

### Articles

#### Médicaments : le marché mondial infesté de contrefaçons

Les pays en voie de développement et l'Europe de l'Est sont devenus l'« Eldorado » de la contrefaçon en matière de médicaments. Cette contrefaçon des spécialités pharmaceutiques gagne les pays industrialisés. La Grande-Bretagne n'est pas épargnée, la France reste protégée pour le moment car son système de distribution est parfaitement verrouillé. Les États-Unis sont touchés parce que leur système de distribution comprend des lacunes : les médicaments se retrouvent dans les grandes surfaces, et Internet permet au premier venu de vendre un produit contrefait. C'est ainsi qu'en 2001 des centaines de réactions indésirables et 66 décès aux États-Unis ont été attribués à la contrefaçon d'antibiotiques courants. Des travaux récents ont révélé que près d'un tiers des traitements antipaludiques à base d'artesunate, en vente au Cambodge, Thaïlande et au Vietnam et issus de 104 boutiques différentes, ne contenaient aucun principe actif ! Au moins 30 décès ont été signalés au Cambodge. En 2002, une enquête révèle que 12 % des médicaments vendus en Russie sont des contrefaçons. Ce chiffre pourrait atteindre 60 % dans certains pays d'Afrique. Les conséquences sanitaires de ce trafic sont très difficiles à évaluer (certains médicaments contrefaits ne provoquent pas de réactions suffisantes pour être suspectés) mais peuvent devenir très dangereuses pour la santé.

*Impact médecine, n° 9, cahier n° 1, 27 septembre 2002.*

#### La nouvelle prescription des génériques

*Impact médecine* a consacré un dossier aux génériques pour expliquer comment ils sont perçus par les généralistes et les patients, ce que dit la loi, comment ils sont entrés sur le marché, quelles sont leurs correspondances, comment ils doivent être prescrits, ce qu'ils sont. En janvier 2002, la prescription en dénomination commune (DC) a été légalisée par la loi de financement de la Sécurité sociale. Le sondage réalisé par *Impact médecine* montre que 74 % des généralistes prescrivent plus en DC depuis la revalorisation tarifaire des consultations (le C à 20 euros) entrée en vigueur début juillet. Aujourd'hui, la majorité d'entre eux ordonne au moins un médicament sur dix en DC et 25 % prescrivent plus d'un médicament sur quatre en DC. 8 % d'entre eux n'en prescrivent jamais. Deux facteurs freinent cependant cette progression, d'une part la complexité de la prescription en DC (du point de vue légal, la prescription en DC nécessite une adaptation du cadre législatif et différents arrêtés et circulaires ont été publiés ou sont en voie de l'être) et d'autre part la réticence d'un certain nombre de patients.

*Impact médecine, n° 9, cahier n° 2, 27 septembre 2002.*

#### L'hôpital à domicile

L'hôpital à domicile est né aux États-Unis il y a un peu plus d'un demi-siècle. La première expérience française remonte à 1951. L'hôpital reste le lieu privilégié de la technique, de l'enseignement, du diagnostic et du traitement des phases aiguës des maladies mais il abandonne à d'autres le soin de prendre le relais lorsque cela est possible. C'est donc dans un contexte national où le retour du malade dans son lieu de vie est de plus en plus privilégié que l'Hospitalisation à Domicile (HAD) prend aujourd'hui toute sa mesure, devenant un maillon incontournable dans la chaîne de soins. Alors qu'auparavant, seul le médecin hospitalier avait la possibilité de prescrire une HAD pour un patient à l'issue d'une période d'hospitalisation, le médecin généraliste peut aujourd'hui la solliciter pour un de ses malades. Il en réfère alors au médecin coordonnateur de l'HAD. Cet article explique également comment se fait la coordination entre l'hôpital et le domicile, avec quels personnels (infirmières et aides-soignantes de l'HAD),

comment l'information sur le malade est suivie ensuite par la surveillante coordinatrice, lien indispensable entre l'hôpital et le domicile. L'hôpital à domicile s'adresse aux patients de tous âges, souffrant de maladies très variées (exceptés les troubles psychiatriques) et fonctionne avec un budget global alloué par les caisses de sécurité sociale. Son coût est inférieur à une hospitalisation classique mais supérieur à d'autres formules plus légères telles que le maintien de personnes âgées à domicile ou les interventions des infirmières libérales. Il se fixe donc des critères de prise en charge en fonction du temps de soin indispensable mais il prend le temps et la disponibilité requise pour accompagner un patient en fin de vie dans de bonnes conditions. Les soins palliatifs font partie de l'histoire de l'hôpital à domicile et figurent parmi ses priorités.

*ASP Liaisons, n° 25, juillet 2002.*

## Le système de santé britannique : éléments d'analyse et réformes

Depuis les années quatre-vingt, les systèmes de santé des pays européens ont été confrontés à des difficultés importantes liées à l'accroissement continu des dépenses de santé. Le système de santé britannique souffre quant à lui de dysfonctionnements liés en partie à l'insuffisance des ressources consacrées à la santé (lacunes de l'offre de soins, vétusté des équipements, listes d'attente...). D'autres facteurs, comme le manque général d'incitations ou l'excessive centralisation du système ont souvent été signalés. En 2000, les dépenses de santé représentaient 7,3 % du PIB au Royaume-Uni contre 8,1 % pour la moyenne de l'Union européenne. Le système de santé britannique est géré par le Service national de santé, le NHS, financé à plus de 80 % par l'impôt, à 12 % par les cotisations et à 8 % par les usagers. Cet article analyse les inégalités géographiques de santé d'accès aux soins qui persistent dans certaines régions, les politiques de prévention, la qualité des soins hospitaliers, le rôle des médecins généralistes. Enfin, il résume les différentes réformes du système de santé qui se sont succédé depuis 1948 et présente le rapport Wanless (avril 2002) qui préconise un certain nombre d'orientations pour remédier aux problèmes de fonctionnement du NHS : accroissement sensible du budget santé, augmentation des dépenses de santé en 2020 à 10 % du PIB, réformes concernant l'efficacité et la qualité des services...

*Dossiers solidarité et santé de la Drees, comparaisons internationales, n° 3, juillet-septembre 2002, p. 21 à 33.*

## Études

### Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep

L'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France a réalisé cette étude, à la demande de la « Smerep » (centre de sécurité sociale étudiante et mutuelle), auprès de 8000 étudiants franciliens tirés au sort parmi ses 200 000 affiliés. L'objectif était de connaître la perception des étudiants à l'égard de la santé, de comprendre leurs modes de vie sociale et affective, les risques qu'ils prennent pour leur santé et de connaître également leur perception à l'égard du dispositif de soins et, en particulier, la façon dont ils l'utilisent. Si les résultats de l'enquête montrent une bonne santé globale des étudiants (avec une vie sociale relativement développée), certains indicateurs attestent en revanche des problèmes de santé, notamment de souffrance psychique avec des troubles de sommeil, parfois des pensées suicidaires et surtout des comportements alimentaires perturbés. D'autre part, les étudiants témoignent parfois d'un niveau insuffisant de perception des risques (conduite automobile peu sûre, consommation excessive d'alcool, gestion non adéquate des moyens de contraception). Les étudiants ont un recours régulier aux soins, surtout auprès des généralistes mais ils méconnaissent les outils de protection sociale facilitant ce recours (faible taux de mutualisation, usage de la carte vitale et du tiers payant encore marginal). Par ailleurs, l'utilisation du système de soins pose la question de son utilisation adéquate et rationnelle. On constate en effet une attitude consumériste importante de médicaments (en particulier une consommation très élevée d'antibiotiques), un recours fréquent aux services d'urgence hospitaliers et un recours important à l'automédication. A l'opposé, on constate que certains standards de recours aux soins ne sont pas respectés tels que la visite annuelle chez le dentiste ou chez le gynécologue pour les femmes. Cette enquête tire plusieurs constats qui amènent les orientations suivantes : développer la prévention dans le domaine des accidents de la circulation et du sport et de la consommation de produits psycho-actifs, améliorer l'information en matière de santé mentale et en matière de sexualité et développer

---

la connaissance du système de soins et de son utilisation (recours adéquat au dispositif de soins, bon usage des médicaments, possibilités de couverture complémentaire).

*Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Santé des étudiants, septembre 2002, 172 pages.*

## Colloques

---

### Dépenses de santé. La tarification à la pathologie : les leçons de l'expérience étrangère

Ce numéro hors série de la Drees fait suite à un colloque qui a eu lieu à Paris les 7 et 8 juin 2001 consacré à « la tarification à la pathologie » dans les hôpitaux publics et privés à travers l'analyse des expériences étrangères. Les communications faites à ce colloque illustrent l'hétérogénéité des situations des différents pays présents, du fait des particularités de leurs contextes institutionnels, mais aussi des principaux problèmes auxquels ils sont confrontés en matière de régulation. Ce colloque a permis également de montrer la diversité des situations concrètes des systèmes hospitaliers, des règles auxquelles ils obéissent et des défis auxquels ils doivent faire face. Pour mémoire, le budget global est resté longtemps le mode dominant de financement des hôpitaux dans les pays développés, à l'exception des États-Unis qui furent les premiers à l'abandonner progressivement. Les avantages et les inconvénients de la règle du budget global sont bien connus aujourd'hui et c'est l'amélioration recherchée de l'efficacité et de l'équité de l'allocation des ressources entre offreurs de soins (en anglais *fairness*), qui a conduit différents pays à concevoir des mécanismes de paiement fondés sur des tarifs fixes, dits « à la pathologie » ou « au séjour ». La supériorité de ces mécanismes par rapport aux règles traditionnelles a été largement démontrée en théorie mais leur mise en pratique a été plus difficile et l'objet de ce colloque a été de les analyser en France, aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne, au Québec, en Scandinavie et en Suisse.

*Dossiers solidarité et santé de la Drees, actes du colloque, Paris 7 et 8 juin 2001, n° hors série, juillet 2002, 92 pages.*

### Eau, environnement, santé : un enjeu majeur pour le XXI<sup>e</sup> siècle

Cet ouvrage rassemble les interventions de décideurs, chercheurs, praticiens et professionnels présentées au cours du symposium international « eau, santé, environnement » organisé les 23 et 24 février 2000 par l'Académie de l'eau et l'École nationale de la santé publique avec l'appui de l'OMS et de l'Union européenne. Si l'eau saine reste l'apanage des pays les plus riches, la mauvaise qualité de l'eau dans près des deux tiers des pays du globe en fait une des premières causes de morbidité et de mortalité dans les pays en voie de développement. En effet, l'eau polluée peut donner de nombreuses maladies (comme les maladies diarrhéiques), et être un immense réservoir à virus (virus de la poliomyélite et des hépatites). Le passage des parasites au travers de la peau constitue une seconde voie de contamination par l'eau. La troisième catégorie de maladies est celle où l'eau stagnante joue un très grand rôle (le paludisme, transmis à l'homme par les larves de moustiques qui se développent dans l'eau, et sa forme la plus sévère *Plasmodium falciparum* font 3 millions de morts par an. Des millions de personnes sont chroniquement infectées et restent invalides à vie). « Il n'y a pas de problème plus pertinent en santé publique que celui de l'eau douce non polluée, disponible pour tous », rappelle le Professeur Jean Dausset. On s'aperçoit que cette ressource vitale est aujourd'hui de plus en plus menacée et qu'elle doit faire face à la diffusion des produits chimiques dans l'environnement. L'abus, ou la mauvaise utilisation de l'eau pour l'agriculture a asséché certaines nappes souterraines en Europe pour les 100 prochaines années. Aussi le rôle de l'information et de l'éducation sur l'efficacité des actions de prévention des risques et de promotion de la santé est-il très important et la participation de la population pour relayer les efforts des pouvoirs publics en matière d'environnement et de qualité des eaux doit être de plus en plus active. Cet ouvrage se termine par les recommandations de la charte « Eau et santé » adoptée à l'issue du Symposium qui a pour objet « de guider les décideurs et les experts pour la mise en place d'une politique de l'eau et de l'aménagement plus efficace pour la santé des hommes, prenant en compte l'environnement de l'habitat et s'appuyant sur une participation des populations comme des partenaires obligatoires auxquels une formation à l'hygiène a été apportée ».

*Eric Giroult, René Seux (éd), ENSP, août 2002, 396 pages.*

## Ouvrages

### Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : approche systémique intégrée

Les troubles du comportement alimentaire, notamment l'anorexie mentale et la boulimie, sont des troubles graves qui touchent surtout les adolescentes et les jeunes femmes, mais peuvent toucher aussi les enfants de moins de treize ans, les garçons et les hommes. Cette pathologie du rapport à la nourriture et au corps dont les premiers repérages remontent au XVII<sup>e</sup> siècle a été traitée jusqu'aux années quatre-vingt dans une vision principalement pathogène de la famille ou de certains membres de la famille. Ainsi diverses publications de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle insistent sur la nécessité d'isoler la jeune fille anorexique de ses parents, promettant l'échec thérapeutique si cette séparation n'est pas effectuée. Cet ouvrage se propose donc de réhabiliter la famille de l'enfant et de l'adolescent anorexiques, la faisant passer du rôle de co-patiente à celui de co-thérapeute, au côté des soignants. Si une telle réhabilitation est nécessaire pour que le processus thérapeutique soit efficace, elle exige cependant une nouvelle vision du rôle de la famille dans le développement de l'anorexie, une nouvelle vision du rôle du thérapeute dans le processus de changement et une nouvelle définition de l'acte thérapeutique, c'est-à-dire une nouvelle modélisation de la thérapie familiale dans le traitement des troubles de conduites alimentaires. Cet ouvrage est construit en trois parties. La première, d'orientation théorique et scientifique, présente la base conceptuelle du modèle intégré de thérapie familiale, dans une perspective historique. La deuxième est résolument pratique, décrivant le modèle de consultation et d'évaluation familiale et les différents niveaux d'intervention familiale du modèle thérapeutique. La troisième est consacrée à plusieurs thèmes spécifiques tels que la fratrie, l'anorexie péri-pubère, l'anorexie du garçon et quelques cas particuliers difficiles. De nombreuses vignettes viennent illustrer ce texte, rendant plus concrètes et vivantes l'utilisation et l'application de certains concepts et un glossaire d'une trentaine de termes en facilite la lecture.

*Solange Cook-Darzens, Dunod, août 2002, 252 pages.*



téléphone  
télécopie  
internet

Haut Comité de la santé publique  
8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP  
01 40 56 79 80  
01 40 56 79 49  
[www.hcsp.ensp.fr](http://www.hcsp.ensp.fr)