

Communications

Plan de prévention du Gouvernement : mesures sanitaires et sociales prises à la suite à la canicule de l'été 2003

Lors du Conseil des ministres du 10 mars 2004, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ont présenté une communication relative aux mesures sanitaires et sociales prises par le Gouvernement à la suite de la canicule d'août 2003. En premier lieu, les mesures sociales et médico-sociales ont été abordées. Elle se concentrent sur plusieurs pôles : la prévention et l'alerte (chaque département d'ici juin prochain doit disposer des informations recueillies par les communes sur les personnes les plus fragiles ou les plus isolées), le renforcement des moyens financiers (mise en œuvre des mesures les plus urgentes dans les domaines de médicalisation des maisons de retraite, d'offre de soins infirmiers à domicile et de financement de l'APA), les mesures d'accompagnement (effort de médicalisation renforcé par la présence de médecins coordonnateurs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, accessibilité à une salle climatisée en maisons de retraite d'ici juin prochain en attendant une climatisation adaptée à ces établissements, amélioration et valorisation des métiers d'aide à domicile). En second lieu, les mesures sanitaires qui devraient être opérationnelles dès le mois de juin 2004 ont été définies : la réforme du système d'alerte et de prévention (procédure d'alerte formalisée sur une base quotidienne entre l'InVS et le ministère de la santé, information en temps réel sur l'évolution de la morbidité grâce à un réseau de capteurs, extension du système d'information électronique « DGS-urgent » étendu à l'ensemble des abonnés du Réseau Santé-Social), la modernisation de la gestion de crise (avec différentes réorganisations prévues tant au niveau local avec les représentants de l'État qu'au ministère de la santé avec un recentrage des actions sur les missions de la direction générale de la Santé) et enfin l'adaptation des structures et services de soins (mise à disposition d'une ou deux salles climatisées d'ici l'été 2004 pour chaque établissement de santé incluant des unités de soins de longue durée, plan pour les urgences prévoyant un apport financier sur 5 ans de 500 millions d'euros et amélioration du fonctionnement des services d'urgences).

www.premier-ministre.gouv.fr

Articles

L'isolement social, principal facteur de la mortalité lors de la canicule de l'été 2003

L'étude menée par le Pr Dominique Lecomte, directrice de l'Institut Médico-légal de Paris analyse les causes médicales des 452 décès recensés à Paris en août dernier (la plus grande partie est due à des arrêts cardio-circulatoires liés aux conditions climatiques exceptionnelles). Elle constate que la mortalité des personnes âgées est très fortement liée aux conditions de vie et d'environnement. En effet, 88 % des victimes vivaient seules et un quart d'entre elles n'avait plus aucun contact avec le monde extérieur (familial, amical ou social). Leurs conditions de logement sont aussi révélatrices : 41 % des victimes vivaient dans une pièce unique dont la superficie était inférieure à 10 m² pour 12 % d'entre elles. 54 % des logements étaient situés dans les deux derniers étages des immeubles, 36 % au dernier étage, sous les toits, avec un vasistas pour toute aération. Les températures s'y élevaient entre 36 et 40 degrés. On a

découvert fréquemment près des victimes des bouteilles d'eau non ouvertes. Le Pr Dominique Lecomte constate que rien ne peut remplacer le lien humain et préconise, pour pallier tout futur événement climatique ou de catastrophe, de mener une véritable politique de quartier et de proximité pour combattre l'isolement des personnes âgées et leur permettre de s'installer, pendant la durée de l'événement, dans un environnement viable.

Le Quotidien du médecin, n° 7499, mardi 16 mars 2003.

Dossier

Santé et culture

Ce dossier de *Contact Santé* s'intéresse aux passerelles utilisées dans les pratiques quotidiennes par les acteurs de santé, entre santé et culture : musicothérapie, théâtre, clowns, art pictural, photographie, chansons, lectures, autant de moyens culturels qui sont utilisés pour aider le malade à s'exprimer, à mieux supporter la souffrance et à mieux comprendre sa maladie. Ce dossier s'appuie sur des expériences qui ont été faites dans la Région Nord-Pas-de-Calais et présente les effets bénéfiques thérapeutiques qu'elles ont entraînées.

Contacts santé, journal de promotion de la santé du Nord-Pas-de-Calais, n° 190, février 2004.

Études

Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs

Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. L'Anaes considère que les soins palliatifs en tant qu'approche globale de la personne ont à prendre en compte, non seulement les symptômes physiques ou psychologiques présentés par le patient, mais également ses besoins spirituels et sociaux. De même, pour réaliser un authentique accompagnement, la communication avec le patient mais aussi avec son entourage est particulièrement importante. Pour optimiser cette prise en charge, l'Anaes propose, dans ses recommandations, la réalisation d'études dans certains domaines : développement d'outils pour évaluer l'intensité des symptômes, évaluation des thérapeutiques utilisées sur l'ensemble des patients en soins palliatifs, évaluation des modalités optimales de communication avec le patient et son entourage, organisation et évaluation de réseaux de soins ayant pour objectif la prise en charge coordonnée des patients. Enfin, une information du public sur les soins palliatifs et leurs possibilités de dispensation (domicile, hôpital, structures spécialisées) pourrait faciliter leurs accès pour tous les patients.

Anaes, recommandations professionnelles, recommandations pour la pratique clinique, janvier 2004, 163 pages.

Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide

L'APA vise à permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus (reconnues dépendantes au sens des Gir 1 à 4 de la grille Aggir) de conserver le libre choix de leur lieu de vie, à domicile ou en établissement pour personnes âgées. Cette étude de la Drees s'attache à décrire, à partir d'une enquête réalisée à la fin 2002 auprès des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile, les plans d'aide mis en œuvre dans le cadre de ce dispositif. Dans deux tiers des cas, l'équipe médico-sociale comprend une assistante sociale, et dans 36 % des cas un médecin. Le montant moyen des plans d'aide varie de 775 euros pour les personnes les plus fortement dépendantes à 308 pour les personnes évaluées en Gir 4. 89 % des bénéficiaires utilisent l'APA pour rémunérer une aide professionnelle et les personnes classées en Gir 4, vivant le plus souvent seules, font fréquemment appel à des professionnels, notamment des services prestataires. L'étude étudie également le types de tâches (ménage, vaisselle, courses, toilette, habillage) qui sont demandés par les bénéficiaires de l'APA et la fréquence de l'intervention des proches

et des aides à domicile (heures dans la journée, week-ends) ... De même, l'amélioration du logement ou d'aides techniques (réhabilitation de sanitaires, fauteuils roulants, lits médicalisés, matelas anti-escarres) dont ont pu bénéficier près d'un quart des allocataires sont également analysés.

Drees, Études et résultats, n° 293, février 2004, 12 pages.

Colloques

Quelle place pour le médicament dans la modernisation de l'assurance-maladie ?

Ces actes rapportent les débats qui ont eu lieu lors du colloque du 20 octobre 2003 sur les questions de sauvegarde du système de santé et de l'assurance maladie en France. En effet, ceux-ci sont menacés par la dérive des dépenses qui est liée notamment à la consommation de médicaments, la plus forte d'Europe. En 2002, la France a dépensé 29 milliards d'euros de médicaments, lesquels représentent 20,6 % de la consommation médicale totale, soit le deuxième poste de dépense après les dépenses hospitalières, qui représentent 45 % de la dépense totale. Face à cette consommation élevée, de quels moyens dispose-t-on pour limiter des dépenses ? Quelle doit être la place du consommateur, celle du prescripteur et celle de l'industrie ? Les débats qui ont eu lieu lors de ce colloque ont cherché à répondre à ces questions en montrant la responsabilité du prescripteur dans l'information du patient et la prise de conscience du consommateur face à une médication plus réfléchie. Les habitudes du consommateur doivent faire place à une logique d'implication collective pour permettre à notre système de santé de survivre.

3^e rencontres parlementaires sur le médicament, sous la présidence d'Yves Bur, Agora Europe, février 2004, 165 pages.

La prévention des risques professionnels

Le 5^e colloque Santé et Travail, qui a eu lieu à Montpellier le 10 octobre 2003, s'est organisé autour de deux tables rondes, dont l'une portait sur l'évaluation des risques professionnels et l'autre sur les réelles avancées à faire en faveur d'une prise en compte de la protection

Appel à communications

2^e Colloque International sur les programmes locaux et régionaux de santé Renforcer l'intégration de la promotion et de la prévention dans les systèmes de santé

Du 12 au 15 octobre 2004, Centre des congrès de la ville de Québec, Canada

Appel à communications sur les thèmes suivants

1. Illustrations d'initiatives locales et conditions de leur émergence, de leur développement et de leur potentiel de transfert.
2. Conditions requises pour la réussite de l'intersectorialité aux niveaux local et régional.
3. Articulation entre les niveaux local, régional et national des processus d'intégration dans les systèmes de santé.
4. Débats soulevés par l'intégration, sur une base territoriale, de la promotion et de la prévention dans les systèmes de santé.

Les communications sont à envoyer sur le site www.colloquequebec2004.com jusqu'au 15 avril 2004, date limite.



physique, psychique et sociale des salariés. Les actes de ce colloque rassemblés dans cet ouvrage reflètent l'inquiétude des intervenants devant l'aggravation du nombre d'accidents, de maladies professionnelles et la multiplication des risques, liés souvent à des nouveaux produits. En se référant aux statistiques de la branche accidents du travail- maladies professionnelles publiées par la Cnam, on dénombre 35 919 cas de maladies professionnelles en 2002, contre 34 519 en 2001. Aussi, il semble nécessaire que dans le champ de la recherche scientifique au niveau international, national, régional et local soient mises en commun des informations sur les produits utilisés et leurs éventuelles répercussions sur ceux qui les utilisent. D'après un intervenant, le phénomène de la sous-réparation des maladies professionnelles vient pour une grande partie d'une sous-déclaration et d'une méconnaissance de l'origine professionnelle des malades de la part des médecins traitants : en effet, les populations qui travaillent sont très diverses, affiliées à des régimes différents et certaines populations sont mal surveillées. Une évaluation des risques approfondie et une vraie stratégie devraient être décuplées face aux nombreuses mutations dans les entreprises, dans les rapports au travail et dans les conditions de travail pour que le monde du travail soit pleinement reconnu socialement.

5^e rencontre pluridisciplinaire santé et travail, sous la présidence de Marie-Claude Beaudou, mars 2004, 104 pages.

Ouvrages

La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues

Ce livre présente les résultats d'une enquête du BTS (Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité) menée entre septembre 2001 et juin 2002 sur la dimension de genre en santé au travail : il s'agissait de faire un état des lieux sur l'égalité et la défense de la santé au travail dans les pays de l'Union européenne en collectant, grâce à des questionnaires, les initiatives entreprises dans le domaine de la recherche, les activités préventives, l'action syndicale et les politiques nationales. On peut remarquer ces dernières années, qu'un certain effort a été entrepris pour recueillir des données permettant de mieux connaître les différences entre hommes et femmes dans le domaine de la santé, mais la presque totalité des recherches montrent qu'elles ignorent ou négligent les conditions de travail des femmes : en effet, elles se concentrent surtout sur la situation familiale et les comportements individuels (consommation d'alcool, de tabac, pratique d'exercices physiques, etc.). Ce n'est que très exceptionnellement que l'on trouve des données permettant d'appréhender les inégalités entre hommes et femmes face à des conditions de travail pouvant avoir un impact sur la santé. A partir de cet état de connaissances, cet ouvrage s'attache ensuite à rechercher les politiques de santé au travail dans les différents pays européens. De nombreuses législations ont longtemps exclu les travailleuses à domicile ou les agricultrices des dispositions concernant la protection de la maternité et, encore aujourd'hui, la directive communautaire ne s'applique ni aux travailleuses domestiques ni aux travailleuses indépendantes. D'une façon générale, la discrimination entre hommes et femmes semble être une des caractéristiques majeures de l'ensemble des systèmes (par exemple, le taux de déclaration des maladies professionnelles est souvent inférieur pour les femmes, en particulier au Royaume-Uni où le pourcentage des maladies professionnelles reconnues est inférieur à 10 %). Cet ouvrage pose ainsi les problèmes de santé, nombreux, qui ne peuvent trouver de solution que dans l'élaboration d'une organisation de travail égalitaire hommes/femmes et dans sa mise en pratique. Neuf études de cas pratiques en Allemagne, Belgique, Danemark, France, Espagne, Finlande et Pays-Bas, contribuent à illustrer cette enquête.

Laurent Vogel, BTS, 2003, 387 pages.

Éthique, sida et société

Ce rapport d'activité du Conseil national du sida propose l'ensemble des textes (rapports, avis et communiqués) adoptés par le Conseil entre janvier 2001 et juin 2003. Les principaux thèmes abordés sont la défense des droits des personnes et la prise en compte des aspects sociaux de l'épidémie : lien étroit entre santé et précarité, accès précoce aux nouvelles molécules anti-VIH des personnes en situation de multi-échec thérapeutique. Il y a aussi le thème des enjeux internationaux de l'épidémie : le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida est estimé dans le monde à 42 millions, avec, en 2002, 5 millions de nouveaux cas et 3 millions

de décès. Chaque jour, 8000 personnes meurent du sida alors que des traitements existent. Le CNS rappelle par ailleurs, qu'en tant qu'institution consultative, il dispose d'un « pouvoir d'interpellation » et entend jouer pleinement son rôle sur certaines questions qui lui semblent particulièrement sensibles, comme l'approche de la toxicomanie en termes de santé publique et les risques liés aux usages de drogues. De même, le Conseil, dans son avis sur la conduite à tenir en cas d'agression sexuelle, a attiré l'attention sur les vrais enjeux d'une amélioration de la procédure médico-judiciaire en cas de viol. Enfin, face à l'immobilisme qui prévaut depuis de nombreuses années devant l'évolution de l'épidémie du sida dans les pays du Sud, il entend inciter les responsables politiques à l'action dans le cadre le plus approprié, éventuellement celui d'une action concertée européenne.

Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome V, 2001-2003, février 2004, 441 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