

Campagnes de prévention

Prévention du VIH/ sida en direction des personnes migrantes

Face à une recrudescence du VIH/sida, en particulier chez des personnes migrantes dont celles d'Afrique subsaharienne, le ministère de la Santé et l'INPES ont édité une nouvelle version du catalogue des outils de prévention. Celui-ci rassemble 60 fiches présentant des supports d'information et de communication susceptibles d'être utilisés par des acteurs de prévention du VIH / sida travaillant avec des publics migrants. Il peut également donner l'occasion de prises de contact entre différents acteurs de terrain soucieux de confronter leurs pratiques. Parmi ces outils, on retrouve le personnage de « Moussa le taximan » dans 6 nouveaux épisodes d'une fiction tournée à Abidjan et qui avait, précédemment, rencontré un grand succès. Cette vidéo permet d'aborder différents aspects de la prévention comme l'utilisation du préservatif ou l'incitation au dépistage, mais aussi des questions plus délicates, telles que le sida vis-à-vis de la religion, la place de la médecine traditionnelle dans le traitement du VIH, le rôle de la femme souvent jugée responsable de la transmission du virus. Les thèmes VIH/sida ont été élargis à la tuberculose et à la contraception.

On peut se procurer ces outils gracieusement, avant le 31 janvier 2004, auprès de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) au 42 Bd. de la Libération, 93203 St Denis Cedex. (www.inpes.sante.fr)

Articles

Alcool : la réaction des consommateurs en Australie face aux contrôles d'ordre sociétal élaborés afin de modifier la consommation et l'abus d'alcool

Le travail épidémiologique récent suggère que la consommation modérée d'alcool, et en particulier du vin, peut améliorer la santé cardio-vasculaire ; cependant le coût social de l'abus d'alcool l'emporte sur les bienfaits sociaux de la consommation modérée. Le coût social de l'abus d'alcool est estimé, en Australie, à 3,5 milliards de dollars australiens et aux États-Unis à 166,5 milliards de dollars américains. Par conséquent, contrôler la consommation d'alcool est un point de plus en plus essentiel dans l'élaboration de la politique sociale de la réglementation. Les mesures sont diverses, allant de l'interdiction complète au contrôle d'ordre sociétal. L'Australie utilise cette dernière mesure comme principale technique pour modifier les comportements. Il ressort de cette étude australienne que les contrôles d'ordre sociétal ne semblent pas générer un style de vie de consommation modérée d'alcool, mais seulement produire des comportements circonstanciels ou alternatifs pour éviter les sanctions. Des recherches devraient être entreprises afin de mieux connaître l'efficacité relative des contrôles sociétaux et leur mise en œuvre afin d'instaurer un climat de modération à long terme plutôt que de développer des comportements dont le seul but est de contourner les pénalités d'un mécanisme particulier de contrôle.

Bulletin de l'OIV (revue internationale de la vigne et du vin), vol. 76 871-872, septembre-octobre 2003.

Erreurs médicales et gestion des risques

Après avoir observé le retard du système espagnol dans la prise en compte des risques et des erreurs médicales dans les hôpitaux, cet article décrit les principales bases de stratégies et

les programmes mis en place pour y remédier. Ces orientations s'intègrent dans une politique d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité.

Revista española de salud pública, volume 77, n° 5, septembre-octobre 2003.

Études

La santé des Franciliens

Cette étude de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France dresse un état des lieux de la santé des Franciliens. Ce panorama essaie de dégager les problèmes spécifiques de santé liés à la région et d'en préciser la nature. En effet, on constate que cette région, dont les indicateurs socio-économiques sont globalement favorables (espérance de vie plus longue que dans d'autres régions, en particulier pour les hommes et sous-mortalité, notamment cardiovasculaire), offre de fortes disparités départementales liées à des inégalités sociales de santé importantes (situation beaucoup plus défavorable dans le Nord et dans l'Est de la région que dans le Sud et l'Ouest). Aussi des actions de prévention et d'éducation doivent être particulièrement concentrées sur des pathologies typiques liées à certains groupes de population (saturnisme, tuberculose, sida, toxicomanie et conduites à risque chez les jeunes, obésité) et sur des facteurs nouveaux liés à l'urbanisation excessive et au vieillissement de la population plus importante et souvent plus isolée qu'en province (besoin de surveillance et de nouveaux dispositifs de prise en charge de personnes de plus en plus âgées et aussi besoin de solidarité sociale). On s'aperçoit que ces problèmes dépassant largement le domaine de la santé ne pourront être véritablement traités sans le renforcement d'une politique sociale d'adaptation.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, octobre 2003, 202 pages, 7 pages d'annexes et plaquette présentant la synthèse des résultats.

L'activité des omnipraticiens libéraux d'Île-de-France durant la canicule d'août 2003

Dans une précédente revue de presse du HCSP (n° 44 du 1^{er} au 15 novembre 2003), on a pu voir que l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France avait fait une étude, datée du mois d'octobre, sur les conséquences sanitaires de la canicule du mois d'août sur la population de la région Île-de-France, l'une des régions les plus touchées. L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (l'Urcam) d'Île-de-France a réalisé une étude sur l'activité des omnipraticiens durant cette période. Elle permet de dresser les constats suivants : la présence des omnipraticiens s'est légèrement accrue durant la période du 4 au 12 août correspondant au summum de la canicule, leur niveau d'activité a augmenté de façon plus sensible (avec l'augmentation du nombre d'actes de +8,5 % par rapport à août 2002), la structure de leur activité s'est modifiée avec un accroissement des visites (+10,4 %), plus particulièrement chez des patients de plus de 75 ans. Enfin, une augmentation plus importante de leur activité a été constatée également lors de la période suivant la canicule, là encore avec des patients de plus de 75 ans.

Urcam d'Île-de-France, novembre 2003, 8 pages.

La pollution par l'ozone : des concentrations en hausse malgré des efforts à l'échelle européenne

La première directive européenne de 1992 a encouragé la généralisation de la mesure de l'ozone et la mise en place de procédures d'information et d'alerte de la population avec des seuils de protection de la santé et de la végétation. Une nouvelle directive, entrée en vigueur le 9 septembre 2003, a abaissé le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte, entraînant la mise en place de mesures plus contraignantes pour réduire les émissions de précurseurs. Bien que ces émissions aient considérablement baissé (-27 % entre 1999 et 2000), les niveaux d'ozone peuvent demeurer au-dessus de seuils de vigilance et particulièrement dans les agglomérations, lors des étés ensoleillés (périodes anticycloniques) : cela a été particulièrement vérifié avec l'été 2003 où l'ozone a atteint des niveaux records en France. En moyenne, on estime que 10 % à 40 % de la population en Europe subit régulièrement des concentrations d'ozone supérieures aux objectifs à long terme des directives européennes (120 µg/m³ sur 8 heures).

Les concentrations d'ozone à l'échelle planétaire et dans l'atmosphère libre ont fortement évolué depuis la période industrielle. En Europe, les principaux émetteurs de précurseurs de pollution liés aux activités humaines (transport automobile, combustibles domestiques et industriels) sont en baisse (introduction du pot catalytique, efforts fournis par l'industrie, notamment sur les solvants). Il reste cependant des efforts à faire pour aboutir à l'amélioration de la situation et à assurer les objectifs fixés par le protocole de Göteborg de 1999 en diminuant les émissions d'ozone à l'horizon de 2010.

Les données de l'environnement, Institut français de l'environnement, (Ifen), n° 88, novembre 2003, 4 pages.

Dossiers

Soins transfrontaliers et mobilité des patients en Europe

Deux articles de la *Revue médicale de l'assurance maladie* analysent la complexité d'intégrer des prestations de santé dans une politique coordonnée tant à l'échelon national qu'euro-péen. Jusqu'à présent, la politique communautaire en matière de soins de santé a traditionnellement été basée sur la coordination des droits à la sécurité sociale pour les citoyens européens se déplaçant au sein de l'Union européenne. La décision d'introduire une carte d'assurance maladie européenne d'ici à 2004 est vue par certains comme une opportunité de créer des réseaux européens de prestations de santé conventionnées. Les arrêts de la Cour de justice ont en effet déclenché une nouvelle tendance à la coordination des systèmes de santé plutôt qu'à la coordination des droits à la sécurité sociale. La coopération transfrontalière en termes de partage de l'offre est le scénario le plus souvent cité et des expériences transfrontalières sont décrites dans ce dossier selon deux types d'approche. L'une porte sur les pratiques de conventionnement (conventions entre établissements hospitaliers étrangers entre eux, avec des organismes assureurs, avec des administrations publiques et organismes assureurs) et l'autre sur la mobilité transfrontalière intentionnelle des citoyens : le projet *Transcard*, par exemple, offre aux Belges et aux Français de la région frontalière la possibilité d'utiliser respectivement leur carte *SIS* ou *Vitale* dans des cas précis nécessitant les formulaires E111 ou E112. Les cartes *SIS* ou *Vitale* remplacent ces formulaires au niveau de l'identification des patients « transfrontaliers » et du contrôle de leur assurance. La situation transfrontalière de ces projets montre que l'on peut expérimenter à petite échelle des projets de complémentarité (les patients reçoivent des soins à l'étranger qui ne sont pas disponibles dans leur propre pays) ou de mobilité, ce qui ne semble pas encore être réalisable aujourd'hui à l'échelle européenne.

Revue médicale de l'assurance maladie, volume 34, n° 3, juillet-septembre 2003.

Les conditions de travail et les maladies cardio-vasculaires (MCV)

La revue « *Santé et travail* » a consacré un dossier faisant la relation entre conditions de travail et maladies cardio-vasculaires. Dans le travail d'aujourd'hui, les rythmes imposés, la pénibilité physique, le poids des contraintes de l'organisation du travail, la faible reconnaissance sociale ou salariale ou le stress peuvent provoquer un risque non négligeable de maladies cardio-vasculaires avec également risque d'infarctus... certaines conditions de travail sont telles qu'elles sont devenues pathogènes et expliquent en partie les conduites de compensation que sont le tabagisme, l'alcoolisme, une alimentation déséquilibrée, qui génèrent un mauvais cholestérol et une hypertension artérielle. Ainsi, il semble pour les auteurs de ce dossier qu'on ne peut aborder la prévention des maladies cardio-vasculaires uniquement sous l'angle de la responsabilité individuelle et qu'on peut difficilement dissocier un comportement dit « à risque » du contexte professionnel.

Santé et Travail, n° 45, octobre 2003.

Rapport

La prévention en matière de santé

Le Conseil économique et social présente dans son dernier rapport (séance des 25 et 26 novembre 2003) des propositions pour une politique globale et à long terme de préven-

tion en matière de santé. Il montre l'évolution qui, au cours du xx^e siècle, a abouti à la remise en cause d'un système centré exclusivement sur le curatif et dont les principaux facteurs sont les suivants : développement de l'épidémiologie, apparition de nouvelles maladies, sentiment que la prévention peut parfois éviter des dépenses ultérieures de soins et demande croissante de sécurité dans le domaine de la santé. Une approche plus globale de la prévention s'est ainsi développée, envisageant l'influence des facteurs d'ordres divers, notamment social et économique, sur la santé des individus, et considérant les facteurs sociétaux comme des déterminants majeurs de l'état de santé. La qualité des soins, loin de rendre la prévention inutile, la rend encore plus nécessaire, et le préventif et le curatif se trouvent de plus en plus associés. La situation française, marquée par une forte mortalité due aux comportements à risque, révèle l'enjeu majeur du développement de l'éducation et de l'information pour la santé, enjeu qui doit aussi développer chez chacun le sens civique et celui des relations sociales. De plus, parce que la durée de vie s'allonge continuellement, il est essentiel de pouvoir prévenir et retarder l'apparition des maladies chroniques. La prévention, qui doit être le fait de *tout le corps social*, doit aussi agir sur les médias et les industries pour les responsabiliser dans la prégnance de publicités susceptibles d'être néfastes à la santé. Le rapport donne également quelques exemples d'expériences étrangères en matière de prévention sanitaire au Canada, en Finlande et au Royaume-Uni.

Avis et rapports du Conseil économique et social, rapport présenté par Guy Robert, éditions des Journaux Officiels, 2003, n° 24, 3 décembre 2003.

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