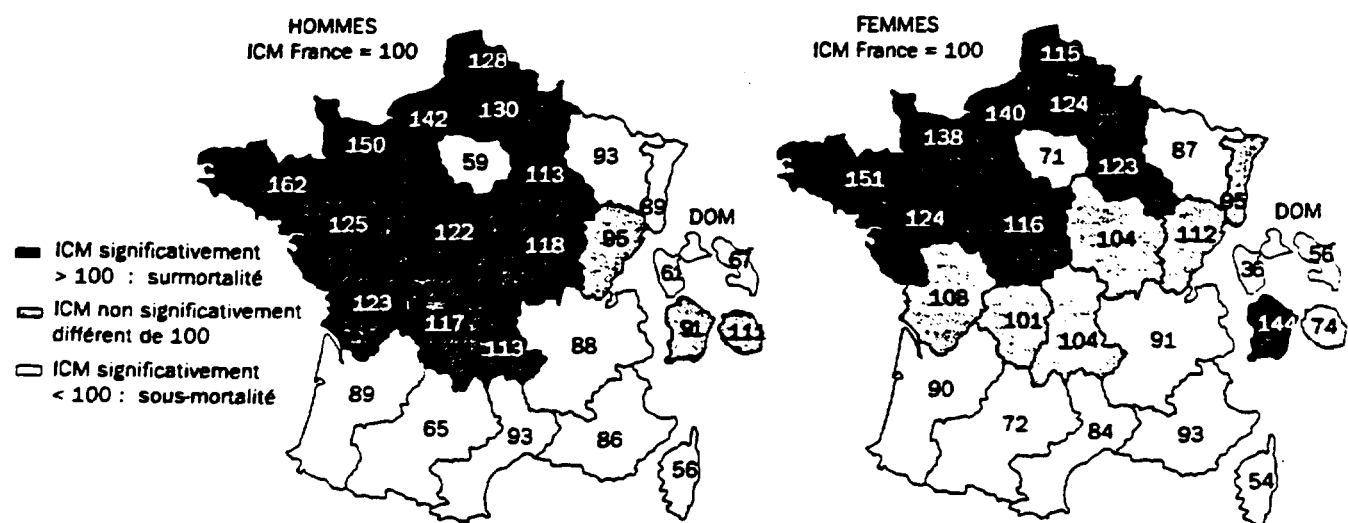
Les indicateurs concernant des catégories spécifiques

On traitera des personnes âgées et des adultes handicapés, les indicateurs utilisés pour mesurer les besoins pouvant, cette fois, être dans une certaine mesure les services mis en œuvre ou le nombre d'allocataires.

Les personnes âgées

L'effet conjoint de la baisse de la fécondité depuis les années soixante-dix et de l'augmentation de la durée de vie mène à un vieillissement de la population. En 1990, la France métropolitaine compte 11 millions de personnes de plus de 60 ans, dont 4 mil-

Carte 8 Suicide
(Indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

Source : Inserm, Insee Exploitation Fnois

lions de plus de 75 ans (celles-ci n'étaient que 2 millions en 1962). Les projections démographiques prévoient plus de 5,6 millions de personnes de 75 ans ou plus en 2010.

Actuellement, la plupart des personnes de plus de 75 ans vivent à domicile et 38 % y vivent seules. Les taux de personnes de plus de 74 ans vivant seules à domicile varient d'ailleurs fortement d'une région à une autre : plus de 40 % dans le Nord-Ouest, aux alentours de 30 % dans le Sud-Ouest (carte 9). Pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées, notamment les personnes dépendantes, les services d'aide à domicile et les structures d'hébergement collectif se sont développés depuis la fin des années soixante-dix.

L'exemple est pris ici (carte 10) des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées qui traduit une partie des « besoins » en soins infirmiers et d'hygiène de la population âgée. Rappelons en effet que beaucoup d'infirmières libérales assurent également ces prestations.

Le nombre de bénéficiaires de ces services était de 45 000 en 1992, ce qui représente 0,55 % des personnes de 65 ans ou plus. Les variations sont importantes entre régions, allant de 0,2 % des plus de 65 ans en Corse à 0,9 % en Limousin.

On observe des taux élevés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Picardie, où cependant le poids de la population âgée est moins important qu'ailleurs, mais où une part importante de cette population vit seule, ce qui engendre des besoins plus importants de services.

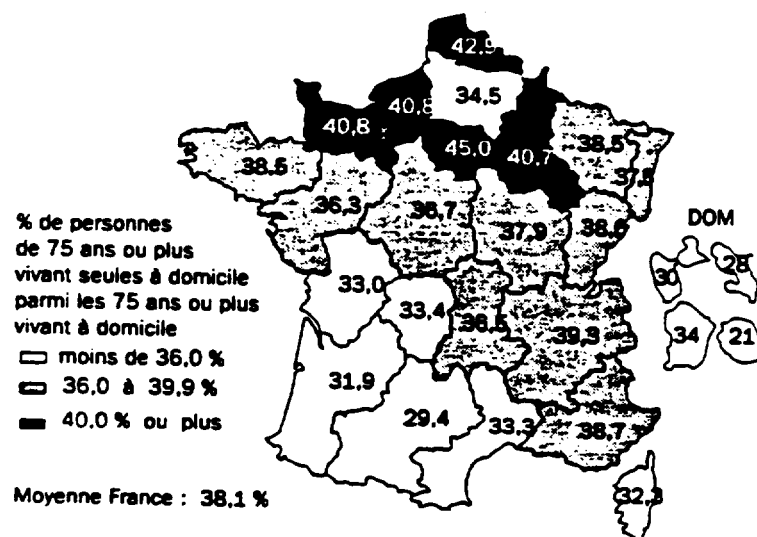
Un autre groupe de deux régions a un taux élevé, la Bretagne et les Pays de la Loire, régions un peu plus « âgées » et qui ont également un équipement élevé en services d'aide ménagère pour personnes âgées et en structures d'hébergement collectif.

Les deux autres régions qui ont un taux élevé sont les régions les plus « vieilles » de France, le Limousin et Midi-Pyrénées (respectivement 11 % et 9 % de personnes de plus de 75 ans, contre 7 % en moyenne en France).

Mais, d'autres régions ayant une forte proportion de personnes âgées ont peu de services de soins infirmiers pour personnes âgées (PACA, Corse, Aquitaine).

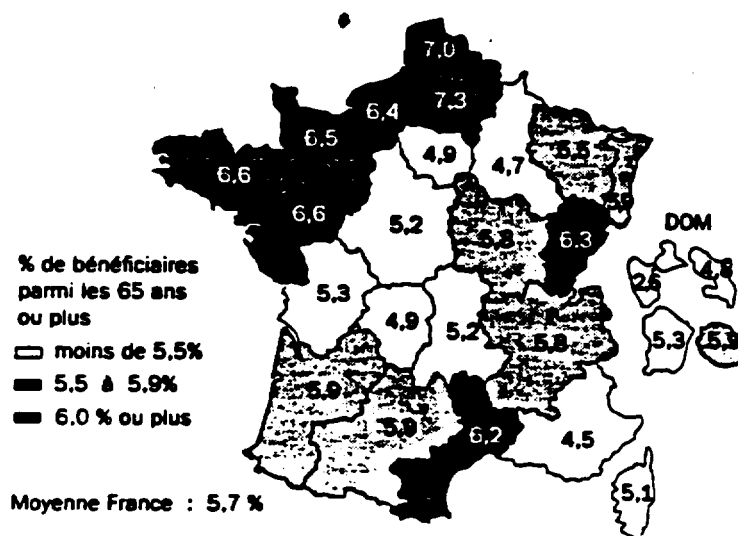
Enfin, les départements d'outre-mer (DOM) sont peu équipés dans ce type de service. Rappelons que beaucoup de personnes âgées vivent à domicile, souvent en famille, en raison d'une tradition de solidarité encore très présente dans les DOM.

Carte 9 Personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à domicile en 1990



Source : Insee, RP 1990, Exploitation Fnoirs

Carte 10 Bénéficiaires des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (1992)

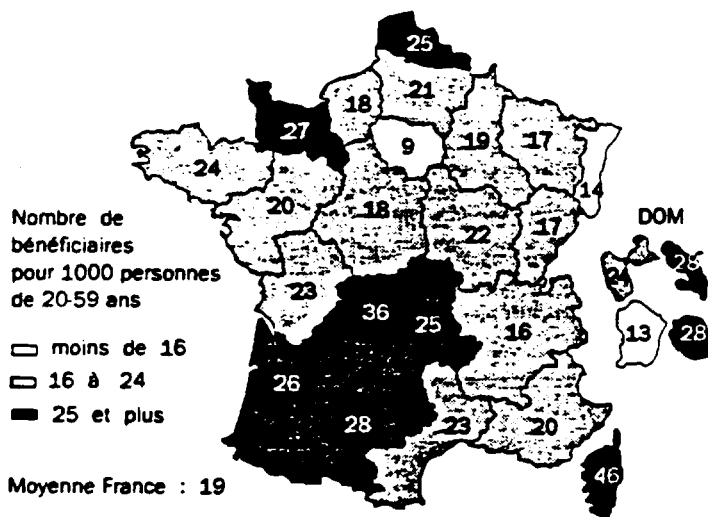


Source : Cnamts, Insee, Exploitation Fnoirs

Les adultes handicapés

Au 1^{er} janvier 1994, environ 580 000 personnes bénéficient de l'allocation adulte handicapé. Les différences régionales dans les taux de bénéficiaires de cette allocation, versée sous conditions de ressources, résultent en partie des différences de niveau de vie entre régions. La Corse et le Limousin ont un taux supérieur à 35 pour 1000 personnes (de 20-59 ans), alors que l'Île-de-France et l'Alsace ont un taux inférieur à 15. Outre-mer, deux départements atteignent un taux de 28 pour 1000 (Martinique et Réunion), les autres étant plus proches de la moyenne métropolitaine.

Carte 11 Bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (1994)



Source : CNAF, CCMSA, Insee, Exploitation Fnoirs

Au total, les indicateurs dont nous disposons permettent donc d'affirmer qu'il existe des inégalités fortes en matière de santé et de facteurs de risque pesant sur cette dernière. D'autres indicateurs pourraient, à l'avenir, améliorer ces connaissances. Ceci sera développé dans le point 2.2.2.2. Auparavant, on souhaite attirer l'attention sur l'intérêt et les imperfections d'indicateurs se situant uniquement au niveau régional.

Appendice : la pertinence de l'échelle régionale pour analyser les besoins de santé

Pour évaluer les inégalités de santé, le cadre régional constitue certainement une échelle pertinente : d'une part, parce que les régions sont dotées d'une personnalité géographique caractérisée par des traits communs, environnementaux, sociaux, culturels, sanitaires, etc., d'autre part, parce que ce niveau géographique constitue un échelon de décision publique essentielle dans le contexte actuel de la décentralisation.

Pour autant, cette échelle d'analyse ne peut être la seule : on observe au sein des régions de fortes hétérogénéités de situations sanitaires, parfois plus fortes au sein des régions qu'entre les régions. Ces disparités spatiales intra-régionales définissent souvent des zones à problèmes qui sont d'autant plus importantes à examiner qu'elles transcendent les frontières administratives régionales.

Une illustration¹¹ en est donnée par les trois cartes jointes matérialisant sur trois échelles géographiques (la région, le département et les zones d'emploi) les taux comparatifs de mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes sur la période 1988-92.

L'approche régionale fait apparaître une opposition entre le Nord Est de la France et le reste du pays.

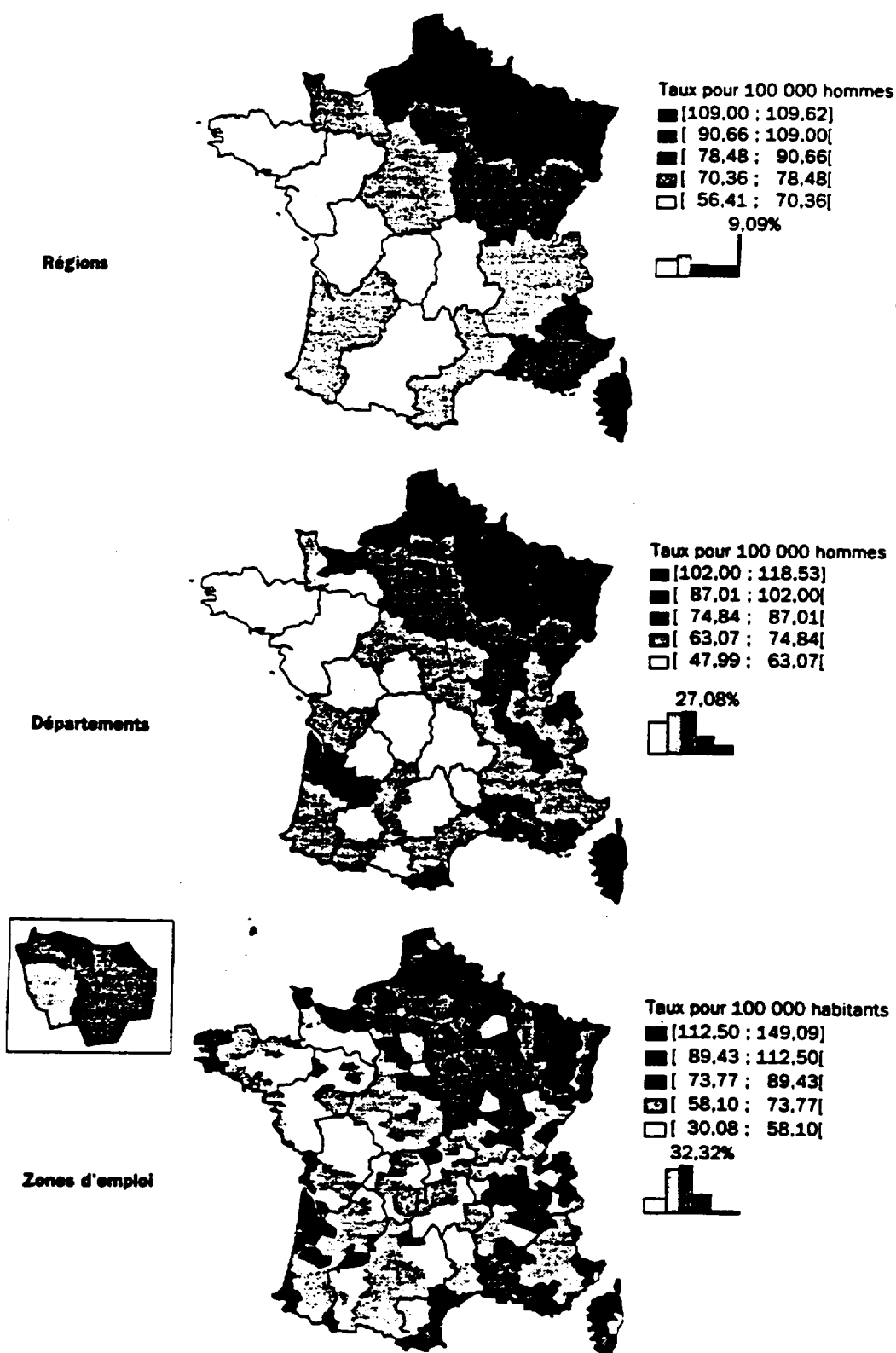
Pour nette qu'elle soit (les taux varient de 56,41 pour 100 000 habitants pour la région Pays de la Loire à 109,62 pour la région Nord-Pas-de-Calais), cette opposition régionale est grossière tant du point de vue de la recherche que de l'aide à l'action. La carte à l'échelle départementale des mêmes taux révèle en effet un gradient de taux croissants du centre de la France vers le Nord et l'Est et des taux non négligeables sur la façade atlantique et les Pyrénées. L'amplitude interdépartementale de la mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon est de 60, variant de 48 pour 100 000 pour le département de la Mayenne à 118 pour 100 000 pour le département de la Moselle.

La carte dressée à l'échelle des zones d'emploi fait apparaître les mêmes grands traits spatiaux mais met en évidence une forte hétérogénéité interne des régions où les taux sont forts, et un problème spécifique des villes portuaires où les taux sont particulièrement élevés, supérieurs à 110 pour 100 000 dans les principales villes portuaires (Le Havre, Brest, Bordeaux, marseille...).

Chacune de ces trois échelles présente donc son lot d'informations.

¹¹ Il convient d'insister sur le caractère illustratif des cartes reproduites. Plus le découpage est fin et les effectifs peu importants, plus on risque de rencontrer des différences d'indices de surmortalité liées au hasard. On remarquera que les bornes des classes adoptées diffèrent d'une carte à l'autre.

Carte 12 Taux comparatifs de mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes sur la période 1988-1992



Population de référence : France entière 1990

Sources : SCB, Insem : RGP90, * Espace, santé et territoire, Rican-Salem, 1996 A paraître in : Atlas de la santé - Vol. 1 : La mortalité. Salem G., Rican S., Jouglé E. [Coord.]. 1997.

2.2.2.2. Première contribution à l'élaboration et à la mise à disposition de nouveaux indicateurs

Au stade de ce rapport 1997, les lignes qui suivent constituent une première réflexion qui devra être affinée par la suite.

Ainsi qu'on l'a vu précédemment, les données de santé disponibles au niveau géographique infranational sont rares¹². Les principales sont les données de mortalité, chaque décès donnant lieu à l'établissement de bulletins alimentant les statistiques d'état-civil et fournissant les causes médicales du décès. Ces données sont disponibles au niveau géographique administratif le plus fin, c'est-à-dire la commune.

Au niveau de la morbidité, seul un nombre restreint de problèmes de santé publique donne lieu à des enregistrements systématiques permettant l'établissement de statistiques à un niveau infranational, le plus souvent départemental, en fonction de politiques de santé publique ou d'organisation administrative du système de santé particulières ; on peut citer les déclarations obligatoires de certaines maladies transmissibles (tuberculose et sida, par exemple), les certificats de santé des jeunes enfants (qui fournissent des données sur la prématurité, les faibles poids de naissance, l'état vaccinal à deux ans...), les bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse, l'enregistrement des accidents de la route. Certaines enquêtes fournissent des estimations régionales ou départementales des variables étudiées : ainsi en est-il pour les enquêtes de couverture vaccinale des enfants de six ans contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Les données concernant les mises en affection de longue durée fournissent des ordres de grandeur intéressants liés à la morbidité régionale mais qui dépendent également d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades. Néanmoins, il est possible de redresser par des enquêtes, les biais affectant ces données. La même problématique d'interférence de la réglementation et des pratiques se retrouve pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles.

En ce qui concerne le handicap, il existe des données de bénéficiaires d'allocation et des données de prise en charge en établissement. Les mêmes remarques que précédemment peuvent être faites et il faut prendre en compte le fait supplémentaire que, pour les établissements, les données représentent pour beaucoup une politique d'offre qui ne reflète que très indirectement les besoins régionaux, la population hébergée pouvant être dans certains d'entre eux en proportion importante en provenance d'autres régions. Le même phénomène est bien entendu notable pour l'hébergement des personnes âgées.

Comme mesures indirectes de phénomènes, on peut citer également les données de consommation ou d'établissements de vente pour l'alcool et le tabac.

Il existe des sources de données localisées qui ne sont pas généralisées sur le territoire : on peut citer les registres de pathologies ou diverses enquêtes locales, le plus souvent financées par les collectivités territoriales et réalisées par les ORS, des unités Inserm, des directions régionales de l'Insee, des équipes universitaires ou encore les services de santé scolaire... Certaines de ces enquêtes permettent d'obtenir des estimations locales pour des données qui existent nationalement mais beaucoup d'autres portent sur des thèmes pour lesquels le niveau national n'est pas couvert. Dans ce cas, en l'absence d'information qualitative sur un particularisme important de la région concernée, elles fournissent une information intéressante d'ordre plus général.

¹² On ne revient pas dans ce texte sur l'ensemble de la problématique du système d'information en santé. On renvoie pour cela au rapport "La Santé en France" de 1994 du Haut Comité de la santé publique, et plus précisément au rapport annexe du groupe sur "l'information sur la santé en France" (groupe 2 de l'annexe : travaux des groupes thématiques).

Compte tenu de ce qui précède, il est donc important de promouvoir des gisements de données existants ou en développement qui présentent un caractère d'enregistrement systématique. Dans ce rapport, on évoquera quatre sources d'informations. Les deux premières concernent les données issues du PMSI et, à terme, celles provenant du codage des actes et des pathologies. Les deux dernières ont trait aux données médicales issues de la conscription et, désormais, du rendez-vous citoyen, ainsi qu'aux bilans de santé scolaire. Celles-ci concernent soit les enfants et les jeunes, soit la morbidité constatée à travers le système de soins. Elles sont donc loin de couvrir l'ensemble des besoins d'information ; en particulier, les jeunes sont dans l'ensemble heureusement en meilleure santé que les personnes âgées et il serait donc nécessaire de disposer de sources systématiques équivalentes pour ces catégories de population également. La présentation qui en sera faite n'est donc pas normative mais pragmatique : elle se contente d'insister sur les sources déjà disponibles ou qui doivent l'être à brève échéance et dont l'exploitation peut de ce fait être programmée sans contraintes autres que techniques, si ce n'est un coût marginal faible (relativement aux coûts totaux des systèmes dont cette exploitation statistique serait un sous-produit), coût qu'il serait déraisonnable de ne pas assumer si l'on songe aux avantages procurés en terme d'information nouvelle apportée.

Les données issues du PMSI

De par l'ensemble des données collectées systématiquement pour tous les séjours hospitaliers effectués dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, le PMSI constitue un gisement considérable de données pour la connaissance de la morbidité hospitalière dont des exploitations diverses en ce sens sont déjà faites dans certaines régions et dont l'utilisation au niveau national se met en place.

Pour chaque séjour hospitalier, le résumé de sortie anonyme (RSA) comporte en particulier le sexe et l'âge du patient, un code géographique du lieu de résidence, le diagnostic principal pour le séjour et des diagnostics associés, les actes médicaux subis et certaines caractéristiques du séjour (durée, mode d'entrée et de sortie, types de mutation ou de transfert...).

Des bases existent actuellement pour le secteur public, le système étant en phase de montée en charge pour le secteur privé. Le PMSI moyen séjour doit démarrer au 1er janvier 1998.

L'utilisation du PMSI est actuellement centrée sur l'analyse médico-économique de l'activité hospitalière, ce qui est sa fonction première. L'importance de l'outil en terme d'investissement justifie de le valoriser selon d'autres axes. Par exemple, il peut constituer un outil d'observation de l'évolution et de la diffusion des pratiques à travers les actes. En termes de connaissance de l'état de santé, il fournit un éclairage sur la morbidité, qui dépend évidemment des pratiques en terme d'hospitalisation mais qui constitue cependant un élément nécessaire dans un tableau d'ensemble concernant une pathologie. Il peut constituer un instrument de mesure du poids et de l'évolution de celles parmi les pathologies qui conduisent quasi-systématiquement à une hospitalisation comme l'infarctus du myocarde ou certaines pathologies infantiles.

Pour autant, l'utilisation du PMSI à cette fin rencontre des difficultés. En effet, en raison de sa finalité première qui est l'analyse de l'activité hospitalière, le diagnostic principal figurant dans le RSA est défini comme étant celui de la pathologie ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour du malade, c'est-à-dire un diagnostic de manifestation clinique. En terme de connaissance de la morbidité, il y a là une perte de connaissance par rapport à des enquêtes de morbidité hospitalière ad hoc antérieures. Cette information devrait donc être complétée par la codification en diagnostic associé du diagnostic correspondant à l'étiologie, mais il y a là une demande de travail supplémentaire à présenter aux départements d'information médicale des établissements.

Un autre problème important est la non-disponibilité actuelle de l'information géographique concernant le patient, non codée en effet, pour l'instant, dans la moitié des cas.

Le codage des actes et des pathologies en médecine ambulatoire

La mise en œuvre par les professionnels de santé du codage des actes et des pathologies a été instituée par la loi du 4 janvier 1993 (dite loi Teulade), les modalités en ayant été précisées dans le décret du 6 mai 1995. Il s'agit d'un projet à multiples enjeux :

- le codage est d'abord nécessaire pour accompagner les mesures de maîtrise des dépenses de santé et médicaliser davantage cette politique de maîtrise ; en l'absence de codage, les mesures de régulation et de sanction sont, sans être tout à fait aveugles, au minimum hypermétropes ;
- il permettra en outre, par définition, de médicaliser le système d'information de l'assurance maladie et donc d'apporter une connaissance nouvelle de l'activité des médecins libéraux en France et des motifs de consultation ; dans le cadre de la recherche d'une connaissance exhaustive des motifs de recours au système de soins, il complète évidemment le PMSI ;
- il suppose enfin une petite révolution culturelle de la part des médecins comme des caisses d'assurance maladie puisque la montée en charge du codage est prévue en parallèle avec celle de Sesam Vitale et de l'informatisation des professionnels de santé, entraînant notamment des obligations sur le plan de la sécurité des transmissions (recommandations de la CNIL), de l'équipement...

Sur le plan pratique, le projet doit suivre les étapes suivantes :

- codage des actes de biologie de ville : démarrage le 1^{er} mars 1997, avec une période de montée en charge de l'ordre de 3 mois ;
- codage des médicaments délivrés en pharmacie d'officine : démarrage prévu le 1^{er} juin 1997 ;
- codage du titre 3 du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS) correspondant aux prothèses internes : démarrage envisagé mi-1998 ;
- codage des actes des professionnels paramédicaux et médicaux : montée en charge progressive devant débiter en 1988, en commençant par les paramédicaux, pour englober en 1999 les nouveaux libellés de la nomenclature commune des actes médicaux (NCAM), celle-ci portant, pour 1999 uniquement, sur les actes des chirurgiens et des anesthésistes et, pour 2000, sur les actes des autres spécialités médicales ;
- codage des pathologies : mise en place en parallèle avec Vitale 2 qui comportera un volet d'information médicale et fournira toutes les garanties de sécurité et de confidentialité de l'information ; il est exclu en effet de faire figurer la pathologie sur la feuille de soins ! Au demeurant, la définition même de pathologie reste à préciser : ce que l'on cherche à apprécier est plutôt de l'ordre du motif de consultation ou du symptôme principal, ce qui est un peu différent de ce qui est demandé en hospitalisation ; le débat sur ce point est encore ouvert.

En toute hypothèse, la mise en place du codage des pathologies devrait fournir des données utiles, sinon sur la morbidité, tout au moins sur les causes de recours aux soins en médecine ambulatoire.

Les données médicales issues de la conscription et, désormais, du rendez-vous citoyen

Les données médicales collectées lors des « trois jours » effectués par les conscrits représentent un gisement considérable de données sur l'état de santé de l'ensemble d'une classe d'âge masculine. Leur exploitation directe dans une perspective d'allocations de ressources est néanmoins limitée car il s'agit d'une population généralement en bonne santé et qui recourt très peu au système de soins. Des exploitations au cas par cas en ont déjà été faites et un plan d'exploitation plus systématique est à l'étude. La suspension de la conscription et l'instauration du rendez-vous citoyen changent la nature

des données recueillies. En effet, les données collectées au cours des trois jours ont une finalité militaire d'emploi du conscrit. Leur utilisation à des fins d'observation de l'état de santé est fait à titre secondaire. Dans le cadre du rendez-vous citoyen, au contraire, la finalité militaire disparaît et la « photo » de la classe d'âge en terme de santé devient un des deux objectifs déclarés de l'examen médical qui va être mis en place (l'autre étant de conseiller les jeunes et, le cas échéant, de les orienter vers le système de santé).

L'administration militaire, et donc le Service de santé des armées, prend en charge la logistique générale du rendez-vous citoyen pour des raisons logiques de savoir-faire et de disponibilités matérielles découlant de l'organisation des trois jours actuels mais la partie proprement militaire du rendez-vous ne représente qu'une activité parmi d'autres. L'exploitation des données collectées à l'occasion de l'examen médical relève donc, en premier lieu, du ministère de la santé. Le calendrier est très serré : deux premiers centres vont ouvrir en septembre 1997. En effet, la conscription est suspendue depuis le 1^{er} janvier 1997. Au fur et à mesure de l'ouverture des centres, le rendez-vous citoyen va donc concerner tous les jeunes gens nés à partir de 1979, soit environ 390 000 individus. Les jeunes filles seront concernées à partir de 2002.

Lors du rendez-vous citoyen, une demi-journée sera consacrée à l'évaluation médicale. Le jeune répondra à un auto-questionnaire, subira les divers examens biométriques et sensoriels et terminera par une séance de 20 minutes avec un médecin. Les principaux thèmes sur lesquels de l'information sera collectée sont la biométrie, les dépistages sensoriels, l'état dentaire, les antécédents (dont chirurgicaux, traumatismes, accidents...), les maladies chroniques, les vaccinations, les modes de vie (activité physique, facteurs de risque ; alcool, tabac, toxicomanie), la perception de la santé.

Les bilans de santé scolaire

Au cours de sa scolarité, chaque enfant est l'objet de deux examens de santé systématiques : l'un avant l'entrée en primaire, l'autre avant l'entrée au lycée. Pratiquement, toute classe d'âge étant scolarisée en dernière année de maternelle, le premier examen de santé est proche de l'exhaustivité (qui est fonction des priorités et des disponibilités des services de santé scolaire). En raison de problèmes d'organisation, l'examen de fin de troisième ne couvre, en revanche, qu'environ 90 % des jeunes concernés.

Un plan d'exploitation à des fins statistiques de ces examens de santé est en préparation avec l'idée d'étendre la collecte à un échantillon de classes de CM2, de seconde de lycée professionnel et de 1^{er} de lycée général.

Les indicateurs relevés seraient :

- pour toutes les tranches d'âge : le poids et la taille, la couverture vaccinale, la vue et l'audition ;
- puis, selon les tranches d'âge :
 - pour la grande section de maternelle : les troubles neuro-moteurs et de la communication, la consommation de soins dans les dernier mois ;
 - en CM2 : les troubles neuro-moteurs, les troubles de la statique (dos) ;
 - au collège et au lycée : les troubles de la statique (dos), les grossesses, les comportements à risque (tabac, alcool, toxiques), les tentatives de suicide, les troubles de conduites alimentaires. De plus, un relevé exhaustif des motifs de consultations auprès des infirmiers, assistants scolaires et médecins serait effectuée pendant quelques jours donnés, permettant d'analyser la morbidité ressentie à partir de la demande.

Là encore, l'intérêt direct de ces informations pour l'allocation de ressources est limité.

Au terme de ces développements consacrés à la nécessaire identification des besoins au niveau régional en vue d'asseoir l'allocation des ressources, on a eu l'occasion de vérifier :

- tout d'abord, le caractère lâche du concept de besoins (besoins de santé, besoins de recours aux soins ?) et le grand nombre des indicateurs pouvant traduire les différentes acceptions du concept ;
- en second lieu, le nombre non négligeable d'indicateurs dont on dispose déjà au niveau régional, même si ces indicateurs reflètent essentiellement la mortalité et très peu la morbidité : ils traduisent indirectement un besoin de recours aux soins ;
- enfin, la nécessité de prévoir et de préparer le recours à des indicateurs en cours de validation ou attendus ou qui seront bientôt disponibles.

Avant d'examiner comment ils pourraient être utilisés concrètement, il convient d'analyser les différentes réponses pouvant être apportées à ces besoins.

2.3. La détermination des réponses aux besoins (nature et volume des différentes offres de soins et de santé)

En admettant que l'on sache identifier les besoins de santé d'une population, que l'on sache mesurer les inégalités de santé, de facteurs de risques entre régions, la question qui se pose alors est de déterminer quelles sont les réponses adéquates, en termes de services de santé mis à la disposition de la population, permettant de répondre aux besoins, voire concourant à la réduction des inégalités interrégionales de prise en charge ou de santé.

La réponse à cette question est très délicate et nécessite le franchissement de plusieurs étapes.

2.3.1. Capacité du système de soins à répondre aux besoins

En premier lieu, il convient de s'interroger sur la capacité du système de soins à réduire les inégalités de santé et à répondre efficacement aux besoins de santé. On ne traitera pas ici de cette question, déjà évoquée dans la première partie de cette contribution. On rappellera seulement les conclusions du rapport du Haut Comité de 1994 sur le faible impact (entre 10 et 20 %) du système de soins sur la diminution de la mortalité¹³, ainsi que les thèses développées à ce sujet dans plusieurs contributions récentes (dont un ouvrage traduit en Français en 1996 fait la synthèse¹⁴). La pertinence de ces observations vaut d'autant plus que les frontières du système de santé dont on répartit régionalement les ressources sont plus étroites, jusqu'à se restreindre au système de soins, ce qui est le cas dans l'expérience française menée actuellement.

Deux conclusions opposées peuvent être tirées de cette première remarque. Tout d'abord, **il n'y a pas de liaison directe entre l'élévation des ressources sanitaires confiées à une région défavorisée en matière de santé et l'amélioration de l'état de santé qui en résulterait** : cette observation tendrait à s'opposer à une convergence systématique vers la moyenne des ressources attribuées à chaque région. En second lieu, s'il est vrai que les déterminants socio-économiques (dont l'emploi et le niveau des ressources) ont un poids important dans l'état de santé d'une population, le comblement du déficit d'une région en termes de structures sanitaires et de personnels de santé peut améliorer la santé indirectement par le biais de l'élévation de l'emploi¹⁵ et du niveau de vie de cette région.

¹³ Haut Comité de la santé publique. La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques. La documentation française. 1994 : 461-464.

¹⁴ Être ou ne pas être en bonne santé. biologie et déterminants sociaux de la maladie. Sous la direction de Evans RG, Barer ML, Marmor TR, traduit par Giresse M, John Libbey Eurotext, 1996.

¹⁵ Afin d'illustrer notre propos, on peut faire le calcul grossier suivant : si une région comme le Nord - Pas-de-

Mais sans nul doute existe-t-il des utilisations plus optimales des ressources publiques ou parapubliques pour améliorer l'emploi d'une région...

2.3.2. Comment dépasser les réponses existantes ?

Cette première observation étant faite, il convient de traduire les réponses aux besoins par types et volumes de services devant être offertes régionalement. Or, il existe une réponse déjà donnée à ces besoins, une réponse historique. Celle-ci est le résultat des interactions entre une demande exprimée et une offre structurée. Du côté de la demande, on note des degrés de perception (et donc d'expression) de la santé et de la morbidité qui sont différents selon les milieux sociaux, ce qui entraîne des recours plus ou moins importants ; on observe également des types de recours (généraliste, spécialiste, hôpital) qui diffèrent. De son côté, l'offre influe également sur le type de recours et sur la nature de la prestation proposée. Toujours est-il qu'il est très difficile de démêler, dans les réponses **actuellement données**, ce qui relève des **besoins**, en tous les cas de la **demande** et ce qui est imputable à l'**offre**.

2.3.2.1. Les réponses actuelles : résultat combiné des demandes et de l'offre de soins existante

On illustrera ces résultats combinés par la mise en évidence de disparités interrégionales fortes dans la prise en charge de pathologies cardiaques.

La prise en charge de l'infarctus du myocarde

L'étude Monica¹⁶ analyse la prise en charge de l'infarctus du myocarde cliniquement avéré ou soupçonné sur base du suivi de registres de patients de Lille, Strasbourg et Toulouse. Les différences de protocole hospitalier de prise en charge des épisodes entre régions apparaissent importantes (tableau 2). Concernant les procédures invasives, la région toulousaine se distingue de Lille et Strasbourg par un recours significativement plus important à la coronarographie, au pontage coronarien et à l'angioplastie. En matière

Tableau 2 Prise en charge de l'infarctus du myocarde

Traitement de l'infarctus du myocarde	Lille		Strasbourg		Toulouse	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Procédures invasives						
Coronarographie	65,9 %	59,2 %*	73,5 %	62,2 %*	88,5 %	70,9 %*
Pontage	3,6 %	4,1 %	4,0 %	1,6 %	9,1 %	14,5 %
Angioplastie	26,9 %	10,2 %	17,4 %	15,0 %	55,3 %	29,1 %
Protocole médicamenteux						
β-bloquants	61,6 %	56,5 %*	74,6 %	59,5 %*	70,4 %	46,1 %*
Inhibiteurs calciques	35,4 %	37,0 %	24,6 %	30,4 %	46,3 %	67,9 %
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	27,6 %	27,7 %*	31,9 %	34,1 %*	19,4 %	26,9 %*
Hypolémants	10,1 %	20,8 %	16,7 %	22,0 %	7,8 %	1,9 %
Rééducation fonctionnelle	14,8 %	8,8 %	51,9 %	43,3 %	42,0 %	43,2 %

* : différences interrégionales non significatives.

Source : étude Monica.

Calais dispose de 20 % de ressources sanitaires en moins par rapport à la moyenne nationale, une élévation du même montant de personnels oeuvrant dans le secteur de la santé (1 658 000 en France en 1992, source Crédes) conduirait à la création de 23 000 emplois dans cette région.

¹⁶ Fédération française de cardiologie. Données sur trois registres des cardiopathies ischémiques de Lille, Strasbourg et Toulouse. Période 1985-1992. Paris. 1996.

de traitement médicamenteux, on remarque, à Strasbourg, un recours plus important aux β -bloquants, aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion et aux hypolipémiants, notamment chez les hommes. Enfin, on note le recours réduit à la rééducation fonctionnelle dans la région lilloise : moins de 15 % des patients lillois sont concernés, contre plus de 40 % dans les deux autres agglomérations.

De telles différences dans la prise en charge de l'infarctus sont induites, soit par des facteurs de demande, fondées sur des différences interrégionales dans l'état des patients lors de la survenue de l'épisode d'infarctus ; soit par des facteurs d'offre (différences dans la formation des praticiens ou la disponibilité des plateaux techniques).

On note en effet que, dans les régions recourant peu aux techniques invasives, le plateau technique est le moins important : ainsi, le Nord-Pas-de-Calais se caractérise-t-il par une moindre densité de cardiologues (4,4 pour 100 000 habitants, contre 5,7 en Alsace et 6,8 dans le Midi-Pyrénées), de salles d'intervention de chirurgie cardiaque (1,8 par million d'habitants, contre 3,1 en Alsace et 2,9 dans le Midi-Pyrénées) et de centres pratiquant l'exploration fonctionnelle (0,4 pour 100 000 habitants, contre 0,5 en Alsace et 0,7 en Midi-Pyrénées).

Cependant, il s'avère délicat de tirer de cette analyse, fondée sur des concordances dans le rang occupé par chaque région dans le domaine du recours aux techniques invasives et de la disponibilité du plateau technique, des conclusions en termes d'existence d'inégalités interrégionales dans l'accès aux techniques invasives. En effet, ceci supposerait de pouvoir contrôler les variables déterminant les besoins en soins des différentes populations, car : i) soit les besoins sont identiques d'une région à l'autre et il y a, dans ce cas, inadéquation entre l'offre et la demande de soins conduisant à des inégalités interrégionales dans l'accès à certains types de soins ; ii) soit ils diffèrent entre régions, du fait de contextes démographiques, sociaux, culturels et médicaux (co-morbidité) différents, et les différences constatées en termes de protocole de prise en charge et de disponibilité du plateau technique ne constituent que le reflet des différences interrégionales dans les facteurs de demande de soins.

En l'état actuel des connaissances, nous ne possédons pas des informations nécessaires pour déterminer l'impact relatif des facteurs d'offre et de demande de soins sur la prise en charge des infarctus du myocarde, ni les indicateurs idoines pour contrôler ces différents facteurs (on notera, par exemple, que les indicateurs de densité sont purement quantitatifs (nombre d'habitants) et non qualitatifs (type de population soignée)).

La chirurgie cardiaque sous circulation extra corporelle (CEC)

Une enquête effectuée en 1994¹⁷ dans toutes les unités de chirurgie cardiaque autorisées a permis d'établir un taux d'intervention régional (nombre de résidents ayant subi une intervention sous CEC/nombre de résidents de la région — où que soit située l'unité qui a réalisé l'intervention). Cette enquête montre que les variations régionales du taux d'intervention sont très importantes en France, allant presque du simple au double selon les cas. Certaines régions recourent à la chirurgie cardiaque de façon importante. C'est le cas des régions Aquitaine, où le taux d'intervention s'établit à 80,6 pour 100 000 habitants, Poitou-Charentes (76,1), Rhône-Alpes (71,1), Basse Normandie (70,6), Alsace (70,4). À l'inverse, d'autres régions se distinguent par des taux faibles d'intervention : Pays de la Loire (44,5), Champagne Ardenne (44,7), Nord-Pas-de-Calais (45,3), Haute Normandie (47,9). En d'autres termes, les habitants de la région Aquitaine sont opérés presque deux fois plus que les habitants de la région Champagne Ardenne ou Nord-Pas-de-Calais.

Alors que l'on sait que la fréquence moyenne annuelle des infarctus du myocarde et des décès coronaires augmente du sud au nord de la France, le taux d'intervention sous CEC

¹⁷ Activité des unités de chirurgie cardiaque française en 1994. Direction des Hôpitaux - Cnamts - Groupe Image, août 1996.

s'accroît du nord vers le sud, gradient opposé à celui de l'épidémiologie. Si l'on admet que les facteurs de risque augmentent avec l'âge, la situation des régions suivantes apparaît particulière : les régions Alsace et Rhône-Alpes où la population est plutôt jeune mais le taux d'intervention élevé ; la région Limousin où la population est âgée mais le taux d'intervention faible ; les régions Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Corse où les habitants sont moins opérés que la moyenne de la population, alors que la proportion de leur population âgée de 65 ans et plus est supérieure à la moyenne des régions françaises.

2.3.2.2. Quels sont la capacité ainsi que le degré d'utilisation et d'efficacité des services offerts ?

À cet égard, s'intéresse-t-on aux services se trouvant sur un territoire donné ou à la population résidant sur ce territoire ? Ceci pose le problème du repérage des patients se faisant soigner hors de leur région de résidence.

Les mouvements de patients entre régions

On donnera ici une idée de l'ampleur du phénomène, particulièrement sensible pour les établissements hospitaliers. Les services de la Cnamts¹⁸ ont élaboré un système de mesure appelé PAMPERS en vue de calculer, au niveau régional, les fuites (activités hospitalières générées par des malades affiliés dans la région et soignés dans une autre) et les attractions (activités générées par des malades soignés dans la région mais affiliés dans une autre).

Les taux de flux interrégionaux intervenant entre établissements hospitaliers en budget global ont ainsi été calculés pour la médecine (taux de flux global : 6,4 %), pour la chirurgie (7,8 %), pour les spécialités coûteuses (11,2 %), pour la psychiatrie (5,0 %), pour le moyen séjour (13,7 %) et pour l'ensemble des disciplines (6,9 %). Entre régions, les taux diffèrent fortement. Ainsi, pour l'ensemble des disciplines, la région de Montpellier a un taux de fuite de 8,5 % et un taux d'attraction de 14,1 % ; la région de Dijon a un taux de fuite de 10,5 % et un taux d'attraction de 5,2 %.

D'autres études ont été menées à des niveaux d'activité plus fins. Ainsi, pour ce qui est de la chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle (CEC), l'enquête mentionnée précédemment¹⁹ fait état d'un taux interrégional de fuite de 17,2 %, très variable selon les régions (année 1994) : 100 % en Corse, 83,3 % en Poitou-Charentes, 64,7 % en Picardie, 52,2 % en région Centre, 5 % en PACA et Nord-Pas-de-Calais, 2,45 % en Alsace, 1,7 % en Rhône-Alpes, et 1,3 % en Île-de-France.

Une enquête menée en 1992 par les Cram²⁰ auprès des services de chirurgie de 1590 établissements met en lumière des taux de fuite très différents d'une zone géographique à l'autre : 23,6 % pour les Bouches-du-Rhône, 23,4 % pour le Nord-Picardie, 9,1 % pour la Cram de Rennes, 6,6 % pour la Cram de Marseille.

Les capacités d'offre disponibles selon les régions

L'inégale répartition de l'offre de soins au niveau interrégional est maintenant bien connue : elle a fait l'objet d'un exposé très complet dans le précédent rapport du HCSP à la Conférence Nationale de Santé²¹. Dans le tableau 3, on résume l'information contenue

¹⁸ Les établissements hospitaliers en budget global, aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de spécialités coûteuses et de moyen séjour. Cnamts, Dossier Etudes et Statistiques, n° 30, juillet 1995.

¹⁹ Activité des unités de chirurgie cardiaque française en 1994. Direction des Hôpitaux, Cnamts, Groupe Image, août 1996.

²⁰ L'activité chirurgicale dans les établissements de santé. Le Concours médical, 18 novembre 1995 : 3144-8.

²¹ Voir Haut Comité de la santé publique. La Santé en France 1996. La Documentation Française, 1996 : 101-140.

Tableau 3 Disparités de dotation de personnels et de services entre régions les mieux dotées et régions les moins bien dotées

Nature de l'offre	année	régions les moins bien dotées				moyenne nationale	régions les mieux dotées				Rapport mieux dotées moins dotées
généralistes (/100 000 h)	1995	Centre	118,5	Pic.	124,5	148,4	L.R.	166,4	IdeF	167,8	1,53
		H.N.	118,7	Ch.A.	128,4		M.P.	167,3	Paca	181,1	
spécialistes (/100 000 h)	1995	Pic.	94,8	B.N.	105,8	146,4	L.R.	155,4	Paca	191,9	2,17
		Bourg.	103,6	Auv.	110,2		M.P.	158,4	IdeF	206,0	
médecins (/100 000 h)	1995	Pic.	216,3	B.N.	234,4	294,8	L.R.	321,7	Paca	373,0	1,73
		Centre	232,5	H.N.	235,6		M.P.	325,7	IdeF	373,8	
chir.-dent. libéraux (/100 000 h)	1994	H.N.	36,8	NPDC	39,9	63,2	IdeF	75,8	L.R.	80,3	2,42
		B.N.	39,3	Pic	40,5		M.P.	78,2	Paca	89,3	
pharmaciens officine (/100 000 h)	1994	Als.	30,7	Lorr.	37,1	45,3	L.R.	58,3	Lim.	63,9	1,83
		H.N.	34,9	Pic.	38,5		Corse	63,8	Lim.	63,9	
sages-femmes (/100 000 femmes 15-49 ans)	1994	Pic	59,0	Lim.	70,4	82,3	R.A.	103,1	L.R.	103,3	2,01
		IdeF	64,5	Centre	72,2		Als.	103,2	Lorr.	118,8	
infirmiers libéraux (/100 000 h)	1994	Lorr.	48,0	Fr.C.	48,9	79,6	M.P.	137,5	Corse	159,8	4,1
		IdeF	48,6	Als.	50,9		Paca	142,2	L.R.	197,0	
infirmiers (/100 000 h)	1994	NPC	334,9	Loire	380,0	472,1	Paca	552,5	M.P.	597,7	1,8
		Pic	353,7	Centre	386,4		Lim.	578,9	L.R.	604,4	
infirmiers psychiatriques (/100 000 h)	1994	H.N.	67,1	NPC	79,8	101,6	Lorr.	128,9	Lim.	151,8	2,5
		Corse	76,6	IdeF	82,0		Auv.	137,9	Bret.	166,5	
masseurs-kiné. libéraux (/100 000 h)	1994	Fr.C.	34,4	B.N.	37,3	58,3	IdeF	69,6	L.R.	87,5	2,7
		Lorr.	34,7	Pic.	38,2		Corse	82,4	Paca	94,5	
médecins (/1 000 h)	1994	H.N.	1,8	Loire	1,9		Als.	2,5	Lim.	2,7	1,56
		NPC	1,9	Centre	1,9		Lorr.	2,7	Corse	2,8	
chirurgie (/1 000 h)	1994	Pic	1,5	NPC	1,7		Lim.	2,3	IdeF	2,4	1,60
		P. Ch.	1,7	Loire	1,7		Lorr.	2,3	Corse	2,4	
s gynéco-obstétrique (/1 000 h)	1994	Centre	0,39	Lim.	0,40		Corse	0,54	Lorr.	0,57	1,51
		L.R.	0,39	P. Ch.	0,42		B.N.	0,55	Fr.C.	0,59	
s long séjour (/1 000 h > 74 ans)	1994	Paca	28	IdeF	44		Lim.	72	Auv.	81	3,07
		Corse	31	Aqu.	46		R.A.	74	Als.	86	
places hébergement collectif (/1000 h > 74 ans)	1994	Corse	60	LR	133	174	Bret.	219	Loire	240	4,23
		Paca	127	Lim.	144		B.N.	219	H.N.	254	

Abbreviations :

Als : Alsace
 Aqu. : Aquitaine
 Auv. : Auvergne
 B.N. : Basse-Normandie
 Bret. Bretagne
 Ch.A. : Champagne-Ardenne
 Fr.C. : Franche-Comté
 H.N. : Haute-Normandie
 IdeF : Île-de-France

L.R. : Languedoc-Roussillon
 Lim. : Limousin
 Lorr. : Lorraine
 M.P. : Midi-Pyrénées
 NPC : Nord-Pas-de-Calais
 Pic. : Picardie
 P.Ch. : Poitou-Charentes
 Paca : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
 R.A. : Rhône-Alpes

Sources : Sesi, répertoire Adeli, Insee

dans ce document en repérant, pour chaque type d'offre les régions les mieux dotées et celles les moins bien dotées. On notera cependant que les chiffres fournis ne sont pas corrigés de la structure par âge. Ce tableau illustre de grandes disparités que l'on peut résumer à grands traits : une dotation plus importante de la région Sud, de l'Alsace et de l'Île-de-France en médecins, en particulier en spécialistes ; une dotation plus importante du sud et de l'ouest pour les infirmiers libéraux, du sud, de l'Île-de-France, du centre, de l'ouest et de l'est pour les chirurgiens-dentistes, du sud et de l'est pour l'hospitalisation de courte durée, de l'ouest et de l'Alsace pour l'hébergement collectif.

Naturellement, ces données globales peuvent être affinées et l'on en trouve des illustrations dans le rapport de la Fnors (La Santé observée dans les régions de France, 1997). À titre d'exemple, on retiendra les disparités suivantes entre la région la moins dotée et la région la plus dotée :

Pédiatres (pour 100 000 enfants 0-15 ans)	NPC	: 11,3	Paca	: 40,1	France	: 25,7
Radiologues (pour 100 000 habitants)	BN	: 5,6	Paca	: 13,0	France	: 8,3
Chirurgiens (pour 100 000 habitants)	Pic	: 3,8	Paca	: 9,1	France	: 6,5
Psychiatres (pour 100 000 habitants)	NPC	: 3,5	Paca	: 17,3	France	: 7,5
Lits/places en psychiatrie infanto-juvénile (pour 100 000 enfants 0-16 ans)	NPC	: 0,5	Corse	: 1,5	France	: 0,9
Nombre de femmes (15-44 ans) par gynécologue obstétricien	Alsace	: 1906	Loire	: 4646	France	: 3009
Nombre d'enfants (moins de 16 ans) par généraliste	Pic	: 208	M-P	: 117	France	: 152

Le taux d'utilisation des services

Pour obtenir l'activité réelle des services offerts, les capacités d'offre doivent être pondérées par le recours effectif : nombre d'actes effectués, taux d'occupation dans les établissements hospitaliers. Ainsi, en 1994, pour l'ensemble de l'hospitalisation, le taux de fréquentation hospitalière (entrées directes en hospitalisation complète pour 1000 habitants) était de 177,4 en Picardie, 178,5 en Haute-Normandie, 183 en région Centre et Nord-Pas-de-Calais ; 243 en Corse, 225,3 en Provence-Côte-d'Azur, 222,7 en Aquitaine, 221,8 en Languedoc-Roussillon (France : 200,5).

L'efficacité des producteurs de service

La question de l'efficacité revêt une importance primordiale dans l'allocation optimale des ressources et dans la réduction des inégalités interrégionales. **Tout financement d'une structure ou d'un service en tout ou partie inefficace, revient à financer, à due concurrence de cette inefficacité, non pas la réponse à un besoin, mais les revenus des producteurs sans contrepartie de service utile.** Pour dire les choses autrement, si l'on compare deux régions ayant les mêmes besoins, bénéficiant du même volume d'offre et du même financement, on conçoit que la région où l'offre serait moins performante, serait défavorisée par rapport à l'autre puisqu'elle obtiendrait une moindre réponse à ses besoins pour une dépense identique.

Cette question de l'efficacité revêt de multiples facettes. Tout d'abord, un même résultat de santé peut être obtenu par des types de services différents²² : recours au généraliste

²² On donnera une illustration de ceci à propos de ce qui ne constitue pas en soi une maladie, mais un phénomène naturel : l'accouchement : en 1993, la naissance de 100 enfants se traduit par 10 césariennes dans le secteur public en Franche Comté et par 19 césariennes dans le secteur public dans le Limousin (source Sesi, exploitation Fnors).

plutôt qu'au spécialiste, à la filière ambulatoire plutôt qu'à un établissement hospitalier, au secteur public plutôt qu'au secteur privé, à un logement foyer plutôt qu'à une maison de retraite, à des personnels ou des structures isolés les uns des autres plutôt qu'à une filière structurée ou à un réseau de soins, etc. Si l'on pousse le raisonnement jusqu'au bout, un même résultat de santé peut être obtenu, dans certains cas, par une action de prévention plutôt que par un recours ultérieur au système curatif.

En second lieu, des structures identiques peuvent avoir des performances différentes. Jusqu'à présent, la question a surtout été étudiée dans le domaine hospitalier. Pour le court séjour, le PMSI fournit une première approche de l'efficience des établissements : suite au classement des séjours dans les Groupes Homogènes de Malades (GHM), à l'estimation des coûts de production moyens de chaque GHM, à la traduction simultanée et indépendante des soins et actes externes en points d'Indice Synthétique d'Activité (points ISA), il est possible de comparer les coûts des différents GHM entre région ou entre établissements, ce qui constitue une certaine approche de l'efficience (sans prisé en compte, néanmoins, de la qualité de la prestation). L'extension du PMSI au secteur privé commercial en 1997 devrait accroître les capacités de mesure de la performance. En outre, les procédures d'accréditation qui seront mises en œuvre par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes) devraient donner des indications sur la qualité des prestations.

En revanche, dans le secteur ambulatoire, les procédures de mesure de l'efficience sont quasi-inexistantes. L'expérimentation de réseaux de soins pourrait donner lieu à la mise au point de méthodes d'évaluation dans ce secteur.

2.3.2.3. La prise en compte d'un critère supplémentaire : l'aménagement du territoire²³

Le système de santé constitue un élément important de la structuration du territoire, en particulier en raison du poids économique que représentent les établissements de soins et d'hébergement en termes d'emplois : l'hôpital ou la maison de retraite constitue souvent un acteur économique déterminant d'une ville, d'un bassin d'emploi ; ils renforcent l'influence et l'attractivité d'une ville sur son environnement géographique.

Par ailleurs, le souci d'égal accès aux soins a des répercussions sur l'aménagement du territoire puisque ceci se traduit par une préoccupation d'égalité d'accès aux soins entre les territoires, y compris dans ceux à faible densité géographique et à dominante rurale. Ceci pose la question du maintien de services de proximité, à la double condition que la qualité des soins soit respectée et que soit mise en œuvre la rationalité dans l'offre de soins en raison des contraintes financières.

La préoccupation de l'aménagement du territoire intervient à deux niveaux géographiques. Elle se situe tout d'abord à l'échelon interrégional notamment pour deux types de questions : d'une part, la répartition de l'offre globale entre régions moins dotées et mieux dotées (en raison des liaisons offre de soins et santé de la population mais, plus encore, offre de soins et emploi !) ; d'autre part, l'installation de spécialités et de techniques lourdes et coûteuses ; on songe, par exemple, aux transplantations d'organes. Cette préoccupation se situe également, et surtout, à l'échelon intra-régional, ce qui exige de valoriser les sites de proximité dans de bonnes conditions de coût et d'efficacité. On rejoint dès lors les préoccupations d'efficience évoquées à la page précédente. Pour cela, sans doute convient-il :

- de développer de nouvelles formes de présence (postes de consultation avancés, chirurgie ambulatoire, télémedecine) ;

²³ On s'inspire ici de la communication de M. Amiel « La santé, enjeu d'aménagement du territoire » au colloque organisé par l'ENSP les 25-26 janvier 1995 à Rennes sur le thème : « santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation : analyse critique de perspectives ».

- d'assurer des services nouveaux, tels l'hébergement de proximité en lits de moyen et long séjour pour les convalescents et les personnes âgées ;
- de développer les coopérations entre établissements : hiérarchisation et mise en réseau des établissements ;
- de mieux prendre en compte le rôle économique et d'aménagement du territoire qui revient à l'hôpital et d'évaluer les retombées négatives pour l'environnement de restructurations qui déqualifient un établissement ;
- de réfléchir à la contre-productivité pouvant naître du gigantisme de certaines structures, de type CHU/CHR, au détriment de la consolidation de certaines structures de proximité qui sont à la limite de seuils techniques nationaux.

À travers l'exposé des diverses questions que pose la détermination des réponses optimales aux besoins, on voit toute la difficulté du travail à entreprendre : comment, au-delà de l'offre existante, refléter de toute une histoire, tenir compte des capacités disponibles, de l'efficacité et de considérations d'aménagement du territoire ? *A fortiori*, la démarche entière, consistant à relier aux besoins le financement des réponses optimales en vue d'allouer les enveloppes régionales, constitue-t-elle une tâche particulièrement ardue. Aussi est-il utile de répertorier les expériences d'allocations territoriales déjà menées tant à l'étranger qu'en France.

2.4. Expériences étrangères et premières expérimentations françaises

2.4.1. Expériences étrangères

Sur ces expériences est paru, en 1996, un rapport rédigé pour la Mire par C. Meyer et G. de Pouvoirville²⁴. Les pages qui suivent reprennent les conclusions de ce rapport, notamment tout ce qui touche aux procédures de répartition territoriale sur base populationnelle, pondérée par des facteurs individuels ou collectifs de risque. On exposera trois types d'expériences : celle mise en œuvre en Grande Bretagne, celles tentées dans d'autres pays d'Europe, enfin, la mise en place de la récente réforme québécoise.

2.4.1.1. Le système d'allocation de ressources anglais (utilisé de 1975 à 1990)

Après la réorganisation du NHS intervenue en 1974 et regroupant les différents services sous une même autorité à trois niveaux géographiques (DHSS - région - district), un groupe de travail, le Ressource Allocation Working Party (RAWP), élabore une formule de répartition des ressources basée en partie sur des indicateurs d'appréciation du besoin. Son objectif est la distribution des fonds entre les 14 régions.

La procédure RAWP est mise en place en 1975. Elle sera utilisée jusqu'en 1990. À l'origine, elle devait permettre de répartir les ressources dans un système où certaines régions étaient très déficitaires, sans néanmoins « étrangler » les régions excédentaires. Mesurer l'écart entre la dotation théorique et la situation effective de dotation de certaines régions permettait de doter inégalement pour progresser vers l'équité interrégionale des ressources. La procédure fournissait ainsi une règle de correction de la dotation historique spontanée qui, comme en France, favorisait les régions plus riches (économiquement et sanitaire) au détriment des autres.

²⁴ Meyer C. de Pouvoirville G. La répartition régionale des dépenses dans les systèmes de soins. Procédures et fonctionnement. Rapport pour la Mire, avril 1996. Le rapport est résumé dans une note de synthèse publiée dans Mire Info n° 36. novembre 1996 : 62-65.

Le champ couvert

La formule RAWP ne concerne à l'origine que 75 % environ du montant total du budget sanitaire, représentant approximativement la part des dépenses hospitalières. Les dépenses afférentes aux médecins généralistes, opticiens, dentistes et pharmacies sont donc exclues de la procédure (les budgets sont alloués directement par le DHSS aux Family Practitioners Committees).

La part financée par le RAWP est décomposée en 7 services pour lesquels les besoins sont évalués séparément : hospitalisation non psy (y compris moyen et long séjour) ; consultations externes hospitalières (sauf psy) ; hospitalisation psychiatrique ; hospitalisation pour les handicapés mentaux ; services de santé communautaires (dispensaires) ; transports sanitaires ; administration.

À l'origine, il n'existe pas de règles de répartition infra-régionale et chaque région reste libre de répartir à son gré les fonds entre les collectivités, les établissements et entre les catégories de services.

Les enveloppes respectives des régions sont calculées en valeurs relatives du budget national total à répartir. Chaque région se voit en fait attribuer deux enveloppes différentes, l'une pour les dépenses de fonctionnement et l'autre pour les dépenses d'investissement.

Les critères de répartition

Les calculs de différences des besoins entre régions sont fondés sur la taille de la population, sa structure par âge et par sexe, un facteur de morbidité :

- la taille de la population : le paramètre de base est la population régionale (connue avec précision au moment du recensement) ;
- la structure âge x sexe : elle est prise en compte en appliquant à la population régionale (découpée par tranches d'âge) les taux d'hospitalisation de chaque tranche d'âge observés au niveau national. Par taux d'hospitalisation on entend ici le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation observées au niveau national pour une tranche d'âge et l'importance de cette tranche d'âge dans la population nationale ;
- l'indicateur de morbidité : celui qui est retenu dans la procédure RAWP est la mortalité. Plus précisément, le Standardized Mortality Ratio (SMR), qui compare le nombre de décès dans la région à la mortalité attendue si les taux de mortalité nationaux par âge et par sexe étaient ceux de cette région. L'indicateur porte uniquement sur la mortalité avant 75 ans, considérée comme une mortalité « prématurée ». Qu'il s'agisse de mortalité évitable pour raisons sociales, de la fragilité d'une population ou d'autres raisons encore, la mortalité prématurée plus élevée est, dans cette formule, seule retenue pour traduire des situations de santé particulières et des besoins de santé plus importants.

La consommation théorique de la région exprimée en nombre de journées d'hospitalisation est obtenue par une formule reproduite en note²⁵.

Le calcul des montants de dotation

Le budget de fonctionnement (hors formation)

Une fois calculée la consommation théorique en nombre de journées d'hospitalisation pour une région, on la rapporte à la somme des consommations théoriques de l'ensem-

$$^{25} \text{ Nombre de journées} = \text{SMR} \times \sum_i \sum_j \frac{\text{PR}_{ij}}{\text{PN}_{ij}} \times \text{NJ}_{ij}$$

où : i = sexe, j = âge, PR_{ij} = population de la région dans la tranche d'âge ij, PN_{ij} = population nationale dans la tranche d'âge ij, NJ_{ij} = nombre de journées d'hospitalisation observées au niveau national pour la tranche d'âge ij.

ble des régions pour obtenir le pourcentage du nombre de journées théoriques de la région considérée. Le pourcentage théorique des dépenses est estimé identique à celui des journées, ce qui signifie que les coûts relatifs des services ne sont pas pris en compte.

L'application de la formule est différente en fonction des 7 types de services cités plus haut. Dans certains cas, un facteur correctif des flux des patients interrégionaux est appliqué (pour que la formule prenne en compte la population réellement desservie).

Des corrections à la hausse sont effectuées dans certaines régions où le coût du travail est jugé plus élevé (le coût du travail est le seul indicateur de coût relatif des services) ; de même si la demande de soins plus coûteux y est élevée. Ces régions bénéficient alors d'un taux supérieur à celui résultant des calculs initiaux.

Le budget d'investissement

Le calcul de l'enveloppe théorique par région s'effectue dans le cadre de la procédure RAWP selon les mêmes modalités que le budget de fonctionnement à quelques nuances près : des projections démographiques sur 5 ans sont utilisées pour définir la population de référence ; les flux interrégionaux ne sont pas pris en compte.

Pour confronter la répartition théorique obtenue à la répartition actuelle, il a fallu valoriser le capital actuel des régions en partant du coût standard du lit (valeur 1961) auquel on a ajouté les investissements effectués depuis 1962, le tout corrigé d'un taux d'actualisation de 2,4 % par an (approximativement).

Essai de jugement

Les critiques émises à l'égard de l'expérience britannique portent sur les éléments suivants :

- le nombre de journées d'hospitalisation utilisé comme indicateur de consommation de ressources, ce qui revient à assimiler, d'une part, la consommation au besoin, d'autre part, la journée d'hospitalisation à la consommation (ce qui risque de perpétuer les inégalités d'offre entre régions) ;
- le calcul du nombre attendu de journées sur base de la consommation nationale moyenne, ce qui érige celle-ci en norme ;
- la valorisation monétaire des besoins exprimés en journée, toutes les journées ayant le même poids économique ;
- l'approche de la morbidité par la mortalité (ce qui conduit à sous-estimer le poids de maladies lourdes mais non létales, telles les atteintes psychiatriques) ;
- la non prise en compte des facteurs socio-économiques ;
- le maintien de financements sectoriels, ce qui limite la portée redistributive de l'expérience.

La procédure RAWP, utilisée dans des périodes de croissance des ressources, a permis une certaine redistribution entre les régions, en faisant croître inégalement les dotations régionales. Mais, lorsque le pouvoir redistributif de la formule est devenu supérieur à la variation du budget annuel au point d'entraîner pour certains une diminution de ressources d'une année sur l'autre, le refus de la procédure s'est amplifié au point de la mettre en cause.

La réforme actuelle du financement du NHS aboutit à dissocier le mécanisme global de financement des modes d'allocation des ressources. Hors du Royaume-Uni, il est frappant de constater que la procédure RAWP a modelé les procédures d'allocation régionale des ressources aux systèmes de santé. Adoptée aux particularités nationales, elle inspire tous les systèmes. Tous ont critiqué les indicateurs utilisés et l'esprit du RAWP, tous font aujourd'hui du RAWP plus ou moins amélioré, dès lors que l'on quitte la simple capitation. Les plus récents travaux québécois eux-mêmes restent fondés sur cette

démarche : l'ajustement des ressources à des besoins exprimés sur la base de l'importance de la population, pondérée par des données d'âge, sexe et de mortalité.

2.4.1.2. Autres expériences en Europe

En Italie : le financement du Service national de santé dans un processus de décentralisation administrative

Initialement, les crédits étaient répartis sur la base d'une combinaison linéaire de l'effectif de la population pondérée par des indices de morbidité (70 à 85 % de la dotation) et par le chiffre actualisé des dépenses antérieures (30 à 15 % de la dotation).

Après diverses modifications, les ressources sont aujourd'hui allouées en tenant compte de la structure par âge ajustée de facteurs d'offre et de demande. Le système prévoit que les régions doivent financer tout dépassement de dépenses dans les unités locales de soins.

En Europe du Nord : les systèmes de financement croisés des pays d'administration décentralisée

Dans les pays d'Europe du Nord, la décentralisation importante des services publics aboutit à des systèmes de financement qui oscillent entre la dotation globale de fonctionnement et des dotations sectorielles. Le critère démographique reste la base de fixation du montant des dotations.

En Finlande

En 1993, le système de subventions publiques des services sanitaires et sociaux est réaménagé dans le cadre d'une réforme de l'ensemble des subventions de l'État. Les subventions sont définies sur la base de critères essentiellement démographiques : structure de la population par âge, morbidité, densité de population, délimitation géographique. La richesse relative de la municipalité est prise en compte mais, les subventions une fois versées, les municipalités ont toute latitude pour fixer les prix et organiser les prestations de services.

En Norvège

Jusqu'en 1994, des dotations sont versées pour les différentes activités du secteur public (santé, éducation, culture...). Les critères utilisés pour la santé sont le nombre d'habitants, la structure par âge et le taux de mortalité. Depuis 1994, la dotation est globale et indifférenciée.

En Suède

La réforme de l'assurance maladie, dite « réforme Dagmar », au cours des années quatre-vingts et un réaménagement intervenu à la fin des années quatre-vingts, visent à réformer les financements alloués aux comtés et, désormais, à allouer les ressources aux districts de santé en fonction des besoins de la population, c'est-à-dire sur la base du nombre de personnes à desservir. Mais le financement des services de santé, notamment hospitaliers, est ajusté à l'activité.

Alors que, dans la procédure RAWP, les ressources des services de santé qui seront réparties entre les hôpitaux sont définies sur la base de critères populationnels, le cheminement du système suédois introduit progressivement l'idée que, si les ressources de la collectivité dépendent de la population (besoins), les ressources des services dépendent du service effectivement rendu ; par des incitations concurrentielles et des transactions d'achat/vente entre districts et hôpitaux, il n'y a pas nécessairement adéquation entre les ressources dont dispose la population et les recettes des structures.

2.4.1.3. La réforme québécoise (en cours)

La réforme entreprise au Québec en 1994 modifie profondément les procédures de gestion et de financement du système de santé puisqu'elle transfère aux Provinces une part importante des financements et des décisions. On décide d'allouer équitablement les ressources entre Provinces en fonction des **besoins, ceux-ci étant définis comme « des écarts de santé ou de bien-être entre les populations régionales et l'ensemble québécois, susceptibles d'être réduits grâce à l'intervention du réseau des services sociaux et de santé »**. On expose ci-après l'état des réflexions dans la mise en œuvre de la répartition interrégionale.

La répartition des ressources se fait dans le cadre de huit « programmes-clientèles », les services de santé étant financés au titre des différents programmes auxquels il concourent. Ces huit programmes sont les suivants :

- santé physique (48,8 % des ressources) ;
- santé mentale (8,7 %) : programme destiné aux personnes présentant des troubles mentaux ;
- santé publique (1,5 %) : action sur les déterminants ;
- personnes âgées en perte d'autonomie (21,6 %) ;
- personnes présentant une déficience physique (8,6 %) ;
- personnes présentant une déficience intellectuelle (2,3 %) ;
- les jeunes en difficulté et leur famille (7 %) ;
- les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et d'autres toxicomanies (1,5 %).

Pour chacun des programmes, on recherche les indicateurs de besoin pertinents. Ainsi, pour le programme « santé physique », on a retenu : la taille de la population, la structure âge x sexe, les valeurs régionales d'indice comparatif de mortalité pour les 0-74 ans ; pour le programme santé mentale, la taille de la population de plus de 14 ans, la structure âge x sexe, le niveau de morbidité mesuré par le taux d'hospitalisation pondéré par l'âge, le sexe, l'état matrimonial et un indice synthétique de santé mentale ; pour le programme santé publique : la taille de la population, le taux régional d'années potentielles de vie perdues.

On obtient ainsi, pour chaque région et pour chaque programme, un indice des besoins.

Une procédure d'allocation interrégionale des ressources est en cours d'élaboration, prenant en compte les indices de besoins relatifs, les coûts relatifs des services et le degré de dépendance de chaque région.

2.4.2. Premières applications au cas de la France

Avant de présenter les règles de répartition régionale mises en œuvre pour l'année 1997, on exposera les résultats d'une simulation tendant à mesurer l'inégalité de la répartition actuelle au regard de la distribution des besoins de santé. Le caractère inévitablement technique de ce chapitre peut conduire le lecteur à n'en prendre connaissance que dans un second temps.

2.4.2.1. Une tentative de mesure de la dotation régionale théorique des prestations d'assurance maladie

Dans le rapport Santé 2010, une tentative avait été faite par l'atelier sur les inégalités sociales de santé pour mesurer les inégalités dans les niveaux de prestations d'assurance maladie consommées par chaque région²⁶. Cet essai consistait à comparer les prestations effectivement versées par les principaux régimes à un montant théorique inspiré de la procédure britannique (exposée plus haut dans le point 2.4.1.1.) RAWP.

²⁶ Santé 2010. Les inégalités de santé. Rapport d'Atelier in « Équité et efficacité du système de santé » Ed. Commissariat Général du Plan. La Documentation Française, Paris, 1993 : 148-151.

Redisons que le principe d'équité retenu est de fournir à chaque région les mêmes services à besoins supposés identiques, ce qui revient à fournir à chaque région le montant de prestations des régimes obligatoires correspondant à ses besoins, ceux-ci étant définis en fonction de la structure d'âge et de l'état de santé mesuré par l'indice comparatif de mortalité²⁷ (ICM).

Méthode de calcul

Les étapes du mode de calcul de la dotation théorique d'une région et de l'écart de cette dotation par rapport à la dotation réelle sont les suivantes :

- on partage la population du pays et de chaque région en classes d'âge ;
- pour chaque classe d'âge (x), on relève la valeur moyenne des prestations versées aux assurés sociaux au niveau national (D_x) : données fournies par le panel de la Cnamts ;
- pour chaque région (i) et pour chaque classe d'âge (x), on multiplie le montant moyen constaté au niveau national par l'effectif (P_x) de cette classe (P_x) ;
- la somme de ces montants pour toutes les classes d'âge dans la région est multiplié par la racine carrée de l'indice comparatif de la région (ICM) ;
- on obtient ainsi, pour chaque région, la dotation théorique de prestation (O) ;
- la dotation réelle (C) est rapportée à cette dotation théorique (O), ce qui permet de calculer un indice de sur-dotation (> 100) ou de sous-dotation (< 100).

La formule permettant de calculer O est la suivante : $O_i = \sum_x (D_x \cdot P_{xi}) \cdot \sqrt{ICM_i}$

Une première estimation avait été effectuée pour l'année 1990. Elle portait sur les prestations versées par 4 régimes (Cnamts, CANAM, MSA, régime minier) aux résidents d'une région au titre des dépenses de médecine de ville, d'hospitalisation privée et d'hospitalisation publique. A. Jourdain a reproduit les calculs pour les années quatre-vingt-dix à 1994. Les résultats de ces deux simulations sont consignés dans le tableau 4, qui classe les régions au regard du critère de sur ou sous-dotation.

La lecture de ce tableau appelle les commentaires suivants :

- Quatre régions apparaissent sur-dotées : Corse, Île-de-France, PACA, Midi-Pyrénées. Ces quatre régions sont également celles où la rémunération unitaire de l'activité des centres hospitaliers, qui représentent les deux tiers des prestations versées par l'assurance maladie, est la plus élevée (de 2 326 F à 2 588 F par équivalent journée contre 2 174 F en moyenne nationale, selon E. Coca²⁸). Cette dotation élevée peut s'expliquer par une forte densité médicale (Midi-Pyrénées, Île-de-France) et/ou par une offre importante de lits par habitants (Corse, PACA, Île-de-France).
- 8 régions se situent entre l'indice 103 (Languedoc-Roussillon) et 97 (Rhône-Alpes).
- 9 régions sont sous l'indice 96, dont une particulièrement défavorisée : le Nord-Pas-de-Calais (83). Dans ces régions, le faible niveau d'équipement s'accompagne d'une forte surmortalité.
- Entre 1990 et 1994, le classement des régions s'est un peu modifié, mais le degré d'inégalité ne s'est pas réduit (le rapport plus dotée/moins dotée, qui était de 144,6 % en 1990 est passé à 148,8 % en 1994). Cette dernière observation est à rapprocher de celle concernant l'expérience britannique après la mise en œuvre de la procédure d'affectation des ressources selon la procédure RAWP pour les seules dépenses d'hospitalisation ; l'écart entre les régions sous-dotées et les régions sur-dotées, qui variait de 88 à

²⁷ Rappel : L'indice comparatif de mortalité est un indice de mortalité corrigé des effets de structures d'âge et de sexe.

²⁸ E. Coca. Les inégalités entre hôpitaux. Berger Levrault, 1995.

Tableau 4 Estimation de l'écart entre dotation théorique et dotation effective des prestations d'assurance maladie dans les régions françaises en 1990 et 1994

Régions	Rang (1)	1990 Indice d'écart de dotation (2)	Rang (1)	1994 Indice d'écart de dotation (2)
Corse	1	120	1	122
Île-de-France	2	116	3	115
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	3	115	2	118
Midi-Pyrénées	4	112	4	110
Limousin	5	103	5	104
Languedoc-Roussillon	6	100	6	103
Alsace	7	100	8	98
Picardie	8	100	10	96
Basse-Normandie	9	99	9	97
Franche-Comté	10	98	11	96
Aquitaine	11	97	7	99
Rhône-Alpes	12	97	12	96
Auvergne	13	96	13	95
Centre	14	94	14	94
Champagne-Ardenne	15	94	16	94
Poitou-Charentes	16	93	17	92
Pays de la Loire	17	92	15	94
Haute-Normandie	18	91	19	91
Bourgogne	19	91	21	90
Bretagne	20	90	20	90
Lorraine	21	85	18	91
Nord-Pas-de-Calais	22	83	22	82

(1) Les régions sont rangées par ordre décroissant de sur-dotation en 1990.

(2) L'indice 100 signifie un écart nul

indice > 100 : sur-dotation ; indice < 100 : sous-dotation

Calculs : A. Jourdain

113 en 1979, ne s'étendait plus que de 95 à 107 en 1989, traduisant ainsi une forte réduction des inégalités de dotation (le rapport plus dotée/moins dotée est passé de 128,4 % à 112,6 %).

Les résultats auxquels cet essai aboutit doivent être accueillis avec toute la prudence méthodologique qui s'impose : il ne s'agit pas d'une formule opérationnelle permettant de calculer des enveloppes régionales, mais d'une tentative de mesure des inégalités régionales ; les versements étudiés s'adressent non à des structures régionales, mais à des résidents d'une région ; on ne tient pas compte des taux d'urbanisation ; les calculs effectués reposent en partie sur des conventions ; les prix ne sont pas standardisés, les montants portent sur les prestations d'assurance maladie publiques et ne comprennent pas les dépenses payées par les usagers eux-mêmes, les mutuelles ou les assurances privées.

Néanmoins, cet exercice a le mérite de mettre en lumière les écarts de dotations entre régions, écarts qui rejoignent les ordres de grandeur d'autres indicateurs (par exemple, dépense par personne protégée, valeur des points ISA). De plus, à partir d'une méthodologie de calcul identique adoptée entre 1990 et 1994, il souligne le maintien de l'ampleur des inégalités au cours du début de cette décennie 1990.

2.4.2.2. Les critères de répartition utilisés en 1997 pour l'établissement des dotations régionales

Nous examinerons successivement les modalités de répartition utilisées pour les dotations régionales du secteur hospitalier public et celles des dépenses ambulatoires des généralistes et des spécialistes.

Les dotations régionales 1997 pour le secteur hospitalier public

À partir de 1991, une modulation de la marge de manœuvre régionale avait été effectuée en vue de réduire les inégalités régionales. Entre 1991 et 1996, ceci avait permis de redéployer environ 850 millions de francs des régions les mieux dotées vers les régions les moins bien dotées. Le critère utilisé était alors le ratio « francs par habitant hospitalisable dans le secteur public » (voir plus bas).

Suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurant l'opposabilité des dotations nationale et régionales, ainsi que le fondement légal des comparaisons inter-établissements, de nouvelles méthodes de calcul ont été utilisées pour établir le montant des dotations régionales de chaque région pour 1997 dans le secteur hospitalier public. À partir de la mise en œuvre d'indicateurs de mesure des inégalités des dotations actuelles, on a calculé des dotations régionales-cibles à atteindre à moyen terme et on s'est donné en 1997 une première étape de rapprochement de la cible.

Les indicateurs de mesure des inégalités

Deux indicateurs permettent de mesurer ces inégalités : un indicateur de besoin (population hospitalisable dans le secteur public (PHSP)) et un indicateur de productivité, tiré du PMSI.

L'indicateur de besoins « population hospitalisable dans le secteur public » rapporte les dépenses hospitalière (toutes disciplines y compris long séjour) de la région considérée à sa population hospitalisable dans le secteur public. Cet indicateur est calculé à partir des taux nationaux de fréquentation des disciplines de court séjour par tranche d'âge (source Sesi : enquête de morbidité hospitalière 1985-1987) et de la structure de la population régionale par tranche d'âge (recensement de 1990). Le résultat obtenu en termes de population hospitalisable est ensuite pondéré par la part de l'activité du secteur public dans la région pour calculer la population hospitalisable dans le secteur public.

L'indicateur de productivité (PMSI) rapporte la somme des budgets 1995 des disciplines de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) des établissements de plus de 100 lits MCO de la région considérée à sa production sanitaire MCO mesurée en nombre de points ISA (Indice Synthétique d'Activité).

L'écart observé par rapport à la moyenne nationale des indicateurs PHSP et PMSI permet de positionner chaque région et de décrire sa situation en termes de « sur » ou « sous-dotation » relative. Les résultats sont représentés au graphique 1 pour chacun des deux indicateurs.

Ainsi, par exemple, la région Languedoc-Roussillon est légèrement sous-dotée du point de vue de sa productivité de santé (indicateur PMSI égal à 92 % de la valeur nationale du point ISA), mais sur-dotée du point de vue de ses besoins (indicateur PHSP égal à 115 % de sa valeur nationale).

La détermination des dotations régionales cibles

Le calcul des dotations régionales cibles utilise différemment, selon les activités²⁹ à

²⁹ On distingue ainsi les activités M.C.O. et les activités hors M.C.O. Variable selon les régions, la part des

financer, les indicateurs PHSP et PMSI qui, rappelons-le, constituent respectivement un indicateur de besoins et de productivité.

- Pour les activités MCO, la dotation régionale cible est estimée sur la base d'un panachage des deux critères de réduction des inégalités. L'utilisation combinée de ces deux indicateurs permet en effet de pondérer le jugement sur une éventuelle insuffisance des moyens au regard de la population hospitalisable (c'est-à-dire, de son activité attendue) par la prise en compte de la productivité de ces mêmes moyens³⁰ :
 - la moitié de la dotation régionale MCO cible est estimée en utilisant le critère PHSP : elle correspond au chiffre de la population hospitalisable de la région multiplié par le rapport entre 50 % de l'enveloppe nationale MCO et la population hospitalisable nationale ;
 - l'autre moitié de la dotation régionale cible MCO est estimée en utilisant le critère PMSI, de la façon suivante : elle correspond au total des points ISA de la région valorisés par le rapport entre 50 % de l'enveloppe nationale MCO et le total national des points ISA ;
- Pour les activités non MCO, seul le critère PHSP intervient dans l'estimation de la dotation régionale cible hors MCO, en l'absence d'indicateur issu du PMSI pour ces activités. La dotation régionale cible pour la partie hors MCO d'une région correspond au chiffre de la population hospitalisable de la région multiplié par le rapport entre l'enveloppe nationale hors MCO et la population hospitalisable nationale.

La détermination de l'effort de péréquation

Une fois déterminées les dotations régionales cibles, il convient de fixer le nombre d'années sur lequel doit s'effectuer la correction des inégalités. Cette durée permet de calculer le pourcentage annuel d'évolution des dotations de chaque région nécessaire pour atteindre la dotation cible.

L'application de ces taux aux bases sanitaires 1997 (c'est-à-dire au montant des dépenses hospitalières finales de 1996) des différentes régions permet de fixer les montants des dotations régionales 1997 après péréquation et avant application d'éventuelles majorations au titre des mesures spécifiques ou générales.

Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales par région

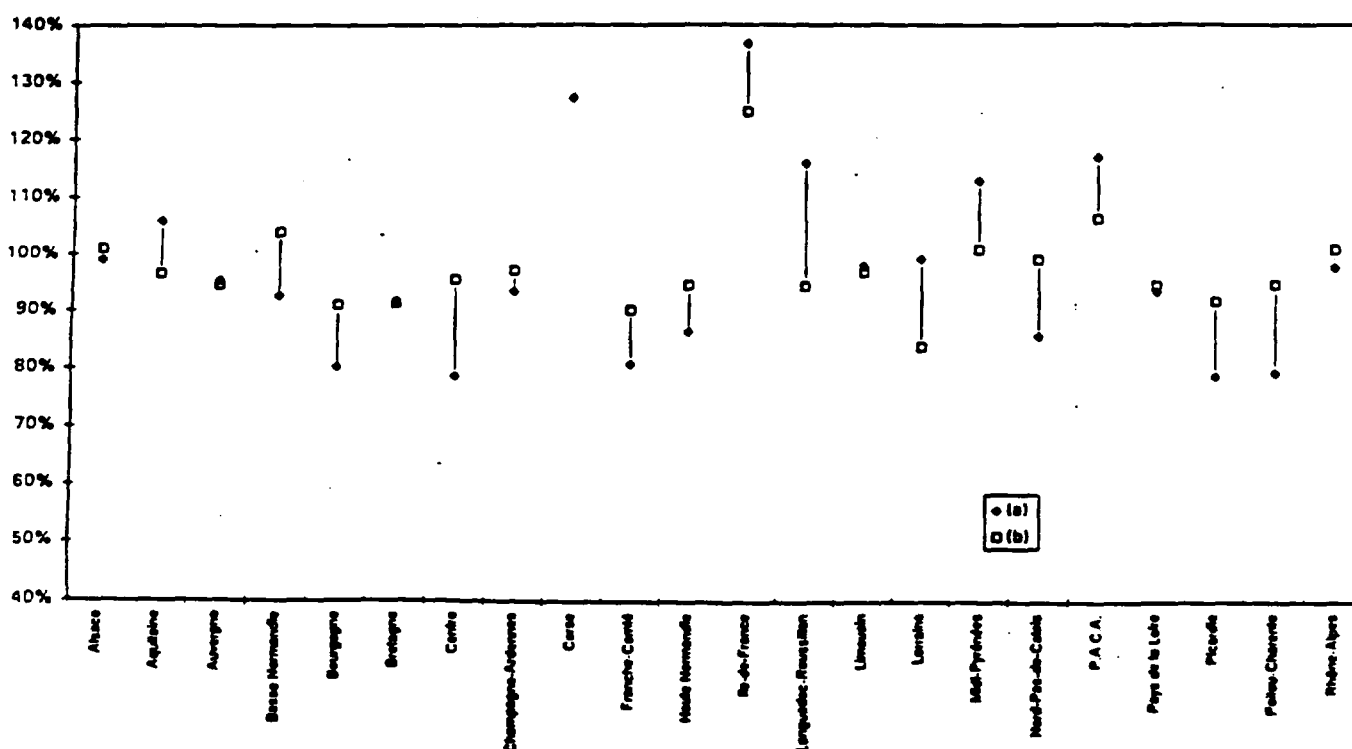
Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales, concernant, d'une part, les médecins généralistes et, d'autre part, les médecins spécialistes, sont fixés pour l'année N au plan national, conformément aux dispositions de l'article L 162-5-2 du code de la sécurité sociale, par annexe aux conventions médicales. (Ces objectifs sont fixés en montants, et les montants pour 1997 correspondent à des taux d'évolution prévisionnels de + 1,5 % pour les généralistes et + 1,1 % pour les spécialistes).

Il est en outre indiqué que l'annexe conventionnelle peut prévoir l'adaptation, par spécialités médicales ou zones géographiques, des éléments qu'elle détermine. C'est dans ce cadre que les partenaires conventionnels ont retenu, le 12 mars 1997, les principes d'une déclinaison régionale de l'objectif sur la base d'une méthode élaborée par les services de la Cnamts. Le principe de la méthode est d'arriver progressivement à une réduction des écarts interrégionaux des consommations moyennes par individu, en tenant compte des caractéristiques de la demande de soins tels que l'âge, ainsi que des critères d'offre de soins tels que le taux de recours à l'hôpital en consultation externe.

dépenses nationales rattachables aux activités M.C.O. représente 59 % de la base sanitaire nationale 1997.

³⁰ Une faible productivité, c'est-à-dire une valeur forte du point ISA suggère qu'un volume de service plus grand pourrait être rendu à la population, sans injection de ressources supplémentaires.

Graphique 1 Écarts entre les Indicateurs de mesure des inégalités interrégionales (secteur hospitalier public)
 (a) Activité attendue (Francs/habitant hospitalisable) (indicateur PHSP de besoins) en référence à la valeur moyenne nationale
 (b) Activité constatée (Francs/point d'activité ISA) (indicateur PMSI de productivité) en référence à la valeur nationale du point ISA



Pour l'un ou l'autre des indicateurs,
 Les régions sur-dotées sont situées au dessus de la barre des 100 %
 Les régions sous-dotées sont situées au dessous de la barre des 100 %
 Données de référence : (a) année 1994, b (2e trimestre 1994 et 1er trimestre 1995)

Le champ ainsi soumis à la détermination régionale des objectifs est le suivant : dépenses remboursables des risques maladie, maternité et AT (à l'exclusion des rentes AT et des IJ maternité), pour l'ensemble des honoraires et des prescriptions de chacune des catégories de médecins concernées : omnipraticiens et spécialistes, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Afin de fixer ces objectifs prévisionnels de l'année N au niveau régional et pour chacune des catégories de médecins (généralistes, spécialistes), on procède de la manière suivante : pour chaque région, on calcule la population potentiellement consommatrice de soins ambulatoires et le montant unitaire de consommation, ce qui laisse apparaître des écarts de montant unitaire entre régions ; le calcul des objectifs prévisionnels est alors effectué de telle sorte qu'il y ait réduction de cet écart d'un certain pourcentage.

Évaluation de la population potentiellement consommatrice de l'année N

Pour obtenir ce nombre :

- au dénombrement de la population résidente de chaque région en l'année N-1 (colonne 1 du tableau 5),
- on applique un poids relatif en fonction de l'appartenance de cette population à trois classes d'âge ; ce poids relatif (établi en fonction de la demande de soins ambulatoires

Haut Comité de la Santé Publique

Tableau 5 Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales
Résultats de la déclinaison régionale 1997

Régions	GENERALISTES											SPECIALISTES			
	Population INSEE (dernière estimation) en milliers	Coefficient pondération Age	Taux de recours au secteur libéral	Demande de soins 1996 en population corrigée	Evolution de la demande de soins en %	Demande de soins 1997 en population corrigée	Dépenses / pers en F.		Objectifs prévisionnels en MF	Taux d'évolution 97/96 en %	Nouvelles dépenses /pers en F.	Objectifs prévisionnels en MF	Taux d'évolution 97/96 en %		
							après réduction des écarts	7							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1 Alsace	1 690	0,96	0,93	1 535	0,78	1 547	3 093	4 766	1 447	2 232	1,25				
2 Aquitaine	2 867	1,05	0,96	2 807	0,42	2 899	3 493	10 142	1 457	4 219	1,04				
3 Auvergne	1 315	1,06	0,94	1 315	0,06	1 316	3 302	4 355	1 210	1 588	1,43				
4 Basse-Normandie	1 412	1,01	0,94	1 329	0,03	1 338	3 067	4 090	1 044	1 463	1,96				
5 Bourgogne	1 823	1,04	0,94	1 592	0,26	1 596	3 063	4 882	1 368	2 182	1,22				
6 Bretagne	2 846	1,03	0,94	2 757	0,05	2 775	3 359	9 318	1 339	3 703	1,44				
7 Centre	2 433	1,02	0,95	2 354	0,50	2 367	3 231	7 639	1 369	3 234	1,32				
8 Champagne-Ardennes	1 352	0,99	0,94	1 254	0,31	1 250	3 267	4 109	1 354	1 700	1,23				
9 Corse	260	1,05	0,95	259	0,82	261	3 736	977	2 201	578	0,58				
10 Franche-Comté	1 113	0,99	0,93	1 031	0,82	1 037	2 999	3 097	1 242	1 282	1,63				
11 Haute-Normandie	1 777	0,97	0,94	1 807	0,54	1 816	3 335	5 387	1 324	2 133	1,39				
12 Ile de France	10 982	0,95	0,87	9 089	0,3	9 116	2 937	26 704	1 806	18 559	0,59				
13 Languedoc-Roussillon	2 221	1,08	0,96	2 255	0,83	2 273	3 653	8 311	1 684	3 832	0,99				
14 Limousin	719	1,12	0,95	783	-0,08	762	3 705	2 841	1 152	875	1,52				
15 Lorraine	2 311	0,99	0,93	2 125	0,31	2 132	3 481	7 391	1 389	2 937	1,12				
16 Midi-Pyrénées	2 494	1,06	0,95	2 519	0,25	2 525	3 647	9 243	1 584	4 008	0,79				
17 Nord-Pas de Calais	3 994	0,95	0,95	3 636	0,3	3 647	4 028	14 770	1 173	4 249	1,51				
18 Pays de Loire	3 139	1,00	0,95	2 974	0,91	3 001	3 179	9 507	1 204	3 583	1,81				
19 Picardie	1 855	0,96	0,94	1 872	0,49	1 880	3 674	6 187	1 192	1 988	1,61				
20 Poitou-Charentes	1 618	1,06	0,95	1 638	0,59	1 648	3 470	5 722	1 170	1 913	1,73				
21 Provence-Côte d'Azur	4 428	1,04	0,95	4 377	0,58	4 401	3 778	16 678	2 082	9 228	0,49				
22 Rhône-Alpes	5 572	0,98	0,93	5 109	0,68	5 144	2 845	14 537	1 455	7 481	1,27				
National	58 020			54 076		54 339	3 347	180 673		80 985	1,1				
médiane									1 361						

observée dans un échantillon national d'une population rattachée au régime général) est le suivant : 0,4 pour la classe 0-19 ans ; 0,9 pour la classe 20-59 ans ; 2 pour les plus de 59 ans ; on obtient ainsi un coefficient de pondération par région (colonne 2) ;

- on détermine, par région, un taux de recours aux médecins libéraux (colonne 3), obtenu en divisant l'activité des médecins libéraux (mesurée par C, CS, CPSY + actes techniques...) par l'activité ambulatoire totale (y compris l'activité ambulatoire du secteur hospitalier) ;

- la multiplication de ces trois premiers éléments (colonne 1 x colonne 2 x colonne 3) permet d'obtenir (colonne 4) la population potentiellement consommatrice corrigée du secteur libéral pour l'année N-1 ;

- la population potentiellement consommatrice du secteur libéral pour l'année N (colonne 6) est obtenue en appliquant aux chiffres de la colonne 4 un pourcentage d'évolution de la population entre N-1 et N (colonne 5), évaluation fournie par l'Insee.

Évaluation de la consommation unitaire de l'année N

- pour les généralistes et pour les spécialistes, on divise le montant des dépenses de chaque région par la population potentiellement consommatrice obtenue en colonne 6 : on obtient la consommation unitaire de l'année N-1 ;

- en rapportant cette consommation unitaire de chaque région à celle de la médiane, on mesure les écarts interrégionaux ;

- pour obtenir le niveau de consommation unitaire moyenne de chaque région pour l'année N, on fait en sorte que l'écart par rapport à la médiane soit réduit d'un taux « r % ». Pour 1997, ce taux a été fixé à 5 %. Ces niveaux sont reproduits dans les colonnes 7 et 10.

Calcul des objectifs prévisionnels régionaux pour l'année N

Dans chaque champ conventionnel, ces objectifs sont obtenus en multipliant, pour chaque région, la population potentiellement consommatrice par la consommation unitaire de l'année N. La somme des objectifs prévisionnels par région est égal à l'objectif prévisionnel national des dépenses.

On obtient donc, pour chaque région, un taux d'évolution des dépenses de l'année N par rapport à l'année N-1. Cependant, afin de ne pas avoir une trop grande dispersion des taux ainsi obtenus autour du taux national, on a décidé, en 1997, de réduire de moitié cette dispersion.

Au total, les objectifs régionaux ainsi obtenus sont reproduits en montant et en taux d'évolution : dans les colonnes 8 et 9 pour les généralistes, dans les colonnes 11 et 12 pour les spécialistes.

Les résultats de la fixation de ces objectifs

Les taux d'évolution chez les généralistes oscillent entre + 0,94 % (Nord-Pas-de-Calais) et 2,11 % (Rhône-Alpes). Néanmoins après réduction des écarts, les montants moyens de consommation unitaire varient encore entre ces deux régions de 4 028 F à 2 845 F (médiane à 3 347 F).

Chez les spécialistes, les taux d'évolution oscillent entre + 0,49 % (région PACA) et + 1,96 % (Basse-Normandie), les montants moyens variant, entre ces deux régions, de 1 044 F à 2 082 F (médiane à 1 361 F) après application de la méthode de réduction des écarts.

♦ ♦ ♦

Dans ce deuxième point, nous avons passé en revue l'essentiel des problèmes que pose la mise en place d'une allocation régionale optimale des ressources. À la lumière de la problématique posée initialement et des éléments rassemblés, il convient de tirer les premières conclusions d'étape que nous inspirent les réflexions menées jusqu'à présent.

3. Premières conclusions et préconisations

Il convient de redire que les lignes qui suivent ne constituent pas le rapport final du groupe de travail, mais se veulent seulement un relevé de réflexions d'étape et la proposition de premières préconisations.

3.1. Une allocation régionale des ressources pour une gestion régionale du système de santé

La question de la répartition des ressources entre régions, sur laquelle ce groupe s'est penché, s'inscrit dans un processus plus large, celui de la **régionalisation progressive de la gestion du système de santé**. C'est par rapport à cette dynamique, aujourd'hui clairement dessinée, qu'elle prend tout son sens.

La réforme de 1995 consacre en effet un mouvement qui était à l'œuvre depuis quelques années (avec le renforcement du rôle régional en matière d'élaboration de schémas régionaux, d'allocation de ressources aux établissements) et lui donne une ampleur nouvelle. La création des agences régionales de l'hospitalisation, des unions régionales de caisses d'assurance maladie, des conférences régionales de santé, dessinent une architecture régionale des responsabilités, incluant la définition d'une politique de santé et, à des degrés variables selon les secteurs, la gestion des ressources.

L'enjeu de cette régionalisation est majeur : on peut espérer en effet que les gestionnaires locaux, plus proches du terrain, seront mieux à même que le niveau national de répartir les ressources pour améliorer à la fois l'efficacité du système et la réponse aux besoins de la population, dans un contexte de contrainte financière durable. D'autre part, l'explicitation d'enveloppes régionales oblige à un débat positif sur la distribution géographique des ressources. Enfin on peut penser que progressivement, le dialogue entre le niveau national et le niveau régional s'enrichira d'une information qui, mobilisée et utilisée par les acteurs locaux, ira en s'améliorant : le processus interactif qui en résultera sera certainement de nature à améliorer les solutions proposées par ce groupe, et qui s'appuient sur une information lacunaire, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises au cours du rapport.

Ce processus est donc **porteur d'une dynamique positive**. Cependant, tel qu'ils sont aujourd'hui conçus, les dispositifs régionaux suscitent également des craintes :

- le **cloisonnement entre les secteurs** (médecine de ville, hospitalisation, médico-social) est renforcé en contrepartie de la nécessaire clarification des rôles ;
- la logique des enveloppes sectorielles de dépenses risque de **rigidifier l'offre et de freiner les redéploiements qui sont souhaitables** tant pour des raisons d'efficacité que de réponse aux besoins de la population ; elle rend d'ailleurs périlleux l'exercice auquel s'est livré ce groupe de travail, c'est-à-dire la recherche d'une méthode d'allocation des ressources aux régions : car ce ne sont pas 22 enveloppes régionales qu'il faut calibrer, mais bien 110, si l'on doit distinguer, - ce qui est le schéma actuel, - l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée, la médecine de ville généraliste, la médecine de ville spécialisée et les institutions médico-sociales ;
- en l'absence d'une coordination organisée entre les conférences régionales de santé, qui définissent les priorités devant guider l'allocation des ressources, et les gestionnaires d'enveloppes de dépenses, on peut s'interroger sur la **traduction concrète de ces priorités**, et sur la possibilité, pour les conférences régionales, de peser réellement sur l'organisation des soins.

Il faut éviter que l'architecture actuelle des responsabilités et le fractionnement des enveloppes financières ne conduisent à des gestions cloisonnées, sans cohérence globale, sans vision régionale d'ensemble, ce qui ôterait de l'efficacité au processus engagé de déconcentration des responsabilités.

C'est pourquoi il est important de souligner qu'un **pilotage régional coordonné, voire, à terme, unifié** (sans méconnaître la difficulté d'une telle évolution dans le contexte institutionnel français), sera nécessaire pour donner à la gestion régionale du système de soins, mais aussi, plus largement, du système de santé, tout son sens et toutes ses potentialités.

C'est dans cette perspective que le groupe s'est situé, et le souci de privilégier la **cohérence d'ensemble** et le **décloisonnement entre secteurs** l'a guidé dans plusieurs de ses propositions, exposées ci-dessous, en matière d'allocation régionale de ressources.

3.2. Premières conclusions resumées en matière d'allocation régionale de ressources

Elles peuvent être rassemblées en trois idées-force :

1. L'honnêteté oblige à dire que l'on ne sait pas définir une allocation optimale des ressources entre zones géographiques. Ceci supposerait une modélisation complète des interactions entre état de santé, offre et consommation de soins, exercice impossible, et qui le restera sans doute, même si on peut avancer la réflexion et la connaissance sur différents points. La formule indiscutable, dont la légitimité ne fait aucun doute, n'existe pas. Les nombreux débats au sein du groupe de travail, et même les doutes exprimés par certains, face à cet ensemble d'incertitudes, sur l'intérêt et l'utilité d'une redistribution financière globale pour atteindre l'objectif recherché (diminuer les inégalités de santé), témoignent de cette complexité. Ces débats ont eu au moins le mérite d'explicitier l'ensemble des questions posées par les questions de disparités / inégalités géographiques.

2. Cette difficulté ne doit pas pour autant conduire à préconiser l'immobilisme. Car quelles que soient les incertitudes sur les moyens de les résorber, il n'en reste pas moins que des inégalités criantes existent, et que la tendance à la régionalisation ne peut que s'accompagner d'une pression croissante au rééquilibrage. Du reste, le mouvement de redistribution est déjà enclenché dans certains secteurs (hôpital public, médecine de ville).

3. Les préconisations du groupe, à ce stade de sa réflexion, obéissent donc à une logique très pragmatique, tout en étant guidées par le souci, évoqué plus haut, de privilégier une approche transversale et globale du système de soins ; elles distinguent :

- **l'esquisse d'un « système cible »,** dans lequel les enveloppes sectorielles seraient progressivement globalisées, pour former une enveloppe régionale unique. Concernant la répartition jugée optimale à long terme, le groupe de travail ne formule pas de recommandation définitive, mais dessine quelques options, qu'il pourra affiner et préciser lors de ses travaux ultérieurs ;
- **des mesures de court terme, qui prennent acte de la répartition sectorielle actuelle,** mais ménagent une transition possible vers le décloisonnement ; elles concernent :
 - l'ampleur des rééquilibrages à opérer compte tenu de la précision des outils disponibles et de l'incertitude de la cible finale,
 - les améliorations à apporter aux dispositifs de modulations régionales des objectifs de dépenses qui existent déjà, et des préconisations sur ceux qui restent à construire,
 - la possibilité d'expérimenter, dans l'utilisation des moyens redistribués entre régions, des formules innovantes favorisant une approche plus transversale des problèmes de santé d'une région,
 - la nécessité d'une évaluation a posteriori des mesures prises pour corriger les inégalités ;
- **enfin un programme d'études et de recherches à réaliser pour faire avancer la réflexion et l'action dans ce domaine.**

Il convient de développer ces trois idées forces.

3.3. On ne sait pas définir une allocation optimale

Les multiples observations effectuées dans ce rapport préliminaire font état de la complexité du problème, de l'intrication des facteurs, des imperfections du système d'information pour juger de la situation avec précision.

On peut résumer ainsi les constats et les réflexions développés précédemment :

1. À l'évidence, il existe de fortes inégalités interrégionales devant la mort et devant la maladie, inégalités qui sont choquantes. Pour ne prendre que la mortalité, on a, selon l'indicateur retenu, une sur-mortalité de 20 à 30 % dans la région Nord-Pas-de-Calais, et à l'opposé une sous-mortalité dans les régions les plus favorisées de 15 à 20 % (en éliminant l'effet de l'âge). Ces disparités varient selon la pathologie considérée.

2. On peut supposer que les régions qui ont une sur-mortalité ont des besoins de recours aux soins plus importants :

- d'une part pour prendre en charge les conséquences de la morbidité (consultations, traitements, hospitalisations,...). C'est ici le système dans sa dimension curative qui est concerné ;
- d'autre part, pour agir, en amont, sur l'apparition des pathologies, et résorber ainsi à long terme les inégalités de santé constatées ; sur ce deuxième aspect cependant, il faut relativiser la contribution du système de soins, par rapport à d'autres déterminants de l'état de santé, et on peut douter qu'un exercice de redistribution des ressources soit de nature à réduire fondamentalement les écarts (et ce d'autant plus que la définition du champ couvert par l'allocation régionale est relativement étroite puisque celle-ci concerne uniquement le domaine sanitaire et exclut notamment les actions financées actuellement en matière de prévention).

3. On ne sait pas, d'autre part, traduire en une équation précise cette idée générale qu'il y a un lien entre l'état de santé et les besoins de soins.

Comme cela a été souligné tout au long du rapport, il manque beaucoup d'éléments pour modéliser cette liaison : pour ne prendre que la dimension curative, il faudrait pouvoir appréhender non seulement la mortalité, mais la morbidité, définir pour chaque type de pathologie un schéma théorique optimal de prise en charge, etc. Si on peut l'envisager pour quelques pathologies précises, c'est à l'évidence hors de portée sur le champ exhaustif de la consommation de soins. Il conviendrait également de modéliser le comportement des usagers...

Il n'y a donc pas de formule indiscutable pour calculer un « besoins de volume de soins » en fonction d'un état de santé apprécié par la mortalité. Il est d'ailleurs peu probable, même si l'on peut affiner la connaissance (et un certain nombre de propositions sont faites en ce sens dans ce rapport), que l'on arrive un jour à cette formule indiscutable. (notamment en raison du caractère très normatif de cette procédure).

4. Un tour d'horizon des expériences étrangères ne nous fournit guère d'expertise plus aboutie. Les pays qui ont procédé à des redistributions régionales ont pris cette décision politique sur la base d'outils techniques très limités, tous dérivés de l'expérience britannique : schématiquement, les **besoins de soins** d'une région sont estimés sur la base d'un **volume moyen de consommation par tête, pondéré en fonction de la structure d'âge et de la mortalité** spécifiques de la région. Les pondérations et les indicateurs précis utilisés varient d'un pays à l'autre et évoluent éventuellement au cours du temps, mais le principe de base reste le même.

5. Une telle approche est possible en France. Ainsi l'application de la formule britannique aux régions françaises conduit à un rapport entre dépenses théoriques et dépenses réelles qui varient entre 80 % et 120 %, soit un écart de 50 % entre régions extrêmes. Le Nord-Pas-de-Calais, certaines régions de l'Ouest de la France apparaissent fortement sous-do-

tées au regard de ce critère tandis que les régions du Sud et l'Île-de-France consomment plus que leur part théorique.

6. En supposant que l'on arrive à un consensus sur un objectif de répartition optimale de la consommation en volume, une difficulté majeure demeure cependant : c'est que **la redistribution n'agit pas directement sur les volumes de consommation de la population**, mais par l'intermédiaire des enveloppes financières, budgets, etc. qui sont alloués aux producteurs de soins. Or rien ne garantit que les sommes supplémentaires allouées dans une région « déficitaire » serviront effectivement à financer une augmentation des services plutôt qu'une croissance des revenus des producteurs.

On a même de bonnes raisons de penser le contraire : les mécanismes de régulation en vigueur, par exemple dans le secteur des cliniques privées, qui reposent sur un ajustement prix-volume, conduiraient logiquement, si l'enveloppe allouée à une région n'est pas consommée en totalité, à augmenter les tarifs des cliniques. À partir des indicateurs disponibles pour l'hospitalisation publique (dérivés du PMSI), on observe d'ailleurs déjà des différences de productivité entre régions, qui ne se superposent pas aux différences de besoins : c'est ainsi que si la région Nord-Pas-de-Calais apparaît systématiquement défavorisée dans une approche de besoins, elle ne l'est pas au regard de ce critère d'efficacité, certes rustique et partiel, mais malgré tout opérationnel, qu'est la valeur du point ISA.

Pour toutes ces raisons, on ne peut qu'être prudent sur l'efficacité d'un dispositif d'allocation régionale de ressources financières pour réduire de manière significative les écarts de santé.

3.4. Une action de redistribution est cependant nécessaire

Ce recensement des difficultés techniques de l'exercice, et des réserves sur son efficacité au regard de l'objectif qui anime ce travail — réduire les inégalités de santé entre régions — ne vise pas au défaitisme : il a simplement pour but de faire prendre conscience des limites de l'expertise actuelle et de lui donner sa juste place au sein d'un processus qui est aussi politique.

Car à l'évidence, **si l'action est difficile, le statu-quo est impossible**. Les inégalités de santé sont, on l'a vu, très importantes. La carte de la distribution des ressources pourrait, au minimum, être telle que les régions les plus défavorisées se voient allouer plus de moyens de soins, même si l'impact de ces moyens est difficile à évaluer. Tel n'est pas le cas, on le sait, et les handicaps se cumulent : la carte des densités d'offre, quasi-immuable, fait toujours apparaître des écarts à la moyenne de 80 % à 120 %, avec une opposition Nord-Sud classique.

Au total l'argument selon lequel « on observe des inégalités mais on ne sait pas comment les réduire, alors on ne fait rien » n'est pas recevable.

Par ailleurs, **la pression au rééquilibrage ne peut que s'accroître avec la régionalisation de la gestion du système et la déclinaison géographique des objectifs de dépenses votés par le Parlement**. C'est d'ailleurs une des vertus de cette dynamique de régionalisation que d'obliger à un réel débat sur la répartition des ressources.

Enfin, **des mesures sectorielles ont déjà été prises pour moduler les budgets régionaux en hospitalisation publique, pour fixer des objectifs de dépenses régionaux en médecine libérale, pour les généralistes et les spécialistes**. En 1998, les objectifs des cliniques privées devront à leur tour être régionalisés, et on aura donc en tout état de cause alors, sur quatre catégories de dépenses, des déclinaisons régionales.

En dernière analyse, si les outils à notre disposition sont imparfaits, il font apparaître malgré tout des convergences. C'est pourquoi il nous paraît possible d'avancer d'ores et déjà quelques recommandations, qui seront approfondies lors de la deuxième étape de travail de ce groupe.

3.5. Comment procéder ?

Il faut distinguer ce qui est faisable à court terme et la solution-cible de moyen ou long terme.

3.5.1. La perspective de long terme : la détermination d'un schéma-cible pour une enveloppe globale

Redisons ici à nouveau que l'exercice qui consiste à répartir entre régions des enveloppes déjà réparties par secteur, selon un découpage qui renvoie plus aux institutions (hôpital public, hôpital privé, médecins libéraux, etc.) qu'aux services rendus à la population, et gérées de manière très cloisonnée, tant au niveau national qu'au niveau régional, est un exercice périlleux qui risque d'aboutir à terme à une rigidification de l'offre de soins là où l'efficience commanderait des redéploiements.

À terme, le groupe de travail plaide, sinon pour une fusion complète des enveloppes³¹, du moins pour **une gestion plus souple et mieux coordonnée des enveloppes sectorielles**, qui laisserait des marges d'initiative au(x) gestionnaire(s) dans les régions, pour contracter avec les professionnels, le cas échéant avec des modes de financement et de tarification adaptés, afin de faire prendre en compte les priorités sanitaires par l'ensemble de l'offre de soins.

Dans un tel contexte, les ressources devraient être réparties d'abord entre les régions, avant d'être réparties entre les secteurs au sein des régions. La répartition par secteur devrait se faire en tenant compte de l'efficience des producteurs de soins et de la priorité accordée à certaines activités compte tenu des problèmes de santé jugés prioritaires.

La méthode de répartition des enveloppes dans cette perspective de long terme

La répartition des ressources entre régions pourrait se faire alors, soit sur la base d'une **enveloppe unique de dépenses**, soit sur la base d'**enveloppes par programme**, à l'instar de ce qui se fait au Québec, c'est-à-dire en abandonnant le découpage institutionnel au profit d'un découpage en populations-cibles ou problèmes de santé.

Pour allouer ces ressources, une adaptation des formules britannique ou québécoise serait à étudier, en testant les différents indicateurs d'état de santé disponibles (démographie, mortalité, éventuellement morbidité, en fonction des avancées décrites au chapitre 2).

3.5.2. Des propositions de court terme

Tout en esquisant cette perspective de long terme, on peut formuler **une série de propositions concrètes à plus court terme**, qui s'inscrivent dans le cadre strict des dispositifs de régulation prévus par les ordonnances de 1996.

Les premières concernent les modalités en cours de détermination des enveloppes régionales ; les secondes ont trait à l'utilisation des ressources redistribuées ; les dernières proposent des pistes de travail.

3.5.2.1. Propositions concernant les méthodes de répartition des enveloppes

Une exigence incontournable : la prise en compte des besoins

Compte tenu de la difficulté de concevoir une méthode d'allocation pertinente fondée sur les besoins, de son caractère normatif discutable, des doutes sur son efficacité, certains membres du groupe de travail ont exprimé l'idée que l'on pourrait commencer par une

³¹ Du moins dans le champ sanitaire, étant entendu que d'autres ressources, dans le domaine social et médico-social, sont gérées par les collectivités locales.

notion d'équité plus modeste, qui consiste à **corriger des différences d'efficience productive : à activité identique, paiement identique**. Cette approche peut se concevoir dans le secteur où l'on possède un instrument de mesure, c'est-à-dire l'hospitalisation (publique et, prochainement, privée) : les régions se verraient donc allouer des ressources en fonction de leur productivité.

Cette option de se limiter dans un premier temps au terrain le plus solide de l'efficience productive ne semble cependant pas pouvoir être retenue.

D'une part, elle ne concerne que le secteur hospitalier, car il n'existe pas d'instruments de mesure de l'efficience en médecine de ville. Mais, d'autre part, elle serait en retrait par rapport aux processus de répartition d'enveloppes ou d'objectifs déjà mis en œuvre, qui prennent en compte des différences de besoins, même si les facteurs retenus se limitent, pour le moment, à la structure démographique.

Même si donc il convient, comme on l'a vu, d'être prudent dans l'élaboration trop précipitée de règles d'allocation régionale de ressources, même si la convergence vers la consommation moyenne nationale, principe fondateur des méthodes de redistribution, n'apparaît pas un objectif pleinement satisfaisant, **la déclinaison des enveloppes financières en fonction d'indicateurs d'état de santé** et non seulement d'indicateurs d'efficience apparaît bien **un exercice incontournable**, et il convient de l'opérer au mieux des possibilités et des connaissances actuelles.

Une nécessaire prudence dans les redistributions opérées

Tant que l'objectif de répartition-cible n'est pas stabilisé, il faut prendre garde à **n'opérer que des redistributions qui ne souffrent aucune contestation**. En d'autres termes, il faut que le sens des redistributions opérées ne puisse pas se trouver remis en cause par un changement de formule.

Car si le sens des écarts ne varie pas pour les régions situées aux extrêmes, l'ordre de classement varie selon le type d'indicateur utilisé ; par exemple :

- aujourd'hui, dans les formules de modulation déjà utilisées pour l'hospitalisation publique et la médecine libérale, seule la correction âge - sexe intervient ; l'introduction éventuelle d'un indicateur de mortalité (cf proposition ci-dessous) modifierait les positions relatives des régions ;
- d'autres travaux montrent une sensibilité des résultats à l'indicateur spécifique de mortalité retenu, et à la pondération qui lui est affectée dans la formule de répartition.

Au total, il faut considérer qu'il y a aujourd'hui **une zone d'incertitude, d'imprécision, dans laquelle il serait préférable de ne pas opérer de réallocations**. L'expérience montre en effet - y compris dans ce domaine précis, avec l'expérience de la modulation des marges de manœuvre régionales en hospitalisation publique - qu'une fois une méthode publiée et un processus enclenché, il est très difficile de revenir en arrière au motif que l'expertise s'est améliorée dans l'intervalle. À tout le moins, il faut éviter de faire jouer à ces instruments - dont on a vu le caractère contestable - un rôle trop important par rapport à leur degré de précision. On peut renvoyer ici à l'exemple de l'utilisation de l'outil PMSI pour les modulations budgétaires : seuls des écarts supérieurs à 10 % sont considérés comme significatifs, compte tenu de la précision de l'instrument de mesure.

Les formules d'allocation de ressources : évaluation des dispositifs existants et améliorations proposées

Des modulations des taux d'évolution des enveloppes de dépenses sont déjà opérées dans deux secteurs : avec un recul de plusieurs années dans l'hospitalisation publique, et depuis 1997 en médecine de ville, avec des objectifs régionaux distinguant les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Les méthodes utilisées ont été décrites en partie 2 de ce rapport.

La cohérence des approches menées

Ces approches sectorielles, fruits de réflexions menées respectivement par l'administration centrale du ministère chargé de la Santé et la Cnamts, sont-elles cohérentes ? Aboutissent-elles globalement à une redistribution satisfaisante ?

- En termes d'**indicateurs de besoins utilisés**, les deux répartitions opérées actuellement (hôpital public, soins généralistes, soins de spécialistes) sont **cohérentes**, puisqu'elles sont fondées schématiquement l'une et l'autre sur une dépense per capita pondérée en fonction de l'âge et du sexe comme dépense optimale. L'introduction, dans la formule utilisée pour l'hôpital public, d'un indicateur d'efficience n'a pas vraiment de légitimité technique et résulte plutôt d'un arbitrage entre les deux approches (besoins/efficience) évoquées plus haut.
- En revanche, une réflexion est à mener sur les **complémentarités ou substitutions entre secteurs** ; de ce point de vue, les raisonnements menés d'une part pour l'hospitalisation (où on suppose inchangées les parts de marché entre public et privé) et pour la médecine libérale (qui, en traitant généralistes et spécialistes séparément, a une approche normative consistant à exclure toute substitution entre ces deux modes de prise en charge) est différente. Parmi les travaux à mener en priorité figure l'**évaluation de l'impact combiné de ces différentes allocations**.
- Enfin, toujours dans un souci de cohérence, il paraîtrait **aujourd'hui dangereux d'opérer une déclinaison infra-régionale pour l'un des deux secteurs**, alors même que l'on est encore en phase de test et de mise au point des méthodes : ainsi, le projet d'une déclinaison par département, voire par caisse primaire, des objectifs des généralistes et des spécialistes semble-t-il aujourd'hui prématuré, même si l'on comprend bien sa logique dans la perspective de la seule convention médicale. De la même manière, la déclinaison de l'objectif spécialistes par groupe de spécialités ajouterait encore au découpage sectoriel et au cloisonnement, dont on a vu les risques d'effets pervers.

Deux améliorations proposées pour la méthode de répartition

Deux améliorations devraient être apportées à ces méthodes à relativement court terme :

- la prise en compte, au-delà des effets de l'âge et du sexe, **des écarts d'état de santé**. Bien qu'ils ne soient pas totalement satisfaisants, les indicateurs de mortalité sont sans doute les seuls disponibles à court terme. Une expertise complémentaire est à mener pour choisir l'indicateur le plus pertinent (espérance de vie, mortalité prématurée, mortalité évitable,...).
- la prise en compte **des flux inter-régionaux de consommation de soins** (habitants d'une région X se faisant soigner dans une région Y). En effet, aujourd'hui, le postulat implicite de la méthode de redistribution utilisée aussi bien pour l'hospitalisation que pour la médecine de ville est un principe d'autosuffisance des régions. Si ce principe est valable pour la médecine de ville, il doit être nuancé pour l'hospitalisation, car des soins très spécialisés peuvent légitimement être organisés à un niveau pluri-régional : il convient de prendre en compte ce phénomène dans l'estimation des besoins de la région.

La définition des objectifs régionaux pour l'hospitalisation privée

Elle doit avant tout être cohérente avec les approches menées dans les autres secteurs : une **formule équivalente à celle utilisée pour l'hospitalisation publique** est sans doute la mieux adaptée (avec les améliorations indiquées ci-dessus si elles sont mises en place dans les autres secteurs).

3.5.2.2. Optimisation et évaluation de la redistribution opérée

Garantir une utilisation efficace des ressources redistribuées : des pistes de propositions

L'une des incertitudes concernant la pertinence d'une redistribution financière concerne l'utilisation des ressources ainsi redistribuées. Comment s'assurer que **ces ressources supplémentaires serviront effectivement à une réduction des inégalités** ? Deux pistes de réflexion sont ici esquissées.

- Pour éviter l'effet pervers d'une absorption des allocations supplémentaires sous forme de rémunération des producteurs, il faut vérifier a posteriori que le volume de soins dispensés a bien augmenté ; sinon, un **mécanisme de rappel** devrait éviter de faire bénéficier les producteurs des revalorisations de prix éventuelles ; ces dispositions pourraient être étudiées secteur par secteur.
- La deuxième proposition consiste à trouver une procédure qui lie l'allocation de ressources supplémentaires à la **mise en place d'actions précises, en faveur de la réduction d'inégalités de santé ou de la prise en charge de problèmes de santé prioritaires au plan régional.**

La procédure pourrait se dérouler de la façon suivante. En premier lieu, il serait acquis que toutes les régions engageront un effort particulier de réduction des inégalités de santé pour leur population résidente. Ceci pourrait se concrétiser sous la forme d'un % national des dépenses de santé qui serait consacré à cet effort. Dans la limite du montant régional correspondant, chaque région serait tenue de préparer un plan d'action avec des objectifs précis en délai et en définition de population cible (par exemple, améliorer l'accessibilité financière aux services pour les fractions les plus défavorisées de la population). Il serait convenu que ce plan d'action serait financé en partie par une redistribution des ressources entre les régions, et en partie par les régions elles-mêmes sur la base d'une amélioration de l'efficacité des services. La part redistribuée serait fonction de la position relative de la population de chaque région en matière d'inégalités de santé. L'engagement serait pluriannuel, et les régions auraient la garantie de pouvoir utiliser les ressources correspondantes en dehors des cadres de financement habituels des services (fongibilité de la marge de manœuvre). Cette procédure pourrait présenter un avantage pour les instances régionales dans la contractualisation avec les producteurs de soins, puisque ceux-ci pourraient avoir intérêt à montrer qu'ils peuvent contribuer aux actions envisagées pour obtenir des ressources supplémentaires.

Évaluation des dispositifs mis en place

Quelles que soient les solutions retenues et les améliorations apportées aux mécanismes actuels, **une évaluation a posteriori des effets des redistributions ainsi opérées est à prévoir.** Elle est d'autant plus nécessaire que les processus que l'on cherche à mettre en œuvre sont incertains dans leurs résultats.

3.5.2.3. Pistes de travail

Amélioration de la connaissance et de l'expertise

En parallèle à ces actions à court terme, il faut avancer un certain nombre de réflexions dans différents domaines :

- les **simulations et études de sensibilité** sur les différentes méthodes d'allocation doivent être poursuivies ;
- des analyses des problèmes de **complémentarité / substitution** entre les différents types de soins sont à mener pour évaluer les conséquences possibles d'allocations sectorisées ;
- il est souhaitable de progresser dans la mise en œuvre de **comptes régionaux de la santé** ;

- la réflexion sur les **indicateurs disponibles et souhaitables** au niveau régional doit être approfondie (par exemple sur la mise en œuvre rapide des investigations proposées lors du rendez-vous citoyen ou sur l'exploitation des bilans de santé scolaires) ;
- une étude sur les liens entre **faible densité** de l'offre et **faible recours** aux soins serait utile ;
- ne serait-il pas opportun d'étudier les conditions techniques de **projections régionales à partir d'enquêtes nationales**, comme par exemple l'enquête décennale de santé ?
- **comment valoriser les actions de prévention** dans les systèmes évaluant l'activité (que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier) ?
- la démarche de réduction des inégalités de santé et d'allocation de ressources régionales doit être associée aux projets d'**aménagement du territoire**. Pour cette raison, il est utile d'évaluer les premiers SrosS : la démarche d'aménagement de l'espace a-t-elle été présente dans l'élaboration des schémas (non seulement pour l'aspect sanitaire mais aussi pour l'aspect social). Sinon, comment y remédier ? Cela suppose aussi un examen des collaborations réalisées (ou non) entre les gestionnaires de santé et les collectivités chargées en partie de l'aménagement (conseil régional, conseil général). Cela pose aussi la question des liens à établir entre ces collectivités et les nouvelles institutions issues des dernières ordonnances (URCAM, ARH). Si pour les établissements de soins, cette démarche est envisageable, il est nécessaire de mener une réflexion conjointe pour la médecine libérale : les récentes dispositions sur les zones « franches » ont-elles amélioré l'accès aux soins dans les quartiers défavorisés ?



Un chantier passionnant s'ouvre : on ne peut prévoir l'ampleur et l'amplitude des bouleversements qu'il va entraîner dans les conceptions et les comportements. À cet égard, on ne peut que miser sur le mouvement qui va naître et se développer dans les régions : travail des conférences régionales de santé, des ARH, des URCAM ; définition des contrats pluriannuels sur base d'une politique de santé publique intrarégionale ; mise en place d'actions d'évaluation et d'accréditation. Tout cela devrait contribuer au développement et à la mise en œuvre d'une plus grande efficacité intrarégionale, voire à l'émergence de stratégies régionales visant à mieux faire connaître les besoins à l'échelon national, ce qui autoriserait, en retour, une meilleure allocation régionale des ressources. Au risque d'être paradoxal, on peut penser que les régions ayant les moins bons niveaux d'état de santé apparaissent aujourd'hui comme le terrain privilégié pour expérimenter en France une nouvelle stratégie de santé basée sur le rééquilibrage entre soins et prévention. Ce qui est aujourd'hui perçu comme une situation défavorisée devient alors un avantage permettant d'adopter des mesures innovantes, davantage susceptibles de faire progresser l'état de santé de la population. Il s'agit alors d'expérimenter de nouvelles formes d'interventions et de prise en charge permettant, d'une part, un meilleur accès et une meilleure utilisation de l'offre existante et, d'autre part, une orientation plus marquée vers les activités de prévention.

Composition du groupe de travail

Président-rapporteur

J.C. Saily, HCSP

Rapporteurs adjoints

D. Polton, Credes

G. de Pourville, Groupe Image

Membres

G. Badeyan, Sesi

D. Baubeau, DH

E. Caniard, HCSP

R. Cash, Cnamts

V. Delahaye, D.H.

D. Fontaine, Fnors

P. Gardeur, DGS

B. Garros, HCSP

L. Geffroy, ARH

E. Hauet, Ined

A. Jourdain, ENSP

Th. Lebrun, CRESGE

A. Letourmy, Mire

E. Mengual, HCSP

Ch. Meyer, FNMF

G. Salem, Mire

F. Tonnellier, Credes

J. Vinas, DSS

Coordination

L. Degail, HCSP

Secrétariat de rédaction

I. Flamen, C. Le Pihiff, Cresge

Avant propos	p. 5
Première partie	
Santé des enfants, santé des jeunes	p. 7
Introduction	p. 7
1. Les outils de la connaissance	p. 9
1.1. Les concepts	p. 9
1.1.1. Enfance et adolescence	p. 9
1.1.2. Santé des jeunes	p. 10
1.1.3. « Comportements à risques »	p. 10
1.1.4. La prévention et l'apprentissage à la santé	p. 10
1.2. Sources de données épidémiologiques et statistiques	p. 11
1.2.1. Les données de mortalité	p. 11
1.2.2. Les données de morbidité	p. 11
1.2.2.1. Morbidité hospitalière	p. 11
1.2.2.2. Enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 1991, 1992 par l'Insee, le CreDES et le Sesi	p. 11
1.2.2.3. Enquête nationale « adolescents » (Inserm U169)	p. 11
1.2.2.4. Enquête CFI-Paque (Inserm U169)	p. 12
1.2.2.5. Enquête HBSC (Health Behaviour of School aged children)	p. 12
1.2.2.6. Enquête EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System)	p. 12
1.2.2.7. Enquête de la Cnamts sur les accidents de la vie courante	p. 12
1.2.2.8. Les données sur le handicap	p. 12
1.2.2.9. Données sur le sida	p. 12
1.2.2.10. Données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile	p. 12
1.2.2.11. Données du service de santé des armées	p. 13
1.2.3. Les données sur les comportements	p. 13
1.2.3.1. Données Euro baromètre 37	p. 13
1.2.3.2. Enquête ACSF (Enquête sur le comportement sexuel des français)	p. 13
1.2.3.3. Enquête sur le comportement sexuel des jeunes âgés de 15 à 18 ans	p. 13
1.2.3.4. Synthèse des enquêtes et des recherches françaises sur le thème des jeunes face au sida	p. 13
2. L'état de santé des enfants et des jeunes en France	p. 13
2.1. La mortalité	p. 13
2.2. La morbidité	p. 15
2.3. Les comportements	p. 16
2.4. Synthèse des données statistiques et épidémiologiques	p. 18
3. Rôle de l'environnement dans la santé des enfants et des jeunes	p. 20

3.1. L'environnement familial et social	p. 20
3.1.1. La Famille	p. 20
3.1.1.1 Les définitions et les données chiffrées	p. 20
3.1.1.2 La santé au sein de la famille	p. 20
3.1.1.3 L'accompagnement, le soutien et l'éducation familiale	p. 21
3.1.1.4 Les dysfonctionnements familiaux	p. 22
3.1.2. Les modes de garde du jeune enfant et l'école	p. 23
3.1.2.1 Les données chiffrées	p. 23
L'accueil des jeunes enfants	p. 23
Le système éducatif français	p. 24
3.1.2.2 Le rôle des modes d'accueil des enfants et de l'école dans la santé des jeunes	p. 24
Un lieu d'éducation à la vie	p. 24
Un lieu de repérage des troubles du développement de l'enfant	p. 25
3.2. Analyse critique du dispositif institutionnel de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent	p. 25
3.2.1. La pédiatrie et la médecine générale libérale	p. 26
3.2.2. Le dispositif hospitalier	p. 26
3.2.3. Les services de protection maternelle et infantile	p. 27
3.2.4. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves	p. 28
3.2.5. Les points jeunes, les espaces santé jeunes	p. 29
3.2.6. Santé mentale	p. 30
4. Conclusions et recommandations	p. 31
4.1. Améliorer le processus de développement harmonieux de l'enfant	p. 32
4.1.1. Les mesures visant au soutien et à l'accompagnement des familles dans leur rôle éducatif	p. 32
4.1.2. Les mesures visant à améliorer l'accueil collectif et l'éducation à la santé des enfants et des adolescents	p. 33
Dans le domaine de la petite enfance	p. 33
Dans le domaine de l'éducation nationale	p. 33
4.2. Détecter et prendre en charge les enfants et adolescents en difficulté	p. 34
4.3. Former les intervenants agissant auprès des jeunes	p. 35
4.3.1. Les médecins et les professionnels de santé	p. 36
4.3.2. Les enseignants	p. 36
4.4. Améliorer les connaissances sur l'état de santé des enfants et des jeunes	p. 36
4.4.1. Sur les données existantes	p. 36
4.4.2. Les recherches à promouvoir	p. 36
4.5. Assurer les conditions de la définition et de la mise en oeuvre d'une politique globale à l'échelon local et national	p. 37

Annexe 1

Composition du groupe de travail	p. 39
Personnes auditionnées en séance plénière	p. 39

Annexe 2

L'état de santé des enfants et des jeunes en France

	p. 41
1. La mortalité	p. 41
Les enfants de moins de 1 an	p. 41
Les enfants de 1 à 14 ans	p. 42
Les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans	p. 42
Morts accidentelles	p. 43
Suicides	p. 43
Les autres morts violentes	p. 43
Les autres causes de décès	p. 44
2. La morbidité	p. 44
2.1. La morbidité générale	p. 44
2.1.1. La morbidité observée	p. 44
2.1.1.1. Indicateurs de santé périnataux	p. 44
2.1.1.2. Les bilans de santé en école maternelle	p. 44
2.1.1.3. La morbidité dans les hôpitaux	p. 45
2.1.1.4. Les données du service de santé des armées	p. 46
2.1.2. La morbidité déclarée	p. 46
2.1.2.1. L'enquête sur la santé et les soins médicaux	p. 46
2.1.2.2. Les enquêtes de l'Inserm portant spécifiquement sur la santé des jeunes	p. 47
2.1.2.3. Les comparaisons internationales (enquête HBSC)	p. 48
2.1.3. La consommation médicale	p. 48
2.2. Les grandes pathologies	p. 49
2.2.1. Les accidents	p. 49
2.2.2. Les handicaps	p. 50
2.2.2.1. Répartition par âge et par sexe (tableau IX)	p. 50
2.2.2.2. Répartition selon la déficience principale (tableau X)	p. 50
2.2.3. L'infection à VIH et le sida	p. 51
2.2.4. Les problèmes de santé mentale	p. 51
2.2.4.1. Les enquêtes auprès des jeunes	p. 51
2.2.4.2. Les données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile	p. 52
2.2.4.3. Les données de la littérature internationale sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent	p. 54
3. Les comportements	p. 55
3.1. Les comportements à risque	p. 55
3.1.1. Les tentatives de suicide	p. 55
3.1.2. La violence	p. 55
3.1.3. Les consommations	p. 56
3.1.3.1. Le tabac	p. 56
3.1.3.2. L'alcool	p. 57
3.1.3.3. La drogue et les médicaments psychotropes	p. 58
3.2. Les comportements protecteurs	p. 59
4. Synthèse des données statistiques et épidémiologiques	p. 60
5. Analyse critique de la fiabilité des données épidémiologiques	p. 62

Annexe 3

Répertoire des dispositifs de santé destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 25 ans	p. 97
Dispositif général : prévention	p. 98
Dispositif général - prise en charge	p. 108
Dispositifs spécifiques - prévention, prise en charge	p. 115

Annexe 4

Bibliographie	p. 123
---------------	--------

Deuxième partie

Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé

Introduction	p. 127
1. Position du problème	p. 129
1.1. Données générales	p. 129
1.1.1. Un nouveau contexte	p. 129
1.1.2. Trois questions-clés	p. 130
1.1.3. Quelques précisions préalables	p. 130
Le champ couvert par la régionalisation n'est qu'une partie du système de santé	p. 130
La base de financement n'est pas la population, mais les services de soins de la région	p. 132
La régionalisation est fondée sur le principe de subsidiarité	p. 132
Une nouvelle division du travail avec l'administration centrale	p. 133
1.2. Différences et inégalités inter-régionales d'états de santé	p. 133
Conséquences en termes d'allocations de ressources	p. 134
1.3. La réduction des inégalités par le système de soins	p. 135
Un faible impact du système de soins dans la réduction des inégalités	p. 135
Mais la nécessité d'une réponse équitable et adéquate aux besoins de soins	p. 136
1.4. L'efficience des systèmes de soins régionaux	p. 136
1.5. Allocation des ressources en fonction des inégalités ou en fonction d'un « droit de tirage » ?	p. 138
La conception égalitaire dans l'allocation des ressources	p. 138
Avantages et inconvénients	p. 138
1.6. Conclusion	p. 139
2. Premiers développements	p. 140
2.1. La définition du domaine de prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources	p. 140
2.1.1. Différentes frontières envisageables	p. 141
2.1.2. Une frontière opératoire	p. 143
2.2. L'identification des besoins au niveau régional	p. 144
2.2.1. Besoins en matière de santé et indicateurs de besoins	p. 144
2.2.2. Les indicateurs d'état de santé et de besoins : disponibilités actuelles et souhaits de nouveaux indicateurs	p. 146

2.2.2.1. Les indicateurs disponibles	p. 146
Les indices de mortalité (toutes causes de décès confondues)	p. 146
Indices comparatifs de mortalité générale	p. 146
Indices comparatifs de mortalité prématurée	p. 146
Les indices de mortalité pour quelques grandes causes de décès	p. 148
Les indicateurs de facteurs de risque	p. 149
Alcoolisme et tabagisme	p. 149
Accidents de la circulation	p. 151
Suicide	p. 152
Les indicateurs concernant des catégories spécifiques	p. 152
Les personnes âgées	p. 152
Les adultes handicapés	p. 155.
Appendice : la pertinence de l'échelle régionale pour analyser les besoins de santé	p. 156
2.2.2.2. Première contribution à l'élaboration et à la mise à disposition de nouveaux indicateurs	p. 158
Les données issues du PMSI	p. 159
Le codage des actes et des pathologies en médecine ambulatoire	p. 160
Les données médicales issues de la conscription et, désormais, du rendez-vous citoyen	p. 160
Les bilans de santé scolaire	p. 161
2.3. La détermination des réponses aux besoins (nature et volume des différentes offres de soins et de santé)	p. 162
2.3.1. Capacité du système de soins à répondre aux besoins	p. 162
2.3.2. Comment dépasser les réponses existantes ?	p. 163
2.3.2.1. Les réponses actuelles : résultat combiné des demandes et de l'offre de soins existante	p. 163
La prise en charge de l'infarctus du myocarde	p. 163
La chirurgie cardiaque sous circulation extra corporelle (CEC)	p. 164
2.3.2.2. Quels sont la capacité ainsi que le degré d'utilisation et d'efficience des services offerts ?	p. 165
Les mouvements de patients entre régions	p. 165
Les capacités d'offre disponibles selon les régions	p. 165
Le taux d'utilisation des services	p. 167
L'efficience des producteurs de service	p. 167
2.3.2.3. La prise en compte d'un critère supplémentaire : l'aménagement du territoire	p. 168
2.4. Expériences étrangères et premières expérimentations françaises	p. 169
2.4.1. Expériences étrangères	p. 169
2.4.1.1. Le système d'allocation de ressources anglais	p. 169
Le champ couvert	p. 170
Les critères de répartition	p. 170
Le calcul des montants de dotation	p. 170
Le budget de fonctionnement (hors formation)	p. 170
Le budget d'investissement	p. 171
Essai de jugement	p. 171

2.4.1.2. Autres expériences en Europe	p. 172
En Italie : le financement du Service national de santé dans un processus de décentralisation administrative	p. 172
En Europe du Nord : les systèmes de financement croisés des pays d'administration décentralisée	p. 172
En Finlande	p. 172
En Norvège	p. 172
En Suède	p. 172
2.4.1.3. La réforme québécoise (en cours)	p. 173
2.4.2. Premières applications au cas de la France	p. 173
2.4.2.1. Une tentative de mesure de la dotation régionale théorique des prestations d'assurance maladie	p. 173
2.4.2.2. Les critères de répartition utilisés en 1997 pour l'établissement des dotations régionales	p. 176
Les dotations régionales 1997 pour le secteur hospitalier public	p. 176
Les indicateurs de mesure des inégalités	p. 176
La détermination des dotations régionales cibles	p. 176
La détermination de l'effort de péréquation	p. 177
Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales par région	p. 177
Évaluation de la population potentiellement consommatrice de l'année N	p. 178
Évaluation de la consommation unitaire de l'année N	p. 180
Calcul des objectifs prévisionnels régionaux pour l'année N	p. 180
Les résultats de la fixation de ces objectifs	p. 180
3. Premières conclusions et préconisations	p. 181
3.1. Une allocation régionale des ressources pour une gestion régionale du système de santé	p. 181
3.2. Premières conclusions résumées en matière d'allocation régionale de ressources	p. 182
3.3. On ne sait pas définir une allocation optimale	p. 183
3.4. Une action de redistribution est cependant nécessaire	p. 184
3.5. Comment procéder ?	p. 185
3.5.1. La perspective de long terme : la détermination d'un schéma-cible pour une enveloppe globale La méthode de répartition des enveloppes dans cette perspective de long terme	p. 185
3.5.2. Des propositions de court terme	p. 185
3.5.2.1. Propositions concernant les méthodes de répartition des enveloppes	p. 185
Une exigence incontournable : la prise en compte des besoins	p. 185
Une nécessaire prudence dans les redistributions opérées	p. 186
Les formules d'allocation de ressources : évaluation des dispositifs existants et améliorations proposées	p. 186
La cohérence des approches menées	p. 187
Deux améliorations proposées pour la méthode de répartition	p. 187
La définition des objectifs régionaux pour l'hospitalisation privée	p. 187
3.5.2.2. Optimisation et évaluation de la redistribution opérée	p. 188
Garantir une utilisation efficace des ressources redistribuées : des pistes de propositions	p. 188

Évaluation des dispositifs mis en place	p. 188
3.5.2.3. Pistes de travail	p. 188
Amélioration de la connaissance et de l'expertise	p. 188
Annexe 1	
Composition du groupe de travail	p. 191

Haut Comité de la santé publique

Président : le ministre chargé de la Santé

Membres de droit : le directeur général de la Santé, le directeur des Hôpitaux, le directeur de la Sécurité sociale, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le directeur de l'Ecole nationale de la santé publique.

Membres : Adrien Bedossa, Maryvonne Bitaud-Thépaut, Etienne Caniard, Jean-François Dodet, Pierre Ducimetière, Gilles Erneau, Bertrand Garros, Daniel Gautier, Michel Ghysel, François Grémy, Pierre Guillet, Albert Hirsch, Claude Huriet, Arnold Munnich, Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet, Jean-Daniel Rainhorn, Jean-Claude Sallly, Roland Sambuc, Maurice Tubiana.

Vice-président : Pierre Ducimetière

Rapporteur général : Guy Nicolas

Secrétaire général : Jean-François Girard, directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint : Geneviève Guénn

Chargée de mission : Lucie Degail

Documentation : Centre français de documentation en santé publique