

### Articles

#### Inde : industrie pharmaceutique un système à construire

Cet article de *Pharmaceutiques* fait suite aux journées pharmaceutiques et médicales Inde-France, qui se sont tenues en novembre 2005 à New Delhi, en détachant les principales caractéristiques propres à l'industrie pharmaceutique indienne. Celle-ci occupe actuellement le 14<sup>e</sup> rang mondial du marché pharmaceutique en valeur et le 4<sup>e</sup> rang en volume. Avec sa croissance spectaculaire dans ce domaine, l'Inde est également un acteur très important sur le marché du générique et souhaite le devenir dans le secteur de la recherche et du développement de molécules princeps. Cette volonté d'occuper une place importante dans ce secteur se concrétise par la mise en place d'importantes incitations fiscales de la part du gouvernement indien pour aider les entreprises qui investissent dans la recherche. L'Inde a toutefois beaucoup de difficultés pour parvenir à une répartition homogène des soins et des médicaments face à la pauvreté et à la taille considérable du pays, bien qu'en matière de santé, de nombreux progrès aient été déjà accomplis.

*Pharmaceutiques, n° 133, janvier 2006.*

#### Europe : coup de pouce aux PME pour les demandes d'autorisations de mise sur le marché (AMM) pour l'évaluation des médicaments (EMA).

L'objectif du règlement CE n° 2049/2005 paru au Journal officiel de l'Union européenne le 16 décembre 2005, est de favoriser le développement et la commercialisation des innovations thérapeutiques dans l'Union en encourageant les PME à introduire des demandes d'autorisation de médicaments auprès de l'Agence européenne des médicaments. Pour cela, grâce à de nouvelles mesures allégeant le coût de l'AMM (reports et réductions de redevances pour un certain nombre de services de l'Agence, aide administrative, mise en place d'un guichet unique...), il rendra plus facile la commercialisation des médicaments nouveaux et innovants, dont bénéficieront aussi les utilisateurs.

*Pharmaceutiques, n° 133, janvier 2006.*

### Études

#### La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins

Face à un sentiment de pénurie dans la profession de sage-femme, l'Irdes analyse l'état des lieux de la situation démographique de cette profession en 2003 et propose une méthode d'estimation des besoins dans les prochaines années. Elle constate en premier lieu une croissance soutenue du nombre de sages-femmes de 3 % par an en moyenne depuis 1990 et compte fin 2003, entre 16 000 et 17 000 sages-femmes en France. Deux facteurs principaux ont contribué à cette évolution : les quotas à l'entrée de l'école des sages-femmes (qui ont connu une croissance soutenue pour répondre aux exigences de sécurité et de qualité à la naissance) et un allongement de la durée de vie professionnelle (qui serait passé de 28 ans en 1990 à 34 ans en 1999). En second lieu, l'Irdes s'attache à expliquer l'augmentation du besoin de cette profession dû à plusieurs facteurs : l'augmentation de la natalité depuis 2000, la stabilisation du nombre de gynécologues-obstétriciens, les changements dans l'organisation du temps de travail dus aux 35 heures, la modification des choix personnels des sages-femmes et l'évolution

de leur activité. À partir de ces analyses, l'Irdes a proposé un travail exploratoire : les besoins de sages-femmes en 2003 pour une région donnée (la région Bourgogne) calculés selon deux méthodes et utilisés pour estimer la date d'un retour à l'équilibre démographique à quota constant : la première méthode, basée sur le recensement des postes hospitaliers vacants, montre un retour à l'équilibre en 2007, la deuxième estimation (basée sur un référentiel de prise en charge professionnel et réglementaire) montre que, compte tenu des effectifs actuels, 14 % des besoins ne seraient pas couverts dans cette région et que le retour à l'équilibre ne se ferait pas avant 2010. Cependant, cette dernière méthode d'estimation présente une limite majeure car le référentiel n'intègre pas les autres professionnels intervenant au cours de la grossesse.

*Irdes, questions d'économie de la santé, n° 101, décembre 2006, 4 pages.*

## La protection sociale dans l'union européenne

Les dépenses de protection sociale ont représenté 27,7 % du PIB de l'UE-25 en 2002. Cette moyenne, exprimée en pourcentage du PIB, varie d'un État membre à l'autre. En Suède, la part des dépenses de protection sociale en 2002 a été la plus élevée (31,4 %), ainsi qu'en France (30,0 %), en Allemagne (29,8 %) et au Danemark (29,4 %). C'est en Estonie et en Lettonie (14,3 %) que les dépenses ont été les plus faibles. Malgré ces disparités, les fonctions vieillesse et survie constituent une part prédominante du total des prestations pour la plupart des pays : les dépenses à prix constants de ces deux fonctions ont augmenté de 2,7 % par an entre 1998 et 2002 dans l'UE-15. Ces informations, qui proviennent d'un rapport publié par Eurostat (l'Office statistique des Communautés européennes), révèlent la diversité du système de financement de la protection sociale, qui privilégie selon les pays, soit les cotisations sociales, soit les contributions publiques. Cependant, la divergence entre les pays européens s'atténue progressivement avec, d'un côté l'accroissement du financement fiscal dans les pays où il était faible et à l'inverse, l'importance accrue des cotisations dans les pays à contributions publiques élevées.

*Eurostat, Statistiques en bref, population et conditions sociales, n° 14/2005.*

## Dossiers

### Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ?

Face à la très forte et rapide progression de la montée en charge des services d'urgence en France, une organisation plus structurée et une méthode de travail en réseau se sont avérées nécessaires. Le numéro n° 52 d'*Actualité et dossier en santé publique* expose la complexité de l'organisation des soins d'urgence, qui demande à la fois de nombreux moyens logistiques et l'intervention de nombreux acteurs dont la coordination est indispensable dans la gestion de la prise en charge du patient. Ce dossier se compose de trois parties pour en expliquer le processus : organisation de la prise en charge, en amont de l'hôpital, et à l'hôpital et après. Des tribunes donnant la parole aux usagers et aux urgentistes complètent ce dossier.

*Haut Comité de la santé publique, actualité et dossier en santé publique, n° 52 septembre 2005.*

### La Fondation Wellcome Trust

La revue *Actualités scientifiques au Royaume-Uni* consacre un dossier à la Fondation Wellcome, institution de droit privé britannique à but non-lucratif (datant de 1936) et qui finance la recherche pour améliorer le bien-être et la santé humaine et animale. La compagnie possède une dotation d'environ 16,5 milliards d'euros, ce qui lui donne le statut de la plus grande source de financement non gouvernementale pour la recherche biomédicale. Après avoir rappelé l'origine et l'historique du Wellcome Trust, ce dossier en présente l'organisation, les stratégies et les missions, ainsi que les avancées apportées par des recherches financées par cette fondation. En effet, le Wellcome Trust offre des possibilités de financement dans différents domaines : projets de recherche, personnels chercheurs, soutien aux étudiants, fellowship internationaux, prix d'universités, personnels de valeur (aide au recrutement de personnels de haut niveau dans des universités), santé animale dans les pays en développement (impact des maladies animales sur la santé et le bien-être humain), renforcement du capital (construction ou rénovation de bâtiments dont les projets tombent dans les secteurs scientifiques), prix stratégiques,

changements de populations et impact sur la santé publique (particulièrement dans les pays en développement)...

*Ambassade de France au Royaume-Uni, service Science et technologie, Actualités scientifiques au Royaume-Uni, novembre-décembre 2005.*

## Congrès

### Nouveautés sur le remodelage osseux

Avec le vieillissement des populations, le nombre de personnes touchées par l'ostéoporose s'accroît. Aujourd'hui, on estime que quatre femmes sur dix de cinquante ans, seront victimes d'au moins une fracture au cours des années à venir... Face à l'ampleur du problème posé par l'ostéoporose dans les pays occidentaux, *Le Quotidien du médecin* consacre une édition spéciale au 27<sup>e</sup> congrès de l'*American Society for bone and mineral research* (ASBMR), qui s'est tenu du 23 au 27 septembre 2005 à Nashville aux États-Unis. Ce congrès a permis de faire le point sur l'évolution des connaissances des mécanismes présidant à la perte osseuse et le rôle majeur joué par la microarchitecture dans la solidité de l'os : désormais, à côté de la densité minérale osseuse est prise en compte la notion de résistance osseuse. Après différents articles concernant les nouveautés sur le remodelage osseux (mécanismes de régulation), sur l'ostéopathie de l'anorexie, sur les fractures de stress (10 % de la traumatologie sportive), ce numéro aborde l'approche thérapeutique innovante (ranélate de strontium) dans l'ostéoporose post-ménopausique.

*Le Quotidien du Médecin, cahier 2, 10 janvier 2006, 14 pages.*

## Ouvrages

### Comment tuer l'État : précis de malfaçons et de malfaisances

L'auteur, Claude Got, professeur de médecine et expert de la prévention du risque sanitaire, analyse dans cet ouvrage les mécanismes de l'erreur pour prévenir les dommages évitables et éviter le refuge dans la doctrine (proche du dogmatisme) ou dans l'abstention d'agir au nom du libre arbitre et de l'individualisme (prétexte à une certaine irresponsabilité). Identifier les défauts n'est pas une méthode passive, et permet de progresser dans l'évaluation pour éviter les malfaçons ou le manque de savoir-faire et en tirer des leçons... La crédibilité du pouvoir politique passe, pour l'auteur, par une aptitude à sortir d'une certaine démagogie, à prendre position et à traduire en actes des choix de société qui engagent l'avenir. Des exemples concrets, reflétant certains dysfonctionnements du pouvoir politique (canicule de l'été 2003, arrêt Perruche, négligence du risque lié à l'amiante...) viennent à l'appui de ses observations.

*Claude Got, Éditions Bayard, août 2005, 208 pages.*

### Le consentement : droit nouveau du patient ou imposture ?

Le patient doit signer un consentement avant tout examen clinique ou complémentaire et avant toute intervention médicale, pour lesquels il doit être informé des risques qu'il encourt... Le concept du consentement du malade pose de nombreuses questions aussi bien du point de vue éthique (garant du respect de la personne) que juridique (le consentement évite-t-il les préjudices?). De ce fait, ces questions requièrent une confrontation transdisciplinaire réunissant philosophes, juristes, universitaires ou magistrats, médecins, praticiens hospitaliers, chercheurs en sciences humaines et sociales, psychanalystes dont cet ouvrage reflète les différents regards.

*Jean-Paul Cavarni et Roland Gori, Éditions In press, décembre 2005, 209 pages.*

### Le service social en psychiatrie

Les auteurs de cet ouvrage sont issus du Groupe d'études et de recherches sur le service social en psychiatrie (GERSSP), créé en 1985 à l'initiative de la direction générale de la santé. Après un chapitre rappelant la naissance du service social psychiatrique en 1920, son essor et son développement dans les années de 1955 à 1970, son évolution au cours des

années quatre-vingt-dix à la situation actuelle, les auteurs insistent dans le second chapitre sur l'importance du travail en réseau. En effet, les principes qui ont présidé à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et inspiré la politique de santé mentale en France ont toujours reposé sur les notions de liaison, coordination, concertation, complémentarité, d'information, de collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, permettant de développer et d'assurer des actions de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion des malades mentaux. Dans ce contexte, le travail en réseau a toujours été présenté comme un outil indispensable pour conduire ces missions : c'est au cœur de l'équipe soignante, que l'assistant social (seul professionnel ayant une formation relevant du champ social) peut remplir un rôle de médiateur en facilitant le lien social entre le patient (en le représentant dans son cadre de vie) et le corps soignant (médecin et infirmier). Dans les troisième et quatrième chapitres, les auteurs décrivent plus particulièrement la contribution du travail social en psychiatrie générale et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avant d'aborder dans le dernier chapitre l'évolution de la profession liée à de nouveaux enjeux de formations et de nouvelles compétences...

**Sous la coordination d'Annie Cartier, éditions ENSP, décembre 2005, 171 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  
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP  
01 40 56 79 80  
01 40 56 79 49  
[www.hcsp.ensp.fr](http://www.hcsp.ensp.fr)