

Études

Niveau de vie et pauvreté des enfants en Europe

L'étude sur le niveau de vie et la pauvreté des enfants est un indicateur largement utilisé par les pays scandinaves et anglo-saxons pour définir les objectifs des politiques sociales. Cette étude de la Drees analyse la pauvreté des enfants en Europe d'un point de vue monétaire (à noter qu'est considérée comme pauvre une personne dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian de son pays). Dans la plupart des pays, ce sont les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres qui perçoivent le plus fort montant de prestations familiales. Cependant malgré ces transferts sociaux, dans les familles nombreuses ou monoparentales, les enfants conservent un niveau de vie inférieur à celui de l'ensemble des enfants. La part des prestations familiales et des transferts sociaux, qui contribuent à l'augmentation du niveau de vie des enfants, est en général plus importante dans les pays d'Europe du Nord que du Sud. Ainsi, au Danemark et en Finlande, 4 % du PIB sont consacrés aux prestations familiales contre 1,1 % du PIB d'une manière générale dans les pays du Sud. La France se situe dans une position intermédiaire avec 2,6 % du PIB.

Drees, série Études, document de travail, n° 28, février 2003, 100 pages.

Santé, famille, protection sociale, exclusion : les opinions des Français de 2000 à 2002

Trois vagues barométriques de la Drees, réalisées entre 2000 et 2002 auprès d'un échantillon d'environ de 4000 personnes, ont montré qu'une grande majorité des personnes interrogées étaient satisfaites de leur état de santé. Il y a cependant un bémol avec certaines catégories de personnes (femmes, chômeurs) concernant l'amélioration de leur état de santé. Il y a une demande forte de prévention et d'information de la part des Français en général ainsi qu'une volonté de préserver le système de santé, notamment en améliorant la façon dont il est géré. Une proportion croissante de Français souhaitent une prise en charge publique de la dépendance, mais avec une opinion partagée sur les solutions à adopter. Une majorité relative souhaite que l'aide aux familles soit destinée en premier lieu aux familles aux revenus modestes et que les allocations de chômage et de RMI soient conditionnées à des contreparties. Enfin, le volume des dépenses de protection sociale n'est globalement pas jugé excessif, même si certaines économies sont considérées nécessaires par la voie d'une rationalisation du système.

Drees, Études et Résultats, n° 223, mars 2003, 8 pages.

Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières Revue de la littérature 1970-2002

L'organisation des soins primaires suscite de nos jours un intérêt croissant en France, avec en particulier la question de la répartition des tâches et le transfert de certains actes de médecins vers des infirmières à compétence étendue (promotion de la santé, suivi de pathologies chroniques stabilisées et soins en première ligne). Déjà, dans les années soixante, les États-Unis ont initié la délégation aux infirmières de certaines tâches traditionnellement réalisées par un médecin généraliste et le Royaume-Uni a suivi cette voie dix ans plus tard. Après avoir précisé le contexte de l'évolution de la répartition des compétences dans ces deux pays, l'étude fait le point sur les conclusions des nombreuses évaluations publiées sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes de médecins à des infirmières.

Credes, Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, n° 65, mars 2003, 4 pages.

Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 : un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales

Fin 2000, on dénombre 700 maternités en France métropolitaine, soit une diminution de 16 % depuis 1996. Cette étude décrit ce que sont devenues les maternités après une série de restructurations mises en œuvre depuis le milieu des années soixante-dix. Avec un mouvement de concentration de plus en plus important, les maternités les mieux équipées ont connu une augmentation de leurs capacités d'accueil. Les maternités ont été incitées, notamment par le décret périnatalité de 1998, à organiser des soins de réseaux coordonnés à l'intérieur des régions. L'objectif de cette coordination est d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers des maternités répondant à leurs besoins d'accueil. On distingue ainsi trois niveaux de maternités : celles de niveau 3 disposant d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale situés sur le même site, les maternités de niveau 2 qui ont un service de néonatalogie ou de soins intensifs et celles de niveau 1 qui ne disposent pas d'unité d'hospitalisation des nouveau-nés à proximité immédiate. 52,3 % des accouchements ont eu lieu dans les maternités de niveau 2 ou 3 en 2000. Deux tiers des naissances multiples sont désormais prises en charge dans les maternités de niveaux 2 et 3, ainsi que 70 % des accouchements avant terme et la plupart des enfants au poids de naissance insuffisant. Si on constate une meilleure adéquation entre le risque encouru par une femme enceinte et l'environnement dont dispose la maternité, l'équipement varie encore d'une région à l'autre et de fortes disparités régionales subsistent en la matière.

Drees, études et résultats, n° 225, mars 2003, 8 pages.

Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement

Ce dossier de la Drees présente, avant d'aborder la problématique de la prise en charge des personnes entre domicile et établissements, les résultats d'enquêtes auprès des bénéficiaires de services d'aide à la personne à domicile (SAPAD) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui ont permis de renouveler l'observation des différents modes de leur prise en charge. En effet, ces enquêtes réalisées en 2000 se sont adressées à la personne âgée elle-même et plus seulement aux responsables ou personnels qui les accompagnent. La première partie du dossier dégage les caractéristiques des bénéficiaires des services d'aide à domicile et étudie la transition entre domicile et établissements. La seconde partie est centrée sur la vie en institution. Si la médicalisation est de plus en plus importante à cause du vieillissement des personnes accueillies dans les établissements, la dimension sociale y tient une place de plus en plus grande. Les politiques d'animation menées par les établissements ont un but à la fois récréatif et thérapeutique en associant les résidents aux animations collectives pour maintenir le plus longtemps possible leurs capacités motrices et intellectuelles.

Drees, dossiers solidarité et santé, n° 1, janvier-mars 2003, 106 pages.

Les personnes âgées en Île-de-France : évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une réflexion régionale destinée à anticiper dans un avenir où le nombre de personnes âgées devrait connaître une progression importante en Île-de-France, principalement en grande couronne. Une progression de 35 % du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus est à prévoir dans les trente prochaines années (entre 103 000 et 139 000 en 2030 contre 89 000 aujourd'hui). De plus, la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie, APA, induit une augmentation du nombre de prises en charge à domicile comme en établissement. Face à ces évolutions, la région doit adapter son offre de prise en charge de la dépendance, qui aujourd'hui est insuffisante, notamment en services de soins infirmiers à domicile. Dans un objectif de doublement de l'offre à domicile, la région devrait créer de 16 000 à 36 000 places médicalisées supplémentaires en 2030, dont 11 000 à 18 000 places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ce qui suppose une croissance annuelle comprise entre 1,2 % et 2,2 % pendant trente ans...

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, janvier 2003, 168 pages.

Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées en Ile-de-France

En premier lieu, dans ce Sros, est présenté le bilan quantitatif et qualitatif réalisé pour décrire les modes de prise en charge des personnes âgées dans la région Île-de-France. Cela a permis de faire un certain nombre de constats, de mettre en évidence un certain nombre de difficultés rencontrées et de décrire les organisations mises en place et les souhaits des chefs de service et des directeurs d'établissement. Ensuite sont abordés les objectifs et les recommandations du schéma qui s'inscrivent dans un contexte de filière globale de prise en charge de la personne âgée faisant intervenir en amont et en aval les soins de ville, les secteurs médico-sociaux et associatifs (les réseaux centrés sur les personnes âgées à développer, le maintien à domicile à favoriser, le rôle des hôpitaux de jour à préciser et les bilans gériatriques à développer, l'organisation de la prise en charge des personnes âgées dans chaque établissement à définir et la prise en charge de certaines maladies comme celle d'Alzheimer à améliorer...). Dans chaque projet d'établissement et/ou contrat d'objectifs et de moyens, un volet doit être consacré aux personnes âgées, détaillant les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre. L'organisation décrite aboutit à la définition d'une filière gériatrique hospitalière clairement identifiée et prévoit la participation d'un réseau de santé centré sur les personnes âgées.

Agence régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France, Sros, janvier 2003, 70 pages.

Enquête

Baromètre santé en Poitou-Charentes 2000 : enquête auprès des 12-75 ans

Ce baromètre régional, par rapport aux autres baromètres régionaux ciblant les jeunes de 12 à 25 ans, couvre à la fois la population des jeunes et celle des adultes (12-75 ans) comme au baromètre national. L'enquête a couvert une population de 1076 personnes, avec un questionnaire (350 questions) d'une durée de 33 minutes. C'est le département de la Charente-Maritime qui est le plus représenté dans l'échantillon Poitou-Charentes, en cohérence avec la répartition régionale de la population (autres départements : la Charente, les Deux-Sèvres et la Vienne). La répartition selon le type de commune n'est pas la même en France et en Poitou-Charentes car cette région est dotée de plus de communes rurales (50,7 % contre 24,4 %) et n'a pas d'agglomérations de plus de 200 000 habitants. Ce baromètre composé de dix fiches est une extension au baromètre santé 2000 national. Une comparaison systématique entre les résultats du Poitou-Charentes et ceux du national a été effectuée pour mettre en avant les particularités et les similitudes pour chacun des thèmes abordés : les conduites alimentaires, les pratiques du sport, la qualité de vie et la perception de la santé, les vaccinations (opinions et pratiques), les consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les accidents, les violences physiques et les prises de risque, la sexualité, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, le dépistage des cancers du sein, de l'utérus et du colon, la consommation de soins et le comportement face à la douleur.

L'ensemble des fiches est téléchargeable sur le site Internet de l'Orspec : www.ors-poitou-charentes.org

Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes, 2003, 48 pages.

Rapport

Pays de la Loire : les principaux problèmes de santé de ses habitants : contribution de l'ORS au choix des priorités régionales de santé

Les problèmes de santé prioritaires dans cette région sont répartis en 7 groupes : les cancers, les accidents de la route et de la vie courante, et les maladies cardio-vasculaires sont trois groupes qui pèsent d'un poids considérable dans la mortalité prématurée car ils représentent les deux tiers des décès qui surviennent avant 65 ans. Les troubles mentaux occupent également une place importante parmi les motifs de recours aux soins. Les problèmes de santé périnataux

viennent ensuite en raison de la fréquence des naissances et de l'impact de tout ce qui se rattache à la périnatalité (43 200 enfants sont nés en 2001). Les pathologies rhumatologiques sont à prendre aussi en considération dans cette région en raison de la fréquence aux recours aux soins des personnes qui en souffrent, tant en ville qu'à l'hôpital. Enfin, avec le vieillissement de la population, les déficiences et incapacités occupent une place croissante dans les préoccupations régionales et d'une manière plus générale dans la politique de santé publique. Au-delà des facteurs de risque présentés dans l'étude de ces 7 groupes, on observe que des déterminants transversaux, tels que les déterminants sociaux et les ressources sanitaires, jouent un rôle non négligeable dans ces problèmes de santé. Ainsi, dans la population masculine âgée de 25 à 59 ans, le taux comparatif de mortalité du groupe agriculteurs/ouvriers/employés est 2,9 fois supérieur à celui du groupe cadres/professions libérales sur la période 1997-1999.

**Ce rapport d'étude est téléchargeable sur le site Internet : www.sante-pays-de-la-loire.com
Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, janvier 2003, 58 pages.**

Revue

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La Revue de droit sanitaire et social a consacré un numéro entier à la loi du 4 mars 2002. De nombreux auteurs ont participé à la réalisation de cet ouvrage qui reprend le plan de la loi en commençant par un chapitre concernant le champ social intitulé « la solidarité envers les personnes âgées ». Sont ensuite étudiées les questions sanitaires, agrémentées de nombreux commentaires explicatifs, « la démographie sanitaire », « la qualité du système de santé » et « la répartition des conséquences des droits sanitaires ».

Revue de droit sanitaire et social, n° 4, octobre-décembre 2002, p. 640 à 844.



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