

#### Textes officiels

##### **Modifications de la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, avec l'entrée de la maladie d'Alzheimer**

Un décret en date du 4 octobre 2004 modifie notamment l'article D. 322. 1 du code de la sécurité sociale en remplaçant : au seizième alinéa, le mot « lèpre » par les mots « maladie d'Alzheimer et autres démences », au vingt-quatrième alinéa, les mots « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale » par les mots « affections psychiatriques de longue durée » et enfin au trentième alinéa, après les mots « tuberculose active » est ajouté le mot « lèpre ». Par ailleurs, l'annexe à ce décret, qui mentionne et explique les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée « maladie d'Alzheimer et autres démences » et « affections psychiatriques de longue durée » est annexée à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale.

*Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, JO du 5 octobre 2004.*

##### **Temps partiel dans la fonction publique hospitalière**

Ce décret mentionne les différentes dispositions prises pour les agents titulaires et stagiaires ainsi pour les agents non titulaires concernant le temps partiel (conditions, durée, modalités de la réintégration à temps plein, congés, sécurité sociale, traitement...) dans la fonction publique hospitalière.

*Décret n° 2004-1063 du 1er octobre 2004, JO du 8 octobre 2004.*

##### **Organisation des branches d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles et composition des conseils de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des caisses primaires d'assurance maladie.**

*Décret n° 2004-1075 du 12 octobre 2004, JO du 13 octobre 2004.*

##### **Informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d'accident impliquant un tiers**

La personne atteinte de lésions imputables à un tiers doit en informer sa caisse de sécurité sociale dans les quinze jours suivant leur survenue. De même, le tiers responsable d'un accident ou de lésions causées à un assuré social doit en informer la caisse d'assurance maladie dont relève ce dernier dans les quinze jours, s'il n'en a pas informé son assureur. L'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date à laquelle il a pris connaissance de la survenue de l'accident.

*Décret n° 2004-1076 du 12 octobre 2004, JO du 13 octobre 2004.*

##### **Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie**

Un décret définit les modalités de fonctionnement et d'information de ce comité d'alerte en relation avec les experts, les organismes de sécurité sociale, les établissements publics, les services de l'État, les caisses d'assurance maladie...

*Décret n° 2004-1077 du 12 octobre, JO du 13 octobre 2004.*

revue de presse

## Composition et fonctionnement du Comité de la démographie médicale et modification du décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

Ce comité, qui doit se tenir chaque année, avant la fin du premier trimestre, transmet son avis aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'enseignement supérieur et du budget, pour l'année universitaire suivante, le nombre envisagé d'étudiants autorisés, à la fin de la première année du premier cycle, à poursuivre des études médicales, odontologiques, de sages-femmes ou pharmaceutiques.

*Décret n° 2004-1078 du 12 octobre 2004, JO du 13 octobre 2004.*

## Composition, missions et modalités de fonctionnement du Conseil de l'hospitalisation

En vue de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Conseil de l'hospitalisation transmet chaque année, au plus tard le 15 juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des propositions relatives au montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales afférents aux établissements de santé et un rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé.

*Arrêté du 8 octobre 2004 pris en application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, JO du 13 octobre 2004.*

## Articles

### Les maisons médicales de garde

Les maisons médicales de garde, (MMG) sont de plus en plus nombreuses en France (entre 100 et 150). Nées dans les années 2000, souvent à titre expérimental, elles ont su évoluer et faire aboutir leurs projets, grâce au concours de quelques caisses primaires d'assurance-maladie, de collectivités territoriales, d'ARH et parfois même de municipalités, voire de conseils généraux ou régionaux. En 2003, sur les 113 demandes de financement en matière de permanence de soins qui ont reçu un accord du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs), 56 concernaient une demande d'aide au financement de maison médicale de garde. Les budgets et le fonctionnement des MMG diffèrent souvent entre elles et les modes et le montant de rémunérations des médecins assurant la permanence des soins en MMG sont également très divers d'une structure à l'autre. Cet article du *Quotidien du Médecin* fait le point sur la situation.

*Le Quotidien du Médecin du 11 octobre 2004*

### La population domiciliée et décédée à Paris durant la canicule 2003 : étude de l'IML

Cette étude sur les 452 personnes décédées à domicile à Paris lors de la canicule du mois d'août 2003 (92 % d'entre elles sont décédées entre le 1<sup>er</sup> et le 20 août) repose sur les enquêtes effectuées par l'Institut Médico-Légal (IML) où les victimes ont été transportées. La moitié de ces personnes avait plus de 80 ans, 88 % vivaient seules (dont la moitié dans une seule pièce au dernier étage de l'immeuble). Une sur quatre n'avait plus aucun contact familial, amical ou social et certaines (15 %) refusaient tout contact avec l'extérieur. L'enquête a confirmé cet isolement également pour les personnes de moins de 60 ans ; plus de trois quart d'entre elles vivaient seules (84 %) et près de 30 % n'avaient aucune vie familiale ou sociale. Plus de 70 % des personnes présentaient des antécédents médicaux, affections cardiovasculaires et troubles psychologiques. Les psychotropes et les diurétiques occupaient une place importante dans les médicaments utilisés et d'autant plus importante que les sujets étaient particulièrement vulnérables du fait de leur âge, avec perte de la perception de la soif entraînant un déficit d'hydratation. Cette population, par sa grande vulnérabilité, a été la cible privilégiée de cette canicule exceptionnelle.

*Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, tome 188, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre 2004.*

## Études

### Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités

Plus d'un million de patients ont été suivis dans les 830 secteurs de psychiatrie générale durant l'année 2000. 85 % des patients ont été suivis en ambulatoire, en particulier en centres médico-psychologiques (CMP) et le nombre de patients suivis à temps partiel en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) a triplé en 12 ans. On observe que l'hospitalisation à temps plein demeure plus importante dans les secteurs rattachés à des établissements spécialisés. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont inférieurs à un mois dans 82 % des secteurs et un médecin est désigné comme référent pour un patient hospitalisé dans 97 % des secteurs. Un référent infirmier est également désigné lors des hospitalisations à temps plein dans la quasi-totalité des secteurs. 85 % des secteurs développent également des dispositifs spécifiques en cas d'urgence. La psychiatrie de liaison (mission de reconnaissance de troubles psychiques émergeant à l'occasion de l'hospitalisation somatique d'un patient) est pratiquée par trois secteurs sur quatre. La quasi-totalité des secteurs déclarent être en relation directe avec le médecin généraliste traitant des patients et plus fréquemment avec les psychiatres. L'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social constituent des missions importantes qui complètent la prise en charge médicale du patient.

*Drees, Études et Résultats, n° 342, octobre 2004, 12 pages.*

### Toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2003

Les données de cette étude issues du dispositif TREND (tendances récentes et nouvelles drogues) dressent l'état des lieux de la toxicomanie à Paris où la situation est très hétérogène selon les arrondissements. Trois arrondissements ne disposent d'aucune structure de prise en charge ni d'aucun automate, mais on observe toutefois une augmentation du nombre de Centres de soins spécialisés pour toxicomanes. La grande désinsertion des toxicomanes est observée aussi par les professionnels de santé qui indiquent que la prise en charge sociale (ainsi que psychiatrique) reste très difficile et insuffisante pour une large part des usagers de drogues bénéficiant d'un traitement de substitution. Les phénomènes d'alcoolisation chez les personnes sous substitution aux opiacés semblent très fréquents et rendent difficile la prise en charge des hépatites C, infection rencontrée très souvent dans cette population. Après avoir fourni des points de repères sur ce phénomène, l'étude s'attache à donner les caractéristiques des usagers de drogues rencontrés dans l'espace urbain (milieu festif...) ainsi que les produits qu'ils consomment : en premier lieu, cannabis et opiacés, puis produits stimulants (cocaïne, ecstasy...), hallucinogènes (LSD...) et psychotropes.

*Observatoire régional de santé d'Île-de-France, juin 2004, 140 pages et plaquette présentant la synthèse des résultats.*

### Impacts sanitaires des apports de matières fertilisantes sur les sols franciliens

Cette plaquette fait la synthèse d'une étude menée en collaboration avec le département environnement urbain et rural de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France. Elle traite des apports sur le sol francilien de fertilisants et de pesticides (boues des stations d'épuration des eaux urbaines, composts d'ordures ménagères, effluents d'élevage, engrais de synthèse et nitrate) et de leur impact sur la santé des Franciliens. Le nombre de données est encore insuffisant, mais d'ores et déjà, on peut s'apercevoir à la lecture des graphiques que le département de Seine et Marne est celui qui est le plus concerné par les épandages de boues et de compost ayant connu au moins une fois un dépassement de la norme fixée à 0, 1µg/1 de pesticides.

*Observatoire régional de santé d'Île-de-France et Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France, juillet 2004, 4 pages.*

## Ouvrage

### La santé en Franche-Comté : regards et perspectives

Cet ouvrage est le fruit de la collaboration de l'Urcam, de la Drass, de l'ARH, de l'ORS et de l'Insee de Franche-Comté. Il permet, grâce à une présentation générale de la région et grâce aux nombreux thèmes abordés et développés sous forme de fiches (présentation du contexte, illustrations graphiques, cartes et « zoom » sur une action spécifique) de savoir comment se portent les Francs-Comtois : l'évolution de la population, les facteurs socio-économiques, l'environnement, les causes de la morbidité et les pathologies rencontrées, la mortalité... De même, il permet de connaître l'offre de santé (le nombre de médecins et des professionnels de santé, l'offre de soins en établissements) et les dépenses de l'assurance maladie. Un glossaire des termes employés ainsi que des références utiles d'adresses et de sites Internet figurent à la fin de cet ouvrage.

*La santé en Franche-Comté, Urcam, Drass, ARH, ORS et Insee, numéro Hors-série d'Objectifs Santé, septembre 2004, 41 pages.*

## Séminaire

### Expérience d'un réseau de prévention « bien vieillir »

L'origine de ce séminaire, qui a eu lieu à Bordeaux les 17 et 18 septembre 2003, vient d'une démarche mutualiste, celle de la Mutuelle Générale de l'Équipement et des Territoires (MGET), confrontée depuis quelques années à l'augmentation de la moyenne d'âge de ses adhérents. La consommation médicale étant en augmentation régulière, notamment en indemnités journalières et dans le domaine de la dépendance, la MGET a cherché, au-delà d'un partenariat et d'un partage d'expériences, à montrer sa volonté d'aider et d'accompagner, tout au long de leur vie, ses adhérents pour réussir une retraite réussie. C'est dans cette perspective que la MGET, avec l'expertise du centre de gérontologie Sainte-Périne à Paris, a élaboré deux actions préventives : un séminaire santé de préparation à la retraite d'une journée et un bilan de santé gérontologique pour les retraités de 60 à 75 ans. Après quelques années de fonctionnement, il semblait donc nécessaire à la MGET d'organiser un séminaire avec la participation de chercheurs et des professionnels de santé pour faire le point sur ces deux actions de prévention et en évaluer les acquis.

*Actes du séminaire de la MGET, Collection prévenir, sous la direction scientifique du professeur de santé publique, Bernard Cassou, juin 2004, 40 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](http://www.hcsp.ensp.fr)