

Textes officiels

Statut des praticiens hospitaliers

Deux décrets ont été publiés au J. O. du 8 décembre 2002 concernant les praticiens hospitaliers. L'un modifie le décret n° 84-131 du 24 février 1984 relatif au statut des praticiens hospitaliers et l'autre modifie le décret n° 58-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

JO du 8 décembre 2002, décret n° 2002-1421 et décret n° 2002-1422 du 6 décembre 2002.

Trois autres décrets modificatifs sont également sortis le 8 décembre relatifs aux assistants des hôpitaux, aux praticiens contractuels des établissements publics de santé et enfin aux médecins et pharmaciens recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier et l'Etablissement français du sang.

JO du 8 décembre 2002, décrets n° 2002-1423, n° 2002-1424, n° 2002-1425 du 6 décembre 2002.

Articles

Maladies professionnelles : un phénomène humain

Le *Quotidien du Médecin* du 16 décembre 2002 fait la synthèse de l'étude comparative réalisée par Eurogip (groupement de prévention de la Sécurité sociale pour l'Europe) sur les maladies professionnelles au niveau européen. Cette enquête qui a été menée dans 15 pays de 1990 à 2000 est la première réalisée de ce genre. Elle est accompagnée de trois autres rapports sur les cancers professionnels, la sous-déclaration, la lombalgie et l'asthme allergique. Les troubles musculo-squelettiques arrivent en tête des maladies déclarées et sont reconnus comme maladies professionnelles. Les demandes de reconnaissance pour allergies et lombalgies viennent ensuite, suivies des pathologies liées à l'amiante qui sont en augmentation (sauf au Danemark et aux Pays-Bas). Dans la catégorie des maladies « émergentes », les maladies psychosociales font une entrée en force en Suède, au Danemark et aux Pays-Bas. La Finlande envisage l'introduction de ces pathologies dans la liste des maladies professionnelles. La France se caractérise par le nombre de ses déclarations de maladies professionnelles, qui a quadruplé en 10 ans (de 44 cas pour 100 000 personnes assurées en 1990 à 177 en 2000). La Suède se distingue dans le sens inverse, passant de 1 242 cas à 138 sur la même période. On remarque que le problème de la sous-déclaration avait été soulevé lors d'un premier rapport Eurogip en 2000. Parmi les causes citées, le manque d'information aussi bien du côté des malades que des médecins. En France, l'Institut national de recherche et de sécurité a mené une campagne de sensibilisation des médecins traitants. « En France, c'est la victime qui doit déclarer sa maladie qu'elle estime professionnelle, assortie d'un justificatif médical, contrairement aux autres pays où, généralement, c'est le médecin qui produit cette déclaration » précise Gilles Evrard, directeur des risques professionnels à la Cnam.

Le Quotidien du Médecin, n° 7240, 16 décembre 2002.

Lutter contre le tabagisme au niveau européen

Un nouveau programme de santé publique a été adopté en juin 2002 et prendra effet le 1^{er} janvier 2003 pour une période de six ans. La Commission européenne participe à la lutte contre le tabagisme à travers son programme de santé publique, en initiant d'une part

des mesures législatives et en assurant leur mise en œuvre, et, d'autre part, en finançant des projets européens de grande envergure. Le réseau européen pour la prévention du tabagisme est un des projets financés dans ce cadre. L'un de ses axes est de promouvoir et de soutenir par ses actions la mise en place de mesures législatives aux niveaux national, européen et international. Il soutient également la Commission lorsqu'il s'agit de persuader les membres du Parlement ou du Conseil des ministres d'adopter une mesure législative qui favorise la lutte contre le tabagisme. Comme on peut l'observer, la prévention du tabagisme est donc pour une bonne part déterminée par l'Union européenne et cet article fait le point sur les procédures, les textes en vigueur et les différents projets qui ont été acceptés ou écartés par recours et les recommandations en préparation.

INPES, la Santé de l'homme, septembre-octobre 2002, n° 361.

Études

Les toxi-infections alimentaires collectives en France en 2001

Un foyer de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) est défini par la survenue d'au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une origine alimentaire. En 2001, le nombre de TIAC déclarées, toutes étiologies confondues, était en diminution de 10 % par rapport à 2000 et la diminution de foyers de salmonellose, observée depuis 1997 par le Centre national de référence des Salmonella et Shigella (CNRSS), se poursuivait en 2001 (-12 % par rapport à 2000). Néanmoins la sous-déclaration des TIAC, notamment des TIAC familiales et des foyers dus aux autres agents que Salmonelle, reste importante, contribuant à une sur-représentation de la proportion des TIAC à salmonelle dans la déclaration obligatoire (DO). La persistance de l'utilisation d'œufs coquille en restauration collective (restauration scolaire et institutions médico-sociales) continue d'être à l'origine de TIAC à salmonelles dont les conséquences peuvent être graves. Ce qui amène à redoubler les recommandations concernant la consommation de certains aliments (œufs, viandes hachées, viandes de volaille notamment) en restauration collective et dans le milieu familial.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 50, 10 décembre 2002, 5 pages.

Epidémie de salmonellose à Salmonella sérotype Infantis en Île-de-France

En France, la surveillance des salmonelloses repose sur plusieurs systèmes complémentaires : le Centre National de Référence de Salmonella et Shigella (CNRSS), la Déclaration Obligatoire (DO), et la surveillance vétérinaire. En 2001, le CNRSS informait l'Institut de veille sanitaire d'une augmentation anormale du nombre d'isolements de Salmonella Infantis dans la région Île-de-France, surtout dans le département de la Seine-et-Marne pour le mois d'octobre 2001. Une investigation épidémiologique a été mise en œuvre par l'InVS et la Ddass de Seine-et-Marne, afin de confirmer la nature épidémiologique du phénomène, d'en mesurer l'importance, de chercher l'origine et la source de l'épidémie et de proposer des mesures de contrôle et de prévention adaptées. Les cas identifiés par le CNRSS ont été interrogés sur leur consommation alimentaire et autres expositions dans les jours précédant les symptômes. 45 souches de Salmonella Infantis ont été isolées dans des laboratoires de la région Île-de-France (entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2001) et après l'étude des différentes souches, il a été constaté que plusieurs d'entre elles présentaient le même pulsotype et que par conséquent une partie des cas de salmonellose était attribuable à une consommation commune, à savoir du brie au lait cru contaminé. Lors de cette épidémie, malgré l'absence d'étude analytique de type cas-témoins, les investigations épidémiologiques descriptives, environnementales et microbiologiques ont permis d'aboutir à une conclusion quant à la source et au véhicule de transmission de l'épidémie.

Institut national de Veille Sanitaire, octobre 2002, 52 pages.

Dossiers

La psychiatrie francilienne

Ce dossier réalisé par l'Union hospitalière régionale d'Île-de-France est consacré à la psychiatrie francilienne qui compte 153 secteurs de psychiatrie générale et 53 secteurs de psychiatrie

infanto-juvénile pour une population de près de 11 millions d'habitants. Ces secteurs sont pour 1/3 rattachés à des hôpitaux généraux et pour 2/3 rattachés à des hôpitaux spécialisés. Un article rédigé par l'agence régionale de l'hospitalisation indique la nécessité de faire de la psychiatrie une des priorités régionales face aux différentes déficiences budgétaires, d'équipement, de logistique et de prise en charge en psychiatrie, notamment celle concernant les adolescents et les enfants. Un autre article signale la place que doit revendiquer la psychiatrie pour sortir de son isolement et être reconnue à sa juste valeur dans l'ensemble des spécialités médicales. Un article consacré aux soins psychogériatriques montre que le développement de la psycho-gériatrie est en retard en France par rapport à d'autres pays européens. Enfin deux articles, l'un sur « pédopsychiatrie et santé publique » et l'autre sur « le point de vue de l'utilisateur » soulignent l'importance du plan de santé mentale qui permet d'aborder une réelle réflexion de santé publique.

Hôpital d'Île-de-France, revue trimestrielle de l'UHRIF, n° 32, novembre 2002.

Les ondes électro-magnétiques et la santé

Ce numéro spécial d'*Impact médecine* donne des réponses aux inquiétudes concernant les éventuels dangers à vivre à proximité de stations de base ou antennes, et des risques à se servir de téléphones mobiles. *Impact médecine* apporte des réponses négatives sur l'ensemble de ces questions et donne des renseignements très précis sur les cas où il pourrait y avoir un éventuel danger face aux ondes électromagnétiques et conseille de limiter l'usage de son téléphone mobile surtout en conduisant, seul risque réel démontré.

Impact médecine, numéro spécial, 6 décembre 2002, 16 pages.

Éducation pour la santé et petite enfance

Ce dossier de l'*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé* s'attache plus spécialement aux enfants de 3 à 6 ans car c'est à cet âge que se développent les compétences de capacité d'écoute, d'expression et d'analyse, de construction de l'estime de soi. On trouvera successivement des articles concernant la connaissance des compétences du petit enfant et la prise de conscience face à la maladie et aux soins, des articles sur l'accompagnement du petit enfant sur les chemins de la santé comme l'éducation à la santé à l'école maternelle, les modalités d'intervention d'un service de PMI, les moyens de développer une écologie de la relation parents-enfants et enfin des articles sur des formations pour les professionnels.

INPES, la Santé de l'Homme, septembre-octobre 2002, n° 361, p. 13 à 45.

Rapports

L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ?

Partant du constat de l'augmentation des caries à l'adolescence et de la baisse de fréquence des consultations dentaires, à un âge où la prévention à l'école n'existe plus, l'Assurance maladie en accord avec les chirurgiens-dentistes a mis en place en 1997 un dispositif appelé « bilan bucco-dentaire » ou BBD. Ce BBD propose une fois par an aux adolescents de 15 à 18 ans une visite chez le dentiste et la réalisation des soins éventuellement nécessaires. La première visite de « bilan » est gratuite, les soins consécutifs sont payants mais remboursés à 100 % par l'Assurance maladie. Trois évaluations ont été mises en place pour juger de l'efficacité du BBD. La première, administrative, pour juger du bon fonctionnement sur le terrain et la seconde, médicale, à partir des informations recueillies par les chirurgiens-dentistes, ont été réalisées par les caisses d'Assurance maladie. La troisième, dite sociale, a été confiée au Credes. Les objectifs du Credes étaient de vérifier si les familles visées par le BBD ont bien participé à ce bilan et quel en a été l'impact. Ce sont les résultats de cette enquête menée dans les régions Rhône-Alpes et Auvergne qui sont présentés dans ce rapport. On observe la participation d'un adolescent sur six en moyenne au BBD la première année. Ce dispositif a eu un effet positif facilitant le recours aux soins préventifs d'adolescents issus de familles aux faibles revenus ou déjà sensibilisés à l'importance du suivi dentaire, mais pas d'effet sur ceux dont les familles sont les plus en difficulté, ou qui habitent trop loin du cabinet dentaire. Un bon accueil a été réservé à l'ensemble de ce dispositif malgré que les modalités complexes

de prise en charge aient été mal comprises et que l'avance des frais des soins consécutifs ait freiné la participation de certaines familles.

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, CreDES, série résultats, n° 1396, novembre 2002, 140 pages.

Mission « démographie des professions de santé »

Cette mission demandée par le ministre de la Santé au Pr. Berland avait pour but, à partir d'une analyse de la répartition par spécialité et par région des professionnels de santé, d'examiner la pertinence et la mise en œuvre de mesures touchant au contenu des métiers de la santé ainsi qu'à l'organisation de l'activité des professionnels, ces évolutions devant être de nature à revaloriser les professionnels. La mission avait donc pour but d'étudier les modalités d'installation et d'exercice des médecins, en particulier en zone périurbaine ou rurale et le cas échéant au sein de cabinets multiprofessionnels, ainsi que les incitations et mesures d'accompagnement qu'il paraîtrait opportun de mettre ensuite en œuvre. De même, la mission devait analyser les possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication et la « télémédecine » afin d'améliorer l'offre de soins. Elle devait également analyser les conditions d'une coopération renouvelée entre les médecins exerçant dans le secteur public et ceux d'exercice privé et, enfin, elle devait évaluer les conséquences de la libre circulation des médecins et des autres professionnels de santé dans l'espace européen. A noter que la mission devait s'intéresser aux conditions de formation des futurs médecins dans le cadre du troisième cycle diplômant.

Rapport présenté par le Pr. Yvon Berland, n° 2002135, novembre 2002, 2 tomes dont un tome d'annexes.

Démographie : les dix travaux prioritaires préconisés par la mission Berland

Cet article résume les propositions du rapport cité ci-dessus, qui « appellent des prises de décision de toute urgence », à savoir le recrutement de collaborateurs salariés dans des cabinets médicaux pour inciter des médecins à s'installer dans des zones sous-médicalisées. Cette collaboration offrirait l'avantage à des jeunes diplômés de prendre progressivement contact avec l'exercice professionnel libéral en passant par un salariat. D'autres priorités ont été soulevées, dont la mise en place d'un observatoire national de la démographie des professions de santé et de son réseau d'observatoires régionaux, et l'augmentation progressive du numerus clausus pour arriver à 8000 élèves reçus en 2e année de PCEM en 2007.

Quotidien du Médecin du 5 décembre 2002.

Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville

Les professionnels de santé ressentent, dans certains quartiers, un sentiment d'insécurité et une dégradation dans l'exercice de leur métier alors que justement les populations de ces quartiers n'ont pas toujours l'accès aux soins dont elles auraient besoin. Devant ces difficultés, les ministres en charge de la politique de la ville et de la santé ont décidé de constituer un groupe de travail et de suivi chargé d'identifier les problèmes rencontrés par les professionnels de santé et d'élaborer des recommandations. Ce rapport remis en mars dernier aux ministres par le Dr. J. Lebas, président du groupe de travail, présente, sur la base de recommandations, des projets susceptibles d'être réalisés avec l'appui des acteurs sociaux et des acteurs de la politique de la ville.

Etudes et Recherches de la Délégation interministérielle à la Ville (DIV), août 2002, 54 pages.



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