

Articles

Troubles néonataux liés à un antidépresseur IRS

Après exposition *in utero* à un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (IRS) pris par la mère tout au long de la grossesse ou en fin de grossesse, des manifestations cliniques affectent parfois le nouveau-né au cours des premiers jours de vie (de la naissance à 5 jours) : agitation, difficultés respiratoires, troubles du tonus... De tels symptômes ont également été décrits avec les antidépresseurs imipraminiques. Aussi, lorsqu'un nouveau-né a des symptômes inexplicables, il faut avoir en mémoire l'existence de ces troubles liés à un antidépresseur, car cela peut éviter des investigations trop lourdes par ailleurs.

Prescrire, n° 244, novembre 2003.

Le dépistage de la surdité du nouveau-né

Il n'existe actuellement pas en France d'organisation générale permettant de réaliser un dépistage systématique de surdité. Depuis le mois d'octobre 2002, un dépistage systématique de la surdité néonatale est assuré au CHR d'Orléans. Ce dépistage précoce, qui doit être fait avant l'âge de six mois, est indispensable pour éviter des retentissements majeurs sur l'acquisition du langage oral, de la parole et plus tard sur la scolarisation. Le nombre de nouveau-nés présentant une déficience auditive est d'environ 2 à 3 pour mille, tandis qu'il peut atteindre les 5 à 7 % pour les bébés admis dans les unités néonatales de soins intensifs, ou ceux faisant partie des catégories à risque (antécédents familiaux, malformation cranio-faciale, infection fœtale...).

Réseau CHU, n° 16, novembre 2003.

Renacoq : réseau de surveillance de la coqueluche à l'hôpital en 2001

Bien que la vaccination ait réduit l'incidence de cette maladie, elle reste d'actualité avec une augmentation de la proportion de cas chez les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés et chez l'adolescent et l'adulte jeune car la durée de protection conférée par la maladie ou le vaccin est limitée à quelques années. Depuis 1996, la surveillance de la maladie est basée sur un réseau hospitalier pédiatrique métropolitain (Renacoq). Cet article présente les résultats de surveillance de l'année 2001. La couverture vaccinale est très élevée en France et ne remet pas en cause l'efficacité du vaccin coquelucheux. Trop de cas surviennent chez les enfants ayant débuté tardivement la vaccination (la primo-vaccination doit avoir lieu dès le 2^e mois). L'âge des contamineurs a augmenté. Il pourrait s'agir d'un premier impact de la vaccination de rappel à 11-13 ans ; les adolescents mieux protégés interviendraient alors moins dans la contamination des petits enfants. L'article recommande en conclusion l'utilisation des vaccins acellulaires, le rappel tardif à 11-13 ans, voire l'introduction dans le futur des rappels chez l'adulte. Une simplification de l'outil de surveillance dans le réseau Renacoq (qui comprend 42 hôpitaux) serait également à envisager pour améliorer une plus grande participation des cliniciens (le taux de participation étant stable pour les bactériologistes), car il est important de pouvoir mesurer et suivre l'impact des modifications de la politique vaccinale contre la coqueluche.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 44, 4 novembre 2003.

Europe : réforme de santé en Allemagne

L'Allemagne vient d'adopter de nouvelles mesures dans son système de santé, touchant particulièrement le secteur du médicament. Une de ces mesures, qui entrera en vigueur dès janvier 2004, concerne la rémunération des pharmaciens à l'honoraire. Ce système devrait permettre d'éviter les risques liés à des baisses futures du prix des médicaments et renforcer le rôle des pharmaciens (leur rémunération ne dépendant plus du prix du médicament). Les pharmaciens pourront posséder jusqu'à quatre officines dans le même secteur (une principale et trois filiales). Les médicaments pourront être vendus par correspondance, ce qui légalise l'autorisation de l'exercice des cyberpharmacies (commerce des médicaments via Internet). Une autre mesure concerne les patients, qui auront une responsabilisation accrue vis-à-vis des dépenses de santé (comme par exemple le remplacement des tickets modérateurs par un forfait de 10 % du prix du médicament avec un minimum de 5 euros et un maximum de 10 euros). D'autres mesures concernant l'augmentation de rabais obligatoire (passé de 6 à 16 %) accordé aux caisses ainsi que la mise en place de prix de référence pour les médicaments brevetés donnent l'ampleur de la réforme annoncée dans le secteur pharmaceutique allemand.

Pharmaceutiques, n° 111, novembre 2003.

Études

Phénomènes émergents liés aux drogues à Paris et en Seine-Saint-Denis en 2002 : tendances récentes et nouvelles drogues

L'Observatoire régional de santé d'Île-de-France a réalisé une étude dans le cadre du dispositif national Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place depuis 1999 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Cette étude concerne Paris et la Seine-Saint-Denis car ces deux sites faisaient partie du dispositif Trend en 2001 et la continuité dans l'observation a permis de mettre en évidence certains changements liés aux usages de drogues. On observe en 2002 une plus grande perméabilité entre espace « festif » et espace « urbain ». Ainsi, l'ecstasy, peu visible auparavant hors de l'espace « festif » apparaît désormais disponible. En milieu « festif » la consommation par voie injectable de certains produits (subutex, héroïne, skénan) est apparue alors que les consommations se font le plus souvent par ingestion, par voie nasale ou par inhalation. La prévention et la prise en charge de la toxicomanie tendent à se complexifier avec des problématiques plus aiguës qu'auparavant : extension des polyconsommations (rendant de plus en plus nécessaire une approche globale sur les addictions et non plus produit par produit), difficulté de la prise en charge d'usagers extrêmement désocialisés ou de femmes enceintes ayant une consommation de produits psychoactifs, phénomènes d'alcoolisation fréquents chez certains usagers sous substitution rendant difficile la prise en charge des hépatites C. Enfin, des problèmes nouveaux sont prévisibles dans les années à venir avec l'accroissement du nombre de personnes, souvent très désocialisées ou en détention, initiant leur consommation d'opiacés avec des traitements de substitution, dont le Skénan et le Subutex.

Cette étude est accompagnée d'une plaquette présentant la synthèse des résultats.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, septembre 2003, 127 pages.

Conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 en Île-de-France

Ce premier bilan régional dressé par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France sur la canicule exceptionnelle de la première quinzaine du mois d'août 2003 est complété par un ensemble de recommandations, visant à limiter, à l'avenir, l'impact sanitaire d'un tel épisode de canicule. Cet épisode de canicule est le plus long jamais enregistré depuis 1873 à Paris. Il se distingue aussi des précédents par des températures plus élevées (minimales et moyennes). Si l'importance de la canicule est la principale responsable de l'ampleur des effets sanitaires, les spécificités démographiques, socio-économiques, géographiques et la pollution atmosphérique urbaine ont également contribué à ce bilan pour la région de l'Île-de-France, région la plus touchée de France avec un tiers des décès (32,9 % de l'ensemble des décès). En effet, le nombre de personnes âgées y est particulièrement important : près de 600 000 personnes de 75 ans et plus habitent cette région. 47 % vivent seules dont 55 % à Paris contre 42 % au niveau national.

Cette population est à 82 % féminine. 89 000 Franciliens de plus de 75 ans sont dépendants et ont besoin d'une aide quotidienne alors que l'offre régionale pour la prise en charge des personnes dépendantes est insuffisamment développée. Il apparaît important de poursuivre la médicalisation d'accueil pour personnes âgées et le développement des services de soins infirmiers à domicile avec dans tous les cas un accès à la climatisation. En effet, la population de grand âge ne fera que croître dans les prochaines décennies et devant une prochaine canicule, on ne pourra éviter une nouvelle surmortalité, déjà observée lors de la vague de chaleur de 1976 avec un excès de 6 000 décès mis en lumière par le rapport Inserm. 27 ans après, on constate une surmortalité en France de 14 800 décès dont 4 867 pour l'Île-de-France, ce qui représente 32,9 % de l'ensemble des décès attribués à la canicule au plan national. Aussi pour l'avenir, l'anticipation, l'organisation et la coordination des moyens doivent être mis en œuvre pour répondre et affronter à temps l'ampleur d'une canicule comparable ou un autre grand risque climatique (vague de froid, tempête, risques biologiques ou épidémiques).

Observatoire régionale de santé d'Île-de-France, octobre 2003, 4 pages.

Les disparités départementales en matière d'aide sociale

Avec les transferts de compétences opérés par les lois de décentralisation de 1984, les départements ont été dotés de compétences accrues en matière d'aide sociale. Ils délivrent des prestations et services dans quatre principaux domaines : l'aide aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à l'enfance, ainsi qu'à l'insertion des allocataires du RMI. Si l'on distingue les différents secteurs de l'aide sociale départementale, la dispersion la plus forte concerne le nombre d'allocataires du RMI et la plus faible le nombre de bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées, par rapport aux populations potentiellement concernées. Les dépenses par bénéficiaire sont, quant à elles, plus élevées et plus dispersées pour l'aide sociale à l'enfance. On observe que si une forme d'aide sociale est développée dans le département, les autres catégories d'aide le sont en général aussi. L'accès à l'aide départementale apparaît plus homogène d'un département à l'autre que le nombre d'allocataires des minima sociaux correspondants. La richesse des départements est un facteur important des disparités observées en matière d'aide sociale et fournit une explication de la relation entre le nombre de bénéficiaires et dépenses moyennes. On retrouve cette caractéristique dans la typologie des départements qui peut être établie en fonction de leurs pratiques d'aide sociale.

Études et résultats de la Drees, n° 269, octobre 2003, 12 pages.

Rapports

Sport, adolescence et famille

Ce rapport remis au ministre des sports et au ministre délégué à la famille montre que le taux d'abandon de la pratique sportive est élevé à l'adolescence et que les motivations évoluent vers le désir de sociabilité et le plaisir de pratiquer. Les objectifs, dont celui de renforcer la dimension éducative et sociale dans l'activité sportive, sont nombreux pour valoriser le sport auprès des adolescents : socialisation, convivialité, cadre de développement d'expression (induisant des valeurs fondamentales comme le mieux-être ou le mieux-vivre liés au plaisir de l'existence) et influence de l'activité physique sur la santé (lutte contre la sédentarité, la nervosité, le surpoids, l'obésité). Le rapport souligne aussi la nécessité de favoriser une prise de responsabilité et une meilleure implication des adolescents et de leur famille dans l'organisation des clubs et des associations sportives. Il souhaite aussi une meilleure intégration des jeunes en situation de handicap dans les structures sportives et qu'enfin soit maintenue une pratique sportive régulière au-delà de l'adolescence et à tous les âges de la vie.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, ministère délégué à la Famille, ministère des Sports, rapporteur Luc Machard, novembre 2003, 317 pages.

Institut de veille sanitaire : rapport 2002

Ce troisième rapport de l'InVS présente les résultats scientifiques de l'année 2002, marquée par la conception et la réalisation du nouveau système de maladies à déclaration obligatoire.

Le nouveau dispositif de surveillance par remontées anonymisées de ces maladies permettra notamment de surveiller l'hépatite B aiguë et l'infection à VIH. Les alertes et réponses aux menaces et urgences de santé publique concernent surtout les maladies infectieuses (fièvre Q, hépatite C nosocomiale, tuberculose) et l'exposition à des polluants environnementaux (émissions des usines d'ordures ménagères, contamination de réseaux d'eau potable). L'année 2002 a été marquée également par le renforcement de la coopération entre les agences du dispositif de sécurité sanitaire (Afssa, Afssaps) et de nombreuses études reflètent cette coordination. De même, dans le but de développer la veille sanitaire, les Cire ont été renforcées dans les régions et sont maintenant au nombre de 16. La création de deux nouveaux départements au sein de l'InVS, la participation toujours plus grande à la veille sanitaire internationale illustrent la nécessité d'une coordination internationale pour mesurer et contrôler les épidémies, comme le Sras, devenues dorénavant mondiales.

Institut de veille sanitaire, septembre 2003, 125 pages.

Congrès

Qualité et Santé

Le 10^e congrès national des observatoires de santé, qui a eu lieu à Clermont-Ferrand les 15 et 16 mai 2003 avait pour thème « qualité et santé ». Comme l'a souligné le Pr Patrice Deteix, la qualité a certes un coût mais elle est aussi la meilleure manière de réduire les coûts. Le programme de ces deux journées portait sur quatre thèmes. Le premier concernait la qualité de l'observation de la santé et la manière de mettre en place des politiques dans les différents travaux d'observation de la santé. Le deuxième était centré sur l'observation de la qualité des soins délivrés et de la qualité du système de santé. Le troisième dont le titre était « qualité en santé et politiques de santé » posait la question du rôle et de l'avenir des ORS pour l'aide à la prise de décision dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé. Le dernier thème portait sur l'état nutritionnel et la qualité du système de santé. On sait en effet que les problèmes de santé sont souvent liés à l'état nutritionnel et que la sécurité alimentaire est par ailleurs un sujet de préoccupation qui prend de plus en plus d'importance auprès des consommateurs.

Recueil des actes du 10^e congrès national des observatoires régionaux de la santé des 15 & 16 mai 2003, Clermont-Ferrand, 193 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