

#### Articles

##### Assistants sociaux et soins palliatifs : représentations, ressources et pratiques des professionnels

Une grande part du travail social destiné aux personnes en fin de vie et à leur entourage est réalisée par des assistants sociaux (AS) extérieurs aux structures de soins palliatifs (AS hospitaliers, AS de la Sécurité sociale, AS pour personnes âgées, handicapées ou malades, AS de secteur...). Ces assistants sociaux n'ont pas forcément choisi l'orientation des soins palliatifs et n'ont pas été formés pour le faire puisque le programme de formation initiale des AS, antérieur au mouvement français des soins palliatifs et non modifié depuis, ne comprend aucun enseignement de cette nature. Les objectifs de cet article sont d'appréhender la représentation que les AS ont des soins palliatifs, de mieux cerner la manière dont ils se sont saisis collectivement de la question de la mort et des soins palliatifs au travers des publications qui leur sont destinées et de proposer une modélisation de l'intervention de l'AS auprès des personnes en fin de vie et de leur entourage à partir d'une synthèse des publications sur le sujet.

*Association pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement, ASP liaisons, n° 28, décembre 2003.*

##### Évolutions et enjeux du financement de la santé dans les pays en développement : quelques repères

Le financement de la santé, et non pas seulement celui des systèmes de santé, est depuis quelques décennies une question récurrente dans le vaste champ du « développement ». En dehors de son environnement socio-économique et politique, que l'on pense par exemple à des situations aussi éloignées que le Chili, Cuba, la Chine, Sri Lanka, l'Algérie ou le Niger, il se dégage malgré tout une évolution tendancielle des approches autour de trois paradigmes successivement dominants : gratuité des soins, contribution financière des usagers et développement des mécanismes d'assurance. En effet, dans les pays à faible revenu, environ 70 % des dépenses de santé sont des paiements directs effectués par les usagers, 30 % viennent du financement public et les mécanismes d'assurance sont très peu développés. Dans les années quatre-vingt-dix, la réflexion sur le financement de la santé a été marquée par l'approfondissement de l'analyse des relations entre santé et environnement et plus spécifiquement entre santé et lutte contre la pauvreté. Cette évolution de l'approche du financement de la santé a conduit au renouveau de la réflexion sur la protections sociale et sur l'assurance maladie et de ce fait le financement de la santé est devenu une dimension clé des politiques de développement. Les choix qui sont faits traduisent l'importance qu'une société donne ou souhaite donner à certaines valeurs.

*La Lettre du Collège des économistes de la santé, décembre 2003, n° 4.*

#### Études

##### Médicaments, génériques, carnet de santé, carte vitale, CMU, campagne de prévention : quelle perception des Français en 2002 ?

D'après les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) menée en 2002, la majorité des personnes enquêtées (environ 7 000 ménages) ont entendu parler de ces

nouvelles mesures. Huit personnes sur dix connaissent la carte vitale et les médicaments génériques ; la CMU et les campagnes de prévention menées par l'Assurance maladie sont un peu moins connues. En ce qui concerne les réticences, 11 % des personnes déclarent refuser l'ajout d'informations sur la carte vitale, 7 % refusent la substitution des médicaments génériques et 7 % ne sont pas favorables aux campagnes de prévention de la Sécurité sociale. Les personnes se déclarant mal informées sont le plus souvent issues de catégories sociales défavorisées et ont un comportement de prévention moins actif (vaccins, dépistage, pratique d'un sport...). Quant aux personnes très réticentes aux génériques, elles souffrent plus que la moyenne de maladies chroniques.

*Credes, Questions d'économie de la santé, n° 75, décembre 2003.*

### La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né

Grâce au réseau Rénarub, mis en place en 1976, on peut recenser, au niveau national, les rubéoles survenues en cours de grossesse et les rubéoles congénitales, et plus largement évaluer l'impact de la politique vaccinale et des mesures de prévention dans la perspective de l'élimination de la rubéole congénitale. En 2002, 140 infections rubéoleuses ont été signalées. Même si l'incidence de la rubéole congénitale malformative (RCM) est inférieure à 1 cas pour 100 000 naissances vivantes en France, le virus continue de circuler avec, depuis une dizaine d'années, des pics d'incidence des infections rubéoleuses tous les 3-4 ans. En conclusion, la survenue chaque année de dizaines d'infections durant la grossesse semble difficilement acceptable non seulement en raison du risque de RCM mais aussi des interruptions de grossesses qui résultent de ces infections. En effet, il existe d'une part un vaccin efficace, sûr et accessible recommandé depuis plus de 30 ans pour les adolescentes et promu depuis 20 ans pour les nourrissons et d'autre part une politique de contrôle de l'immunité anti-rubéoleuse en prénuptial et en prénatal.

*Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 1/2004.*

### Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention

Le mélanome est une des tumeurs dont l'incidence augmente le plus. En France, l'incidence a augmenté chez l'homme entre 1978 et 2000 de 5,9 % par an, la mortalité ayant suivi pendant cette période une croissance régulière moins forte de l'ordre de 2,9 % par an. Chez la femme, l'augmentation annuelle de l'incidence sur cette période est de 4,3 % tandis que la mortalité a augmenté de 2,2 %. Ce taux n'est précédé que par celui des cancers de la thyroïde (+4,8 %). Si le mélanome prédomine chez les femmes, les hommes meurent davantage de leur mélanome, notamment avant 65 ans. On peut faire le constat que les hommes consultent plus tardivement que les femmes pour des lésions cutanées. Le renforcement du suivi épidémiologique des cancers cutanés, notamment l'enregistrement systématique par les registres d'informations sur leur stade au diagnostic, permettrait de mieux comprendre les raisons des différences hommes/femmes et de juger de l'efficacité de ces mesures préventives, et enfin de mieux orienter, le cas échéant, le décideur.

*Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 2, 6 janvier 2004.*

## Dossier

### Prévenir les violences

Ce numéro de *La Santé de l'homme* traite essentiellement des violences subies et ressenties par les jeunes. Les différents articles abordent les manifestations de la violence en privilégiant le binôme violence à, violence de et indiquent que pour prévenir la violence, il est nécessaire d'aborder les individus, les institutions et la société, non pas séparément mais dans leur ensemble. De nombreuses expériences décrites dans ce dossier, en milieu scolaire, en maison d'arrêt, en milieu urbain ou en milieu institutionnel, montrent la nécessité d'établir la restructuration d'un lien social décalé ou absent pour améliorer les conditions de vie des

familles touchées par les conduites à risques ou tout simplement renouer un dialogue d'écoute avec le concours d'un travailleur social aidé d'un réseau de professionnels.

*Inpes, la Santé de l'homme, n° 366, juillet-août 2003.*

## Rapports

### Étude sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot)

Ce rapport présente l'étude pilote de faisabilité qui s'est déroulée sur la ville de Marseille en 2001-2002 et qui a permis la finalisation d'un questionnaire épidémiologique sur les comportements d'exposition au VIH et au VHC chez les usagers de drogues. Elle a permis également l'élaboration d'une phase de recherche sociologique (incluant choix méthodologiques, choix des sites à investir et orientations problématiques), de même que la définition d'un cadre technique, logistique et éthique permettant le recueil, le transport et l'analyse de prélèvements biologiques dans des conditions satisfaisantes pour tous dans la perspective d'une extension « multivilles » du recueil de données prévue en 2003-2004.

*Institut de Veille sanitaire, octobre 2003, 80 pages.*

### Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2003

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, en collaboration avec le Credes, publie chaque année un document dressant un état des lieux de la démographie médicale. Il aborde successivement les questions de l'évolution des effectifs des médecins, des tendances démographiques majeures du corps médical, de la répartition des médecins en activité par discipline et par région. D'après les tendances, un déficit en nombre de médecins est prévisible à l'horizon de 2008-2010 en raison de la diminution concomitante de la production des soins du fait du vieillissement du corps médical et de la durée de vie professionnelle (les médecins prennent leur retraite plus tôt) et d'une tendance générale à la réduction du temps de travail, alors qu'à l'inverse, on assiste à une augmentation de la demande de soins, du fait du vieillissement de la population. Par ailleurs, dans l'immédiat deux problèmes se posent concernant d'une part, l'inégalité de répartition géographique et l'émergence de zones de désertification médicale de plus en plus nombreuses (zones rurales déshéritées, isolées ou zones d'insécurité) et d'autre part, l'inégalité de répartition par spécialité. On trouvera dans cette étude une première partie faisant l'état des lieux des médecins en activité professionnelle et leur profil démographique. La deuxième partie, se basant sur une enquête auprès de 54 ordres départementaux, donne les données concernant la cessation anticipée d'activité des médecins (cessation temporaire et cessation définitive). De nombreux tableaux et cartes complètent cette étude.

*Ordre national des Médecins, Conseil National de l'Ordre, étude n° 36, en partenariat avec le Credes, décembre 2003, 80 pages.*

## Ouvrages

### Vers une bioéthique européenne ? L'exemple de l'embryon humain

Après avoir défini les différents aspects propres au « statut » de l'embryon humain en tenant compte à la fois de critères biologiques, mais également socio-culturels et religieux, l'auteur, Laurence Lepienne, aborde les modalités de protection de l'embryon humain en droit français. Elle explique ensuite les problèmes de recherches menées sur l'embryon humain liés à deux courants d'éthiques différents dont l'un considère l'ovule humain fécondé comme étant déjà une personne : dans ce cas la seule recherche acceptable pour ce courant est la recherche thérapeutique. L'autre courant considère l'ovule fécondé comme n'étant pas encore une personne humaine, aussi n'y seraient pas attachés les mêmes droits qu'au nouveau né. C'est dans ce cadre qu'un certain nombre de pays a choisi un délai de 14 jours après la fécondation

comme limite de l'expérimentation. Puis l'auteur aborde la technique du diagnostic génétique préimplantatoire qui a pour objet de poser un diagnostic précoce de maladie génétique : ce diagnostic concerne l'embryon *in vitro*, alors que le diagnostic prénatal détecte une affection grave chez l'embryon ou le fœtus *in utero*. L'auteur traite dans un dernier chapitre des études portant sur les cellules souches embryonnaires avant de terminer sur la disparité des pratiques nationales qui existe entre les pays européens sur la bioéthique malgré un ensemble de règles communes. En effet, face à certaines questions éthiques prenant une dimension mondiale, il devient urgent de définir des positions communes dans un souci d'harmonisation et de concertation non seulement au plan européen mais aussi mondial.

*Notes de la Fondation Robert Schuman, novembre 2003, 144 pages.*

## Médecin hier et aujourd'hui

Pierre Thiroloix, médecin, fils et petit-fils de médecin, raconte, à travers des anecdotes, la pratique de la médecine qu'il a exercée à l'hôpital et en ville et les relations qu'il a eues pendant un demi-siècle avec ses confrères et ses patients. Il explique comment il a vu évoluer son métier, surtout au cours des dernières années avec l'arrivée des nouvelles technologies. Ce livre, bien qu'écrit sous forme ludique, permet de percevoir à travers les souvenirs personnels de l'auteur, les transformations importantes qui ont eu lieu tant scientifiquement que socialement dans l'exercice du métier de médecin au cours du <sup>xx</sup>e siècle.

*Éditions de Fallois, préface de Jean Amadou, 224 pages.*

## Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 : comportements et contextes en France

La présente enquête réalisée par l'Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (Ireb) est une enquête « transversale » donnant une description de la consommation à un moment donné. L'originalité de cette enquête réside dans sa méthodologie : elle inclut, au sein de l'échantillon interrogé (1 028 adolescents de 13 à 20 ans), des jeunes non scolarisés, donne une estimation du volume d'alcool consommé (nombre de verres standard par mois) et situe l'alcoolisation dans une perspective plus large, incluant le mode de boire, le mode de vie, les opinions et les valeurs. Outre l'étude de la prévalence de la consommation des jeunes Français par sexe et par âge (deux caractéristiques individuelles déterminantes à l'adolescence), elle permet d'étudier les associations (qui peuvent exister ou non) entre leur consommation d'alcool et des facteurs socio-économiques, scolaires, relationnels, comportementaux et psychologiques. Cette enquête faisant suite à une précédente conduite en 1996, on a pu observer que la consommation d'alcool avait légèrement baissé chez les jeunes. De nombreux graphiques et tableaux illustrent cet ouvrage.

*Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb), décembre 2003, 126 pages.*

*Le questionnaire établi pour mener l'enquête est joint à cet ouvrage (33 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](http://www.hcsp.ensp.fr)