

Textes officiels

Vaccination antivariolique d'une équipe nationale d'intervention

Le dernier cas mondial de variole remonte à 1977 et depuis 1984 on ne vaccinait plus personne en France contre cette maladie qui était éradiquée. Bien que l'OMS ait demandé à tous les pays qui détenaient ce virus d'en détruire les souches ou de les confier aux deux seuls laboratoires autorisés à les conserver (aux États-Unis et en Russie), on ne peut écarter l'hypothèse que des personnes disposant des moyens de les cultiver les utilisent à des fins terroristes. La variole figure de ce fait au rang des menaces les plus graves, selon tous les spécialistes du bio terrorisme. Même si rien ne vient formellement étayer cette hypothèse, il a semblé impératif de se préparer à l'éventuelle réapparition de cette maladie, qui ayant disparu depuis plus de 40 ans en France est inconnue désormais des médecins. Un plan national de réponse à une menace de variole vient d'être mis en place. Cinq niveaux d'alerte ont été définis. Pour chacun d'eux, une réponse a été envisagée, correspondant à une stratégie graduée dont la première est la vaccination d'une équipe nationale d'intervention pluridisciplinaire composée de 150 personnes recrutées sur la base du volontariat parmi les personnels sanitaires et administratifs qui devra être opérationnelle 24 heures sur 24.

Pour plus de détails, consulter le dossier sur Internet : www.sante.gouv.fr. Lire également l'article du *Quotidien du Médecin*, n° 7273 du 13 février 2003, consacré à ce sujet

Décret n° 2003-109 du 11 février 2003. JO du 12 février 2003.

Articles

Réseaux gérontologiques de la Mutuelle sociale agricole (MSA)

Pendant leurs deux premières années de fonctionnement, les 19 réseaux gérontologiques de la MSA ont impliqué 483 médecins généralistes et permis de maintenir à domicile 1 400 personnes âgées dépendantes, grâce à une prise en charge médico-sociale coordonnée. Ces réseaux font partie des réseaux de soins expérimentaux « Soubie » lancés fin 2000 pour trois ans dans 19 sites locaux en milieu rural, pour maintenir à domicile les personnes âgées dépendantes dans des conditions sanitaires et sociales optimales. C'est l'alliance du médical et du social qui a permis la réussite de cette entreprise. Un rapport final d'évaluation est prévu en juin 2003, il devrait préciser l'impact médical du maintien à domicile des personnes âgées ainsi que l'impact économique des réseaux gérontologiques. Comme tous les réseaux Soubie, les réseaux gérontologiques de la MSA sont prolongés jusqu'au 31 décembre 2004.

Le Quotidien du Médecin, n° 7275, 17 février 2003.

Un réseau pour aider les personnes âgées protégées : une expérience en Vendée

Trois associations vendéennes gérant des services de tutelle ont décidé d'unir leurs efforts pour créer un réseau d'intervenants. Objectif : mieux prendre en compte les choix de vie des personnes âgées protégées et éviter des placements non désirés. Cependant, soulignent les responsables des associations, il est parfois difficile de concilier l'obligation de porter assistance à des personnes se mettant en danger et le respect de leur choix de vie. Une première étape a été franchie avec la création de deux comités de pilotage, réunissant tous les deux ou trois mois

des représentants de l'État (Ddass), du département, des municipalités, des membres d'associations d'usagers (telles que l'Union nationale des amis et familles des malades mentaux), des services de psychiatrie ou encore des associations telles que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et l'Union nationale ADMR (Association d'aide à domicile). Le premier comité de pilotage est chargé d'organiser l'action en réseau des différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées ne voulant pas quitter leur domicile malgré des conditions de vie très précaires. Le second comité mène une action similaire pour les adultes présentant des troubles psychiques et des comportements parfois dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Les deux comités de pilotage cherchent ainsi à créer un maillage du département, en mettant en place des équipes mobiles de professionnels dans chaque bassin de vie de la Vendée, de façon à trouver des réponses collectives et d'anticiper les situations de crise.

Actualités Sociales Hebdomadaires, n° 2298, 14 février 2003.

Santé et Europe : le fossé Est-Ouest se creuse

La région Europe de l'OMS (870 millions d'habitants) comprend certains des pays les plus riches de la planète mais aussi des pays très pauvres et, plus inquiétant encore, des pays de plus en plus pauvres, souligne le « Rapport sur la santé en Europe 2002 ». Cependant, dans les pays les plus favorisés des poches de pauvreté subsistent, voire grandissent. En Europe occidentale, près de 10 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Dans certains pays de l'Est, la grande pauvreté peut toucher la moitié des habitants. S'y ajoutent les conflits, les migrations qu'ils ont engendrées et les catastrophes naturelles. C'est ce qui explique en grande partie le creusement, ces dix dernières années, du fossé en matière de santé. La mortalité prématurée des hommes, la hausse de l'incidence des maladies infectieuses en Europe orientale, mais surtout celle des maladies non transmissibles (pathologies cardio-vasculaires, cancer, diabète) en sont responsables. Le rapport, dont un chapitre est consacré aux systèmes de santé conclut notamment que « *les politiques ayant donné les meilleurs résultats en matière de santé publique sont celles qui abordent les questions de la croissance économique, du développement humain et de la santé de manière intégrée* ».

Le Quotidien du Médecin, n° 7274, 14 février 2003.

Études

Le budget britannique de la science 2003-2004 à 2005-2006 : une augmentation résolue des financements

Le *Department of Trade and Industry* a rendu public en décembre 2002 le budget qui sera attribué aux conseils de recherche britanniques jusqu'à l'année 2005-2006. Ce budget fortement en hausse (croissance annuelle de 10 %), se caractérise par l'augmentation du financement des universités, le soutien au transfert de technologies, la mise en application de certaines recommandations du rapport Roberts ainsi que la mise en place de nouveaux programmes de recherche pluridisciplinaires impliquant plusieurs conseils de recherche. Ce budget répond aux quatre orientations stratégiques gouvernementales pour la science et la technologie : la recherche, la formation, le transfert de technologie et la science au cœur de la société (les autorités britanniques accordent une grande importance aux relations que le grand public entretient avec la science). Cet article explique comment des efforts doivent être menés pour favoriser l'exploitation commerciale de la recherche qui pour l'instant est insuffisante, comment former les chercheurs et les ingénieurs de demain à de nouveaux programmes de recherche tout en poursuivant les programmes existants. En marge des projets interdisciplinaires, le gouvernement a souhaité augmenté la dotation de tous les conseils de recherche. Ainsi le *Medical Research Council* se concentrera sur la santé mentale et les maladies neuro-dégénératives. 14,7 millions d'euros lui seront accordés pour mener avec le *Biotechnology and Biological Sciences Research Council* et deux autres conseils de recherche des travaux sur le cerveau.

Actualités scientifiques au Royaume-Uni, Ambassade de France au Royaume-Uni, Service Science et Technologie, janvier 2003.

Les bénéficiaires de l'APE, de l'AGED et de l'AFEAMA

Fin 2000, en France métropolitaine et dans le cadre du régime général des CAF, 487 500 familles bénéficient de l'Allocation parentale d'éducation (APE), 60 500 de l'Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) et 544 300 de l'Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA). 19 % des enfants de moins de six ans sont gardés avec le bénéfice de l'APE, 2 % de l'AGED et 16 % de l'AFEAMA. Les bénéficiaires de l'APE sont davantage présents dans les tranches de revenus plus faibles et ceux de l'AGED dans les tranches plus élevées. L'AFEAMA concerne davantage les familles avec un seul enfant et ayant une position de revenus intermédiaire. Elle couvre aussi, comme l'APE, davantage les populations des zones rurales, contrairement à l'AGED dont les bénéficiaires résident souvent en région parisienne.

Études et Résultats de la Drees, n° 217, février 2003, 12 pages.

Les familles monoparentales : des caractéristiques liées à leur histoire matrimoniale

L'enquête « Étude de l'histoire familiale », réalisée par l'Insee et l'Ined en complément au recensement, permet d'appréhender la diversité des familles monoparentales et la place de la monoparentalité dans les trajectoires individuelles. En effet, la monoparentalité a pris une place importante dans le paysage familial français puisqu'elle concerne plus d'une famille sur six avec plusieurs enfants, et une sur sept avec un seul enfant. Toutefois, le fait d'être parent de famille monoparentale recouvre une très grande diversité de situations. Les trois quarts des familles monoparentales se sont constituées à la suite d'une séparation après un mariage ou une union libre. 15 % des familles sont fondées par des femmes qui ne vivaient pas en couple. Le veuvage, en net recul, concerne 11 % des situations de monoparentalité. L'histoire matrimoniale des parents joue aussi beaucoup sur les caractéristiques des familles monoparentales. Cette étude de la Drees montre ainsi l'augmentation continue de ces familles, surtout ces dix dernières années, leur diversité et aussi leur activité professionnelle : des parents souvent moins qualifiés mais plus souvent actifs qu'en couple.

Études et Résultats de la Drees, n° 218, février 2003, 12 pages.

Colloque

Démographie des acteurs des soins primaires

Les soins de santé primaires possèdent généralement trois caractéristiques : ils sont directement accessibles (et non administrés après renvoi ou prescription), généraux (et non spécialisés) et ambulatoires (et non résidentiels). En France, les critères des soins primaires retiennent plusieurs notions : d'abord, celle de *premier recours* dont le champ est très vaste : la médecine préventive, la santé mentale et la médecine de soins, les urgences et aussi le suivi systématique des enfants, des salariés. La deuxième notion est celle de *proximité*. Celle-ci d'abord géographique, doit être complétée par une garantie d'accessibilité qui fait référence à l'organisation du système (rendez-vous, permanence de soins), à la capacité des patients à s'y orienter mais aussi, à la part des coûts laissés à leur charge. Il s'agit bien d'une proximité non seulement spatiale mais également organisationnelle et sociale. Enfin, la troisième notion est celle de la *permanence* qui permet à tout demandeur de trouver une réponse dans un délai raisonnablement court, souvent de l'ordre d'une journée. À ces champs, il faudrait ajouter le suivi sanitaire des personnes hébergées dans les institutions. Les acteurs des soins primaires sont nombreux et n'appartiennent pas uniquement au domaine strictement médical, et le développement de réseaux médico-sociaux dans le domaine du maintien à domicile, des soins palliatifs ou de la prise en charge des personnes âgées constitue un outil nouveau de coordination de soins primaires. Ce colloque du 15 octobre 2002 organisé par la Cnamts avait donc pour but de faire le point sur la situation du champ et des acteurs des soins primaires en France et dans les autres pays développés et d'observer la démographie des professionnels en France en la comparant avec les densités de leurs homologues dans d'autres pays. Une troisième partie avait pour but d'étudier les comportements et les attentes des patients-usagers en matière de soins primaires. La dernière partie de ce colloque concernait le contenu des métiers avec les complémentarités et les substitutions que l'on peut trouver pour la réalisation des interventions de soins primaires. De véritables évolutions touchent certains secteurs et celles qui apparaissent

dans les réseaux de soins sont porteuses de nombreuses conséquences avec la participation de plus en plus grande de professionnels paramédicaux qui travaillent soit en partenariat avec les médecins, soit en se substituant presque totalement à ceux-ci dans certains cas.

Actes du Séminaire du 15 octobre 2002, organisé par le Conseil scientifique de la Cnamts. 95 pages et une trentaine de pages d'annexes composées de graphiques, de cartes et de tableaux.

Ouvrages

Annuaire des maladies rares : 2002

Cet annuaire Orphanet a pour objectif d'aider les professionnels de santé, les chercheurs, les malades et leurs familles à trouver les informations dont ils ont besoin sur les maladies rares (atteignant moins de 1 sur 2000 dans la population, c'est-à-dire moins de 30 000 personnes en France) et les médicaments orphelins développés pour ces maladies. Il fournit les coordonnées de consultations spécialisées, de laboratoires de diagnostic, de chercheurs travaillant sur ces maladies et d'associations de patients, ainsi que les adresses des autres sites Internet consacrés à ces maladies dans le monde. La base est accessible sur Internet à l'adresse : www.orpha.net.

Orphanet, Editions Inserm, novembre 2002, 958 pages.

De l'alcoolisme à l'abstinence

Le phénomène de l'alcoolisme touche toutes les catégories sociales, qu'il soit quotidien ou épisodique, mondain ou professionnel, ou encore alcoolisme défilé ou repli. L'objet de cet ouvrage est de comprendre de quelle manière certaines personnes se sont engagées dans une trajectoire d'alcoolisation, puis ont pris conscience de leur dépendance et, enfin, ont tenté de s'y soustraire en suivant l'itinéraire de l'abstinence. L'ouvrage s'articule autour de deux axes. Le premier analyse la manière dont l'alcool entraîne petit à petit le consommateur dans une totale dépendance alcoolique, avec une histoire propre pour chaque individu. Le second axe cherche à saisir la manière dont s'est opéré le passage à l'abstinence sans rechute dans la tentation de la dépendance alcoolique. Il met en lumière les éléments déclencheurs qui ont aidé l'alcoolique à cesser toute consommation et montre les difficultés qu'il a rencontrées au cours de ce cheminement vers l'abstinence qui nécessite un véritable apprentissage. La construction d'une abstinence durable est possible mais au prix de grands efforts, pour lesquels les soutiens de l'entourage et d'un réseau social de qualité sont importants. Par ailleurs, l'adhésion à un mouvement d'anciens buveurs semble être une expérience bénéfique pour les personnes interrogées dans cet ouvrage car les anciens buveurs ont l'impression de se sentir utiles à leur tour en aidant d'autres malades à sortir de leur aliénation.

Emmanuel Jovelin, Annabelle Oreskovic, ASH éditions, octobre 2002, 166 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