

Textes officiels

Création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Ce Haut Conseil, créé pour trois ans a pour but d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions, de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie. Il doit également proposer des adaptations nécessaires pour répondre entre autres aux objectifs de solidarité financière et assurer les objectifs de cohésion sociale.

Décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003, JO du 8 octobre 2003.

Études

Durée de séjour à l'hôpital : influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient

Depuis quelques années, on assiste en France au développement de la chirurgie ambulatoire. L'enquête nationale Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR), menée en 2001, permet d'estimer l'impact de certaines caractéristiques sociales et environnementales du patient sur les durées de séjour à l'hôpital. Les résultats de l'enquête semblent confirmer que des facteurs autres que l'état de santé du patient ou la nature de l'établissement jouent sur la durée moyenne de séjour. Ainsi, à état de santé comparable, l'isolement social ou géographique joue fortement sur la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Les agriculteurs se démarquent des autres professions avec des taux de chirurgie ambulatoire plus faibles et des durées de séjour plus longues, quel que soit le geste : cela peut s'expliquer par le fait que les chirurgiens préfèrent maintenir à l'hôpital quelques jours de plus un agriculteur susceptible de reprendre son activité au détriment de sa convalescence. Pour la chirurgie du canal carpien, cette hypothèse se vérifie pour les professions indépendantes (artisans, commerçants...) qui subissent des contraintes professionnelles similaires. Les cadres supérieurs ainsi que les professions intellectuelles bénéficient plus souvent de la chirurgie ambulatoire que les agriculteurs. Par exemple, pour la chirurgie du canal carpien (89 % contre 73 %), pour la chirurgie de la cataracte (47 % contre 29 %), pour la chirurgie des varices (35 % contre 14 %) et pour la chirurgie du sein (21 % contre 10 %). Cette enquête permet ainsi d'évaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire pour certains gestes marqueurs.

Questions d'économie de la santé, Credes, n° 71, septembre 2003, 6 pages.

Prospective du principe de précaution

L'auteur de cette étude rappelle en premier lieu l'historique du principe de précaution apparu dans le droit international de l'environnement en novembre 1987 et que la France introduira dans son droit de l'environnement par la loi du 2 février 1995, dite « Loi Barnier ». Ce principe sera également inséré dans le Traité instituant la Communauté européenne par le traité de Maastricht de 1992. Le droit communautaire accélérera ensuite le principe de précaution par la législation alimentaire et en janvier 2000, la Commission européenne publiera le Livre blanc sur la sécurité alimentaire. Ce champ d'application (sécurité alimentaire, environnement) du principe de précaution sera de plus en plus repris et utilisé dans différents textes communautaires jusqu'à aujourd'hui. L'auteur aborde ensuite les effets juridiques du principe de précaution

devenu principe général de droit alimentaire et explique sa signification basée sur la suspicion née de l'analyse des risques. « *Le principe de précaution est une décision prise lorsque les informations scientifiques sont incomplètes, peu concluantes ou incertaines et lorsque les indices donnent à penser que les effets possibles sur la santé humaine, animale ou végétale pourraient être dangereux et incompatibles avec le niveau de protection choisi* » (COM 2000). Les mesures de précaution explique l'auteur, sont des mesures provisoires dans l'attente d'autres informations, qui créent une obligation de recherche scientifique destinée à lever le doute existant et à adapter les dispositions prises dans le sens de l'aggravation ou de l'allègement.

Bulletin de l'OIV (Office international de la vigne et du vin), revue internationale, vol. 76-869-870, juillet-août 2003.

Risques auditifs liés à la pratique des musiques amplifiées : évaluation en Poitou-Charentes

Le phénomène des troubles auditifs touche 5 millions de personnes en France dont 2 millions de moins de 55 ans. L'âge, certaines maladies (méningite, rubéole) ou certains médicaments, peuvent être les causes de troubles auditifs ainsi que le bruit... D'après le Baromètre Santé 2000, 48 % des Picto-Charentais déclarent être gênés par le bruit (circulation, machines, outils, personnes). 10,5 % d'entre eux citent la musique comme principale cause de gêne, et particulièrement les musiques amplifiées. Or les troubles associés aux nuisances sonores sur la santé sont multiples : sifflements, pertes d'équilibre, perte de sommeil entraînant le stress et la fatigue et modifiant le comportement (dépression, violence, suicide, consommation abusive de produits psychoactifs...). Le phénomène des musiques amplifiées relève de 2 problèmes : l'un sociologique (depuis les années soixante-dix, la musique s'écoute de plus en plus fort et est devenue un phénomène de mode), l'autre de santé publique puisque des classes d'âges entières sont exposées aux risques auditifs, souvent méconnus. Aussi un spectacle de sensibilisation aux risques auditifs a-t-il été organisé en Poitou-Charentes pour des lycéens des classes de seconde. L'ORS de Poitou-Charentes a été chargé d'en réaliser une évaluation quantitative (comparaison des attitudes, des connaissances et de prises de conscience vis-à-vis des risques de la part des élèves) et une évaluation qualitative (évaluation des perceptions des élèves vis-à-vis du spectacle, perception de la problématique et de la prévention en général et appropriation de l'outil multimédia par les élèves). Les résultats de l'évaluation auprès des élèves ont montré une prise de conscience en général des risques encourus, avec cependant des disparités d'appréciation selon la filière d'enseignement suivie, d'où le constat de mener à l'avenir des actions de prévention plus adaptées au public concerné.

La Lettre de l'Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes, n° 47, 2^e trimestre 2003, 4 pages.

Vieillir dans quatre métropoles

L'objectif du World Cities Project (programme de recherche international coordonné) est d'examiner le vieillissement de la population et de comparer les systèmes de santé et de soins dans les grandes villes dotées d'équipements médicaux importants par rapport aux autres agglomérations. Cette étude présente les adaptations des systèmes sanitaires et sociaux face à la longévité croissante de la population de quatre mégapoles : New York, Londres, Paris et Tokyo. Si Tokyo a la densité la plus élevée des personnes âgées de 65 ans et plus, Paris a celle des personnes très âgées (85 ans et plus). Les personnes âgées vivent moins seules à Tokyo qu'à Manhattan, Paris ou Londres où de nombreuses femmes âgées de 85 ans et plus vivent seules surtout dans le centre urbain. La densité en lits médicalisés et de long séjour apparaît plus faible dans les centres urbains des quatre villes qu'en périphérie (pris élevé de l'immobilier) et apparaît également inférieure à Londres et à Tokyo, alors qu'à New York elle est nettement plus élevée que dans les trois autres villes. Les services d'aide à domicile, plus denses que dans les centres urbains, sont plus difficiles à comparer entre les quatre villes mais semblent légèrement mieux assurés dans le centre de Londres.

Études et Résultats de la Drees, n° 260, septembre 2003, 8 pages.

Dossier

Pauvreté et exclusion

La revue de *l'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité* a consacré un dossier à la pauvreté et à l'exclusion en étudiant non seulement l'état des lieux, les stratégies mises en place et les aspects divers que soulève la gravité de ce problème en France et au Québec, mais aussi en évaluant sa mesure. En effet, la mesure repose sur des indices qui, selon la gravité ou l'intensité de la pauvreté, peuvent varier d'une décennie à une autre, d'un pays à un autre... Deux articles étudient d'une part l'indice multidimensionnel de pauvreté-richeesse qui permet de comparer la pauvreté en France et au Québec, d'autre part l'indice de « défavorisation » matérielle et sociale qui permet d'analyser l'importance des inégalités face à l'espérance de vie en bonne santé.

Santé, société et solidarité, revue de l'Observatoire Franco-Québécois de la santé et de la Solidarité, n° 1, septembre 2003, 214 pages.

Rapports

Toulouse : Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine AZF

L'ampleur des conséquences sanitaires potentielles de l'explosion du 21 septembre 2001 a conduit à la mise en place par l'InVS, en collaboration avec la Drass de Midi-Pyrénées, d'un dispositif de suivi épidémiologique. Trois axes de travail ont ainsi été poursuivis pour l'évaluation de l'impact sanitaire dans son ensemble sur la population : premièrement, la caractérisation des risques liés aux rejets dans l'environnement libérés lors de l'explosion ou ultérieurement. Deuxièmement, la confrontation, l'analyse et la mise en perspective des informations disponibles dans les différents systèmes d'information sanitaire à visée d'alerte ou de surveillance. Troisièmement, un ensemble d'enquêtes auprès de populations exposées à des degrés divers aux conséquences de l'explosion (travailleurs de l'agglomération toulousaine, sauveteurs intervenus sur les lieux, élèves des établissements scolaires, résidents des quartiers situés à proximité du site de l'explosion). Ce rapport présente les résultats finalisés des deux premiers axes de travail à travers quatre chapitres comprenant : un rappel du contexte et des objectifs de l'analyse des risques, les méthodes utilisées pour la caractérisation des risques et l'analyse des données recueillies auprès des systèmes d'information sanitaire et systèmes d'alerte mis en place, les résultats de l'analyse de risque et enfin, l'interprétation et la discussion des résultats, les conclusions, et les recommandations qui peuvent être formulées pour la prévention secondaire des risques sanitaires dans un contexte d'accident industriel. Une synthèse des conclusions est présentée en fin de document.

Ce rapport est accessible sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr.

Enquête InVS, conséquences des expositions environnementales, août 2003, 112 pages.

Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France

Ce document réalisé à partir des travaux du groupe « Veille et diagnostic » de l'Urcam décrit les caractéristiques socio-démographiques de la région. Il présente par ailleurs les données sur la mortalité des Franciliens, leur morbidité, l'offre de soins libérale disponible, leur consommation de soins et notamment de médicaments et examens biologiques. Toutes les données des précédentes éditions ont été actualisées et enrichies de nouvelles informations sur la mortalité (infantile, prématurée), les affections de longue durée (prévalence), les médicaments (comparaison région/France), l'offre de soins (résultats départementaux), la CMU et les ALD au niveau cantonal. Ces résultats sont complétés par « 30 zooms » de l'assurance maladie et de ses principaux partenaires (Drass, ORS, ARH, Credes), qui présentent des résultats d'études (pratiques médicales, prise en charge des patients, organisation des soins, offre de soins, comportements, besoins), des points d'actualité (préparation de la loi de santé publique, programme de l'Assurance maladie, fond d'aide à la qualité des soins de ville, réseaux de santé)

et des supports d'information (site Internet « Personnes âgées, guide « promoteur » d'actions de santé publique, documents « patients » et « professionnels de santé »).

Le C-D-Rom est consultable sur le site Internet de l'Urcam : www.urcamif.assurance-maladie.fr.

Urcam d'Île-de-France, CD-Rom.

Colloque

Couverture des soins

Les *auditions de la Santé* ont traité de la couverture des soins le 2 avril dernier au Sénat en posant la question de savoir s'il fallait différencier la prise en charge en fonction du risque... Un CD retrace les débats qui ont porté successivement sur la différenciation par les pathologies, la différenciation en fonction des risques (le panier de soins) et la différenciation en fonction des payeurs.

Les auditions de la Santé au Palais du Luxembourg 2 avril 2003, CD.

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