

Textes juridiques

Code de déontologie des sages-femmes

Un décret en date du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique rappelle et précise les compétences dévolues aux sages-femmes ainsi que les conditions d'exercice (autorisation, remplacement) de leur activité professionnelle.

Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006, JO du 18 octobre 2006.

Comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale

Un décret en date du 23 octobre 2006 donne la composition de ce comité, qui a pour objet d'assurer une coordination des politiques et des actions de lutte contre la fraude dans le domaine de la sécurité sociale. À cette fin, il centralise et analyse les cas de fraude recensés par les organismes de sécurité sociale, analyse le phénomène, fait des propositions pour le prévenir (prescriptions abusives, traitements surfacturés, trafic de médicaments...) en sensibilisant l'ensemble des acteurs du système de protection sociale.

Décret n° 2006-1296 du 23 octobre 2006, JO du 24 octobre 2006.

Articles

Précarité et santé

Le 17 octobre dernier, lors de la Journée internationale du refus de la misère, l'association *Mission France de Médecins du Monde* (MDM) a présenté son rapport 2005. Malgré la couverture maladie universelle (CMU) assurant la prise en charge à 100 % et sans avance des personnes démunies, malgré l'aide médicale d'État (AME) assurant la même prise en charge pour des étrangers en situation irrégulière, ce rapport montre qu'en 2005, 22 % des patients qui se sont présentés à l'association ne relevaient d'aucune couverture maladie et que 50 % des 26348 patients reçus n'étaient pas en mesure de fournir un justificatif de domicile et ne connaissaient pas leurs droits. Les difficultés financières ont empêché l'accès aux soins à 35 % des personnes couvertes par la CMU ou l'AME. Par ailleurs, le frein financier est évoqué par les personnes qui, dépassant le plafond de ressources pour l'attribution de la CMU (598,23 € par mois), ne disposent pas de la couverture de base de la Sécurité sociale, sans mutuelle complémentaire. Les associations demandent que cet effet de seuil soit élargi jusqu'au niveau du seuil de pauvreté (774 € par mois). La difficulté de l'accès aux soins aggrave l'état de santé des personnes précaires dont les pathologies nécessiteraient une prise en charge à moyen ou long terme : pathologies ostéo-articulaires, troubles ORL, problèmes gastro-entérologiques, affections psychiatriques de plus en plus nombreuses, alcoolisme et consommation de substances illicites, sans compter les problèmes bucco-dentaires... De plus en plus d'étrangers (89 %) ainsi que de femmes (44 %) et des personnes sans logement (18 %) représentent cette population précaire. Face à cette aggravation et à la réticence de certains généralistes de soigner des patients bénéficiaires de l'AME, l'association MDM demande que soient créées les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) prévues par la loi exclusion du 29 juillet 1998, dont certaines sont déjà effectives, mais pas assez en regard du nombre prévu initialement.

Le Quotidien du médecin, n° 8031, 17 octobre 2006.

Los origenes de los estudios sobre la salud publica en la Espana renacentista

La revue espagnole de santé publique publie un article sur la santé publique à l'époque de la Renaissance en Espagne (xv^e et xvi^e siècles). L'auteur de cet article aborde le rôle du pouvoir royal, qui se reflète dans de nombreuses dispositions relatives à l'ensemble de la population, préparant les temps modernes : de grands hôpitaux pour les malades ainsi que des hospices pour pauvres sont créés, une prévention à caractère collectif est instituée contre les épidémies, en enfermant les malades pour limiter la contagion. Les règles d'Hippocrate influencent l'observation clinique et épidémiologique des médecins, qui s'appuient sur des arguments fondés sur la diététique, l'hygiène individuelle et l'hygiène collective pour se prémunir contre l'épidémie de peste, qui faisait des ravages dans la population. L'assistance médicale pour les pauvres ainsi que le contrôle de la délinquance sont également des aspects de la santé publique de l'époque.

Revista espanola de salud publica, volume 80, n° 5, septembre-octobre 2006.

Études

La répartition géographique des allocataires de minima sociaux fin 2005

Le système des minima sociaux vise à garantir un revenu minimal aux personnes ayant de très faibles ressources. En France, au 31 décembre 2005, environ 3,5 millions de personnes en bénéficiaient (soit 7,5 % de la population âgée de 20 ans et plus). La proportion de ces allocataires est plus élevée autour du bassin méditerranéen, dans le nord de la France et dans les DOM et également dans les départements ruraux. Le phénomène de recours au minimum vieillesse (pour la population âgée de 60 ans et plus) est encore plus marqué dans le sud de la France et surtout dans les DOM où il est sept fois plus élevé qu'en métropole. La répartition géographique des allocataires du revenu minimum d'insertion, RMI (premier revenu minimum social en termes de nombre d'allocataires) et de l'allocation de parent isolé (API) est proche de celle du chômage. Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) sont le plus souvent des chômeurs de longue durée, souvent âgés de plus de 50 ans. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) constitue, après le RMI, le deuxième minimum social : le recours à cette allocation est en grande partie lié géographiquement à la démographie vieillissante de la population et à l'importance des structures d'accueil départementales.

Drees, Études et Résultats, n° 528, octobre 2006, 8 pages.

Le coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie

La revue *Point de repère* de la Caisse nationale de l'assurance maladie présente une étude de coût concernant 6,5 millions de patients en 2004 atteints d'affections de longue durée. Le remboursement annuel moyen par personne est de 7 068 € ; il varie selon les pathologies et se montre surtout élevé la première année de soins (10 900 €) et la dernière année de vie (25 800 €). Ces dix dernières années, le coût croissant des dépenses liées aux ALD (qui a eu plus d'impact que l'évolution des coûts moyens, restés modestes en euros constants) est principalement dû aux facteurs suivants : l'augmentation du nombre de personnes concernées (pour le diabète et le cancer notamment) en même temps que l'accroissement de la prévalence de maladies graves, le vieillissement de la population et l'élargissement des critères de prise en charge à 100 % pour certaines pathologies. Par ailleurs, cette étude met l'accent sur le coût de certaines affections qui ont connu d'importantes modifications thérapeutiques (hémophilie, sclérose en plaques) et dont la mise en place a entraîné un supplément de dépenses (en particulier avec le poste médicament). Un encadré réglementaire ainsi que la liste des trente affections de longue durée complètent cette étude.

Caisse nationale de l'Assurance-maladie, Points de repère, n° 3, octobre 2006, 8 pages.

Dossiers

Promouvoir la santé des jeunes

En mars 2006, l'Inpes a consacré deux journées à la prévention. Ce dossier de la revue de *La Santé de l'homme* présente les thématiques qui ont été abordées par sept ateliers lors de ces journées pour promouvoir la santé des enfants et des adolescents : estime de soi et prise de risque (reconnaissance et rétablissement de la dignité et du respect de soi), promotion de la santé chez les jeunes enfants (aide aux parents dans un contexte socio-écologique), éducation à la sexualité (accompagnement des adolescents dans la réflexion sur leurs représentations), éducation par les pairs (jeunes qui peuvent être des relais avec les adultes, médiateurs ou détenteurs d'informations en relation avec des professionnels), développement des compétences en éducation nationale (formation commune enseignants/professionnels de santé en éducation pour la santé), promotion de la santé physique à l'adolescence (notion de sport liée au plaisir, politique différenciée pour les filles dans la pratique sportive et encouragement à une meilleure hygiène de vie par un changement de comportement), mieux vivre avec une maladie ou un handicap chez l'enfant (encourager l'enfant malade ou handicapé à développer ses compétences psychosociales dans son cadre de vie). Des professionnels francophones venus de Suisse, de Belgique et du Québec ont permis d'élargir les débats lors de ces journées.

Inpes, La Santé de l'homme, juillet-août 2006, n° 384, p. à 39.

La surveillance de la santé au Québec

Comme l'InVS, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été créé en 1998 et comme lui, présente des systèmes de surveillance comparables sur bien des points. Ce numéro du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* consacré au Québec permet de mieux connaître les moyens dont ce pays dispose pour mener à bien sa politique de veille sanitaire. Le premier article de ce dossier aborde l'utilisation des données des fichiers médico-administratives et leur jumelage qui constituent la base du développement de la surveillance des maladies chroniques au Québec et au Canada. Le deuxième article explique l'utilisation du fichier des tumeurs du Québec, système central de collecte de données visant à recueillir tous les nouveaux cas de tumeurs malignes aussi nommées « cancer » qui se déclarent au Québec. Les articles suivants décrivent le système de surveillance des maladies infectieuses, la surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec, avec le concours du réseau SurvUDI, la surveillance d'information, d'enregistrement et de surveillance des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique au Québec, la surveillance de l'infection par le virus du Nil occidental (2003-2006), la surveillance de la santé en milieu de travail au Québec ainsi que les troubles musculo-squelettiques liés au travail. De nombreux tableaux et graphiques illustrent ce dossier.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, 24 octobre 2006, n° 40-41, 24 pages.

Rapports

Éthique, sida et société

Dans ce rapport, le Conseil national du sida (CNS) propose les textes (rapports, avis et communiqués) qu'il a adoptés entre janvier 2004 et décembre 2005, qui font suite aux cinq précédents rapports consacrés à ses activités. Le CNS a pour mission non seulement de donner un avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida mais de faire au Gouvernement toute proposition utile permettant de progresser dans ce domaine. En effet, en France comme dans le reste du monde, l'épidémie évolue en permanence et nécessite des ajustements en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge. Le rapport évoque dans une première partie les enjeux Nord-Sud des politiques internationales contre le sida, en particulier l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud et la pénurie dramatique des ressources humaines dans ces pays. Il traite ensuite de la politique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine. Après avoir souligné toutes les insuffisances d'évaluation, de suivi et de coordination à tous les niveaux (politique, institutionnel ou associatif), le CNS présente une série de recommandations pour une meilleure

application de la politique publique de prévention (notamment auprès des jeunes et des personnes à risque) de la transmission du VIH.

Conseil national du sida, rapport d'activité 2004-2005, Tome VI, octobre 2006, 201 pages.

Réponses à la dangerosité

Ce rapport de la mission parlementaire confié par le Premier ministre à Jean-Paul Garraud porte sur l'évaluation de la dangerosité des auteurs d'infractions pénales atteints de troubles mentaux et sur leur prise en charge. Au sein de la population présentant des troubles mentaux, des facteurs spécifiques de risque de violence apparaissent. Ce risque de violence tient autant à la pathologie psychiatrique qu'à des facteurs situationnels (la désinstitutionnalisation psychiatrique, la rupture de soins, la précarisation et la marginalisation) et centraux (la prise d'alcool et la consommation de drogues, associés à la maladie mentale). Face à ce constat, sont présentées 21 préconisations, dont celles de dynamiser l'expertise psychiatrique (amélioration des conditions de travail et de formation des experts psychiatres), d'instaurer pour les personnes présentant des troubles mentaux une obligation de soins ambulatoires et de soins en milieu hospitalier d'une durée maximale de 72 heures après l'admission, de créer un centre fermé de protection sociale (établissement cogéré par les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé pour accueillir les quelque 200 auteurs de crimes qui ont purgé une peine de réclusion criminelle et présentent une grande dangerosité). Par ailleurs, une autre mesure appelée « suivi de protection sociale » est préconisée. Elle est d'une durée indéterminée et destinée aux auteurs d'infractions sortant de prison et présentant une dangerosité persistante. Le rapport insiste sur le fait que la majoration du risque de violence des malades mentaux est liée aux moyens donnés dans chaque pays à la psychiatrie publique, aux équipes soignantes ainsi qu'à la qualité de l'organisation des soins.

Le Quotidien du médecin, n° 8034 du 20 octobre 2006.

Actualités sociales hebdomadaires du 27 octobre 2006, n° 2475-2476.

Rapport disponible sur le site de la Documentation française.

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