

Textes officiels

Haut Comité de la santé publique

Prorogation du mandat des membres pour un an à compter du 31 décembre 2002. Le professeur Roland Sambuc exercera les fonctions de vice-président du HCSP pendant la période de prorogation du mandat.

Arrêté du 27 décembre 2002. JO du 23 janvier 2003

Création d'un comité d'hygiène et de sécurité ministériel

Ce comité est compétent pour les services de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle, chargé d'assister le comité technique paritaire ministériel institué auprès du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Arrêté du 9 janvier 2003. JO du 18 janvier 2003

Texte parlementaire

Bioéthique

Rapport présenté, en première lecture, par le sénateur Francis Giraud. Il y a un an, l'Assemblée nationale avait remanié, en première lecture, les lois de 1994 sur l'éthique médicale, mais son examen n'avait pu être mené à terme. Le Sénat reprend la discussion au point où elle était restée. Le Gouvernement souhaite apporter quelques modifications sur ce texte.

Sénat, rapport n° 128, 2002-2003, 471 pages.

Étude

Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale

Cette enquête, lancée en janvier 2002 et réalisée auprès de 150 services, livre les premières informations relatives aux différentes populations fréquentant les urgences et les motifs pour lesquels elles les ont consultées. Les deux tiers des passages aux urgences sont pris en charge dans les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et concernent surtout des patients jeunes de moins de 15 ans (le quart) et de moins de 25 ans (43 %). Mais ce sont les nourrissons de moins d'un an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (293 %, soit dix fois plus que les enfants d'un an à 5 ans). Le tiers restant des passages aux urgences se partage entre les unités de proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences (Upatou) publiques (25 %) et privées (9 %). Près des trois quarts des patients arrivent sans avoir consulté un médecin et par leurs propres moyens, les traumatismes et problèmes somatiques représentant leurs principales causes de recours aux urgences. Globalement, les

trois quarts des patients (75 %) ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique, 19 % sont ensuite hospitalisés, les personnes de plus de 70 ans l'étant dans plus de la moitié des cas.

Études et résultats de la Drees, n° 212, janvier 2003, 8 pages.

Dossiers

Urgences en région Centre : évolution de la restructuration

En octobre 2001, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Centre soulevait différentes problématiques rencontrées dans les services d'urgence de la région Centre : l'augmentation des passages aux urgences, du temps d'attente pour des urgences non vitales, l'augmentation des personnes qui auraient pu relever d'une autre prise en charge non hospitalière, etc. Sur le plan des installations, malgré la délivrance de 39 autorisations de différents services d'urgence (SAU, Upatou, Smur et Posu), la couverture de l'urgence reste cependant insatisfaisante sur quelques zones géographiques de la région Centre. Pour toutes ces raisons, huit priorités d'action définies par le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) sont présentées dans cette étude. Leur bilan permet de comprendre quelles actions restent à développer, à améliorer ou à favoriser et d'en tirer les grandes tendances à dégager sous forme de propositions. Cette expérience de la région Centre peut servir de référence à d'autres régions dans le domaine des urgences.

Schéma régional d'organisation sanitaire, ARH du Centre, juillet 2002, 22 pages.

Soixante ans d'éducation pour la santé

L'INPES a élaboré un dossier sur l'éducation sanitaire puis l'éducation pour la santé de la Seconde Guerre mondiale jusqu'à nos jours. Des changements profonds ont caractérisé cette période, ils sont dus à l'évolution des contextes, des concepts et des pratiques. Plusieurs articles illustrent les évolutions clés qui l'ont marquée avec ses composantes (information, éducation et prévention) : l'éducation sexuelle, l'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels, le tabagisme, la prévention du sida, la prévention de l'alcoolisme et des addictions...

INPES, la santé de l'homme, n° 362, dossier 62, novembre-décembre 2002, pp. 13 à 39.

Produits psychoactifs en Île-de-France

Cette synthèse a été réalisée pour « le programme régional de santé (PRS) addictions » inscrit parmi les priorités de la Conférence régionale de santé de 2001. Cette synthèse souligne, dans une première partie l'importance de l'usage du tabac et de la consommation excessive d'alcool dans la responsabilité de la morbidité et de la mortalité prématurée (avant 65 ans). Dans une seconde partie, elle révèle des modifications importantes des consommations de produits psychoactifs au cours des deux dernières décennies, tant chez les jeunes que chez les adultes et chez les consommateurs dépendants : nette diminution de l'usage de l'héroïne (probablement en partie liée à la diffusion de la méthadone et du Subutex), augmentation de la consommation de cannabis, de cocaïne et de crack, apparition de drogues de synthèse telle l'ecstasy, développement des consommations simultanées de produits (traitements de substitution et alcool, drogues de synthèse et cannabis, etc.). La mise en place d'une politique diversifiée de réduction des risques des usagers de drogues a eu des conséquences positives. La prise en charge des toxicomanes en France et en Île-de-France a contribué à améliorer leurs conditions de vie en assurant une plus grande insertion sociale et un meilleur suivi des pathologies associées à la toxicomanie, notamment le VIH/sida et l'hépatite C.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Addictions, décembre 2002, 111 pages.

Vieillesse et santé en France et au Québec

Cette revue de l'observatoire franco-qubécois a consacré un dossier sur les multiples facettes du vieillissement en France et au Québec, qui bénéficie en outre, des progrès accomplis par la médecine, de l'élévation du niveau de vie et de l'édification d'un véritable système de

protection sociale. Mais « si on se félicite de la croissance de l'espérance de vie, on s'inquiète des « menaces » que ses effets sur la structure de la population font peser sur l'avenir de nos systèmes de protection sociale », notent les auteurs. L'image de la dépendance, des frais d'hébergement et de soins est souvent privilégiée par rapport à d'autres dimensions comme les aspects psychologiques, sociaux ou existentiels. Dans une première partie intitulée « observer la dépendance » sont décrits, à partir d'enquêtes, l'évolution et l'impact de l'incapacité dans la population âgée des deux pays. Une autre partie est consacrée à la prise en charge de la dépendance avec les différents systèmes d'aide formels et informels en France et au Québec mais aussi en Allemagne. Des expériences menées en France avec le centre local d'information et de coordination (CLIC) de Lunel et avec le réseau des services intégrés aux aînés des Bois-Francis au Québec montrent l'intérêt du développement de la coordination professionnelle et de l'implication des différents acteurs dans l'organisation des services proposés aux personnes âgées. Enfin la dernière partie de ce dossier intitulée « outils et méthodes » est consacrée à l'impact macro-économique du vieillissement de la population sur les dépenses de santé.

Québec, revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, Santé, société et solidarité, « vieillissement et santé », n° 2, 2002, 180 pages.

L'activité des Cotorep en 2001

Les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) ont été créées en application de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975. Il y a 102 Cotorep en France, une dans chaque département (métropole et Dom) et une dans les TOM. La circulaire du 27 février 2002 a fusionné les deux sections des Cotorep, qui étaient placées sous la double tutelle de la Ddass et de la DDTEFP, en une seule. Les Cotorep reconnaissent le handicap des adultes, apprécient leur taux d'incapacité, aident les personnes handicapées à faire le bilan de leurs aptitudes pour les orienter ensuite et peuvent les aider à obtenir des aides sociales et financières. Les décisions des Cotorep sont analysées en fonction de leur nature : mesures relatives au travail, allocations, placement en établissement médico-social, cartes d'invalidité ou de stationnement. Les décisions prises en 2001 ont concerné 737 000 demandeurs différents et c'est dans les trois départements du Limousin qu'il y a eu le plus de demandeurs, suivis par les départements où l'on a compté plus de 30 demandeurs pour 1000 : la Nièvre, l'Indre, la Loire et la Haute-Loire, l'Aveyron, les Hautes-Pyrénées, les Alpes-Maritimes et l'Orne. Globalement les hommes sont plus nombreux à s'adresser à la Cotorep (54,5 %) que les femmes, mais en vieillissant, ce sont les femmes qui deviennent plus nombreuses en partie pour des raisons démographiques. À partir de 60 ans, les Cotorep ne statuent plus sur certaines demandes, comme celles relatives à l'emploi.

Drees, série statistiques, document de travail, n° 42, décembre 2002, 151 pages.

L'insertion des handicapés dans l'entreprise

En France, dès 1924, la loi a imposé aux entreprises le recrutement de mutilés de guerre. Les lois ultérieures ont peu à peu élargi les bénéficiaires de cette obligation, qui a été généralisée par la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Depuis, tout employeur occupant au moins vingt salariés doit employer des personnes reconnues comme handicapées dans la proportion de 6 % de l'effectif. Cette obligation concerne également le secteur public. Après avoir rappelé les différentes mesures accompagnant ce dispositif d'insertion en France, la présente étude analyse les principales mesures prises dans plusieurs pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) ainsi qu'aux États-Unis pour promouvoir l'insertion des handicapés dans l'entreprise. Pour chacun des pays retenus, trois points ont été examinés : les obligations des employeurs à l'égard des handicapés, les aides apportées aux entreprises qui emploient des handicapés, le statut particulier des handicapés dans l'entreprise. L'examen des dispositions étrangères fait apparaître une approche différente de l'insertion des handicapés dans l'entreprise selon les pays étudiés.

Les documents de travail du Sénat. Série législation comparée, n° LC 116, janvier 2003, 37 pages.

Personnes handicapées : 2003, année européenne

En proclamant 2003 « l'année européenne des personnes handicapées » (AEPH), l'Union s'est donnée pour ambition de changer le regard porté sur les personnes handicapées et leurs familles. Chaque État membre de l'Union européenne va décliner un programme d'actions locales et nationales visant à sensibiliser aux droits et à la protection contre la discrimination des 37 millions de personnes handicapées vivant en Europe. La France a érigé au rang de Grande cause

nationale l'action en faveur des personnes handicapées, et leur intégration constitue l'une des cinq priorités du gouvernement. *Acteurs Magazine* rappelle les événements qui marquent cette priorité et les objectifs à promouvoir à court terme.

Acteurs Magazine, le magazine interne de l'administration sanitaire et sociale de l'État, n° 71, décembre 2002.

Bénéficiaires de l'aide sociale des départements et de l'État en 2001

L'aide sociale, qui relève depuis les lois de décentralisation de 1984 de la compétence des conseils généraux, est destinée aux personnes de faibles ressources et dispense des prestations et des services répartis en trois principaux secteurs : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance. En 2001, 195 165 personnes âgées ont été accueillies en établissement ou en famille d'accueil et 153 875 ont été bénéficiaires d'une aide sociale à domicile. 106 250 adultes handicapés ont été accueillis en établissement ou en famille d'accueil et 95 225 ont été bénéficiaires d'une aide à domicile. Au 31 décembre 2001, le nombre de bénéficiaires de l'ASE s'est élevé à 257 530. Les placements en famille d'accueil ont augmenté passant de 59 700 en 2000 à 61 120 en 2001. L'aide sociale de l'État conserve une compétence d'exception pour certaines prestations bien définies concernant les personnes âgées, les handicapés, les sans domicile fixe ou sans domicile de secours et verse des allocations diverses (militaire et aide sociale à l'enfance ; accueil de mineurs réfugiés). L'Aide médicale de l'État (AME) remaniée depuis la mise en œuvre de la CMU, permet l'accès aux soins sous certaines conditions. L'État a dépensé 1, 71 milliards d'euros en faveur de l'aide sociale en 2001.

Drees, série statistiques, document de travail, n° 43, décembre 2002, 82 pages.

Les médecins : estimations au 1^{er} janvier 2002

Ces statistiques ont été faites à partir du répertoire administratif Adeli auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Cependant en raison de quelques oublis, et en milieu hospitalier notamment, la Drees a effectué un redressement au niveau de chaque département, y compris les Dom, et a confronté plusieurs sources relatives à la démographie médicale. Cette procédure s'est faite dans le double cadre, statistique et administratif, d'un groupe de travail du CNIS et d'un comité interministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale. Ainsi, au 1^{er} janvier 2002 les données France métropolitaine provenant des différentes sources recensaient : 186 689 médecins pour Adeli, 198 680 médecins pour l'Ordre et 193 900 estimés à partir de la tendance des données des enquêtes emploi. Cinq classes sont distinguées pour les médecins : les libéraux spécialistes, les libéraux généralistes, les salariés hospitaliers, les salariés non-hospitaliers, les étudiants hospitaliers et les stagiaires internes.

Drees, série statistiques, document de travail, n° 44, décembre 2002, 91 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