

Textes officiels

Droit communautaire dans le domaine du médicament

Une ordonnance en date du 26 avril 2007 porte diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament, qui concerne notamment les médicaments traditionnels à base de plantes, les produits d'origine humaine, les produits cosmétiques, les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, les insecticides et acaricides, les médicaments vétérinaires, les autorisations de mise sur le marché et enregistrements...

Ordonnance n° 2007-613 du 26 avril 2007, JO du 27 avril 2007.

Médicaments vétérinaires

Un décret en date du 24 avril 2007 précise les conditions et les modalités de prescription et de délivrance au détail des médicaments vétérinaires.

Décret n° 2007-596 du 24 avril 2007 modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 26 avril 2007.

Article

Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France

La médecine de ville connaît aujourd'hui une évolution sans précédent tant du point de vue de son organisation que de ses relations avec l'assurance maladie et de la demande de soins. L'objet des auteurs de cet article est de présenter à partir de la réforme du médecin traitant les nouveaux enjeux auxquels est confrontée la médecine de ville en France. La première partie est consacrée aux implications de la réforme du médecin traitant sur l'organisation de la médecine de ville. La seconde partie s'interroge sur la pertinence du maintien à l'acte exclusif pour rémunérer les médecins libéraux et la troisième partie s'interroge sur l'opportunité de la liberté d'installation des médecins sur le territoire dans le contexte d'offre de soins médicaux inégalement répartie géographiquement. Pour remédier à ces inégalités géographiques, des mesures incitatives ont été envisagées pour installer des médecins dans les zones sous-médicalisées (aides conventionnelles, aides financées par les collectivités locales, aides fiscales...) et suggérer de développer le partage d'activité entre médecins et autres professions de santé.

Revue française des Affaires sociales, n° 1, janvier-mars 2007.

Études

La formation aux professions de la santé en 2005

Depuis 1980, le service des études de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé, en collaboration avec la Direction générale de la santé et du ministère de l'Éducation nationale et avec le concours des services statistiques des Drass, mène une enquête annuelle auprès des centres de formation aux professions de la santé. Le champ de l'enquête couvre de nombreuses formations (une dizaine de formations de base dans différents domaines et cinq en spécialisations). Le document de la Drees présente les statistiques brutes obtenues à

partir des enquêtes menées en 2005 : la première partie présente les tableaux détaillés des effectifs en formation 2005 et diplômes de France métropolitaine pour chaque formation, puis ceux de la France entière. La seconde partie s'attache aux effectifs en formation et diplômes par région en 2005.

Drees, série Statistiques, document de travail, n° 109, mars 2007, 225 pages.

Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2005

Comme chaque année, la Drees présente les résultats des enquêtes menées en France métropolitaine et dans les DOM sur les dépenses d'aide sociale et leurs bénéficiaires. Plus de 2,7 millions de personnes ont bénéficié de l'aide sociale départementale : dont 1,1 million d'allocataires du RMI, près de 1,1 million de personnes âgées bénéficiaires en établissement ou à domicile, 235 500 personnes handicapées bénéficiaires en établissement ou à domicile et 273 000 personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance. La population des DOM reste, comme les années antérieures, proportionnellement plus bénéficiaire de l'aide sociale que celle de la métropole (sur 10 000 habitants, 1 123 personnes aidées dans les DOM contre 447 en métropole).

Pour se rappeler l'évolution des dépenses d'aide sociale selon les départements en 2004 et selon les postes, se reporter à la revue de presse du HCSP, n° 101 de juin 2006 et au document de travail, série Statistiques de la Drees, n° 93, mars 2006.

Drees, série Statistiques, document de travail, n° 107, mars 2007, 80 pages.

Tableaux des professions de santé au 1^{er} janvier 2007

Les statistiques publiées dans ce document de la Drees portent sur la seule activité principale des professionnels de santé, à l'exception toutefois de la situation professionnelle (en libéral ou salarié) qui tient compte de l'ensemble des activités : pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux (audio-prothésistes, opticiens-lunetiers, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes d'électroradiologie médicale) inscrits dans le répertoire Adeli comme étant actifs occupés au 1^{er} janvier 2007. À côté des tableaux des différentes professions (chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, infirmier et masseur-kinésithérapeute) figurent des cartes régionales et départementales de densité (nombre de professionnels pour 100 000 habitants).

Drees, série Statistiques, document de travail, n° 108, mars 2007, 75 pages.

Dossiers

Schéma directeur d'action sociale en faveur des personnes âgées

L'action sociale en faveur des personnes âgées développée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes s'inscrit dans un contexte de constante évolution du vieillissement de la population. Cette étude en définit les objectifs en s'appuyant sur l'état des lieux et en prenant en compte le contexte national, les éléments des contrats pluriannuels de gestion et les particularités régionales. La région Rhône-Alpes n'échappe pas à l'évolution du contexte démographique et un Rhônalpin sur cinq est âgé de plus de 60 ans (bien que la région reste relativement jeune par rapport à la situation nationale). Son action sociale se tourne vers trois priorités : préserver l'autonomie des personnes âgées en offrant une réponse personnalisée au plus près des besoins, développer une politique de prévention pour bien vieillir, inscrite comme contribution à la politique de santé publique et renforcer la qualité de l'offre de services. Des annexes indiquent pour chacun des huit départements de la région, le nombre de bénéficiaires des aides individuelles et des aides collectives ainsi que les actions de prévention des effets du vieillissement.

Cram Rhône-Alpes, Direction de l'Action sociale, décembre 2006, 51 pages.

Action sociale et santé mentale : mariage d'amour ou mariage arrangé ?

Suite à un forum organisé en mai 2006 par l'Institut régional du travail social Ile-de-France Montrouge/Neuilly-sur-Marne et la Mission nationale d'appui en santé mentale, en partenariat avec l'École supérieure de travail social de Paris, la revue Vie sociale consacre un numéro

aux interactions entre les dispositifs et les professionnels de l'action sociale et médico-sociale et ceux de la psychiatrie. Ce numéro en s'appuyant sur certains témoignages exprimés lors du forum, donne un éclairage sur l'évolution des cadres et outils des interactions entre les secteurs. Il illustre de façon concrète, la manière dont chacun, sur des problématiques variées s'est saisi de ces questions complexes et a mis en place des solutions permettant de dépasser les cloisonnements pour répondre à des situations relevant de différents niveaux d'accompagnement. Ces initiatives reflètent également les évolutions des politiques publiques, conscientes de créer des passerelles entre les différents champs de compétence relevant de l'action sociale et de la santé mentale, qui devraient déboucher vers une alliance commune au service des personnes aux difficultés multiples.

Cedias – Musée social, vie sociale, n° 1, 2007, 126 pages.

La santé... par l'activité physique !

Quel est l'intérêt de l'activité physique pour la santé ? Le dossier que la revue *La Santé de l'homme* présente dans ce numéro montre que l'environnement doit être propice à l'activité physique, dont les conséquences sur la santé ne sont plus à démontrer. Cependant, comme le souligne la sociologue Claire Perrin, il faut « donner du sens » à l'activité physique, en l'alliant à des relations sociales et au développement des compétences personnelles. En effet, les activités physiques ne se limitent pas seulement à la pratique du sport et peuvent être intégrées dans la vie quotidienne à condition qu'un cadre de vie favorable le permette. Il y a un processus de changement comportemental à instaurer, même chez les inactifs qui débutent une activité physique au cours de leur vie adulte : au moins trente minutes d'activité modérée par jour sont associées à une diminution de 30 % de la mortalité par un risque diminué d'une part, des maladies cardio-vasculaires, des maladies coronariennes, de prise de poids, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, du cancer du côlon, du cancer du sein, des chutes (sujet âgé), de la dépression... et par un effet bénéfique d'autre part, de la santé osseuse et du bien-être. La mobilité d'activité physique préconisée chez les enfants et les adolescents est de soixante minutes par jour pour prévenir l'augmentation de l'obésité observée chez eux (15 à 20 % présentent un excès de poids). Ce dossier en rappelant les avancées significatives qui ont été faites dans la pratique des activités physiques, souligne tout le chemin à parcourir tant individuellement qu'institutionnellement pour améliorer sensiblement la santé et prévenir les maladies des Français.

Inpes, La Santé de l'homme, n° 387, janvier février 2007.

Éduquer au sommeil

Dans son dernier numéro de mars avril, la revue *La Santé de l'homme* traite du sommeil et de ses répercussions sur la santé. Elle a fait appel à une trentaine d'experts pour dresser un état des lieux du sommeil, de ses rites en France et ailleurs (la sieste au Japon). Les recherches effectuées ont confirmé le rôle du sommeil comme élément réparateur et régulateur, facteur également de prévention des maladies. En effet, pendant le sommeil, les défenses immunitaires se façonnent, la peau se régénère, l'enfant grandit... À l'inverse, le manque chronique du sommeil accroît le risque d'obésité, d'hypertension, d'anxiété et de fatigue et peut provoquer des accidents du travail ou de la route... Un article du dossier est consacré au rapport Giordanella, dont l'essentiel des propositions a été présenté par le ministre de la Santé en janvier 2007 sous la forme d'un « Plan sommeil », qui préconise de développer l'information et l'éducation pour la santé dans ce domaine. Une partie du dossier est axée plus particulièrement sur une série d'actions mises en œuvre sur le territoire français (améliorer le sommeil des seniors, améliorer celui des insomniaques sans avoir recours aux médicaments, celui des enfants et des adolescents en faisant mieux respecter leurs rythmes biologiques et leur temps du sommeil...).

Inpes, La Santé de l'Homme, n° 388, mars-avril 2007.

Europe

Sécurité routière et les jeunes Européens : du 23 au 29 avril 2007

La première semaine mondiale des Nations Unies sur la sécurité routière a été l'occasion de sensibiliser le public aux accidents de la circulation, première cause de décès chez les jeunes Européens : 32 000 jeunes perdent la vie chaque année, soit un quart des 127 000 décès par

traumatismes dus à des accidents de la route dans la Région européenne (75 % d'entre eux sont de sexe masculin). Quelque 2,5 millions de personnes sont hospitalisées et 9 millions se retrouvent aux urgences. Les risques de la circulation varient selon l'âge : la moitié des décès par accident de la route se produisent chez les jeunes piétons de moins de 15 ans, les décès dus aux accidents de voitures (59 %) ou de cyclomoteurs (19 %) se produisent chez les 15-24 ans. Les programmes de prévention doivent donc être adaptés selon les âges. L'un des défis auxquels l'Europe est confrontée est le manque d'uniformité du risque : ainsi dans les pays qui enregistrent le moins de mortalité due aux accidents de la route (Pays-Bas, Royaume-Uni et la Suède), la sécurité routière est considérée comme une responsabilité de la société. Les pays qui enregistrent le plus de mortalité se trouvent dans la partie orientale de la Région, qui a connu une motorisation rapide, sans contrôles réglementaires adéquats. Pour atteindre l'objectif européen, qui consiste à diviser par deux le nombre de décès sur la route entre 2001 et 2010, la Commission européenne met en place des mesures et des outils innovateurs pour réduire les accidents de la route dus en grande partie à la vitesse, à la conduite en état d'ébriété et sous l'emprise de drogues, à la non-utilisation de dispositifs de sécurité (casques, ceintures de sécurité) et à des voitures peu sûres... Par ailleurs, un ouvrage sur « les jeunes et la sécurité routière » par Dinesh Sethi, Francesca Racioppi et Francesco Mitis (consultable sur le site de l'OMS), met l'accent sur les causes des risques accidentels des jeunes et propose des mesures efficaces de prévention.

Pour en savoir plus : www.euro.who.int

La santé en prison

Le 2 mai 2007, l'OMS a publié un guide sur la santé en prison, qui fournit des informations et des conseils concrets pour préserver et améliorer le bon état de santé des prévenus. En effet, les prisons sont des foyers de maladies et les services sanitaires sont souvent inadéquats pour répondre efficacement aux besoins de la population carcérale.

Pour en savoir plus : « *health in prisons : a WHO guide to the essential in prison health* » : www.euro.who.int

Revue de presse réalisée par Antoinette Desportes-Davonneau et mise en pages par Philippe Ferrero.



téléphone
télécopie
internet

Haut Conseil 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