

Articles

Refus de traitement et autonomie de la personne

Il est difficile d'appréhender la signification exacte d'un refus de traitement par un malade : s'agit-il d'un choix éclairé, conscient des conséquences, même si celles-ci sont d'une gravité particulière, ou s'agit-il d'un manque de compréhension des enjeux réels ? Après avoir décrit quelques exemples de refus de traitement par le malade (refus de perfusion, de nourriture, en fin de vie, etc.), par le médecin (refus d'un traitement inefficace ou dangereux...) ou par un tiers, les coauteurs de cette étude abordent les aspects juridiques du droit au respect de la volonté du patient et ses limites, et les questions éthiques qui en découlent. Ils soulignent que le refus exprimé à l'occasion de telle ou telle proposition thérapeutique oblige à « une réflexion éthique qui tienne compte du respect de la dignité du malade mais aussi celle du médecin dans sa finalité professionnelle, c'est-à-dire dans sa fidélité aux valeurs qui fondent la médecine... Un refus de traitement ne devant pas être compris comme un refus de soins, même si un refus de soins doit pouvoir être lui aussi envisagé dans sa réalité ».

Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n° 44, octobre 2005.

Les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été saisi en novembre 2004 par Claire Brisset, Défenseure des enfants, des problèmes posés par le recours aux techniques radiologiques et à l'examen pubertaire en vue d'estimer l'âge d'un enfant ou d'un adolescent au plan juridique. Cette estimation est nécessaire car le droit définit les statuts de mineur (moins de 10, 13, 15 et 18 ans) pour en tirer des conséquences juridiques adaptées à l'âge : la détermination de l'âge de mineurs étrangers peut s'avérer indispensable pour définir les droits et protections dont ils peuvent et doivent bénéficier ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent ou non faire l'objet de rétention ou de garde à vue si un soupçon pèse sur eux (le problème se pose souvent en urgence lorsque les enfants ne peuvent présenter des documents d'identité fiables). Cette délégation à la médecine du soin de fixer un âge biologique qui tiendrait lieu d'âge réel présente divers dangers pour les auteurs de cet article. En effet, en l'état actuel des connaissances et des techniques, seuls les paramètres de la radiographie et de l'examen des signes de puberté sont trop rudimentaires pour résoudre une situation complexe : risque d'erreurs des méthodes d'évaluation de l'âge en Europe à l'égard d'enfants non caucasiens dont le développement osseux peut être tout à fait hétérogène. Risque d'erreurs au sein même de la population dite caucasienne, dont depuis 50 ans, le développement osseux présente une grande hétérogénéité due à des facteurs variés (nutritionnels et environnementaux). Par ailleurs, au-delà des problèmes éthiques soulevés par la validité scientifique des méthodes d'évaluation, il importe de veiller à ce que les conditions d'examen soient les moins traumatisantes possibles pour les mineurs et que des informations soient adaptées à chaque situation. Les auteurs rappellent que le corps médical a une fonction de soignant avant celle d'expert, sa démarche étant avant tout de protéger et d'écouter (la prise en charge psychosociale s'avère nécessaire dans ce contexte). En conclusion, la CCNE suggère que l'emploi des techniques médicales soit relativisé de façon telle que le statut de mineur ne puisse en dépendre exclusivement.

Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n° 45, novembre 2005.

L'impact de REACH sur la législation européenne concernant la protection des travailleurs face au risque chimique

En octobre 2003, la Commission européenne a adopté une proposition visant à instaurer une réforme de la législation européenne sur les substances chimiques. En effet, l'indus-

trie européenne représente 31 % de la chimie mondiale et se trouve au cœur de la stratégie communautaire du développement durable. Le 17 novembre 2005, le nouveau programme, «enregistrement, évaluation et autorisation de substances chimiques», appelé REACH, a été adopté par le Parlement européen. L'objectif de ce programme est d'améliorer la santé et la sécurité des travailleurs exposés aux substances chimiques et de réduire, à l'avenir, les risques de maladies professionnelles liées aux substances dangereuses, tout en maintenant un niveau d'exploitation élevé... En ce qui concerne l'environnement, son objectif est d'améliorer la maîtrise des substances chimiques, de protéger la biodiversité et d'éviter la contamination chimique. Les 11 et 12 mars derniers, une conférence sur REACH organisée par la Confédération européenne des syndicats (CES) a permis de rassembler différentes analyses sur le projet. Cette analyse fait le point sur les apports de REACH dans la législation européenne concernant la protection des travailleurs face au risque chimique.

Bulletin d'information du département santé-sécurité de l'Etui-Rehs (Institut syndical européen pour la recherche, la formation et la santé-sécurité), n° 28, octobre 2005.

Le sida en prison

La *Santé de l'homme* a consacré un dossier à la prévention du sida et aux multiples défis à relever pour faire face à cette maladie qui touche particulièrement certaines populations. Deux articles du dossier témoignent de la difficulté que rencontrent les personnes détenues en prison pour accéder aux moyens de prévention et d'éducation pour la santé. Divers témoignages de détenus illustrent ce besoin d'information qui leur permettrait de mieux se protéger contre de nombreuses pathologies dont l'infection à VIH et les hépatites, sur-représentées en milieu carcéral.

Inpes, la Santé de l'homme, septembre- octobre 2005, n° 379.

Études

Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction à la concurrence

L'introduction des mécanismes concurrentiels au sein des systèmes de santé est l'une des orientations suivies par les réformes en Europe, depuis la mise en place de la réforme Thatcher en Grande Bretagne et le projet Dekker aux Pays-Bas à la fin des années 1980. L'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse, trois pays à dominante bismarckienne (en théorie, dans les systèmes dits bismarckiens, la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations), ont choisi d'axer leurs dernières réformes sur la notion de concurrence : concurrence entre les caisses d'assurance maladie ou concurrence entre les offreurs de soins. Dans les trois pays, l'introduction à la concurrence reste toutefois organisée, encadrée et contrôlée par une série de garde-fous. Un panier de soins et de services défini au niveau national, est obligatoirement couvert par les assurances. Cependant, cette introduction de la concurrence s'inscrit dans des systèmes de santé aux caractéristiques assez différentes et implique à terme des évolutions de fonctionnement, des réorganisations structurelles et des changements dans le rôle des divers acteurs. Cette étude porte plus particulièrement sur la concurrence en tant qu'orientation clé des dernières réformes engagées dans ces trois pays et après la description de leurs systèmes de santé, elle analyse pour chacun d'eux les modalités de concurrence mises en œuvre entre les assureurs maladie, et les tentatives de promotion d'une gestion concurrentielle des systèmes de soins.

Drees, Études et Résultats, n° 445, novembre 2005, 12 pages.

Dossiers

Les ASH ont 50 ans : entre rétrospective et prospective, les politiques sociales d'hier à demain...

À l'occasion de son 50^e anniversaire, la revue *Actualités sociales* hebdomadaires brosse dans un numéro spécial, décennie par décennie, le portrait social de la France depuis 1955, complété par des textes législatifs et réglementaires qui se sont succédé. Ce dossier aborde

les mutations économiques et sociales qui, pendant cette période, ont été liées aussi bien aux problèmes du logement, des minima sociaux, des enjeux du vieillissement, du statut des personnes handicapées, des familles, du contrôle parental, de la protection de l'enfance, de l'éducation, de la justice des mineurs que des phénomènes migratoires... Cet anniversaire est aussi l'occasion de mesurer les progrès accomplis dans le domaine de la protection sociale et d'explorer des pistes pour les politiques sociales de demain. Des interviews de personnalités spécialisées dans ce domaine complètent ce dossier.

ASH magazine, novembre-décembre 2005, n° 12, supplément aux Actualités sociales hebdomadaires,

n° 2432 du 2 décembre 2005.

La responsabilité des professionnels de l'action sociale

Il y a une quinzaine d'années, nul n'évoquait la responsabilité comme une problématique importante pour les professionnels de l'action sociale. Actuellement, le nombre d'affaires et l'attention qui leur est portée est sans aucune mesure et cette évolution est liée à celle de l'ensemble des activités et des pratiques professionnelles, des médecins et des élus locaux par exemple. Ainsi les questions particulières posées par le secteur social ont entraîné une évolution générale du droit et une incidence sur le travail des professionnels. Pour comprendre les évolutions du droit, la revue Actualités sociales hebdomadaires analyse distinctement les branches du droit de la responsabilité : la responsabilité civile et administrative et la responsabilité pénale dont les finalités sont très différentes. Elle analyse également la responsabilité des bénévoles des établissements sociaux et médico-sociaux et la responsabilité des dirigeants d'institutions sociales et médico-sociales : en effet, on estime actuellement à 11 millions le nombre de bénévoles en France et à 115 000 le nombre d'associations œuvrant dans le secteur sanitaire et social...

Actualités sociales hebdomadaires, supplément au n° 2433 des ASH du 9 décembre 2005, 73 pages.

Rapports

Violence et santé : travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé du 9 août 2004

Partant d'une définition de l'impact de la violence sur la santé proposée par l'OMS, des recommandations du HCSP et du plan stratégique national de lutte pour l'impact de la violence sur la santé, prévu par la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, le rapport du Comité d'orientation « Violence et santé », remis en octobre dernier au ministre de la Santé et des solidarités, s'appuie sur les travaux de 6 commissions thématiques pour mettre en évidence la nécessité de développer la recherche pluridisciplinaire dans ce domaine.

Le problème de l'impact de la violence sur la santé ne peut être uniquement appréhendé du point de vue de la médecine. Il implique l'apport d'autres champs de connaissances dans des domaines jusqu'alors inexplorés, comme celui de la violence en relation avec le genre (différences des rôles entre hommes et femmes) ou bien de la violence institutionnelle d'origine organisationnelle. L'analyse et la confrontation de l'ensemble des données, malgré leur caractère hétérogène, ont permis aux 6 commissions de dégager un certain nombre de constats à partir desquels des recommandations sont formulées : développer la connaissance scientifique jugée insuffisante (le rapport fait un plaidoyer pour le développement de la recherche pluridisciplinaire : étude du rôle de l'environnement familial précoce, étude des relations entre médias et violence...), améliorer la sensibilisation, l'information, la formation de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social et du grand public, renforcer les dispositifs de prévention et de prise en charge existants et évaluer systématiquement les actions qui seront engagées et menées dans le Plan « Violence et santé ».

Le rapport ainsi que les annexes sont disponibles sur le site : www.sante.gouv.fr Sous la présidence du D^r Anne Tursz,

rapport général « Violence et santé » suivi des annexes, mai 2005, 124 pages et 234 pages.

Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique

Ce rapport est issu d'un séminaire de recherche-action DIV-ONSMP-ORSPERE (2003-2004) sur le thème « les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale ».

Dans le contexte de la lutte contre les exclusions, via la politique de la ville, il rend compte de l'importance (depuis les transferts de responsabilité de l'État aux élus locaux et régionaux avec les lois de décentralisation) du rôle accru des élus locaux dans leurs interventions publiques et dans la définition de choix politiques. Suite à l'intersection des dispositifs sanitaires, sociaux et sécuritaires de proximité, les maires sont de plus en plus souvent amenés à intervenir dans le domaine de la santé mentale et leur participation à la gestion des situations de crise psychique (qu'elles relèvent de l'ordre psychiatrique ou d'une détresse de nature psychosociale), semble croissante. Les problèmes de santé mentale recouvrent en effet des formes extrêmement variées : détresse psychosociale, urgences en termes de maladie mentale... Ce rapport vise à clarifier la place des élus locaux face à la souffrance psychosociale des plus démunis, dont certaines formes restent bénignes tandis que d'autres deviennent invalidantes.

Délégation interministérielle à la ville, Études et recherches, novembre 2005, 94 pages.

Technologies urbaines, vieillissements et handicaps

Cet ouvrage cherche à identifier et à comprendre les répercussions de l'introduction des nouvelles technologies et des objets techniques dans les univers de la ville et des habitations. Ces nouveaux modes d'organisation peuvent néanmoins bouleverser les capacités d'adaptation des publics les plus fragiles, dont certains refusent le concept même, alors qu'ils sont réalisés dans le but de leur faciliter la vie. Il semble que l'acceptation des technologies proposées aux personnes âgées, aux malades à domicile ou aux personnes handicapées, soit liée à des conditions favorables d'explication (temps et aide d'un proche s'assurant du fonctionnement du nouvel appareil) et associée à une signification d'usage positive. Les auteurs montrent ainsi, à l'aide d'exemples, comment certaines réalisations techniques visant l'accessibilité ou l'adaptabilité à certaines formes de handicaps, ont tout de suite été adoptées alors que d'autres ont été délaissées. Ces résultats mettent en évidence que les technologies destinées aussi bien au milieu urbain (aménagement des services urbains, accessibilité aux voiries, à la billettique, aux transports,...) qu'à l'habitat (aménagement du domicile, téléalarme, télévision...) pour améliorer la vie quotidienne, plaident pour une approche plus complexe et plus nuancée de l'utilisateur final. En effet, la présence des technologies peut relayer, soutenir, voire étendre les activités de soutien des acteurs d'aide aux soins mais ne saurait complètement les remplacer.

ENSP, Recherche santé social, octobre 2005, 219 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