

Textes officiels

Participation financière de l'assuré

Un décret en date du 30 décembre 2004 définit la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et fixée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour certains frais d'honoraires afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation, pour certains médicaments, spécialités homéopathiques, frais de transport et frais de soins thermaux...

Décret n° 2004-1490 du 30 décembre 2004 modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JO du 31 décembre 2004.

Objectifs de dépenses des établissements de santé et fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie

Décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004, modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JO du 1er janvier 2005.

Contrat type entre les accueillants familiaux et les personnes accueillies à titre onéreux

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale inscrit la prise en charge dispensée par les accueillants familiaux dans la palette des réponses offertes aux personnes âgées ou handicapées. La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale rénove dans ce contexte le dispositif d'accueil familial notamment en uniformisant les modalités d'accueil dans le cadre d'un contrat type. Celui-ci fixe notamment le montant de la rémunération journalière des services rendus et le montant de l'indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie.

Décret n° 2004-1542 du 30 décembre 2004 relatif au contrat type prévu à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, JO. Du 1er janvier 2005.

Demande d'agrément des accueillants familiaux pour personnes âgées ou handicapées

Un décret en date du 30 décembre 2004 précise aux particuliers qui proposent d'accueillir à titre habituel et onéreux des personnes âgées ou handicapées, les modalités et les délais d'instruction de la demande d'agrément (conditions d'accueil, de logement...).

Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004, modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire), JO du 1er janvier 2005.

Études

L'activité des Cotorep en 2003

Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) qui siègent dans chaque département sont habilitées à reconnaître le handicap des adultes et

à apprécier leur taux d'incapacité. Elles statuent sur treize types de demandes dont six concernent des mesures relatives au travail et trois l'attribution d'allocations. Alors que les moyens administratifs des Cotorep ont peu varié depuis douze ans, leur activité est passée de 700 000 décisions en 1991 à plus du double en 2003, soit 1 530 000, 423 000 demandes n'ont pas reçu d'avis favorable, soit 28 % de rejet. Les Cotorep ont reçu 340 000 demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH) dont 65 % ont reçu un accord. De même, 309 000 demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ont conduit à 252 000 réponses favorables. Les demandes examinées émanent plus souvent d'hommes que de femmes mais après 65 ans c'est l'inverse, à cause des espérances de vie différenciées. Les disparités entre départements sont sensibles et les taux d'incapacité reconnus et accordés varient de manière très importante d'une Cotorep à l'autre.

Drees, Études et Résultats, n° 363, décembre 2004, 12 pages.

La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C chronique

L'enquête menée au cours de la semaine du 24 au 30 novembre 2003 est la première qui aborde au niveau national les différents aspects de la prise en charge globale (aspects aussi bien médicaux que psychologiques et sociaux) des patients atteints d'hépatite C chronique. Parmi les 3 600 patients enquêtés, plus de 60 % sont des hommes et près de 8 patients sur 10 sont pris en charge en consultation externe. Plus de 4 patients sur 10 déclarent être habituellement suivis en ville, soit exclusivement, soit en association avec un suivi hospitalier. Près de 70 % d'entre eux présentent une hépatite C chronique non compliquée. Plus d'un tiers des patients ont pour facteur de risque suspecté l'injection de drogues par voie intraveineuse. La grande majorité des patients se déclarent satisfaits de l'information sur la maladie dispensée par le personnel médical et paramédical qui les suit habituellement. Le médecin et les proches restent les interlocuteurs privilégiés, mais en raison de la fatigue et de la dégradation du moral, des activités physiques et de la capacité de travail, 25 % des patients déclarent avoir bénéficié au moins une fois d'un entretien avec un psychiatre ou un psychologue.

Drees, Études et Résultats, n° 368, janvier 2005, 8 pages.

Les secteurs de psychiatrie générale en 2000

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique. En 2000, la France est divisée en 830 secteurs de psychiatrie générale (en moyenne, un secteur pour 54 000 habitants). La majorité (56 %) des secteurs sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-CHS), 36 % à un établissement public de santé non spécialisé (CHR), 8 % à un établissement privé de santé spécialisé. On observe une forte hausse des taux de recours (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) depuis 1989, due en partie au développement des soins ambulatoires : les patients suivis en ambulatoire bénéficient de consultation en Centre médico-psychologique (CMP). Les patients suivis à temps partiel ont augmenté : doublement de la file active en douze ans, avec une multiplication par trois pour les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP). Les patients suivis en hôpital de nuit et en atelier thérapeutique représentent chacun moins de 1 % de la file active totale, et tendent à diminuer depuis 1997 tandis que les patients à temps complet ont peu d'alternatives à l'hospitalisation : l'accueil en hospitalisation temps plein concerne 295 000 personnes, soit la quasi-totalité des patients suivis à temps complet. Cette étude de la Drees décrit également le personnel et l'équipement des secteurs, les structures d'accueil et les autres modes de prise en charge, les organisations de soins et pratiques professionnelles, le développement de l'intersectorialité, les réseaux... Les éléments de disparités régionales composent la deuxième partie de cette étude.

Drees, série Études, document de travail, n° 42, mars 2004, 120 pages.

Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne : avancement et perspectives

En août dernier, la Drees a publié un dossier consacré à la protection sociale avec un aperçu de la situation des dix nouveaux membres de l'Union européenne. Le présent numéro passe en revue les étapes accomplies dans le domaine des retraites et des indicateurs de cohésion

sociale permettant de comparer les politiques mises en œuvre dans les différents États, avant d'évoquer les perspectives à venir dans le domaine des personnes privées de logement et de la santé. Des avancées récentes ont été accomplies dans le domaine des indicateurs de la cohésion sociale, mais la diversité tant institutionnelle que culturelle des États de l'Union montre que chaque pays a une manière particulière d'intervenir auprès des sans-abri et dispose d'un système de mesure qui lui est propre. Ce dossier s'achève par les travaux de recherche menés depuis dix ans par le groupe « Euro-REVES » et visant à mettre en place des indicateurs relatifs à la santé des populations européennes. Ces travaux, qui ont abouti à des propositions en matière d'instruments de mesures et d'indicateurs synthétiques, auront sans doute comme débouché prochain la mise en place d'un système d'enquêtes sur la santé au niveau européen.

Drees, dossiers solidarité et santé, n° 2, avril-juin 2004, octobre 2004, 200 pages.

SHARE : vers un panel européen sur la santé et le vieillissement

The Survey on Health Ageing and Retirement in Europe SHARE, est un projet d'enquête européenne qui, de 2002 à 2004, a réuni des chercheurs de 11 pays européens, dont la France, sur la santé, le vieillissement et les retraites. L'objectif du projet SHARE est de constituer une base d'informations pluridisciplinaires sur la population âgée en Europe sur des thèmes aussi variés que l'impact de l'état de santé sur le maintien ou non en activité des personnes, l'impact du support social sur l'état de santé, les comparaisons de recours aux soins et des modes de prises en charge des personnes âgées en Europe (selon l'âge, l'état de santé, le pays de résidence) ou l'incapacité et le passage en institution... L'enquête française a retenu six régions pour sa première enquête et interroge les ménages dont un membre est âgé de 50 ans ou plus. Les personnes vivant en institution, en particulier en maison de retraite, ne sont pas pour le moment interrogées. À la fin du premier trimestre 2005, les données de l'enquête SHARE seront mises à disposition de la communauté des chercheurs et seront exploitées pour mener les premières analyses, construire des indicateurs de suivi et diffuser l'information le plus largement possible.

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 88, décembre 2004, 4 pages.

Dossiers

Des malades pas si imaginaires

Le *Quotidien du médecin* consacre dans la rubrique le temps de la médecine un dossier aux hypocondriaques, malades imaginaires, qui, à la suite de symptômes ou de troubles passagers, se précipitent sur des informations médicales qu'ils interprètent de manière erronée. Selon une étude du groupe Harris interactive, plus de 50 % des internautes consultant le Web sont à la recherche d'informations (de plus en plus nombreuses) sur des maladies dans lesquelles ils n'ont aucun mal à se reconnaître car ils les interprètent selon leur angoisse du moment. Reste que cette recherche est symptomatique d'une crainte ou d'une anxiété pathologique, qui peut conduire l'hypocondriaque à l'obsession : il est donc nécessaire de ne pas méconnaître cette souffrance pour la soigner.

Le Quotidien du médecin, jeudi 20 janvier 2005.

Alcool et sécurité routière : France, Royaume-Uni et Italie

L'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb) a consacré un numéro à l'alcool et la sécurité routière : pour mémoire, en 2003, le nombre de personnes tuées sur les routes françaises a diminué de plus de 20 %. Cependant, il y a eu encore 5 732 tués sur la route, dont 1 476 tués chez les 15-24 ans (représentant 13 % de la population, mais 25,8 % des tués sur la route) et 1 644 tués dans des accidents liés à l'alcool (-14,1 % depuis 2002, soit un tiers de tués en moins depuis 2001). Cette étude donne par ailleurs une comparaison entre l'Italie, la France et la Grande-Bretagne concernant les accidents liés à l'alcool. En Grande-Bretagne, la dissuasion est si crédible qu'il y a environ quatre fois moins d'accidents de la route sous influence de l'alcool qu'en France. L'Italie connaît une situation qui va en s'aggravant pour deux

raisons : le recueil des données d'accidentologie s'est fortement amélioré et aujourd'hui, on connaît mieux la situation réelle qu'auparavant ; le dispositif dissuasif du permis à point n'a pas eu l'impact escompté sur les conducteurs. De manière générale en Europe, le combat sur la prévention portera dans les prochaines années sur le noyau dur des fortes alcoolémies et des polyconsommations.

Focus alcoologie, n° 7, quatrième trimestre 2004.

Nutrition, ça bouge à l'école

C'est sous ce titre que la revue *La santé de l'homme* présente les différents projets d'actions en éducation nutritionnelle à l'école, dont le but est d'allier l'alimentation et l'activité physique pour obtenir un bon équilibre. Les établissements scolaires disposent désormais d'un cadre réglementaire précis pour organiser leurs actions : sensibiliser les élèves à une politique générale de prévention et d'éducation pour la santé, promouvoir l'équilibre alimentaire (contre l'obésité et le surpoids) en supprimant les distributeurs de sodas, en luttant contre le grignotage et la sédentarité, et en valorisant la consommation d'aliments variés (cruautés, légumes et fruits) dans leur cantine. Ce dossier présente de nombreuses expériences scolaires dont le bilan positif illustre la coordination des différents acteurs impliqués dans l'éducation nutritionnelle : infirmières, médecins, assistantes sociales, enseignants, personnels de restauration, cuisiniers, intendants, directeurs d'école, chefs d'établissement, parents d'élèves, sans oublier les collectivités locales, l'assurance maladie, les associations ou les professionnels de l'agroalimentaire largement associés dans la mise en place de partenariats avec l'école. Afin de renforcer également leur partenariat dans la promotion de la santé des enfants et des adolescents, l'INPES et l'Éducation nationale ont signé une convention dont les projets en éducation nutritionnelle sont nombreux : guide, ouverture de sites Internet, mallette pédagogique...

Inpes, la Santé de l'homme, n° 374, novembre-décembre 2004.

Guide

Cancer : toutes les réponses à vos questions

Le Pr Philippe Jeanteur rassemble dans cet ouvrage toutes les questions sur le cancer qu'il a pu collecter au fil des années auprès de ses patients ou de ses collègues et auxquelles il répond dans un style simple et clair. Sont abordés successivement dans cet ouvrage : les causes et les mécanismes du cancer, l'environnement, la prévention, le dépistage et la prédisposition, l'évolution de la maladie, le diagnostic, les traitements classiques, la grossesse, la fertilité et la sexualité face au cancer, les nouveaux traitements et essais thérapeutiques, l'éthique en cancérologie, l'organisation des soins et de la recherche... Ce guide s'accompagne de nombreuses annexes et d'un index.

Philippe Jeanteur, Dialogue médecin-malade, John Libbey eurotext, novembre 2004, 240 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