

Textes officiels

Financement des réseaux

Ce décret précise les conditions suivant lesquelles les réseaux de santé peuvent bénéficier de financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux. Pour obtenir ces financements, les promoteurs de ces réseaux doivent s'adresser aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, avec lesquels les modalités d'application sont définies. Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). JO du 27 octobre 2002.

Articles

L'alcool éthylique : connaître les risques, mais aussi les bénéfices

On sait que l'alcool est la cause de nombreux décès en France et que les organes touchés sont le foie, le système nerveux central et périphérique et les voies aérodigestives supérieures. L'alcool est par ailleurs une substance addictive, responsable de troubles du comportement, d'accidents et de violences. Cependant, après l'âge de 50 ans, une consommation de boissons alcoolisées de l'ordre d'un verre par jour est associée à une diminution du risque de décès. En effet, la consommation modérée d'alcool semble avoir un effet protecteur cardiovasculaire, essentiellement coronarien mais ce niveau protecteur est moins élevé chez les femmes que chez les hommes. De même, cet effet protecteur ne peut pas être extrapolé aux jeunes adultes.

Prescrire, novembre 2002, n° 233, tome 22, pp. 769 à 775.

Expérimentation humaine et loi Huriet

Cet article met l'accent sur la complexité du champ d'application de la loi « Huriet-Sérusclat » du 20 décembre 1988 concernant l'ensemble des recherches biomédicales et la protection des personnes qui se prêtent à ces recherches. Comment concilier besoins collectifs et droits de la personne ? La loi qui s'est accompagnée de la mise en place des Comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB) doit se rapprocher d'ici mai 2003 des dispositions législatives, réglementaires et administratives de la directive européenne concernant l'application des bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais de médicaments à usage humain.

Prescrire, novembre 2002, n° 233, tome 22, pp. 785-786.

Études

Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (novembre 2000) : principaux résultats

Cette enquête, menée auprès de 3000 ménages bénéficiaires de la CMU, vise à établir une typologie des bénéficiaires, à analyser leur accès au dispositif et leur couverture antérieure, de mesurer leur perception des modifications apportées par la CMU dans l'accès aux soins. Ainsi on peut déjà constater que les bénéficiaires sont dans l'ensemble des jeunes, plutôt des femmes, avec beaucoup de chômeurs et présentent peu de différences avec les anciens bénéficiaires de l'AMD. De manière générale, les bénéficiaires ont ressenti peu de difficultés pour constituer leur dossier pour l'obtention de la CMU complémentaire. Avant la mise en place de la CMU, plus d'un ménage sur deux avait renoncé à des soins pour des raisons financières et depuis la CMU, le renoncement aux soins concernerait une personne sur trois. Enfin, l'opinion concernant les changements apportés par la CMU est plutôt favorable.

Drees, série statistiques, document de travail, n° 41, septembre 2002, 70 pages.

La santé publique en France. Quelle vision stratégique, quels financements ? L'exemple des 16 plans gouvernementaux 2001-2002

Le « LIR », laboratoires internationaux de recherche, a jugé intéressant de procéder à l'analyse du contenu des 16 plans de santé rendus publics en 2001 par le ministère de la Santé, d'en dégager les principales lignes de force et d'évaluer l'impact de leur mise en œuvre conjointe sur différentes dimensions de notre système de santé. Chacun des plans a été passé au crible d'une grille d'analyse. La consolidation des plans par thèmes transversaux a permis d'approcher leur impact global sur les dimensions suivantes : la charge de travail des acteurs et des institutions, la formation et l'information dispensées vers les professionnels et les usagers, l'impact sur l'organisation du système de santé, l'impact potentiel sur le recours aux soins et notamment les consommations médicamenteuses et les besoins de financement.

LIR, regarder autrement, n° 2, octobre 2002, 100 pages

L'action sociale des communes : premiers résultats

L'enquête sur l'action sociale des communes réalisée par la Drees auprès de 1832 municipalités a permis de mieux cerner les actions qu'elles menaient auprès de quatre principaux publics : 8 communes sur 10 développent des actions en faveur des personnes âgées, 4 sur 10 développent des actions en faveur des personnes en difficulté sociale ainsi que des enfants et adolescents. Les actions en faveur des personnes handicapées ne concernent que 2 communes sur 100. Les champs d'intervention de l'action sociale communale sont bien sûr d'autant plus diversifiées que la commune est grande. Les communes peuvent également attribuer des prestations en nature (bons alimentaires, colis, vêtements) ou en espèces. Les prestations en nature sont les plus répandues (8 communes sur 10) et les prestations en espèces sont attribuées plus fréquemment par les grandes communes. La politique d'action sociale des villes est entièrement à la charge du Centre communal d'action sociale (CCAS) pour 4 communes de grande taille sur 10. Cela permet de mettre en place un guichet d'accueil unique pour les différents publics et de faciliter les démarches des personnes demandant à bénéficier de prestations.

Drees, Études et résultats, n° 195, octobre 2002, 4 pages.

Les mutuelles de santé en 1999 : une typologie qui reflète des différences de résultats économiques et financiers

En 1999, 542 mutuelles de santé — groupements mutualistes versant directement des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale — ont versé l'équivalent de 8 milliards d'euros de prestations, qui représentent près de 90 % de l'activité mutualiste française. Cet ensemble est composé de 175 mutuelles à recrutement général (32 %), 143 mutuelles d'entreprises (26,5 %), 138 mutuelles professionnelles (25,5 %), 70 mutuelles de fonctionnaires (13 %) et 16 caisses chirurgicales (3 %). Cette étude se propose d'établir une typologie de ces 542 mutuelles de santé, centrée sur les caractéristiques de leur activité et de leur situation économique et financière. Cette typologie fait apparaître six classes de mutuelles qui se différen-

cient notamment entre celles qui versent, par rapport aux cotisations perçues, des prestations supérieures à la moyenne (47 %) et celles qui offrent des niveaux de prestations plus faibles (53 %). Depuis 1995, on constate une diminution de la rentabilité moyenne des mutuelles qui reflète toutefois une dispersion accrue des performances économiques au sein du secteur.

Drees, Études et résultats, n° 197, octobre 2002, 8 pages.

Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France

Ce CD-Rom a été réalisé à partir du groupe « Veille et diagnostic » de l'Urcam. Cette édition 2002 décrit la situation sanitaire régionale à partir de diverses sources d'information (assurance maladie, Drass, ORS, Inserm, Insee, etc.). Outre les caractéristiques socio-démographiques de la région, sont présentées les données relatives à la mortalité, à la morbidité, à l'offre de soins disponible, à la consommation de soins (médicaments et examens biologiques) des Franciliens. De plus, cette édition présente cette année les travaux réalisés par l'assurance maladie et ses partenaires du secteur sanitaire. Ces « zooms » constitués d'études et d'enquêtes permettent d'enrichir les résultats issus de systèmes d'information et d'élargir le champ du diagnostic.

Urcam, Ile-de France, septembre 2002. L'ensemble du CD. Rom est consultable et téléchargeable sur : www.urcamif.assurance-maladie.fr

Surveillance de la résistance aux antituberculeux en Europe en 1999

La résistance aux médicaments antituberculeux est rare et résulte principalement de traitements inadaptés. Elle prolonge la contagiosité du patient et augmente ainsi le risque de transmission des souches résistantes. Cette surveillance de la résistance aux antituberculeux est recommandée pour contrôler l'efficacité des programmes de lutte contre la tuberculose qui est reconnue comme un problème mondial de santé publique. Cet article présente les résultats de cette surveillance d'après des données fournies à Euro TB, un réseau de surveillance établi en 1996. On constate qu'en Europe occidentale, la prévalence de la résistance aux médicaments est plus fréquente chez les cas originaires d'Afrique ou d'Asie (90 %). À l'Est, les données représentatives des états baltes montrent que globalement, 15 % des cas de tuberculose déclarés en 1999 étaient multirésistants. Dans les autres pays de l'ex-Union soviétique, des données non représentatives montrent des proportions élevées de résistance qui sont, avec les données des Républiques baltes et des résultats d'enquêtes spécifiques, très préoccupants. Des mesures urgentes sont nécessaires pour éviter la dissémination accrue de tuberculose résistante dans cette région.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 44, 2002, 29 octobre 2002.

Dossier

Diabète : le mal du siècle ?

À la fois familier et méconnu, le diabète ne suscite pas autant de crainte que d'autres maladies comme le cancer ou les affections cardio-vasculaires. Cependant cette maladie qui touche 2 millions de personnes en France, soit un taux de prévalence de 3 %, touche également des populations qui ne la connaissaient pas jusqu'à maintenant, comme celles des Dom-TOM, de la Réunion et de l'Île de Nauru. Le diabète de type 2 s'est installé en quelques décennies, jusqu'à atteindre des taux de prévalence très élevés dans ces régions, de l'ordre de 17 % par exemple à la Réunion. Cette maladie de société, liée à la sédentarité, à une mauvaise hygiène alimentaire ou à des facteurs génétiques, est un exemple des enjeux de la santé publique. Ce dossier fait le point sur la situation et explique l'organisation et la stratégie mises en place (depuis l'étude épidémiologique jusqu'à la coordination des réseaux de soins) pour faire face à cette maladie qui progresse dans le monde.

Prévalence, la lettre de l'Institut de veille sanitaire, n° 6, octobre 2002.

Guide

Guide des dispositions d'insertion

« L'histoire récente de la lutte contre la pauvreté et les exclusions a été marquée par une évolution majeure : celle du dépassement d'une politique publique fondée sur la population cible, au profit d'une politique à la fois globale et personnalisée », notent les auteurs de ce guide. En effet, l'exclusion et la précarité ne concernent plus une population clairement identifiée (chômeurs de longue durée, personnes âgées, etc.), elles se révèlent comme la résultante de processus et de trajectoires individuels (licenciement, perte de revenu, divorce, maladie, etc.). Aussi pour faire face à ces risques d'exclusion, de nombreuses dispositions législatives et réglementaires ont été mises en place nécessitant toutefois un suivi et une mise à jour permanents. Ce guide se propose d'expliquer les conditions de mise en œuvre des actions comme le RMI, le logement et l'hébergement, l'accès aux soins, la formation, l'insertion professionnelle et l'emploi et de préciser le rôle des partenaires (État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, associations, etc.).

Raphaël Glabi et François-Xavier Lorre, éditions de l'ENSP, octobre 2002, 183 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