

Textes officiels

Lutte contre les bruits du voisinage

Un décret en date du 31 août 2006 relatif à la lutte contre les bruits du voisinage et modifiant le code de la santé publique précise le niveau de décibels à ne pas dépasser dans les pièces principales d'un logement d'habitation ainsi que sur les lieux d'un chantier de travaux publics ou privés. Une amende peut le sanctionner pour non-respect de la tranquillité du voisinage ou de la santé de l'homme dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

Décret n° 2006-1099 du 31 août 2006, JO du 1^{er} septembre 2006.

Actualités en ligne

La lutte contre les principales maladies en Europe : l'action menée par les pays

Il est possible d'améliorer la santé des populations européennes dont la majeure partie de la charge de morbidité est due aux maladies non transmissibles (les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, l'obésité entraînant des problèmes de poids, les problèmes de santé mentale, les maladies respiratoires chroniques et les troubles musculo-squelettiques...). Il y a des possibilités d'intervention face à ces maladies, qui ont en commun certains facteurs de risque et qui peuvent être prévenues par une stratégie européenne globale, même si ces maladies varient d'un pays à l'autre. Cette stratégie, examinée lors de la 56^e session du Comité régional de l'OMS (11 au 14 septembre 2006), fait déjà l'objet d'actions dans plusieurs pays : au Danemark, il est prévu de réorienter les services de santé vers les affections chroniques, qui touchent actuellement 40 % de la population danoise. Par ailleurs, des objectifs globaux sont promus, visant à accroître l'espérance de vie en améliorant la qualité de vie. En Italie, un centre de prévention des maladies a été créé en 2004 : en effet, plus de 80 % des décès sont dus à des maladies non transmissibles (les maladies cardiovasculaires et le cancer représentent respectivement 42 % et 28 % des décès). Aussi en 2005, l'Italie a élaboré un plan de prévention axé sur ces maladies dans le cadre d'un accord entre l'État et les régions. En Lituanie, la lutte contre les maladies non transmissibles fait désormais partie intégrante de la stratégie de réforme complète du système de santé. Aux Pays-Bas, une grande proportion des maladies chroniques sont imputables à des mauvaises habitudes de vie et coûtent annuellement plus de 15 milliards d'euros à la société : de ce fait, les pouvoirs publics ont investi dans la prévention en particulier du tabagisme, de l'obésité et du diabète. En 2003, la Suède a adopté une loi dont l'objectif est d'intégrer pleinement la santé publique dans la politique sociale afin de réduire les inégalités sociales et améliorer la santé. En Angleterre, la population est plus souvent atteinte de maladies chroniques que de pathologies aiguës. La stratégie générale de santé publique repose sur une plus grande participation des patients, qui doivent acquérir de nouvelles compétences et mieux prendre en charge leur maladie.

OMS/Europe-Danemark, OMS/Europe-Italie, OMS/Europe-Lituanie,

OMS/Europe-Pays-Bas, OMS/Europe-Suède, OMS/Europe-Angleterre.

www.who.dk

Articles

Refus de soins : un droit limité des patients et des médecins aux implications pratiques complexes

Les patients se sont vus progressivement reconnaître le droit d'être associés aux décisions concernant leur santé. Le droit pour le patient de refuser un acte thérapeutique (en fin de vie comme au cours de celle-ci) est le corollaire de la liberté de l'accepter. Dans ce cas, le médecin doit respecter la volonté du patient tout en l'informant des conséquences de son refus et lui demander de signer une attestation (preuve de son refus), en cas de danger pour sa santé. En effet, l'application absolue de la liberté du patient n'est pas sans risque, car un médecin, de par sa formation, doit soigner et sauver la vie d'un malade, et lors d'un décès, peut être poursuivi pour non-assistance à personne en danger. Cet article rappelle ainsi les recommandations du Comité consultatif national d'éthique, qui complètent l'approche juridique lors de refus de soins par un malade. Par ailleurs, les médecins ont le droit, voire le devoir, de venir en aide à des patients, mais aussi de refuser certains traitements demandés par ceux-ci, lorsqu'ils estiment qu'ils ne sont pas appropriés et qu'ils peuvent présenter des dangers inutiles.

Prescrire, n° 275, septembre 2006.

Boulimie : les traitements symptomatiques sont peu efficaces

La boulimie n'est pas une maladie mais un symptôme dont les caractéristiques relèvent d'un trouble du comportement alimentaire, caractérisé par l'ingestion rapide et sans faim de nourriture importante, avec les conséquences que cela peut avoir : écœurement et vomissements, qui répétés, peuvent entraîner des complications physiques plus graves. La boulimie, dont on ne connaît pas la cause, débute à la fin de l'adolescence, et touche surtout les filles. Cet article rappelle les principaux traitements pour lutter contre ce trouble du comportement : la psychothérapie cognitive et comportementale (mais risques de troubles de la personnalité), certains antidépresseurs (mais risques de dépendance). Cependant, la psychothérapie cognitive et comportementale semble être le seul traitement symptomatique dont la balance bénéfices-risques apparaît favorable à long terme.

Prescrire, n° 275, septembre 2006.

Les femmes migrantes et leur rôle dans l'économie de leurs pays d'origine et d'accueil

Dans un article consacré à l'impact du travail des femmes migrantes, *Le Quotidien du Médecin* résume le rapport 2006 du Fonds des Nations unies pour la population (Unfpa), intitulé « Vers l'espoir ». Ce rapport révèle que le phénomène migratoire s'est intensifié au cours des deux derniers siècles, touchant 191 millions de personnes en 2005, dont 95 millions de femmes, qui ont surtout migré vers les pays développés. Il analyse l'impact du travail des femmes migrantes sur les pays (tant d'origine que de destination), le rôle important qu'elles jouent dans l'économie de ces pays et dans la réduction de la pauvreté de leur pays d'origine par l'envoi d'une proportion élevée de leurs gains pour les soins de santé et l'éducation de leur famille. Cependant, l'exode des cerveaux devient une problématique de la migration internationale : le départ massif du personnel médical (infirmières, sages-femmes et médecins) a un effet désastreux sur les pays où les systèmes de santé sont déjà fragilisés. Par ailleurs, le rapport insiste sur les aspects tragiques de la migration : l'exploitation des employés de maison accompagnée parfois de violences physiques, la traite d'humains (évaluée à 2,4 millions, dont 80 % de femmes). Aussi, pour la première fois, l'Unfpa a ajouté un supplément à son rapport, intitulé « des jeunes en mouvement », illustrant des expériences vécues par de jeunes migrants.

Le Quotidien du médecin, n° 8003 du 7 septembre 2006.

Études

Paludisme d'importation en France métropolitaine : données épidémiologiques 2001-2004

Le paludisme demeure une priorité sanitaire mondiale : plus de 2 millions de personnes en meurent chaque année. L'accroissement considérable de la circulation des personnes en fait une priorité en terme de surveillance. La France est le pays qui, en Europe, recense le plus de cas de paludisme d'importation (de 6 500 à 7 000 par an sur les quatre dernières années), alors qu'on en recense beaucoup moins au Royaume-Uni (1 800 à 2 500), en Allemagne (900), en Italie (850), en Espagne, aux Pays-Bas et en Suisse (environ 300 pour chacun de ces pays). Les États-Unis ne déclarent qu'environ 1 500 cas annuels. En France, les patients présentant des symptômes de paludisme sévère sont surtout jeunes, de sexe masculin, originaires ou ayant visité un pays endémique (Afrique, Guyane française, Comores). La surveillance du paludisme ainsi que la pédagogie de prévention auprès des catégories de voyageurs les plus touchés constituent donc un impératif d'autant que la résistance du parasite aux antipaludiques ne fait qu'accroître les risques de formes graves ou mortelles.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 32, 29 août 2006.

L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2006

L'amélioration de l'information en matière de santé semble largement reconnue par la population française, qui souligne toutefois que les médias ont tendance à exagérer les problèmes de santé publique. On observe chez les Français une plus forte sensibilité à la problématique des dépenses de santé. Pour réduire le déficit de l'assurance maladie, une large majorité d'entre eux préconisent des mesures de maîtrise des comportements, tant de la part des patients que des médecins, plutôt que l'augmentation des cotisations. De même, le principal bénéfice attendu de l'instauration du médecin traitant est ressenti plutôt comme une amélioration de la qualité des soins et du suivi médical qu'une réduction des dépenses. Concernant la consommation des médicaments, les Français estiment préférable de diminuer les prescriptions de médicaments que d'en réduire le remboursement.

Drees, Études et résultats, n° 516, septembre 2006.

Dossier

Éducation pour la santé outre-mer

La revue *Cap-Prévention* consacre un numéro à la prévention menée par les caisses de sécurité sociale dans les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique, Guyane), de Mayotte, de la Réunion et de Saint-Pierre-et-Miquelon. En effet, l'éducation pour la santé constitue l'un des maillons essentiels de la politique de santé publique des caisses d'outre-mer. Les actions mises en place correspondent aux thèmes abordés généralement en métropole et touchent les consommations (alcool, tabac, nutrition et surcharge pondérale...), les dépistages (cancers, sida...), la prévention des risques domestiques, les comportements d'hygiène... Ce numéro présente la caisse de prévoyance sociale de chaque département d'outre-mer, son organisation, ses programmes locaux, ses objectifs de formation ainsi que l'évaluation de ses actions...

CAP Prévention, n° 22, juillet 2006, 30 pages.

Rapport

Prévenir les infections nosocomiales par l'amélioration de l'hygiène et de la qualité des soins à l'hôpital

En France, il semblerait que 6 % à 7 % des hospitalisations soient compliquées par une infection nosocomiale, soit environ 750 000 cas sur les 15 millions d'hospitalisations annuelles.

Ces infections nosocomiales, qui placent la France dans la moyenne européenne, peuvent être dues à une bactérie endogène du patient, qui s'infecte par ses propres micro-organismes (la gravité de l'infection peut être exacerbée par l'utilisation d'antibiotiques). Elles peuvent aussi être dues à une bactérie exogène présente dans l'établissement de santé ou à un virus, dont les infections, souvent bénignes, surviennent hors de tout acte médical. Outre les quelque 4 000 décès annuels, les infections nosocomiales sont la cause de séquelles souvent importantes, notamment au niveau fonctionnel. Elles entraînent par ailleurs un surcoût financier estimé entre 2,4 et 6 milliards d'euros, qui doit prendre en compte, de plus en plus, celui de l'indemnisation du dommage. Aussi, pour lutter contre ces infections (après avoir rappelé les premiers succès de la politique de prévention dans ce domaine), l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) propose dans son rapport plusieurs recommandations : le renforcement des politiques de bon usage des antibiotiques ainsi que le renforcement de l'application des recommandations en matière d'hygiène dans les établissements de santé et des mesures de prévention, la création d'un statut d'infirmière hygiéniste, la reconnaissance plus officielle du rôle et des responsabilités des médecins hygiénistes à l'hôpital, la mise en place des unités de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires, la constitution d'un registre des patients porteurs de prothèses orthopédiques, la promotion de la recherche sur l'origine des infections, l'évolution du dispositif juridique, la diffusion publique des tableaux de bord par établissement, la mise en place d'une structure hospitalière transversale dédiée à la sécurité des patients et la gestion de tous les risques. L'Opeps souhaiterait que les pistes de réflexion proposées dans ce rapport soient prises en compte dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, rapport Sénat n° 421, Assemblée Nationale n° 3188, juin 2006. 116 pages et 142 pages d'annexes.

Annuaire

Établissements d'hébergement accueillant à l'entrée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Cet annuaire national présente pour l'année 2006 les coordonnées de 6 133 établissements, publics ou privés, proposant l'hébergement temporaire ou permanent de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Cet annuaire est complété par une rubrique sur l'accueil familial (forme alternative d'hébergement entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif), qui permet à des particuliers de prendre en charge, à titre onéreux des personnes âgées ou handicapées. Les adresses des services des Conseils généraux départementaux gérant ces dispositifs sont rassemblées dans cette rubrique.

Fondation Médéric Alzheimer, annuaire 2006, septembre 2006, 792 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