

Textes officiels

Situation des ressortissants des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autres que la France, nommés dans un corps de la fonction publique hospitalière

Les ressortissants des États membres sont régis par les dispositions statutaires du corps dans les mêmes conditions que les fonctionnaires français. Le décret en date du 24 mai 2004 fixe les dispositions générales et les modalités de classement applicables aux ressortissants qui justifient de services accomplis dans une administration, un organisme ou un établissement de l'État membre d'origine dont les missions sont comparables à celles des administrations et des établissements publics dans lesquels les fonctionnaires civils mentionnés à l'article 2 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires exercent leurs fonctions.

Décret n° 2004-448 du 24 mai 2004, JO du 27 mai 2004.

Accueil en détachement de fonctionnaires relevant d'une fonction publique d'un État membre de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'espace économique européen autre que la France dans la fonction publique hospitalière

Un fonctionnaire relevant d'une fonction publique d'un État membre autre que la France peut être accueilli en détachement dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière, sous réserve que ce corps soit mentionné sur la liste figurant en annexe du décret du 19 janvier 1993 portant accès des ressortissants des autres États membres à certains corps de la fonction publique hospitalière. Le fonctionnaire est détaché dans un emploi du corps d'accueil après avis de la commission administrative paritaire compétente. Ce détachement ne peut excéder cinq années, mais il peut être renouvelé par périodes n'excédant pas cinq années. La commission d'équivalence vérifie l'adéquation entre les emplois précédemment occupés par le fonctionnaire et le corps susceptible de l'accueillir et propose un classement dans l'emploi de détachement au niveau approprié.

Décret n° 2004-449 du 24 mai 2004, JO du 27 mai 2004.

Articles

Lancement de la carte européenne d'assurance-maladie

À partir du 1^{er} juin 2004, les assurés sociaux du régime général d'assurance maladie peuvent se procurer gratuitement leur carte européenne individuelle auprès de leur caisse primaire. Le but de cette carte est de simplifier et d'accélérer le remboursement de soins, à condition qu'ils soient immédiatement nécessaires (et non programmés) et dispensés par un professionnel de santé ou d'un établissement de santé publique. À long terme, cette carte devrait comporter une puce électronique dans tous les pays européens. Elle reste valable un an, alors que les anciens formulaires (E110, E111, E119 et E128) devaient être renouvelés avant chaque déplacement. Cependant, cette carte ne peut être utilisée pour le remboursement de soins en France car elle ne remplace pas la carte Vitale et elle n'offre pas non plus un moyen de paiement à l'étranger :

si elle permet de bénéficier de soins urgents lors de séjours dans les pays européens, l'assuré doit préalablement demander à sa caisse d'assurance maladie comment il sera couvert en cas de recours aux soins dans le pays où il doit se rendre.

Le Quotidien du Médecin, 1^{er} juin 2004.

Sciences concernant la santé publique : défis et opportunités

Le Wellcome Trust, association caritative du Royaume-Uni, vise à encourager et promouvoir la recherche dans le but d'améliorer la santé de l'homme et de l'animal. Dans ce contexte, il a publié un rapport sur les sciences s'intéressant à la santé publique. Le groupe d'auteurs s'est concentré d'une part sur les relations entre cette recherche scientifique et son application au sein des services de santé publique, et d'autre part sur la protection et l'amélioration de la santé. Le groupe rappelle toutefois que les immenses avancées médicales ne doivent pas faire oublier que les conditions de vie des individus sont également un facteur déterminant de la santé. Il recommande de se concentrer sur la prévention des maladies et la promotion de la santé plutôt que sur les traitements et souligne l'importance d'augmenter les investissements supportant la recherche en santé publique sur le long terme : recherche de collaborations internationales potentielles pour élargir les expériences et les points de vue, créations de centres de santé publique regroupant divers corps de métiers de santé publique, rétablissement du partenariat entre le NHS (National Health Service) et les universités, revalorisation des carrières dans les filières des sciences de santé publique, publication de tous les résultats de recherches (qu'ils soient positifs ou négatifs) afin d'éviter la publication de résultats non représentatifs d'une part et la duplication des études d'autre part...

*Ambassade de France au Royaume-Uni, Service science et technologie,
Actualités scientifiques au Royaume-Uni, avril 2004.*

Choix éthiques et pratiques médicales dans les décisions de fin de vie : une comparaison France-États-Unis d'Amérique

Cet article présente une recherche qui a pour but d'évaluer le rôle de la famille dans les pratiques en réanimation néo-natale, et notamment dans les décisions d'arrêt thérapeutique et les conséquences sociales, médicales et éthiques qui en découlent. L'approche choisie est comparative : elle se propose d'étudier simultanément des services de réanimation néonatale en France et aux États-Unis, c'est-à-dire deux contextes nationaux identiques, à la fois au plan de la technologie et au plan médical, mais opposés sur le plan de la participation décisionnelle de la famille. Les États-Unis privilégient le modèle de l'autonomie parentale en néonatalogie et ont institutionnalisé le rôle des parents au sein de la décision médicale tandis que la prise en charge française se caractérise à la fois par la non-intervention des parents dans la décision médicale et une politique d'accompagnement des parents. Cet article analyse ainsi les deux approches à partir d'un travail statistique comparatif et d'une étude de dossiers médicaux et d'entretiens, non seulement avec les équipes médicales, mais aussi avec les parents, qui ont dû faire face, au terme d'une approche différente, à un processus final de décision.

Cahiers de recherches de la Mire, n° 17, mars 2004.

Analyses

Les Français et la médecine

Quelles sont, aujourd'hui, les attentes et les représentations des Français à l'égard de la médecine ? Quelles peuvent en être les répercussions sur la pratique médicale ? Cette analyse présentée par le P^r Marc Brodin, lors des conférences-débats du Centre Laennec, apporte quelques éclairages. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, quatre générations au lieu de trois comme précédemment, se côtoient et vivent ensemble pour penser et résoudre des problèmes de santé : d'où des attentes multiples des familles... Celles-ci disposent désormais des outils nécessaires pour tester les compétences des médecins grâce aux systèmes d'information dont elles disposent, avec parfois une exigence de compétences pouvant conduire à une dérive. De plus, les familles veulent bénéficier immédiatement des bienfaits de l'innovation

(nouvelles thérapeutiques), véhiculée par le biais des médias. Leur attente est particulièrement forte dans le domaine de la prévention du dépistage des maladies débutantes et dans la prévention sécuritaire. Par ailleurs, il existe un problème réel d'accès au système de soins en raison de sa complexité (on est passé d'une dizaine de spécialités à une cinquantaine) et du manque de continuité dans son organisation. Enfin, 75 % des personnes âgées ne souhaitent pas aller à l'hôpital en fin de vie mais être soignées à domicile (avec le développement de réseaux de soins palliatifs). Pour répondre à cette exigence croissante de continuité des soins, les médecins vont devoir démontrer leur compétence régulièrement et assurer une permanence des soins, tout en respectant la confidentialité des dossiers.

Laennec, n° 1, 2004, p. 26 à 37.

La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001

Une réévaluation des médicaments et une réforme des critères de remboursement basés sur la notion de « service médicale rendu » (SMR) ont été entreprises en 1999. En 2003, le Gouvernement a procédé au déremboursement de 82 médicaments parmi les 835 produits jugés à SMR insuffisant, première étape d'un plan de déremboursement en trois temps, qui devrait s'achever en 2005. Quelles vont être les répercussions de ce processus de déremboursement ? L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, l'IRDES (ex Credes) dresse un bilan à partir des données de 2001 (avant la première phase de déremboursement de 2003) sur les médicaments à SMR insuffisant, très présents pour certaines pathologies dans la prescription des médecins, surtout généralistes : ainsi 60 % des médicaments à SMR insuffisant se concentrent sur les maladies de l'appareil respiratoire, sur celles de l'appareil circulatoire et sur les maladies infectieuses et parasitaires. Dans certains cas de maladies de l'appareil respiratoire, il est possible de substituer à certains médicaments à SMR insuffisant d'autres médicaments de la même classe thérapeutique à SMR supérieur et pris en charge par la Sécurité sociale (46 médicaments, soit 16 % des lignes de prescription à SMR insuffisant sont dans ce cas). Un deuxième type de comportement de prescription se profile lorsque le produit à SMR insuffisant semble être prescrit en supplément de l'ordonnance : il peut être alors non substitué (159 médicaments, soit 33 % des lignes de prescription à SMR insuffisant sont dans ce cas). Enfin, il existe des médicaments pour lesquels aucune alternative thérapeutique dans la même classe n'est envisageable, mais qui pourraient être reportés sur d'autres classes thérapeutiques ou vers des alternatives non médicamenteuses : c'est le cas pour le traitement des maladies cérébro-vasculaires par des vasodilatateurs (138 médicaments, soit 17 % des lignes de prescription à SMR insuffisant sont dans ce cas).

IRDES, Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n° 82, juin 2004, 6 pages.

Réforme de l'assurance maladie : exposé des motifs du projet de loi

La revue Espace social européen présente dans son supplément le texte intégral du projet de loi sur l'assurance maladie avec l'exposé des motifs. « Soigner mieux en dépensant mieux », tel est le fil conducteur de cette réforme, qui repose sur trois axes principaux. Le premier axe concerne la réorganisation du système de soins, tant au niveau du pilotage que du fonctionnement, avec la participation indispensable et responsable de tous les acteurs, qu'ils soient gestionnaires de l'assurance maladie, professionnels de santé ou patients. Cet axe cherche à favoriser une vraie coordination des soins par l'instauration d'un dossier médical personnel, garantie d'un bon respect des protocoles de soins, et à développer la coordination de soins autour d'un médecin traitant ou dans le cadre des réseaux de soins. Cette coordination passe aussi par un renforcement des liens entre la ville et l'hôpital par un pilotage cohérent au niveau régional (rapprochement des ARH et des Urcam). La mise en œuvre de la nouvelle organisation des soins est confiée principalement à l'assurance maladie au travers d'une délégation élargie. Le deuxième axe porte sur la généralisation des démarches de qualité et de la nécessité de faire des choix basés sur de véritables critères scientifiques. La Haute autorité de santé, instance publique indépendante, définira les protocoles qui seront appliqués par les médecins et devra coordonner le travail de l'Anaes et celui de l'Affsaps. Le troisième axe concerne le redressement financier par la recherche d'une meilleure efficacité et d'un meilleur pilotage du système de santé permettant d'améliorer l'utilisation des ressources et de maîtriser les dépenses dédiées à la santé. L'assurance maladie devrait également voir ses compétences élargies en étant associée à la définition de la politique hospitalière ainsi que celle du médicament. De

nouveaux pouvoirs dans le domaine des soins ambulatoires devraient aussi lui être confiés. Pour assurer cette nouvelle gestion, les régimes d'assurance maladie devraient pouvoir s'appuyer sur le partenariat des organismes de couverture complémentaire et des professionnels de santé (sans remettre en cause la prééminence de l'assurance maladie obligatoire). Le pilotage serait assuré par une nouvelle institution, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (formée des caisses des 3 principaux régimes : Cnamts, MSA, Canam), qui aura pour mission de conclure des conventions avec les professionnels sur les modalités d'exercice. Un certain nombre de mesures de financement, supportées par l'ensemble des acteurs, apparaissent indispensables pour réduire le déficit.

Supplément à Espace social européen, n° 685, du 4 au 10 juin 2004, 32 pages.

Dossier

Programme d'études et de statistiques des services déconcentrés en 2004

Ce document présente les grandes lignes du programme de travail des Drass. Les thématiques se partagent quasi également entre celles relevant du social et celles relevant du sanitaire : 190 travaux ont ainsi été transmis par les régions dont 84 sur le social et 87 sur le sanitaire. Côté social, les études et enquêtes portant sur la prise en charge des personnes handicapées et sur les personnes âgées représentent plus de la moitié des travaux programmés dans ce domaine en 2004. Une dizaine de travaux visent à mettre en place ou compléter des dispositifs d'observation et de coordination sociale. Les analyses portant sur l'utilisation des mesures ou dispositifs d'aide motivent également une dizaine de projets d'études. Côté sanitaire, les études portant sur la santé publique prennent de plus en plus d'importance. L'offre de soins et l'activité des établissements de santé motivent près d'une vingtaine de travaux. Du côté de la démographie des personnels médicaux et paramédicaux, les travaux présentés sont au nombre de quatorze. Concernant la définition d'outils pour l'observation sanitaire, on compte près de quinze travaux... Enfin quatre études visent à évaluer l'impact du plan cancer et des programmes régionaux de santé (PRS). Près d'une trentaine de travaux portent sur l'observation à la fois sanitaire et sociale : outils d'information, accès aux soins, souffrance psychique, conduites à risque, violences... Trois études traitent des formations et des professionnels sanitaires et sociaux. Certaines études répondent à des demandes très précises pour une intervention rapide alors que d'autres travaux s'inscrivent dans des visées de plus long terme. Enfin la mise en place de certains partenariats est favorable à un élargissement des perspectives (étude de bassins de naissance réalisée avec l'Insee, étude sur l'intégration des enfants handicapés réalisée avec l'inspection académique).

Drees, série programmes, document de travail, mars 2004, 267 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