

Articles

Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ?

Au moment où un nouveau carnet de santé de l'enfant est à l'étude au ministère chargé de la Santé, l'auteur de cet article se penche sur l'histoire de ce document qui remonte au milieu du XIX^e siècle. Ses recherches l'ont conduit jusqu'au docteur Jean-Baptiste Fonssagrives (1823-1884), un médecin montpelliérain qui a préconisé, en vue de seconder le médecin, une observation attentive par les mères de l'état de la santé des enfants. L'auteur décrit toutes les recherches du médecin dans le contexte social de l'époque, les ouvrages et le livret qu'il a écrits à l'usage des mères dans l'éducation des enfants. Le carnet de santé reste longtemps une initiative privée (avec diverses réalisations) avant que les pouvoirs publics s'y intéressent au début du XX^e siècle, avec l'irruption de la santé publique. C'est l'histoire à long terme, explique l'auteur, de ce qui s'est passé entre les mères, les médecins et l'État d'après un échantillon de carnets retrouvés dans des bibliothèques publiques, des archives privées et d'après des témoignages oraux. Un encadré sur le carnet de santé en Europe permet de mieux comprendre l'originalité française dans ce domaine. En conclusion, l'auteur remarque que le carnet de santé est devenu en France un outil de gestion de la santé des populations.

Revue française des affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2005.

Santé mentale des jeunes : perception et prise en charge par les adultes des établissements scolaires

L'objectif de cette enquête réalisée par P. Pallais-Baudier en 2004 était de comparer la perception des jeunes et des adultes sur certains sujets de santé mentale en se référant à l'enquête réalisée par le Baromètre Santé en 2000 (échantillon représentatif de jeunes scolarisés en France). La méthode a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de 3 personnes par établissement scolaire (infirmière de santé scolaire, un conseiller principal d'éducation et un professeur principal) dans 15 collèges ou lycées du département du Doubs. Les résultats de l'enquête reflètent un certain décalage entre la perception qu'ont les adultes par rapport aux jeunes, de la santé en général et de la santé mentale en particulier. À la question sur l'évolution positive ou négative de la santé au cours des 10 dernières années, une nette majorité de répondants adultes pense que les choses se sont aggravées alors que les jeunes ont une perception de leur situation actuelle beaucoup plus favorable. Alors que le sport n'apparaît pas comme facteur de santé et d'équilibre chez les adultes interrogés, il tient chez les jeunes une place principale dans leurs motivations de bien-être, suivi de la santé et de la rencontre avec des amis. De même, la famille et les amis sont les sujets désignés en priorité par les jeunes comme les plus « aidants » en cas de problème, les adultes de l'éducation nationale les évoquent peu comme ressources possibles. Cependant, il y a une convergence entre les réponses des adultes et des jeunes sur la perception des personnes ressources dans un établissement scolaire : seule l'infirmière « émerge » en tant que référent par sa position d'écoute privilégiée (statut médical, neutralité et secret professionnel) pour traiter des questions touchant plus particulièrement la santé des jeunes (idées suicidaires, dépression, problèmes liés à la sexualité ou à la contraception)...

La revue de santé publique, vol. 17, n° 3, septembre 2005.

La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires

Malgré les croyances répandues, l'état de santé des immigrés est meilleur que celui de la population française et ceux qui consultent dans les centres de soins ont également en

moyenne un meilleur état de santé pour chaque groupe d'âge et pour la population entière. Cependant, les migrants ne constituent pas une population homogène et leur état de santé est fonction de leur niveau d'intégration dans la société française. Comme pour les personnes exclues autochtones, dites « sans domicile fixe » et marginales, c'est, pour certains d'entre eux, le manque de lien social qui est à l'origine des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Ces difficultés sont de trois ordres : administratif, juridique et organisationnel. Cet article étudie tour à tour la précarité comme déterminant principal des problèmes de santé et comme obstacle réel aux soins, les pathologies prédominantes et la politique sanitaire mise en œuvre. Malgré la persistance des problèmes évoqués, les auteurs de cet article mettent l'accent sur les progrès réalisés depuis une dizaine d'années dans l'accès aux soins et la couverture sociale des immigrés : rattrapage du calendrier vaccinal, création de centres de dépistage anonyme et gratuit du sida et prise en charge à 100 % de la maladie, formation des personnels hospitaliers à la santé des migrants, prise en charge des migrants par de nombreuses associations et organismes partenaires du service public.

Santé, société et solidarité, revue de l'observatoire franco québécois de la santé et de la solidarité, n° 1, juillet 2005.

La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire

Une enquête réalisée par le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux en 1998-1999 auprès de quatre groupes d'immigrants récents venant de Chine, du Maghreb et du Moyen-Orient, d'Haïti et de pays hispanophones, avait pour but de décrire leur état de santé et leurs pratiques de recours aux services de santé. Cette population jeune dans son ensemble, présentait globalement un meilleur état de santé que celle de la population québécoise. Quelques problèmes de santé sont néanmoins spécifiques chez certains groupes (anémie chez les Haïtiens et allergies chez les Chinois). D'autres problèmes sont plus liés aux habitudes de vie (insécurité alimentaire chez les femmes monoparentales). L'enquête constate que les migrants récents recourent dans une moindre mesure aux divers services de santé, soit par méconnaissance, soit pour des raisons culturelles (notamment pour les tests de dépistage propres aux femmes) et aussi parce que cette population présente un bon état de santé en général. L'étude conclut par des pistes d'action en vue d'améliorer ou de maintenir l'état de santé des immigrants récents au Québec : intervenir auprès des personnes en tenant compte des différences culturelles et du vécu prémigratoire, instaurer des services d'accompagnement, créer des environnements permettant une meilleure intégration sociale...

Santé, société et solidarité, revue de l'observatoire franco québécois de la santé et de la solidarité, n° 1, juillet 2005.

La fin du modèle scandinave ? La réforme de la protection sociale dans les pays nordiques

La question de l'universalisme tient-elle toujours une place centrale dans la définition du modèle scandinave d'État providence ? Pour rappel, les programmes sociaux scandinaves sont caractérisés par le fait qu'ils sont financés et administrés par le secteur public, qu'ils offrent une couverture globale et universelle ainsi qu'une structure de prestations relativement égalitaire. Le fait d'être légalement résident dans le pays est, dans les modèles scandinave et atlantique tout à la fois, le critère permettant d'accéder à la protection sociale. Cependant, dans les quatre pays scandinaves considérés (Norvège, Suède, Finlande et Danemark), l'accès aux prestations des assurances sociales a été restreint, tandis que le fossé entre les classes moyennes et les groupes marginalisés s'est accentué. De nouveaux éléments (individualisation, décentralisation, recours accru à l'aide familiale, aux réseaux et organisations bénévoles) contribuent à faire glisser la Scandinavie vers des principes qui étaient jusqu'à maintenant considérés comme caractéristiques d'autres modèles européens. Cependant, on ne trouve nulle part ailleurs qu'en Scandinavie une proportion aussi importante de la population bénéficiant d'un emploi rémunéré et le modèle de protection sociale bénéficie toujours d'un fort soutien au sein de la population. L'auteur de l'article constate que même si les États providence scandinaves tendent à s'europaniser, ils constituent encore un modèle spécifique.

Revue française des affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2005.

Études

Les modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour la gestion du RMI suite à la décentralisation

Au 1^{er} janvier 2004, les départements se sont vus transférer la responsabilité du Revenu minimum d'insertion (RMI). Un nombre significatif de départements a indiqué avoir rencontré des difficultés au cours de la première année de gestion du RMI à la fois en termes de moyens et d'organisation, au regard notamment du nombre de bénéficiaires qui s'est accru de 8,2 % au cours de l'année 2004. Début 2005, trois conseils généraux sur quatre ont modifié l'organisation interne de leurs services en lien avec la décentralisation du RMI : cette réorganisation s'est traduite généralement par une création de services dans 75 % des cas. Pour la mise en place des partenariats, les départements ont signé des conventions à 87 % des cas avec les CAF et à 77 % des cas avec les CMSA. Les services départementaux et les CCAS demeurent les lieux privilégiés de dépôt de demandes de RMI.

Drees, Études et Résultats, n° 432, octobre 2005, 12 pages.

Dossiers

Rougeole : déclaration obligatoire et nouvelles mesures vaccinales

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse, dont la transmission se fait essentiellement par voie aérienne. Depuis le 24 juin 2005, la rougeole est à nouveau une maladie à déclaration obligatoire en France. Pour éliminer la rougeole en France, il faut, d'une part, augmenter la couverture vaccinale des enfants et la maintenir dans tous les départements à un niveau élevé (au moins 95 % à l'âge de 2 ans), d'autre part, vacciner les générations ou communautés non vaccinées et n'ayant pas contracté la maladie (elles se trouvent de ce fait réceptives à la maladie et susceptibles de propager le virus). Alors que la vaccination contre la rougeole est pratiquée dans tous les pays de la région européenne, le nombre estimé de cas de rougeole est d'environ 960 000 par an et le nombre de décès d'environ 7 000. Aussi pour limiter la propagation de la rougeole et prévenir la résurgence ultérieure du virus dans la communauté ou la zone géographique dans laquelle a été détecté le cas, la déclaration obligatoire s'avère nécessaire. Ce numéro du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* reprend la circulaire de la DGS et ses annexes (DGS/SD5C/2005/3003) du 4 juillet 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 41- 42/2005, 25 octobre 2005, 8 pages.

Éradication de la poliomyélite : la situation en 2005

Dans un numéro thématique, le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* fait l'état des lieux de la poliomyélite en France en 2005, où depuis 1964, la vaccination est obligatoire. Depuis une dizaine d'années, la couverture vaccinale à 24 mois se maintient à des taux élevés (97 % pour les 3 premières doses et 89 % pour 3 doses et premier rappel). En revanche, une enquête récente a montré une couverture vaccinale des adultes moins élevée : sur 92,6 % d'adultes vaccinés contre la poliomyélite, seuls 63,4 % étaient à jour de leurs rappels. La recommandation de poursuivre la vaccination des nourrissons pour maintenir la couverture des 3 premières doses et améliorer l'entretien de l'immunité des adultes par appels décennaux se justifie pleinement : les dernières épidémies survenues en Europe (le dernier cas de poliomyélite importé en France date de 10 ans) concernaient des pays où la couverture vaccinale des jeunes enfants était insuffisante ou bien cachait des poches de populations non vaccinées pour des motifs religieux. C'est à partir du Nord - Nigeria que la poliomyélite a été entièrement réimportée en Afrique Subsaharienne, puis au Moyen-Orient et aujourd'hui en Indonésie, où viennent d'être observés, après 10 ans d'interruption, plusieurs centaines de cas, constituant un réservoir de virus et faisant persister le risque d'exportation de cas vers d'autres pays. Depuis la mise en place du Réseau de surveillance des entérovirus (RSE), 26 laboratoires de virologie surveillent, grâce à des prélèvements analysés, la circulation des entérovirus et détectent l'éventuelle importation de poliovirus « sauvage » en provenance d'une zone d'endémie. Ce dossier du BEH se

termine par un article portant sur les recommandations de l'OMS concernant le confinement des poliovirus en laboratoire.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 39-40/2005, 11 octobre 2005, 8 pages.

Cd-rom

Des systèmes de santé en Europe à une Europe de la Santé ?

Les VII^{es} auditions de la santé qui ont eu lieu en mai 2005 au Palais du Luxembourg avaient pour objet d'étudier les politiques de santé en Europe en analysant leurs convergences, leurs différences et leurs projections. D'autres thèmes ont été également traités comme la coordination des systèmes de l'assurance-maladie et la libre circulation des patients en Europe, l'Europe face à la problématique du développement durable, opinion et valeur des Européens.

Les auditions de la santé au Palais du Luxembourg, vendredi 13 mai 2005, CES,

Espace social européen, Le quotidien du médecin et MSD.

Ouvrage

Faire de la santé publique

Plutôt que de poser la question « qu'est-ce que la santé publique ? », l'auteur propose : « qu'est-ce faire de la santé publique ? ». En montrant que la santé publique est avant tout une pratique culturelle qui s'est faite dans l'histoire et se fait au quotidien, l'auteur explique « comment les idées naissent, des instruments se forment, des acteurs se mobilisent pour faire exister et reconnaître des réalités qui sont ainsi créées tout autant que découvertes : ce qu'on appelle des problèmes de santé publique »... Pour illustrer cette approche dans un contexte concret, l'auteur s'appuie sur l'histoire sociale du saturnisme infantile en France.

Didier Fassin, éditions ENSP, septembre 2005, 59 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
14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP
01 40 56 79 80
01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr