

Articles

Asthme

Un rapport de l'OMS sur l'asthme indique que 300 millions de personnes souffrent d'asthme à travers le monde, surtout dans les pays d'urbanisation et d'industrialisation. Cette maladie est responsable d'un décès sur 250 au niveau mondial. Avec un taux de 6,9 % d'asthmatiques, la France se situe parmi les pays à prévalence moyenne mais connaît un taux de mortalité parmi les plus élevés d'Europe. Face à cet accroissement, les politiques nationales doivent se mobiliser pour lutter contre cette maladie, d'autant que des traitements efficaces et bien tolérés existent.

Le Quotidien du médecin, n° 7533, mardi 4 mai 2004.

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002

Instaurées en 1988, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) avaient pour objectif initial de faciliter le dépistage de l'infection au VIH en levant les réticences liées au coût et au manque de confidentialité. Un bilan d'activité de ces CDAG est dressé régulièrement par l'InVS. Cet article présente les bilans d'activité pour les années 2001 et 2002. Les variables considérées sont l'âge, le sexe du sujet testé, le résultat du diagnostic VIH et la région de la CDAG. Les proportions de tests positifs pour le VIH en 2001-2002, quoique élevés, n'ont pas augmenté. Le sex-ratio et la répartition par classe d'âges sont à peu près constants ces dernières années. Les régions Île-de-France et Antilles-Guyane sont plus concernées que les autres par la proportion de diagnostics VIH positifs. Concernant le dépistage en prison, les taux de séropositivité ont diminué depuis 2001 et rejoignent les taux en milieu libre.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 17, avril 2004.

Études

Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001)

À partir des données fournies par un fichier-panel de médecins libéraux tenu par la Cnamts, cette étude présente sur une période de 22 ans, entre 1979 et 2001, le déroulement de carrière libérale des médecins généralistes et l'évolution de leur activité et de leurs prescriptions. À l'heure actuelle, les jeunes médecins généralistes s'installent plus tard que leurs aînés (35 ans en 2001, 31 ans dans les années quatre-vingt) et rattrapent vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt. Ainsi, il y a vingt ans, un médecin installé en secteur faisait environ 6 000 actes par an en fin de carrière. Aujourd'hui ce niveau est atteint en milieu de carrière pour les jeunes générations. Tous âges confondus, les praticiens, ayant cessé leur activité en tant que médecin libéral entre 1979 et 2001, ont eu une durée moyenne de carrière de 22 ans. Pour un médecin sur cinq, la durée de carrière libérale en tant que généraliste ne dépasse pas 18 ans et la cessation d'activité est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale, contrairement aux idées reçues. Ainsi ces résultats confirment un changement dans l'exercice de la médecine libérale : carrière plus tardive mais plus intensive et moins longue que les aînés.

Credes, questions d'économie de la santé, n° 81, avril 2004, 8 pages.

Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie

Une enquête a été effectuée auprès d'usagers qui ont eu recours à une demande de soins d'urgence, pour savoir quels ont été les motifs de cette décision. La méthodologie a été la suivante : mener une enquête transversale descriptive auprès d'usagers dans les centres Caisse Primaire d'assurance maladie (CPAM) de la zone d'attraction de l'Hôpital Nord de Marseille, un jour tiré au sort (7 jours au total). L'exploitation des 253 questionnaires remplis montrent que la population est plutôt féminine, jeune, défavorisée mais non exclue du système de soins (bonne couverture sociale et forte présence d'un médecin de famille). Trois éléments semblent être déterminants pour le patient dans son choix de consulter un service d'urgences plutôt que son médecin : en premier lieu, l'élément majeur semble être le sentiment du niveau de gravité du problème médical. Le deuxième facteur semble être lié aux heures de la journée où les problèmes sont intervenus, c'est-à-dire pendant les heures non ouvrables des cabinets médicaux (nuit et week-end) et selon le degré d'urgence ressentie : c'est cette catégorie de patients qui peut être ciblée par les Maisons médicales de garde, nouvelles structures alternatives entre le cabinet de ville et les services des urgences et dont la mission principale est d'assurer la permanence des soins. Le troisième facteur déterminant serait le caractère traumatique de la pathologie. En effet, il s'agit du principal motif médical à l'origine de recours au SAU, suivi de près par la douleur.

Santé publique, mars 2004, n° 1.

Accidents de la vie courante

Les accidents de la vie courante sont souvent vécus comme des événements imprévisibles, malchanceux, bêtes et stupides, alors que les études épidémiologiques peuvent en définir les risques, les conditions de survenue et les mesures de prévention. Dans les premières causes de décès en France, les traumatismes et les accidents de la vie courante viennent en troisième position et tuent trois fois plus que la route : 20 000 décès par an en 1999. Des chiffres qui baissent mais lentement : moins 10 % en 20 ans... Les conséquences de ces accidents représentent près de 12 % des motifs d'hospitalisation et sans doute près de 10 % des dépenses de santé. La diversité des accidents révèle la multiplicité des risques qui plaquent sur les personnes de l'enfance à la vieillesse. Quoique des progrès incontestables aient été accomplis depuis le début des années quatre-vingt, il reste cependant beaucoup à faire et des études spécifiques de la mortalité par type d'accident sont à mener pour en connaître les circonstances et ainsi mieux les prévenir.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 19-20, 11 mai 2004, 12 pages.

Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte : prévention et prise en charge médico-sociale

L'Anaes présente des recommandations dans cet ouvrage, sous forme de quatre questions : comment repérer les enfants exposés ou intoxiqués, quelle prise en charge et quel suivi proposer aux enfants exposés et intoxiqués, quels sont les risques pour la femme enceinte en cas d'exposition au plomb et quelle est la stratégie de dépistage et de prise en charge pendant la grossesse et la période périnatale et enfin quelles pratiques professionnelles et institutionnelles faut-il développer en termes d'information, de communication, de formation et d'éducation pour la santé ? Les recommandations ne peuvent être uniquement dirigées vers les professionnels de santé car la lutte contre l'intoxication au plomb commence déjà par la prévention primaire qui est d'assainir l'environnement en supprimant l'exposition à ce métal.

Anaes, conférence de consensus, mars 2004, 25 pages.

Les politiques en faveur des personnes handicapées dans quatre pays européens

Selon Eurostat, en 2002, une personne sur six en âge de travailler déclare avoir un problème de santé ou un handicap de longue durée : 27 % au Royaume-Uni, 25 % aux Pays-Bas, 20 % en Suède, mais 9 % seulement en Espagne. Les écarts entre ces pays dépendent en grande partie de représentations culturelles très différentes du handicap. Dans les quatre pays, les orientations politiques et le contenu des prestations financières sont déterminés au niveau

central ; en revanche, les aides humaines et les aides financières personnalisées relèvent des collectivités locales de proximité. Dans les quatre pays analysés dans cette étude, un accent particulier est mis sur l'insertion professionnelle des personnes invalides. Deux types de conception des politiques du handicap coexistent et se superposent dans l'Union européenne. Si certains pays comme le Royaume-Uni ont mis en place une législation anti-discrimination, d'autres pays comme les Pays-Bas et l'Espagne ont plutôt privilégié des dispositifs d'assistance sociale où la non discrimination n'est plus le fondement social.

Études et Résultats de la Drees, n° 305, avril 2004.

Dossier

Aide à la décision en matière de vaccination

L'InVS fait l'état des lieux de l'impact épidémiologique des vaccins pour en mesurer l'utilité et l'intérêt dans la prévention de certaines maladies. Il constate que, grâce au geste de prévention que représente la vaccination, des millions de vies ont pu être sauvées par l'arrêt de la transmission, voire l'éradication de plusieurs infections contagieuses. En effet, l'éradication, grâce au vaccin, de certaines maladies comme la variole, a permis d'interrompre totalement la vaccination obligatoire en France jusqu'en 1984. Cependant la situation épidémiologique des maladies évitables par la vaccination apparaît contrastée en France. On s'aperçoit aujourd'hui que beaucoup de Français ne sont pas assez protégés contre certains risques et en dépit des campagnes et de la gratuité du vaccin rougeole-oreillons-rubéole, la couverture vaccinale stagne au-dessous de 85 % à 2 ans et entre 90 % et 95 % à 6 ans : résultats insuffisants pour permettre l'élimination de ces maladies, qui peuvent donner des complications sévères chez le grand enfant ou chez le jeune adulte. Par ailleurs, la couverture des rappels chez les adultes reste décevante et induit la persistance de la survenue de cas de tétanos chez les plus âgés. Ainsi la décision en matière de politique de vaccination doit s'appuyer sur une expertise qui tienne compte non seulement des avancées techniques dans le domaine des vaccins mais aussi de l'évolution des caractéristiques épidémiologiques des maladies.

Prévalence, la Lettre de l'Institut de veille sanitaire, n° 10, avril 2004.

Ouvrage

La réforme des systèmes de santé

L'ensemble des pays développés sont aujourd'hui confrontés à la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé. Pourquoi les dépenses de santé sont-elles plus élevées et augmentent-elles plus dans certains pays que dans d'autres ? L'objectif de cet ouvrage, comme l'indique l'auteur dans son introduction, est à la fois de mieux faire connaître ce qui détermine les réformes du système de santé et de dégager les choix qu'il est possible de faire face à ces déterminants, en montrant la diversité des solutions retenues ailleurs. L'ouvrage se compose de 5 chapitres : le premier analyse l'histoire des systèmes de santé des pays développés. Le second montre la diversité et le fonctionnement des systèmes de santé (système libéral, système national de santé, systèmes d'assurance maladie). Le troisième chapitre analyse les raisons pour lesquelles il semble nécessaire de réformer les systèmes de santé. Le quatrième chapitre analyse les réformes menées au cours des vingt dernières années dans les différents pays développés en soulignant une tendance commune à l'introduction de la concurrence (entre fournisseurs de soins ou entre assureurs). Enfin le dernier chapitre, sous le titre « gouverner la sécurité sociale ? », analyse les différentes étapes de réformes menées en France depuis les années soixante-dix. L'auteur remarque que « loin d'être la seule possible, la politique française repose sur le choix central de la liberté des patients et des médecins, caractéristiques de notre système, choix qui a des conséquences financières et sociales peu énoncées dans les débats publics ».

Bruno Palier, Presses Universitaires de France, collection que sais-je, mai 2004, 127 pages.

Cassette vidéo

Faire parler les images : l'imagerie médicale

Sous ce titre, cette cassette propose un entretien entre Antoine Spire, philosophe, le Professeur David Khayat, chef du service d'oncologie de la Pitié-Salpêtrière et le Docteur Didier Buthiau, spécialiste en imagerie médicale. Ils évoquent l'évolution de l'imagerie médicale et son intérêt pour les patients et pour l'ensemble des praticiens.

Fondation BMW, février 2004.

Europe

Promotion de l'égalité des sexes dans la coopération au développement

L'égalité entre les femmes et les hommes dans toutes les tranches d'âge est reconnue comme un facteur essentiel pour lutter effectivement et efficacement contre la pauvreté. Aussi il est nécessaire de soutenir des mesures liées à l'accès et au contrôle des ressources et des services destinés aux femmes, notamment dans les domaines de l'éducation, de la formation, de la santé, des activités économiques et sociales, de l'emploi et des infrastructures, et à la participation des femmes aux processus de décision politique. La mise en œuvre de l'assistance financière accordée au titre du présent règlement est établie à 9 millions d'euros pour la période 2004-2006. Un rapport d'évaluation sur les objectifs atteints sera remis un an avant l'expiration du présent règlement. Sur cette base, la Commission pourra formuler des propositions concernant l'avenir, ou si nécessaire, des modifications de ce règlement.

Règlement (CE) n° 806/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004. JOCE du 30 avril 2004.

Programme Daphné II

Une décision en date du 21 avril 2004 adopte le programme d'action communautaire visant à prévenir et à combattre la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes et à protéger les victimes et les groupes à risque. Ce programme intitulé Daphné II contribue à l'objectif général consistant à assurer aux citoyens un niveau élevé de protection contre la violence, y compris la protection de leur santé physique et mentale. Ses actions visent entre autres, à aider et à encourager les organisations non gouvernementales et les autres organisations actives dans ce domaine. Il promeut également des actions transnationales comme celles d'établir des réseaux multidisciplinaires pour venir en aide aux victimes ou de sensibiliser davantage certaines professions au problème de la violence.

Décision n° 803/2004 du Parlement européen et du conseil du 21 avril 2004. JOCE du 30 avril 2004.

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