

Textes officiels

Évaluation des pratiques professionnelles

Cette évaluation a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé et vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et fait partie intégrante de la formation médicale continue. L'évaluation est organisée par les Unions régionales de médecins libéraux et les commissions médicales d'établissement qui indemnisent les médecins. Chaque médecin doit participer à cette évaluation au moins une fois tous les cinq ans.

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005, JO du 15 avril 2005.

Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique

L'article L. 3215-1 du Code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques en direction des consommateurs de stupéfiants. Les acteurs, professionnels de santé ou de travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités, doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions. Ce décret rappelle les objectifs des activités de réduction des risques, les modalités d'intervention, la distribution de matériel de prévention, l'information sur les risques associés à l'usage de drogue, la diffusion des alertes sanitaires, les lieux d'intervention et les intervenants participant aux activités de réduction des risques (surveillance de consommations de substances psychoactives, participation à l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies de prévention)...

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005, JO du 15 avril 2005.

Actualités

«Au possible nous sommes tenus» : avril 2005

C'est sous ce titre déterminé que la Commission « Familles, vulnérabilité, pauvreté » présidée par Martin Hirsch a rendu son rapport au ministre des Solidarités. Cette commission, qui rassemblait des représentants d'administrations de l'État, de partenaires sociaux et de collectivités locales, d'associations familiales et de lutte contre l'exclusion, a, au terme de nombreuses auditions, assorti son rapport de 15 résolutions : [1] se fixer des objectifs nationaux de réduction de la pauvreté des enfants, [2] combiner les revenus du travail et les revenus de la solidarité, [3] favoriser l'emploi par une politique économique et sociale plus redistributive, [4] créer un service public de l'accueil des jeunes enfants, [5] établir une nouvelle relation des familles avec les services sociaux, [6] loger les familles décemment, [7] éradiquer le saturnisme et réhabiliter les logements indignes, [8] ne plus cumuler inégalités sociales et inégalités de santé, [9] faire des familles modestes une priorité de la politique nutritionnelle, [10] permettre le développement durable du crédit sans payer le prix du surendettement, [11] gommer les discriminations négatives dans l'éducation, [12] donner leur chance aux jeunes adultes, [13] faire qu'« audace,

innovation, expérimentation» soient les mots clés des nouvelles interventions publiques, [14] appréhender la pauvreté sans frontières et [15] conjuguer «solidarité et dignité».

Le rapport est en lignes sur www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000264/ext.htm

Articles

Le Conseil de l'Europe et la santé

Le Conseil de l'Europe est l'organisation internationale de la « Grande Europe » (146 membres contre 25 pour l'Union européenne). Il se donne pour tâche d'harmoniser et de favoriser l'essor politique, économique et social des États membres, tout en se gardant d'uniformisation pour respecter la richesse culturelle de chaque pays. Ses Recommandations ou Résolutions sont votées par le Comité des Ministres, qui réunit les ministres des Affaires Étrangères représentant le gouvernement de chaque État membre. C'est au travers des 14 Commissions (dont celle des Affaires sociales, de la Santé et de la Famille) de l'Assemblée parlementaire composée de députés issus des Parlements nationaux des pays membres, que s'élaborent les propositions qui seront soumises ultérieurement au Comité des Ministres. Tous les projets du Conseil de l'Europe, en matière de santé doivent être soumis, à titre consultatif, au Comité Européen de la Santé (constitué par les représentants des Ministères de la Santé des États membres) avant leur présentation au Comité des ministres. Le Comité Européen de la Santé joue un rôle prépondérant dans la définition et la mise en place des standards européens des soins de santé (par exemple, standardisation de pratiques pour la classification, le conditionnement et la conservation de certains produits, tels le sang...). La santé est considérée comme un domaine primordial par le Conseil de l'Europe, et tout particulièrement dans son approche sociale. En effet, le développement de la protection sociosanitaire doit faire face aux problèmes de santé publique et de démographie (notamment dans la prévention des grandes épidémies et dans le développement des mouvements migratoires en Europe) et également aux problèmes économiques (prévention de distorsions sur le marché du travail, concurrence déloyale, éthique...). Au fil du temps, avec le nombre accru des États membres, le Conseil a développé son intérêt pour la prévention sous toutes ses formes et n'a cessé d'édicter par le vote du Comité des ministres, de nombreuses recommandations, dont certaines sont mieux connues du fait de l'importance des sujets traités, comme les maladies sexuellement transmissibles (dont le sida), la protection des denrées alimentaires et leur traçabilité, les toxicomanies...

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2004, tome 188, n° 5.

Actualités en pathologie comparée : quelques maladies animales menaçantes pour l'homme

Les dernières grandes alertes sanitaires dues à l'émergence de maladies infectieuses humaines sont toutes d'origine animale. Les auteurs de cet article rappellent la nécessité d'une veille sanitaire non seulement chez l'homme mais également chez l'animal. Ils rappellent également l'importance d'un enseignement sur les zoonoses dans le cursus médical et d'un renforcement de la recherche sur les maladies transmissibles à l'homme. Dans cet article sont exposés quelques exemples de maladies infectieuses dues à cette contamination : le cas de la grippe aviaire transmis par des volailles infectées, le cas du syndrome respiratoire aigu sévère, SRAS, transmis par des animaux sauvages (civettes, sangliers, cerfs, lièvres et faisans), vendus sur les marchés en Chine : il s'agit dans ces deux cas, de la consommation d'animaux par l'homme. La lutte du cas du virus West-Nile chez l'homme et chez les chevaux repose sur des programmes de veille sanitaire ainsi que sur l'information du public sur les moyens de prévention des piqûres de moustiques... D'autres cas de virus comme l'hépatite E, les virus Nipah et Hendra sont également décrits dans cet article ainsi que l'Ehrlichiose et la maladie de Lyme, transmises par les tiques. Enfin, il existe en Afrique des fièvres hémorragiques virales, très contagieuses et mortelles, dues aux Filovirus (virus Marburg et virus Ebola) : l'homme se contaminerait par manipulation et consommation de viande animale infectée (singes, éventuellement antilopes). Le virus Ebola se transmet par des contacts directs avec les fluides et sécrétions d'une personne infectée (sang, salive, sperme, selles, vomissures)... Le résultat de ces études montre qu'il faut être attentif de nos jours à toutes ces zoonoses qui peuvent être transportées n'importe où dans le monde par le biais de voyageurs contaminés.

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2004, tome 188, n° 5.

Le médecin, le malade et les antibiotiques

Dans quatre pays européens (Allemagne, Espagne, France et Italie) ont été interrogées plus de 3 000 personnes à propos des qualités de leur médecin et de la perception qu'elles avaient sur un traitement antibiotique pour une infection respiratoire bénigne, reçu dans les deux mois précédents l'enquête. Le résultat des consultations a permis de définir six comportements, à partir desquels les malades ont été classés en quatre catégories : les impliqués qui participent le plus activement à leurs soins (30 %), les déférents qui considèrent leur médecin comme un expert et lui font confiance (23 %), les ignorés qui ont peu d'interaction avec leur médecin et se sentent mis de côté (13 %) et les critiques qui doutent de la compétence de leur médecin (17 %). Les impliqués et les déférents connaissent mieux les règles de bon usage des antibiotiques, observent mieux leur ordonnance et se disent mieux informés par leur médecin. Les ignorés gardent plus souvent leurs antibiotiques pour un usage ultérieur non contrôlé... En Allemagne, moins de malades connaissent l'inutilité des antibiotiques dans la grippe qu'en France (13 % contre 21 %). C'est en Espagne, que les malades attendent le plus la prescription d'un antibiotique de leur médecin, alors qu'ils ne sont qu'une minorité à juger leur maladie comme potentiellement sévère. Les « malades critiques » se recrutent surtout en France et en Italie. La plus forte proportion de « malades ignorés » se trouve en Italie et les malades qui se disent les moins bien informés par leur médecin sont de très loin les Français : ainsi 16 à 40 % des personnes interrogées en France estiment avoir reçu les détails indispensables pour suivre leur traitement (doses, dates d'arrêt, effets secondaires) contre 40 à 81 % en Allemagne. Cette étude permet de constater que la grande majorité des personnes interrogées pense qu'il faut traiter une grippe avec des antibiotiques. La campagne française « les antibiotiques c'est pas automatique » illustre bien actuellement la conduite responsable demandée aux patients face à la maladie.

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2004, tome 188, n° 8.

Dossiers

La situation des personnes handicapées : un enjeu de société

Ce dossier de la revue *adsp* (*Actualité et dossier en santé publique*) consacré aux personnes handicapées, s'intéresse plus particulièrement à leur situation sociale au sein de notre société. Après une première partie où est présentée la notion de handicap qui induit la nécessité pour une personne de recourir à une aide technique ou humaine pour des actes essentiels de la vie quotidienne, sont exposées les politiques et actions en faveur des personnes handicapées. Cette deuxième partie tend à faire comprendre qu'en matière de handicap, la conception d'une politique de prévention comporte certes une dimension sanitaire, mais aussi une dimension sociale. Cette dimension sociale reflète la philosophie de la loi du 11 février 2005 dont le but est d'optimiser la participation des personnes handicapées à la vie sociale malgré leurs problèmes de santé, même quand ceux-ci sont irréductibles : cela implique en amont des moyens nombreux de prévention (réduction des handicaps, réadaptation, information, soutien psychologique...) pour pouvoir garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie. La troisième partie traite plus particulièrement de la place des personnes handicapées, quel que soit leur âge, dans la société et leur intégration en milieu ordinaire. Elle rappelle tous les mesures qui ont été prises récemment pour aider aussi bien un enfant handicapé à être inscrit dans l'école de son quartier, qu'un adulte à bénéficier des dispositifs d'aide pour trouver ou intégrer un emploi dans le secteur privé ou la fonction publique. Le dernier article de ce dossier, consacré à l'Union européenne, reflète l'orientation actuelle dans la plupart des États dans la prise en charge du handicap vers une complémentarité entre attribution d'allocations et aides à l'accès professionnel, avec la volonté d'améliorer et de favoriser les conditions de l'accès à l'emploi.

Haut Comité de la santé publique, Actualité et dossier en santé publique, n° 49, décembre 2004.

Colloques

La santé mentale des migrants et des réfugiés : quelles réponses du système de soins en Europe ?

Depuis plus de quarante ans, l'Association Française Minkowska accueille en France des migrants et des réfugiés venus d'horizons différents. En novembre 2003, cette association

a organisé un colloque qui avait pour but de confronter les pratiques des organismes et institutions œuvrant dans le domaine de la santé mentale des migrants et des réfugiés pour permettre une harmonisation du système de santé et des soins en Europe. Ce colloque a réuni pendant deux jours les experts de différents pays européens où les populations migrantes et réfugiées sont importantes et où les politiques de santé insistent d'une part sur l'accès aux soins et aux psychothérapies, d'autre part sur la cohérence et la congruence des pratiques transculturelles, et éventuellement de leur évaluation. De nombreux thèmes ont été abordés comme la prise en charge des migrants en Europe, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la santé communautaire, la question de la médecine traditionnelle (en l'occurrence celle des guérisseurs), les aspects transculturels, l'éthique médicale, l'identité culturelle, les problèmes soulevés par les situations de précarité, d'exclusion et de discrimination et leurs conséquences sur la santé mentale... autant de questions pour répondre aux problèmes dus à la complexité de la rupture avec le pays d'origine.

Actes du premier colloque européen de l'Association Française et Eugène Minkowski, 27 et 28 novembre 2003, Migrations santé, n° 120 - 121, troisième et quatrième trimestres 2004, édité en mars 2005, 187 pages.

Enjeux éthiques des transplantations hépatiques avec donneur vivant

Les actes de ce colloque, organisé le 8 octobre 2004 par le Centre d'éthique clinique et le Service de chirurgie digestive de l'hôpital Cochin, présentent les états actuels de la réflexion sur les enjeux éthiques des THDV (transplantations hépatiques avec donneur vivant) aux États-Unis, en Asie et en Europe. « La communauté des transplantateurs doit endosser la responsabilité morale et éthique de protéger à la fois le donneur et le receveur... Le recours à des donneurs vivants pour obtenir une partie de leur foie à des fins de transplantation chez des receveurs adultes peut être considéré comme une pratique éthique, car elle vise à sauver des vies, mais uniquement dans la mesure où la sécurité du donneur est assurée », souligne David Cronin, chirurgien transplantateur à New Haven, aux États-Unis. La sécurité du donneur vivant doit être assurée, même si l'attention de l'équipe soignante tend à se concentrer sur le receveur, considéré comme le « vrai patient ». En effet, les donneurs, en tant que personnes saines, sont souvent considérés comme des « non-patients », tant par l'équipe médicale, que par les membres de la famille et les donneurs eux-mêmes. Il s'avère utile d'évaluer les risques, les problèmes éthiques et les besoins organisationnels qui entrent en jeu lors d'une transplantation et de mettre en place deux équipes distinctes pour la prise en charge des deux patients, donneur et receveur. En Asie, et particulièrement en Chine, la réussite d'un programme de transplantation est fortement liée aux réactions psychologiques qu'elle suscite chez le donneur et à l'impact que ce don aura sur sa vie quotidienne après l'opération : des pressions de devoir (en particulier sur les femmes) sont exercées sur le donneur pour satisfaire à des obligations familiales... Aussi pour les équipes soignantes, les facteurs à haut risque et les éléments de détresse doivent être mieux identifiés pour anticiper les problèmes. En Europe, il demeure indispensable que l'équipe médico-chirurgicale apporte toute la sollicitude nécessaire aux familles soumises à ces événements bouleversants que sont les transplantations et ne mésestime pas la détresse du parent qui ne donnera pas et qui se sentira coupable face à une situation d'urgence. Il résulte de toutes les expériences de transplantation décrites dans ces actes, que le don reste à la fois un échange intéressé et désintéressé, qui peut être accepté, (c'est aussi un don de la part du receveur) ou refusé, mais qu'il faut absolument étudier (distinguer le don gratuit et le don empoisonné ou de chantage) pour en prévoir les conséquences non seulement sur le receveur mais aussi sur le donneur.

Centre éthique clinique, Éthiques regards croisés, APHP, 8 octobre 2004, 78 pages. Versions en français et en anglais.

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