

### Textes Officiels

#### Renforcement de la prévention et de la répression concernant la violence

La loi du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs et s'attache également à lutter contre les mariages forcés. L'exercice d'une contrainte sur les époux ou sur l'un d'eux, y compris par crainte révérencielle envers un ascendant, constitue un cas de nullité du mariage. Un important dispositif de répression est institué à l'encontre de l'auteur de violences commises envers son conjoint ou ses enfants. Une série de dispositions renforce également la protection des mineurs contre les violences, y compris celles dues à des mutilations sexuelles, telle que l'excision, qui sont interdites en France.

*Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006, JO du 5 avril 2006.*

#### Lutte contre le dopage et protection de la santé des sportifs

La loi du 5 avril 2006 renforce les garanties des conditions de pratique des activités physiques des sportifs de la loi du 16 juillet 1984 en engageant et coordonnant des actions de prévention, de surveillance médicale, de recherche et d'éducation avec le concours, notamment, de fédérations sportives, pour assurer une meilleure protection de la santé des sportifs et lutter contre le dopage. L'Agence française de lutte contre le dopage coopère avec l'organisme international chargé de la lutte contre le dopage reconnu par le Comité international olympique et avec les fédérations sportives internationales. Cette loi précise les moyens mis en œuvre pour organiser la lutte contre le dopage des sportifs mais aussi contre le dopage animal et donne les modalités d'application de la surveillance médicale des sportifs.

*Loi n° 2006-405 du 5 avril 2006, JO du 6 avril 2006.*

#### Précisions sur la constitution et la nature des groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale

Un décret en date du 6 avril 2006 rappelle la constitution des groupements d'intérêt public (GIP) ou des groupements de coopération sociale ou médico-sociale ainsi que leur organisation et administration dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale. Ces groupements peuvent être constitués entre deux ou plusieurs établissements et services sociaux ou médico-sociaux pour assurer la coordination des interventions dans ces domaines.

*Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire), JO du 8 avril 2006.*

#### Gestion budgétaire, comptable et financière et modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil

Un décret en date du 7 avril 2006 modifie le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) en apportant de nouvelles dispositions relatives à la procédure budgétaire et comptable dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'aux modalités de financements de certains établissements sociaux et médico-sociaux, de l'accueil temporaire et des lieux de vie et d'accueil.

*Décret n° 2006-422 du 7 avril 2006, JO du 9 avril 2006.*

## Articles

### Le cannabis : 3 joints = un paquet de cigarettes

**S**i les méfaits de la cigarette sont mis en exergue, ceux du cannabis sont moins connus. Le cannabis jouit d'une image plus douce, voire presque naturelle chez les jeunes qui l'associent au plaisir... Or, le cannabis qui est la drogue illicite la plus consommée en France et également la plus accessible, présente des dangers non négligeables pour la santé. L'enquête « Escapad », étude réalisée annuellement à l'occasion de la Journée d'appel de préparation à la défense, permet de suivre l'évolution de la consommation du cannabis chez les jeunes en France (qui dépasse celles observées dans les autres pays). En 2003, 50 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 15 % des garçons et 7 % des filles sont des fumeurs réguliers. L'extension du marché a fait progresser les techniques de sélection permettant au fumeur de cannabis d'avoir des sensations de plaisir grâce aux effets psychotropes du tétrahydrocannabinol (THC). Or ces effets euphoriques masquent des méfaits qui apparaissent même à faible dose : le cannabis n'entraîne pas d'overdose (aucun décès direct ne lui est directement associé) mais il perturbe rapidement la mémoire, la concentration intellectuelle et modifie la vision, la vigilance et les réflexes (risque d'accident). À long terme, sa consommation peut entraîner des troubles psychiques, voire aggraver les manifestations de la schizophrénie et favoriser la dépression. Par ailleurs, des tests récents ont démontré que la fumée du cannabis est beaucoup plus toxique que celle du tabac (le joint de cannabis fait inhaler six à sept fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone que la cigarette) et fait courir les mêmes risques de cancers (poumons, gorge) ou de maladies cardio-vasculaires.

*Institut national de la consommation, 60 millions de consommateurs, n° 404, avril 2006.*

### Adoption de la Déclaration universelle sur la bioéthique par l'Unesco

**L**ors de sa 33<sup>e</sup> session, le 19 octobre dernier, la Conférence générale de l'Unesco a adopté la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Le contenu de la déclaration « traite des questions d'éthique posées par la médecine, les sciences de la vie et les technologies associées appliquées aux êtres humains, en tenant compte de leurs dimensions sociale, juridique et environnementale ». L'objectif le plus important est « d'offrir un cadre universel de principes et de procédures pour guider les États dans la formulation de leur législation, de leurs politiques ou d'autres instruments en matière de bioéthique ». Cette déclaration marque le début d'un processus qui devrait être mis en œuvre (l'Unesco se propose d'aider à la mise en place de comités de programmes de bioéthique là où ils n'existent pas, de poursuivre l'élaboration d'une banque de données sur les législations qui existent sur ces questions) pour devenir à terme, après réexamen et mise à jour de son contenu, une convention approuvée par les États membres.

*Les cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n° 46, janvier/mars 2006.*

## Études

### Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation

**À** la fin des années soixante-dix et au début des années quatre-vingt, les trois principaux pays du sud de l'Europe avaient choisi de mettre en place des services nationaux de santé fondés sur le principe d'un accès universel aux soins. Cependant l'évolution économique liée à la décentralisation (les régions en Italie, les Communautés autonomes en Espagne) a conduit dans ces deux pays à une différenciation des modes d'organisation des systèmes de soins selon les régions. De son côté, le système de santé portugais a expérimenté des formes de décentralisation diverses mais le financement du service national de santé reste centralisé et assuré par les impôts collectés au niveau national et les régions ne disposent en la matière d'aucune autonomie financière. Dans les trois pays, les inégalités prononcées d'offre et d'accès aux soins entre régions du Nord et du Sud, entre villes et zones rurales se sont réduites depuis la mise en place de services nationaux de santé. Cependant, il existe encore des disparités importantes d'offre de soins : en Espagne, les écarts de densité médicale et de lits hospitaliers

entre régions ainsi que le nombre d'hôpitaux spécialisés restent toujours importants... En Italie, la dépense de santé par habitant est beaucoup moins élevée dans les régions du Sud que dans celles du Nord (elle passe de 1 000 euros en Sicile à 1 600 euros dans la province de Bolzano)... En conclusion, il semble que le rôle de l'État central dans les systèmes décentralisés de santé de l'Europe du Sud s'avère fondamental pour garantir l'équité d'accès et de niveau de soins.

*Drees, Études et Résultats, n° 475, mars 2006, 8 pages.*

## Tableau de Bord

### Périnatalité dans les Pays de la Loire

Depuis une dizaine d'années, l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire met à la disposition des acteurs de santé de la région différents indicateurs de santé. L'édition imprimée du tableau de bord « périnatalité » réalisée en collaboration avec le Réseau sécurité-naissance — naître ensemble des Pays de la Loire rassemble, pour les départements et la région, les séries de données relatives aux naissances (naissances vivantes domiciliées et enregistrées, taux de fécondité selon l'âge des mères, rang biologique de naissance, accouchements multiples, accouchements par césarienne, lieux d'accouchement...) ainsi qu'à la mortalité autour de la naissance (mortalité maternelle, mortalité infantile selon la cause de décès, mortalité néonatale précoce, mortalités périnatale et néonatale). En 2004, les Pays de la Loire présentent un taux inférieur de 7,5 % de mortalité infantile par rapport à la moyenne nationale et plus de 50 % des naissances concernent des femmes âgées de plus de trente ans (contre 25 % en 1980). L'indicateur conjoncturel de fécondité est le plus élevé de France métropolitaine avec 199 enfants pour 100 femmes (année 2003). Il faut noter que le département de la Mayenne a le plus fort indicateur de fécondité de France.

*Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, Tableau de bord d'indicateurs, édition 2006, 68 pages.*

## Rapports

### Évolution des dépenses d'assurance maladie, soins de ville dans les départements d'outre-mer

Les Dom, qui regroupent 1,8 million d'habitants, représentent un peu moins de 3 % des bénéficiaires du régime général en assurance maladie, maternité, accidents du travail ; ceux-ci réalisent un peu plus de 2,3 % des dépenses de soins de ville (champ ONDAM). La mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales comportait trois principales questions auxquelles répond le rapport : la première partie porte sur l'expertise des données fournies par la Cnamts et les caisses de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre-mer. La deuxième partie présente les déterminants des dépenses d'assurance maladie (évolution de la population, de l'épidémiologie, de la situation sociale, de l'offre ambulatoire à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane...), en signalant la croissance en soins de ville. La troisième partie répond à la dernière question sur les éventuels facteurs spécifiques de dépenses injustifiées et les mesures correctrices à prendre avec notamment les surcoûts liés aux frais d'approche des médicaments. Les quatre Dom présentent une situation dissemblable, au regard de l'évolution de leurs dépenses d'assurance maladie. Ainsi la progression importante des dépenses de soins en Guyane s'inscrit dans un contexte de développement géographique, démographique, social et épidémiologique qui explique les évolutions constatées. La croissance des dépenses d'assurance maladie à la Réunion et en Martinique, par rapport à la croissance métropolitaine, est de l'ordre de plus 2 % par an, mais s'explique par des facteurs structurels bien identifiés, ce qui n'exclut pas toutefois d'entreprendre des actions de maîtrise spécifique des dépenses. C'est la situation des dépenses d'assurance maladie en Guadeloupe qui pose le plus de questions, car dans une situation qui n'est pas structurellement différente de la Martinique, elle connaît une croissance des dépenses beaucoup plus forte. En conclusion, le rapport souligne les facteurs de croissance supplémentaire des dépenses de santé dus à la situation spécifique des Dom : la croissance de la population et l'amorce de son vieillissement, l'évolution épidémiologique (prévalence de maladies infectieuses, parasitaires et endocriniennes), le nombre important de bénéficiaires de la CMU, les évolutions rapides des honoraires des pharmaciens et des professionnels paramédicaux surreprésentés par rapport à la métropole,

enfin la croissance des dépenses de médicaments (une modification de la réglementation du prix des médicaments s'avère nécessaire). De manière plus générale, la mission recommande qu'à l'avenir, les études menées à l'échelle nationale portant sur les questions de l'assurance maladie, incluent le plus souvent possible les Dom pour combler le retard d'information patent dans certains domaines.

*Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, présenté par Dominique Giorgi, n° 2005123, octobre 2005, 56 pages.*

## Santé en Europe 2005. L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations.

Dans la Région européenne de l'OMS, on constate une amélioration globale de la santé bien qu'il subsiste encore des disparités à réduire entre les parties occidentale et orientale et des disparités socioéconomiques au sein même des pays. Le rapport sur la santé en Europe 2005 montre que les principaux problèmes liés à la santé peuvent être combattus grâce à des politiques de lutte plus ciblées sur certains facteurs de risque connus et évitables tels que le tabac, l'alcool, la drogue, la mauvaise alimentation ou le manque d'hygiène de vie qui peuvent entraîner la dépression voire le suicide, l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids, etc. Cette année, le rapport s'attache particulièrement à la santé des enfants car celle-ci est déterminante pour leur évolution à l'âge adulte et pour la génération suivante. L'éducation à la santé est certes importante mais les déterminants environnementaux et socioéconomiques participent également à la santé des enfants. Aussi le rapport recommande à l'ensemble des pays de la Région des efforts accrus en matière de protection et de promotion de la santé des enfants et des populations, et dresse toute une liste de mesures pour promouvoir des programmes accessibles et plus efficaces dans le domaine de la santé publique.

*Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, rapport sur la santé en Europe 2005, 2006.*

*Voir le résumé sur le site de l'OMS : [www.who.dk](http://www.who.dk)*

## Surveillance, planification et financement de la lutte antituberculeuse dans la région européenne de l'OMS

Après avoir atteint un paroxysme en 2001 dans la Région européenne, l'épidémie de la tuberculose est en recul bien que la polypharmacorésistance et la co-infection avec le VIH retardent les efforts entrepris pour l'enrayer. En 2004, d'après le rapport de l'OMS, 415 172 cas de tuberculose, dont 69 018 cas mortels, ont été signalés dans la Région en particulier dans la partie centrale et orientale. Les cas de tuberculose polypharmacorésistante observés dans les pays de l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants (CEI) sont parmi les plus élevés du monde. La tuberculose étant une maladie qui ne connaît pas les frontières (on remarque en Europe occidentale une incidence plus grande des cas chez les immigrants par rapport aux autochtones), il s'avère urgent de la combattre avec la participation de tous les pays : plusieurs centaines de millions de dollars ont été versés par les États-Unis pour le développement des programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme. Cent millions de dollars ont été affectés notamment à la Fédération de Russie en 2005 et 2006. Certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale n'ont pas encore concrétisé financièrement leur engagement dans cette lutte. Aussi pour affermir la politique de lutte antituberculeuse, le Bureau régional organise à Copenhague, en octobre prochain, un forum qui réunira les ministres de la Santé, de la Justice, des Finances et des Affaires étrangères des 52 États membres de la Région européenne.

*Rapport de l'OMS téléchargeable sur le site de l'OMS : [www.who.dk](http://www.who.dk)*

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)