

### Textes juridiques

#### Dispositions du code du travail applicables aux assistants maternels et aux assistants familiaux

Un décret en date du 29 mai 2006 donne les nouvelles dispositions du code du travail applicables aux assistants maternels et aux assistants familiaux employés par des personnes morales de droit privé et par des particuliers.

*Décret n° 2006-627 du 29 mai 2006, JO du 31 mai 2006.*

#### Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

Un décret en date du 8 juin 2006 modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) présente les dispositions générales concernant les missions de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, qui exerce une veille sur l'évolution des connaissances scientifiques dans les domaines de sa compétence et définit, met en œuvre, soutient ou finance des programmes de recherche scientifique et technique. Par ailleurs, le décret décrit son organisation administrative et financière.

*Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006, JO du 10 juin 2006.*

### Études

#### Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ?

Dans certains pays d'Europe, notamment au Royaume-Uni et en Suède, les personnes en mauvaise santé demandent principalement des pensions d'invalidité pour sortir du marché du travail. En France, ce dispositif est moins utilisé car il existe d'autres modalités de cessation d'activité liées aux préretraites et à la dispense de recherche d'emploi qui permettent ainsi aux salariés dont l'état de santé est dégradé de quitter prématurément leur emploi. Cette étude de l'Irdes permet d'analyser les différents dispositifs utilisés en France par les personnes en mauvaise santé pour cesser leur activité. Les pensions d'invalidité constituent le principal dispositif dédié à la cessation d'activité pour raison de santé : fin 2004, 510 000 personnes de plus de 50 ans percevaient une pension d'invalidité et environ 240 000 l'allocation aux adultes handicapés (l'AAH). Plus de 400 000 personnes ont été dispensées de recherche d'emploi en janvier 2006 pour causes diverses : anciens salariés de métiers pénibles, salariés handicapés ou exposés à l'amiante, mais aussi chômeurs dépassant certains seuils d'âge et remplissant certaines conditions. L'inactivité des hommes de 50 à 59 ans apparaît en grande partie liée aux problèmes de santé, celle des femmes ne leur est imputable que pour 27 % d'entre elles. Les résultats de cette étude confortent l'existence d'un lien entre sortie de l'emploi et santé dégradée.

*IRDES, Questions d'économie de la santé, bulletin d'information en économie de la santé, n° 108, mai 2006, 8 pages.*

#### Surpoids et obésité en Ile-de-France : analyse à partir des données de l'enquête décennale santé de l'Insee 2002-2003

Toutes générations et sexes confondus, un Francilien sur trois est en excès de poids. La surcharge pondérale s'observe surtout chez les hommes, mais lorsqu'elle existe chez les

femmes, elle se transforme le plus souvent en obésité. Parmi les personnes de 18 ans et plus, l'obésité concerne 10,1 % des femmes et 7,9 % des hommes. Chez les 2-17 ans, la prévalence de l'excès de poids est de 16,4 % dont 5 % d'enfants présentant une obésité. Cette étude met l'accent sur l'influence de l'environnement familial sur l'obésité de l'enfant et sur l'association entre environnement socioprofessionnel (niveau d'études en particulier) et surpoids chez les hommes et chez les femmes. De même, les femmes en inactivité professionnelle auraient tendance à avoir un surpoids tandis que les étudiantes présentent un taux d'obésité très faible. Le recours au médecin (particulièrement les nutritionnistes et diabétologues) est plus fréquent chez les personnes présentant un surpoids ou une obésité. En règle générale, la situation francilienne n'est pas trop mauvaise au regard d'autres régions en matière de surpoids et d'obésité, mais la situation reste préoccupante chez les enfants et adolescents d'Ile-de-France chez qui la prévalence de l'obésité est significativement plus élevée qu'en province. En conclusion, des actions de prévention contre le surpoids doivent être menées en ciblant les familles « à risque », en luttant contre la sédentarité des enfants, en promouvant l'exercice physique (comme la marche) et en renforçant en même temps les actions en matière d'équilibre alimentaire, en insistant sur le plaisir de « bien manger équilibré ».

*Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, juin 2006, 123 pages.*

## Santé des voyageurs et recommandations sanitaires 2006

À l'approche de l'été, le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* publie son deuxième numéro consacré à la médecine des voyages avec plusieurs articles illustrant différents aspects de la discipline à suivre, avant, pendant, et après le voyage. Le taux de voyageurs malades varie de 15 % à 64 % selon les études, en fonction des destinations et des conditions de séjour. Les causes de mortalité chez le voyageur en général sont dans la moitié des cas cardiovasculaires (probablement la conséquence de l'âge croissant des voyageurs), les autres causes de décès se partageant entre accidents de la voie publique, noyades et autres accidents. La diminution de la mortalité par maladies infectieuses doit beaucoup à la prévention : vaccinations, chimioprophylaxies et règles d'hygiène. Les maladies dites tropicales représentent 36 % des pathologies observées au retour de voyages. La place occupée par les maladies ni infectieuses, ni accidentelles, reste encore secondaire mais doit faire l'objet d'une attention soutenue des médecins ; en effet, le comportement solaire inadapté est une source de dermatoses et de cancers de la peau. Ce numéro thématique analyse également les causes de la mortalité des Français lors d'un séjour à l'étranger et présente un article sur les problèmes rencontrés par les migrants d'origine africaine retournant dans leur pays d'origine pendant leurs vacances. Enfin, deux études concernent plus particulièrement les pathologies observées au retour de voyages en pays tropicaux.

*Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 23-24, 13 juin 2006, 23 pages.*

## Les urgences en médecine générale

La Drees a souhaité réaliser une enquête sur les recours aux soins non programmés par la médecine générale de ville. Pendant une semaine d'octobre 2004, 1 304 médecins généralistes exerçant dans un cabinet et 94 médecins pratiquants au sein d'une association d'urgentistes ont renseigné un questionnaire. Chaque fois qu'ils ont dû répondre à un appel urgent et de ce fait ont permis d'avoir un échantillon de 17 254 de séances d'urgences. Ces recours urgents ou non programmés représentent 11 % de l'ensemble des consultations. Par ailleurs, les patients ayant recours en urgence à un généraliste sont en majorité des enfants de moins de 13 ans et également, dans une moindre mesure, des adultes de moins de 45 ans. Seuls 9 % des recours urgents ou non programmés ont été observés la nuit, deux fois moins que dans les services d'urgences hospitaliers, où 21 % des arrivées ont lieu entre 20 heures et 8 heures du matin. Il a été observé également que seuls 6 % des recours urgents à la médecine générale ont eu lieu en fin de semaine contre 28 % dans les services d'urgences hospitalières. Cette étude décrit également les différentes affections dont souffrent les patients ayant recours aux urgences en médecine générale, en fonction de leur âge. Les conseils, les traitements, les arrêts maladie prescrits par le médecin ainsi que l'orientation vers d'autres recours de soins (hospitalisation) ont également été intégrés à cette enquête et ont permis d'évaluer la gravité de l'état des patients ayant eu recours aux soins d'urgence pendant la période étudiée.

*Drees, document de travail, n° 94, avril 2006, 53 pages.*

## Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement

La majorité des personnes âgées se trouvent atteintes de plusieurs pathologies au fur et à mesure de leur vieillissement, et notamment celles vivant en institution. 85 % des résidents présentent au moins une affection neuropsychiatrique (états dépressifs, syndrome démentiel et troubles de comportement), trois quarts d'entre eux sont atteints d'une affection cardiovasculaire (hypertensions artérielles, insuffisance cardiaque). Les affections ostéoarticulaires touchent par ailleurs la moitié de la population hébergée en établissement (surtout les femmes) et les affections uro-néphrologiques et gastroentérologiques en atteignent un tiers. L'enquête permet aussi de faire le lien entre le nombre de médicaments consommés et de pathologies signalées par le médecin : globalement, les résidents cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées et consomment en moyenne 6,4 médicaments par jour, ce nombre atteignant 7,4 médicaments pour les personnes atteintes d'au moins huit pathologies.

*Drees, Études et résultats, n° 494, juin 2006, 8 pages.*

## Les dépenses d'aide sociale des départements en 2004

La Drees présente les résultats des enquêtes menées en France métropolitaine et dans les Dom sur les dépenses d'aide sociale et leurs bénéficiaires (taux de réponse de 99 % dans les départements). Ces dépenses ont un poids important au sein des budgets départementaux car elles constituent environ 65 % des dépenses des conseils généraux. Elles se répartissent entre l'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance (ASE), au RMI et à d'autres postes (services communs, autres interventions sociales et dépenses de personnel). En 2004, les dépenses brutes des conseils généraux de France métropolitaine ont atteint 20 milliards d'euros pour les quatre grandes catégories d'aide sociale. L'aide sociale aux allocataires du RMI est devenue le principal poste de dépense « nette » des départements, suivie de l'aide sociale à l'enfance et celle destinée aux personnes âgées, et en dernier celle relative aux personnes handicapées. Cependant, l'évolution des dépenses d'aide sociale est très variable selon les départements. Les dépenses nettes d'aide sociale des départements d'outre-mer (Dom) représentent 6,5 % des dépenses d'aide sociale de la France entière. De nombreux graphiques et tableaux permettent d'illustrer les évolutions des dépenses dans chaque domaine d'aide sociale et de faire une étude comparative entre les départements.

*Drees, série statistiques, document de travail, n° 93, mars 2006.*

## Dossiers

### Des virus et des hommes

Le *Quotidien du Médecin* a consacré un numéro « spécial recherche » à la virologie. Après avoir présenté en premier lieu les missions et les orientations de quatre organismes de recherche (l'IRD, l'Institut Pasteur, l'Inserm et le CNRS), il décrit la classification des virus pathogènes pour l'homme et le processus de multiplication virale. Des articles reflètent les différentes recherches et les actions menées ces dernières années pour identifier les virus, les caractériser afin de les cerner, trouver des traitements appropriés et les mesures entreprises pour éviter les risques de pandémie en présence de maladies virales émergentes (grippe aviaire, chikungunya, dengue, ebola...). Par ailleurs, de nombreux exemples d'avancées sur plusieurs maladies virales ainsi que de nouveaux traitements permettent de mesurer déjà l'impact que ces recherches peuvent entraîner tant en termes sanitaires qu'économiques et sociaux.

*Le Quotidien du médecin, spécial recherche, n° 7974, cahier 2, jeudi 8 juin 2006, 39 pages.*

### Démarche participative et santé : mythe ou réalité ?

La participation des populations aux actions et aux dispositifs de santé publique est-elle un mythe ou une réalité ? C'est à cette question soulevée par la revue de l'Inpes, *la santé de l'homme* qu'une dizaine d'experts répondent en dressant un état des lieux de la participation des publics aux projets de santé et en s'intéressant à la mise en œuvre de la démarche participative dans des programmes de santé destinés aux populations en situation de précarité.

En effet, pour ces personnes cette question se complique en se dédoublant : existe-t-il une offre, existe-t-il une demande ? questionne l'auteur de l'article sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins de la région Limousin (programme basé sur une expérience réalisée en

coopération entre les usagers, membres d'associations de la Haute-Vienne et le service social de l'assurance maladie). D'autres expériences locales à Brest, à Bobigny, à Lyon, à Chambéry, à Denain présentent également des démarches participatives des habitants en situation de précarité, notamment les personnes sans domicile fixe, pour élaborer une politique locale de santé. D'autres articles concernant les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les médiateurs de santé publique (qui représentent des passerelles vers les personnes précarisées en les accompagnant vers les soins), permettent de comprendre les difficultés qu'ont certaines personnes à accéder aux soins : abstraction des systèmes et des fonctionnements administratifs, sentiments d'isolement, d'impuissance ou de rejet...

*Inpes, La santé de l'homme, n° 382, mars-avril 2006, p. 12 à 39.*

## Ouvrage

### Vieillir en institution : témoignages de professionnels, regards de philosophes

Les professionnels qui témoignent dans cet ouvrage travaillent au sein des établissements Medidep et ont eu pour souci de réfléchir, à différents niveaux, sur le sens de leur métier d'accompagnateur des personnes en fin de vie. La première partie de l'ouvrage, consacrée aux « problématiques de l'institution », s'attache à décrire les comportements dérangeants des personnes désorientées qui vivent en institution avec d'autres personnes : comment les faire cohabiter avec les autres ? Comment éviter l'amalgame entre vieillesse et démence ? Comment sécuriser les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer sans les isoler et les enfermer ? Comment rendre au patient sa dignité et lui faire face comme un interlocuteur à part entière ? Toutes ces questions soulevées reflètent les situations délicates que doivent gérer les soignants, sans compter celles des familles des patients qui viennent leur rendre visite... Par ailleurs, le management d'un établissement pour personnes âgées médicalisées requiert de nombreuses qualités que décrivent dans cet ouvrage, grâce à des expériences, des directeurs d'institutions. La seconde partie intitulée « le surgissement du singulier » porte plus particulièrement sur les conditions de l'accueil de la personne qui entre dans une maison de retraite, l'anonymat de l'arrivée, le désarroi d'être dans un univers peu familier, l'affrontement avec l'équipe de l'institution et les autres pensionnaires... Comment conserver son espace intérieur quand on arrive dans la vie en collectivité ? Comment garder l'estime de soi ? Que peut faire l'équipe soignante pour aider la personne qui souffre ? Comment le travail de deuil s'effectue-t-il en maison de retraite ? De nombreuses réflexions éthiques accompagnent les témoignages des équipes et élargissent la connaissance du vieillissement en institution par la diversité des questions soulevées.

*Catherine Déliot et Alice Casagrande, John Libbey eurotext, janvier 2006, 176 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](http://www.hcsp.ensp.fr)