

Textes juridiques

Centre interministériel de formation anti-drogues (CIFAD)

La convention constitutive du GIF dénommé CIFAD a été approuvée par arrêté du 5 août 2003 pour cinq ans. Ce centre a pour objet d'organiser des actions de formation spécialisée en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, et des actions de prévention des dépendances. Ces actions de formation sont destinées sur le plan national aux personnels en poste dans les départements français d'Amérique et sur le plan international aux personnels concernés des États de la Caraïbe et d'Amérique latine. Ce centre peut également accueillir des stagiaires français et étrangers d'origine professionnelle diversifiée incluant entre autres des intervenants en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

Arrêté du 5 août 2003, JO du 11 septembre 2003.

Décrets réorganisant la permanence de soins

Ces décrets font référence au volontariat dans la réorganisation de la permanence des soins des médecins libéraux. Un cahier des charges dans chaque département fixe les modalités de la mise en œuvre du dispositif et clarifie les conditions de participation des médecins à cette permanence.

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 modifiant le code de santé publique et décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. JO du 16 septembre 2003.

Médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant

Un arrêté en date du 24 septembre organisant le déremboursement de 82 médicaments à SMR insuffisant a été publié au JO du 25 septembre 2003. À partir du 25 octobre 2003, le déremboursement de ces 82 médicaments prendra effet pour les patients et les stocks détenus par les pharmacies comportant des vignettes ne seront, de ce fait, plus pris en charge.

La liste de ces médicaments est disponible sur : www.sante.gouv.fr (rubrique point presse/les dossiers).

Article

Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine

L'objectif de cette étude réalisée en France métropolitaine a été d'évaluer et de décrire la population de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie ayant été remboursés de médicaments psychotropes en 2000. Près d'un quart de la population protégée par le régime général *stricto sensu* (24,5 %) a bénéficié du remboursement d'un médicament psychotrope. Les

anxiolytiques ont été les plus utilisés, suivis des antidépresseurs, des hypnotiques, des neuroleptiques, des médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique et du lithium. Le taux annuel de consommateurs des médicaments psychotropes ayant eu au moins quatre remboursements pour une même classe thérapeutique a été de 11,2 %. Malgré l'absence d'information sur le contexte clinique des prescriptions, ces données ont permis d'identifier un seuil minimum de consommation de médicaments psychotropes et de proposer des indicateurs de suivi de cette consommation aisément reproductibles.

Revue médicale de l'assurance maladie, volume 34, n° 2, avril-juin 2003.

Études

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000

Cette enquête fournit des données pour l'année 2000 sur les 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (soit un secteur pour 49 000 habitants âgés de moins de 20 ans). Les patients pris en charge ont augmenté de 14 % par rapport à 1997. Parmi les 432 000 enfants pris en charge, on dénombre davantage de garçons (59 %) que de filles (41 %) et près de la moitié des enfants suivis sont des primo-consultants. Les groupes d'âge les plus représentés dans la file active (patients vus au moins une fois dans l'année par un membre de l'équipe du secteur) sont les 5-9 ans et les 10-14 ans. 85 % des enfants suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont eu recours à des soins ambulatoires dans l'année. Sur 418 000 enfants suivis en ambulatoire, plus de 9 sur 10, soit 381 000, ont été vus en consultation en centre médico-psychologique, ou centre de consultation du secteur. 26 000 enfants ont été traités en unité d'hospitalisation somatique, 10 000 ont reçu des visites à domicile et 2 400 des visites en institution substitutive au domicile. L'équipe de secteur est également intervenue auprès de 29 000 enfants en milieu scolaire, 8 400 en PMI et 5 600 en établissement médico-éducatif. Les soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation, comme ceux en établissement médico-éducatif, ont quasiment doublé entre 1991 et 2000. Seules les interventions en PMI, en institution substitutive au domicile et à domicile ont eu tendance à se stabiliser depuis. Par contre, au sein de l'activité ambulatoire, quatre modalités de prise en charge ont connu une croissance très importante de leur file active depuis 1991.

Drees, série Études, document de travail, n° 32, mai 2003, 119 pages.

Médicament et hôpital : la nouvelle donne « Le médicament facteur de restructuration hospitalière »

Depuis quelques années, l'hôpital public a dû faire face à la complexité croissante de ses missions. Tout en assumant son rôle médical traditionnel, l'hôpital est devenu le lieu quasiment monopolistique de l'expérimentation et de la mise en œuvre des techniques médicales les plus innovantes, souvent les plus efficaces et, partant, les plus coûteuses, rappelle l'auteur de ce rapport. Cette transformation est due en grande partie au rôle que joue le médicament dans la diminution des durées de séjour, en rendant possible la poursuite de traitements en ville d'un nombre croissant de pathologies et en permettant d'offrir des solutions thérapeutiques ambulatoires alternatives à des patients hospitalisés. Ainsi, la découverte des antibiotiques a permis de fermer les sanatoriums, des neuroleptiques ont évité à des patients d'être enfermés dans des établissements psychiatriques et plus récemment les traitements concernant le sida, initiés à l'hôpital, ont pu être poursuivis en ville. Le médicament permet également d'éviter de nombreuses opérations chirurgicales en apportant des solutions thérapeutiques innovantes et efficaces. C'est donc essentiellement le coût de l'innovation qui alourdit le poste « médicament » dans les dépenses hospitalières, bien qu'il existe des dispositifs de régulation permettant de contrôler les dépenses médicamenteuses trop onéreuses. Pour l'auteur de ce rapport, il importe de faire reconnaître le rôle de l'innovation médicamenteuse dans la diminution des durées de séjour à l'hôpital et sa contribution à l'efficacité des soins hospitaliers dans ce contexte d'évolution et de réforme que connaît actuellement l'hôpital public.

Regarder autrement, n° 3, septembre 2003, 111 pages.

Ouvrages

Vivre avec la maladie d'Alzheimer. L'aide aux aidants : approche internationale

La Fondation Médéric Alzheimer a dans cet ouvrage rassemblé les données sur la situation actuelle de la maladie d'Alzheimer en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Suède, Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Suisse, Italie, États-Unis, Canada, Japon et Australie) ainsi que les actions innovantes qui devraient se mettre en place dans les prochaines années. Certains pays s'orientent vers une approche conjointe de la maladie et de ses effets associant patients et entourage. En effet, dans tous les pays considérés, deux tiers des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile, accompagnées le plus souvent d'un membre de la famille, acteur incontournable qui vient en complément de la prise en charge médicale. Mais la question se pose, face à l'accroissement de cette maladie, de développer et de diversifier des dispositifs d'aide et de réseaux pour les aidants familiaux ou professionnels dont les ressources physiques, psychiques ou financières sont durement éprouvées. Par ailleurs, de nombreuses personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont hospitalisées et des tentatives ont été développées depuis une dizaine d'années pour mieux prendre en compte leurs derniers mois de vie et éviter l'exposition au double risque de l'acharnement ou de l'abandon thérapeutique. Ainsi les soins palliatifs se sont élargis, à des degrés variables selon les pays, aux maladies neuro-dégénératives. L'ouvrage aborde également, à côté de ces questions de prise en charge, les mesures de protection juridique. En effet, selon les pays, les systèmes juridiques ne prennent pas en compte de la même façon la volonté de la personne. Par contre, la plupart des pays donnent une place particulière aussi bien aux aidants familiaux qu'aux aidants professionnels dans le processus des mesures de protection, qu'elles soient judiciaires ou directement issues du mandant. On trouvera à la fin de cet ouvrage des fiches par pays synthétisant leurs actions face à la maladie d'Alzheimer.

Fondation Médéric Alzheimer, édition 2003, 208 pages.

RAI domicile : méthode d'évaluation pour les clients des services à domicile et guide d'utilisation

Pour mémoire, la méthode RAI (Resident Assessment Instrument) est une méthode de travail utilisée dans de nombreux pays par les professionnels de gérontologie et de soins de longue durée. Cette méthode propose des pistes de réflexion et d'action qui guideront les professionnels dans l'aide à la décision et dans la démarche de soins. *Le RAI-domicile* est un instrument qui a été conçu pour améliorer la capacité du système de soins à répondre aux besoins de la part croissante de la population âgée. Il évalue les besoins, les ressources et les choix des clients âgés, des services d'aide et de soins à domicile. Il a été construit de façon à être compatible avec les autres RAI existants concernant les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et établissements psychiatriques (cf. revue de presse du HCSP n° 28).

Inter-RAI, RAI Domicile, version 2.0, éditions ENSP, 277 pages.

Europe

La réforme de santé en Allemagne

L'ambition de la réforme de santé en Allemagne devrait porter sur 23,1 milliards d'euros d'économies et de financements nouveaux d'ici 2007. Si le volet économique occupe une large place dans cette réforme, le volet restructuration de l'organisation des soins est très important : responsabilisation des patients (paiement supplémentaire pour certains actes en soins de ville par exemple), coordinations plus étroites entre caisses et assurés avec rapport annuel sur la gestion prestataire des assurés, droit de consultation des associations de malades dans l'ensemble des instances hospitalières, création de délégués des patients au niveau fédéral et création d'un Institut chargé de l'évaluation des pratiques médicales, des soins, de l'efficacité des thérapies et des produits de santé. Les médecins devront respecter un cahier

des charges sur la qualité des soins et suivre une formation continue et en 2007, leur rémunération passera à un paiement forfaitaire à l'acte selon les pathologies traitées. Les centres de soins vont être valorisés et seront gérés comme de véritables entreprises sanitaires et une réévaluation globale des médicaments doit également être engagée.

Espace social européen, n° 651.

Espagne : *plan national de prevención y control del tabaquismo, 2003-2007*

Ce numéro de la revue espagnole de la Santé publique est entièrement consacré à la prévention et au contrôle du tabac. Il décrit les principes du plan national de prévention, les objectifs, les structures de mise en place et d'évaluation. Sont joints à ce numéro, le texte de la convention de l'OMS avec les recommandations et le contrôle sur le tabac, et deux annexes dont l'une concerne la résolution de la 52^e Assemblée mondiale de la santé et l'autre le rappel des différents textes de la législation espagnole, sortis depuis une dizaine d'années concernant le tabac au niveau national et dans les différentes provinces.

Revista Espanola de Salud Publica, juillet-août 2003, n° 4, vol. 77, p. 433 à 515.

Maladie coronaire

Ce numéro d'*Impact Médecine* est consacré au congrès de « l'European society of cardiology » qui s'est tenu à Vienne, en Autriche fin août-début septembre 2003. On constate que 40 % des Européens décédés avant 75 ans sont morts d'affections cardiovasculaires, au premier rang desquelles se situe la maladie coronaire. En France, la maladie coronaire demeure la première cause de mortalité avec 45 000 décès par an et le nombre d'accidents coronaires est en constante augmentation compte tenu du vieillissement de la population. Les résultats d'une étude de l'équipe Europa, présentée pour la première fois à ce congrès et concernant l'amélioration de la durée et de la qualité de vie des coronariens, a démontré les effets bénéfiques d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), appelé le perindopril. Ce numéro décrit les méthodes de travail qui ont été utilisées par Europa et les résultats qui ont permis une avancée majeure dans la prise en charge des coronariens grâce au perindopril.

Impact médecine, septembre 2003.

Les retraites dans l'Union européenne

Les systèmes de retraite des États membres de l'Union européenne se sont développés au lendemain de la guerre dans un contexte de plein emploi où l'homme effectuait une carrière complète pendant que l'épouse s'arrêtait de travailler pour élever les enfants. Les améliorations apportées à la vie (meilleure santé et niveau de vie maintenu à la retraite) atteintes dans les années soixante-dix ont été ébranlées par les évolutions économiques et sociales avec la chute de la fécondité, la fragilisation de la famille, la montée de l'individualisme et une certaine dévalorisation du travail devenu moins essentiel pour la survie. De plus, une concurrence de plus en plus mondiale est apparue sur le plan économique. Un débat international remettant en cause les systèmes de retraite existants s'est donc instauré, la population active jeune ne pouvant faire face sur la durée à l'augmentation du coût des retraites due au vieillissement inéluctable des populations européennes. Cette *Lettre de l'Observatoire des retraites* a pour objectif de faire connaître les différents modèles de retraite dans les pays européens et la mise en place de nouveaux systèmes.

La lettre de l'Observatoire des retraites, juillet 2003, n° 13, 45 pages.

Revue de presse réalisée par Antoinette Desportes-Davonneau et mise en pages par Philippe Ferrero.



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