

Textes officiels

Conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants

Cette loi sanctionne de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 d'amende toute personne qui conduit ou qui accompagne un élève conducteur alors qu'il résulte d'une analyse sanguine qu'elle a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants.

Loi n° 2003-87 du 3 février 2003. JO du 4 février 2003

Création d'un comité technique plomb

Ce comité placé auprès du ministre de la santé est chargé d'établir un programme de réduction des risques d'intoxication par le plomb, d'en coordonner la mise en œuvre et le suivi, de proposer des avis afin de prendre des mesures réglementaires et participer à l'élaboration des instructions techniques relatives au plomb et au saturnisme.

Arrêté du 23 janvier 2003, JO du 4 février 2003

Études

Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens

Cette analyse s'inscrit dans les préoccupations de l'Union européenne qui s'est donné pour objectif, au Conseil européen de Laeken en décembre 2001, de mettre en place une stratégie européenne pour la modernisation des systèmes de retraite et qui fait du maintien du niveau de vie et de la prévention de la pauvreté des critères à prendre en compte à côté de celui de la viabilité financière des dispositifs. Dans les treize pays européens étudiés, plus de 108 millions de retraités vivaient en 1996 dans des ménages percevant une pension, soit un tiers de la population de l'Union européenne. Cette analyse fait apparaître que ces ménages disposent, dans la plupart des pays, d'un niveau de vie comparable à celui de l'ensemble de la population excepté pour la Grèce et le Portugal qui n'ont pas atteint la pleine maturité en régime de retraite. Par ailleurs les femmes retraitées, qui vivent le plus souvent seules, connaissent encore des conditions de vie difficiles.

Drees, Études et résultats, n° 213, janvier 2003, 12 pages.

Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières

Cette enquête téléphonique menée auprès de 3000 personnes venues aux urgences sans être ensuite hospitalisées permet de connaître les motivations de leur venue et leurs conditions de prise en charge. Les motifs les plus fréquemment cités sont l'accident et la douleur, laquelle est souvent associée à d'autres causes. Six groupes d'utilisateurs peuvent être distingués. Deux groupes sont constitués de personnes envoyées par leur médecin traitant (16 %) ou qui n'ont pas eu à donner leur avis, ayant été dirigées aux urgences par les pompiers, le Samu ou SOS médecins (19 %). Les autres usagers (près des deux tiers) ont décidé seuls ou avec leur entourage d'y recourir. C'est le cas du groupe le plus important, constitué de victimes d'accidents (38 %). Pour deux autres groupes, venus sans avis médical (16 %) ou sur l'avis

d'un médecin qui ne les suit pas régulièrement (7 %), les problèmes médicaux s'avèrent plutôt non traumatologiques : les premiers concernent surtout des enfants de moins de six ans, les seconds signalent le plus souvent un problème de santé qui dure. Enfin, le sixième groupe concerne des usagers, jeunes ou adultes de moins de 50 ans, qui ont eu des problèmes souvent liés à une agression ou à des violences (3 %). L'appréciation que portent les usagers sur les urgences est largement positive. Elle dépend toutefois du temps d'attente et de la qualité de la communication avec les équipes de soins.

Drees, Études et Résultats, n° 215, janvier 2003, 12 pages.

La scolarisation des enfants et adolescents handicapés

La scolarisation est pour tous les enfants, handicapés ou non, un enjeu-clé de leur insertion sociale. La population scolaire et universitaire comprend environ 14,4 millions d'élèves et d'étudiants. 52 000 jeunes handicapés sont scolarisés dans une classe ordinaire. Les classes ou unités spécialisées des premier et second degrés accueillent environ 50 000 enfants et jeunes en situation de handicap. 96 % d'entre eux fréquentent ces classes d'intégration scolaire spécialisée (CLIS) pour un handicap soit mental (CLIS 1), auditif (CLIS 2), visuel (CLIS 3) ou moteur (CLIS 4). Enfin, quand la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible, les structures médico-sociales offrent une prise en charge globale, à vocation scolaire, éducative et thérapeutique. Ainsi 115 000 enfants sont concernés par cette structure. 60 % d'entre eux y sont scolarisés à temps plein. La non-scolarisation des enfants handicapés est difficile à évaluer, car elle peut être transitoire, lorsque l'enfant est en attente d'une place. L'évaluation se situe entre 5000 et 14 000 enfants et concerne surtout les enfants qui souffrent de polyhandicap ou d'un retard mental profond et sévère.

Drees, Études et Résultats, n° 216, janvier 2003, 12 pages.

Dossier

Déclarer, agir, prévenir : le nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

En 2003, le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire dont la notification de l'infection à VIH et de l'hépatite B aiguë connaît une avancée majeure dans la protection de l'anonymat des personnes. Il est fondé sur quatre principes : l'implication des médecins, biologistes dans la déclaration obligatoire, la protection de l'anonymat des personnes (par codage informatique irréversible des éléments d'identification grâce à un logiciel fourni par l'InVS), le renforcement des règles de protection des données chez les déclarants, dans les Ddass et à l'InVS et l'information individuelle des personnes par leur médecin sur la déclaration obligatoire et sa finalité, leur droit d'accès et de rectification des données les concernant.

Dans ce dossier, on trouvera également un dépliant permettant de repérer toutes les maladies à déclaration obligatoire avec leurs critères de signalement et de notification, 8 pages.

Un autre document joint est destiné aux acteurs du dispositif et présente deux types de fiches de notification selon les maladies à déclaration obligatoire, les fiches d'information des personnes sur la notification obligatoire et la surveillance virologique de l'infection à VIH. 64 pages.

Enfin, une lettre d'information thématique adressée aux acteurs de santé (biologistes et médecins libéraux et hospitaliers) intitulée MDO Infos n° 1 de 4 pages.

Institut de veille sanitaire, janvier 2003, 64 pages.

Rapport

OMS : rapport sur la santé 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine

Ce rapport résulte de l'un des plus importants projets de recherche que l'OMS ait entrepris avec le concours de nombreux experts en santé. Il mesure la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité pouvant être attribuée dans le monde d'aujourd'hui aux principaux facteurs de

risques pour la santé humaine et calcule la part de cette charge qui pourrait être évitée dans les vingt prochaines années. Il souligne que la réduction des risques ne relève pas seulement de l'État d'un pays mais de la volonté de chaque individu. Chaque pays doit pouvoir prendre les mesures adéquates pour réduire les risques et promouvoir une vie saine dans sa propre population, ce qui actuellement pose de nombreux problèmes avec l'évolution de certains nouveaux modes de vie pratiqués dans des pays alors que d'autres demeurent inchangés.

World Health Organization, The World Health Report 2002, Reducing risks, Promoting healthy life, 2002, 248 pages.

Colloque

5^e Journée d'assurance maladie de la Canam : Épidémiologie, Géographie et Politiques de Santé

Cette journée, qui a eu lieu au Sénat le 25 mars 2002, avait pour but d'examiner la problématique de l'évaluation des risques et de l'action préventive sous l'angle de la géographie. On remarque que les risques dépendent de leur durée mais aussi de leur aire d'extension, de leur diffusion et de leur dynamique dans l'espace. Les phénomènes de diffusion sont « cartographiables » et se quantifient au travers du nombre de personnes touchées ou affectées, mais aussi au travers des distances qui sont touchées. Il y a donc un phénomène de territoire à étudier dans le domaine de la politique de la santé (état de santé, offre de soins, dispositif de prévention) lié aussi à des caractéristiques démographiques et sociales (telle profession ou catégorie sociale plus ou moins représentée d'un endroit à l'autre, tel indicateur de précarité plus ou moins fort). Ce milieu composite et complexe qu'offre la géographie a permis lors de cette journée d'examiner la problématique de l'évaluation des risques aussi bien au niveau local, cantonal, régional ou national qu'au niveau européen et mondial.

Institut des Sciences de la Santé, 5e journée d'assurance maladie de la Canam, Sénat, 25 mars 2002, 112 pages.

Atlas

Atlas santé social du Cher

À partir des principaux indicateurs démographiques, d'activité ou de précarité, cet atlas présente une photographie sanitaire et sociale du département du Cher. Cet outil d'observation permet d'avoir une vue d'ensemble d'une activité ou d'une problématique et la résume d'une façon vivante grâce à de nombreuses cartes et graphiques qui illustrent les différents domaines qui intéressent la Ddass du Cher : la population, l'activité et l'emploi, les équipements sociaux et médico-sociaux, les équipements et professions de santé, l'habitat, les transports et la population communale en 1999.

Ddass du Cher, 2002, 25 pages.

Ouvrages

RAI Institution manuel de formation et guide d'utilisation

La démarche RAI est utilisée dans tous les nursing homes aux États-Unis d'Amérique, en Ontario et en Islande. Elle propose non seulement une description de l'état des résidents des établissements de soins en longue durée, mais également des pistes de réflexion et d'action qui guideront les professionnels dans la démarche de soins, de telle sorte que les soignants soient directement intéressés par la qualité des données récoltées. Ce caractère de support et de guide pour les soins comprend trois étapes. *Le Minimum Data Set (MDS)* est un recueil systématisé des données relatives au résident. Puis *le tableau d'alarme* signale à l'équipe soignante, sur la base de ces données, les domaines où il est possible d'intervenir et enfin *le protocole*, pour chacun de ces domaines d'intervention, propose à l'équipe des éléments de

réflexion ainsi que des directives pour l'action. Ce manuel a été traduit dans la perspective de tester la validité et l'acceptabilité du RAI dans les pays francophones.

RAI-institution version 2. 0. ENSP, janvier 2003, 376 pages.

Créer et piloter un réseau de santé

Cet ouvrage est un outil de travail pour les équipes sur le point de promouvoir ou déjà engagées dans un réseau de santé. Il reprend les étapes incontournables de la création d'un réseau et les points clés de son management, car tout réseau doit être envisagé comme un processus : l'ajustement négocié, la rédaction d'un cahier des charges, la pratique de l'évaluation... La fonction de pilotage est soulignée et tout particulièrement le travail de coordination. En effet, créé à l'initiative de médecins et de professionnels de santé, le réseau répond à des besoins explicitement définis, en lien avec les patients et reçoit un mandat et des financements publics pour se constituer.

Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes, ENSP, décembre 2002, 112 pages.

La santé, les soins, les territoires : penser le bien-être

« La santé ne se résume pas au médical, elle se vit au quotidien, dans les espaces où elle s'articule avec des questions relatives à la production domestique de soins et à l'offre de services aux personnes, pour contribuer au bien-être ». Cet ouvrage qui est le fruit d'une collaboration d'une dizaine d'auteurs est composé de trois parties qui correspondent d'une certaine manière aux trois actes de santé : le soin, la prévention et la promotion de la santé. La première partie est consacrée à « l'hôpital, pilier des services de santé » ; la deuxième partie intitulée « la santé en marge, la ville au cœur », aborde les problèmes sociaux comme ceux de l'exclusion, de la détresse sociale et de la non-demande de soins et de la toxicomanie dans l'espace urbain. La troisième partie intitulée « produire des espaces de bien-être » s'attache à montrer les enjeux géographiques dans une politique sanitaire de proximité pour les usagers.

La santé, les soins, les territoires, PUR, 2002, 236 pages.

L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre

Comprendre l'hôpital, son fonctionnement et ses missions, tel est l'objectif qui a guidé les auteurs de cet ouvrage. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, l'organisation hospitalière et le positionnement de l'hôpital dans le système de soins. Chaque fiche propose une synthèse du sujet, suivie d'une rubrique intitulée problématique actuelle qui permet de situer le sujet traité dans son contexte (enjeux, réformes en cours...). Des textes juridiques cités en référence ainsi qu'une bibliographie et une liste de sites Internet complètent la fiche.

Odile Derenne et François Ponchon, éditions ENSP, 2002, 206 pages.

Le mal de dos

Ce livre réunit des témoignages, des conseils ainsi que des données récentes de la médecine et de la recherche sur ce mal qui touche près de huit personnes sur dix et qui est la première cause d'arrêt de travail en France. C'est aussi un guide pratique par les renseignements qu'il fournit sur les aides existantes, les aspects administratifs et les adresses à connaître.

Santé au Quotidien, Dr. Patrick Gepner, Ed. Odile Jacob, 180 pages.



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