

Textes officiels

Procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien

Un décret en date du 30 octobre 2006 rappelle les conditions dans lesquelles sont réalisées les épreuves de vérification des connaissances pour chacune des professions médicales ainsi que la composition de la commission d'autorisation d'exercice. Les conditions de classement des candidats sont également abordées dans ce texte ainsi que le rôle tenu par le Conseil supérieur de la pharmacie dans l'examen de la situation de chacun des candidats dans cette dernière discipline.

Décret n° 2006-1323 du 30 octobre 2006, JO du 31 octobre 2006.

Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap

Placé auprès du ministre chargé des personnes handicapées, l'Observatoire, à côté des missions qui lui sont assignées dans les domaines de la formation et de la recherche, vise à identifier et à analyser les actions de prévention particulièrement innovantes dans l'amélioration de la qualité de vie. Il évalue également la manière dont les personnes handicapées sont prises en compte en tant que bénéficiaires des politiques de santé publique.

Décret n° 2006-1331 du 3 novembre 2006, JO du 3 novembre 2006.

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens porte sur l'ensemble de l'activité de l'établissement de santé, du groupement de coopération sanitaire ou de tout autre titulaire de l'autorisation délivrée par l'agence régionale de l'hospitalisation. Un décret en date du 2 novembre 2006 décrit toutes les mesures liées à ce contrat : les orientations stratégiques, les missions, les modalités de participation du titulaire de l'autorisation aux programmes de santé publique et de prévention, les conditions d'accès aux soins et de continuité des soins, la gestion des risques, etc. ainsi que la non-réalisation des objectifs pouvant entraîner des pénalités, comme la suspension ou la résiliation du contrat...

Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006, JO du 3 novembre 2006.

Comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Deux arrêtés en date du 4 octobre 2006 relatifs aux comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) précisent les zones géographiques où ils sont créés ainsi que les modalités de leur composition (nombre de membres, durée des mandats...).

Arrêtés du 4 octobre 2006, JO du 3 novembre 2006.

Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique

Un décret en date du 7 novembre 2006 rappelle que dans chaque centre hospitalier et universitaire, un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique veille à la coordination des activités de recherche exercées par les établissements et organismes qui le composent ou qui lui sont associés. Ce comité, composé de 12 membres qualifiés dans le domaine de la recherche, établit un rapport annuel.

Décret n° 2006-1355 du 7 novembre 2006, modifiant le code de la santé publique. JO du 9 novembre 2006.

Permanence des soins dans certains établissements de santé privés

Un décret en date du 7 novembre 2006 précise que la direction médicale de santé pour maladies mentales, de même que les soins donnés aux malades souffrant de ces maladies, ne peut être exercée que par un médecin qualifié en psychiatrie. Enfin, un psychiatre doit se trouver en permanence sur les lieux. Toutefois, afin d'assurer la permanence effective des soins, l'établissement peut mettre en place, en lieu et place de la présence sur place d'un psychiatre, par dérogation et en dehors des heures ouvrables, une astreinte psychiatrique et organiser la prise en charge médicale des pathologies somatiques. Le délai d'arrivée du médecin sur le site est alors subordonné à l'impératif de sécurité.

Décret n° 2006-1356 du 7 novembre 2006 JO du 9 novembre 2006.

Articles

Publicité grand public pour les médicaments de prescription : abus et confusion

Ces dix dernières années, la publicité pharmaceutique destinée au grand public a connu un développement sans précédent aux États-Unis. Alors que la publicité concernant les médicaments de prescription est de plus en plus remise en cause aux États-Unis ainsi qu'en Nouvelle-Zélande, les firmes pharmaceutiques réclament d'avoir le droit de faire de la publicité en Europe. Face à cet assaut, la Commission européenne a été chargée de formuler des propositions définissant une stratégie d'information sur les médicaments et en 2005, elle a chargé un groupe de travail intitulé « information des patients » de faire des suggestions en matière de « partenariats public-privé pour l'information des patients ». D'ores et déjà, il apparaît nécessaire que les professionnels de santé et les patients restent vigilants face au développement de cette publicité grand public qui, sous couvert d'information sur les pathologies, peut présenter des conséquences néfastes en terme de santé publique, comme certaines enquêtes réalisées aux États-Unis l'ont démontré depuis.

Revue Prescrire, n° 277, novembre 2006.

Plan national maladies rares 2005-2008

Un plan national concernant les maladies rares a été mis en œuvre sur la période 2005-2008 pour développer la connaissance épidémiologique et l'identification de ces maladies (dites rares, si moins d'une personne sur 2000 est atteinte de l'une d'elles) et soigner les quelque 3 millions de personnes qui en souffrent en France. Après avoir souligné les enjeux importants de santé publique liés aux maladies rares, l'auteur de cet article décrit chacun des dix axes majeurs du plan national, notamment celui qui prévoit la mise en place de centres de référence, « têtes de pont » d'une filière de soins spécialisés dans la prise en charge de ces maladies.

Le plan stratégique est disponible sur : www.sante.gouv.fr

Haut Comité de la santé publique, Actualité et dossier en santé publique, n° 56, septembre 2006.

Médicaments pour des maladies rares : bilan contrasté en Europe

Il y a entre 6 000 et 7 000 maladies rares dans le monde. En 2000, l'Union européenne a sorti un règlement destiné à favoriser la mise sur le marché de médicaments, appelés médicaments orphelins, destinés à soigner ces maladies. Après l'autorisation de mise sur le marché (AMM), les firmes pharmaceutiques qui produisent ce genre de médicaments bénéficient d'aides diverses et pendant 10 ans, en ont l'exclusivité de commercialisation. Cet article, sous forme d'enquête, révèle la complexité du problème de la reconnaissance de ces maladies en tant que maladies rares, de l'évaluation clinique des médicaments orphelins au regard du faible nombre de patients identifiés, de l'accès à ces médicaments selon les pays de l'Union européenne et leur coût élevé. Un tableau représentant plus d'une vingtaine de médicaments munis d'une AMM européenne (entre avril 2000 et avril 2005) et ayant le statut de médicament orphelin, complète ce dossier.

Revue Prescrire, n° 277, novembre 2006.

Études

Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France

Les traumatismes, et en particulier les accidents de la vie courante en France, surviennent en grand nombre (environ 11 millions par an, dont 4,5 millions avec recours aux urgences). La classification internationale des maladies (CIM) a pour but de proposer des classifications rigoureuses, stables dans le temps et l'espace, permettant l'interprétation et la compréhension des données de morbidité et de mortalité recueillies dans les différents pays de l'Union européenne. Les objectifs de la présente étude du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* sont de fournir une liste de codes de la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) depuis 2000, qui fait suite à la neuvième révision (CIM-9) utilisée en France jusqu'en 1999. Un tableau permet de suivre le changement de définition et les correspondances entre la CIM-9 et la CIM-10 en présentant et en expliquant les variations 1999/2000 pour chaque catégorie de traumatismes : traumatismes non intentionnels, accidents de transport, accidents de la vie courante, autres accidents, suicides, homicides, traumatismes d'intention indéterminée, accidents et complications d'actes ou de traitements médicaux et chirurgicaux...

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 42, octobre 2006.

L'intention d'abandon du métier infirmier

L'analyse réalisée par la revue *Soins Cadres* repose sur l'échantillon français de l'étude réalisée en 2002 par Presst-Next ainsi que sur l'échantillon supplémentaire de l'AP-HP. Cette étude porte sur 3689 infirmiers français, dont 392 ont acquis un diplôme de spécialisation. Il ressort des analyses qui ont été approfondies dans le domaine du travail des infirmiers, que l'intention d'abandon de la profession était surtout ressentie parmi les infirmiers ayant une forte ancienneté et plus encore parmi les nouveaux diplômés. Deux facteurs sont à l'origine de ce phénomène : la perception d'une insuffisance de travail d'équipe et le « burnout », c'est-à-dire l'épuisement professionnel et moral dû à un manque d'opportunités de promotion, à une faible latitude de décision et à une certaine inquiétude concernant la sécurité et la qualité des soins. En effet, le contexte organisationnel à l'hôpital est primordial et la communication est indispensable pour empêcher que des erreurs soient commises au détriment des malades : l'identification des problèmes, la stabilité des équipes travaillant ensemble régulièrement, le partage de la répartition des tâches entre médecins et infirmiers, la gestion du temps sont ressentis comme autant de motivations pour les infirmiers que de déterminants pour la qualité des soins.

Soins Cadres, la revue de l'encadrement et de la formation, numéro hors-série, octobre 2006.

Dossier

Les personnes âgées en situation de dépendance

Grâce aux progrès de la médecine et à une meilleure hygiène de vie, la durée de vie de la population française a beaucoup augmenté ces dernières décennies. Il n'en reste pas moins que de nombreuses personnes arrivant à un âge avancé deviennent fragiles et pour certaines dépendantes et qu'elles ont alors besoin de soutiens divers. Après avoir dressé un état des lieux démographique et économique permettant de prendre la mesure du vieillissement de la population et de ses conséquences, ce dossier propose une approche plus individuelle de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, en s'interrogeant sur leur participation à la vie de société et à l'autonomie réelle dont elles peuvent disposer dans un environnement qui devient toujours plus restreint car nécessitant de plus en plus de soins.

Haut Comité de la santé publique, Actualité et dossier en santé publique, n° 56, septembre 2006.

Ouvrages

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe

Dans les pays de l'OCDE, face à une demande et une offre de soins dont la croissance grandit plus vite que les ressources publiques affectées au système de santé (les dépenses de santé représentent en moyenne près de 9 % de leur produit intérieur brut), il existe trois types de stratégies possibles : accroître les ressources (augmentation des prélèvements obligatoires), limiter les dépenses (rationnement des soins ou diminution de la prise en charge), améliorer le fonctionnement du système pour dépenser mieux. Cette dernière stratégie semble remporter les suffrages de l'ensemble des pays européens. Il s'agit de mettre en œuvre des réformes visant à une régulation des systèmes, tout en améliorant l'accès à des soins de qualité à un coût supportable à la fois pour les individus et pour la société. Le défi est complexe pour les pays concernés : il s'inscrit dans le contexte d'une compétitivité économique mondiale accrue, d'une concurrence des pays, à faible niveau de salaires, nouvellement arrivés dans l'Union européenne et face à une opinion publique toujours plus exigeante en matière de protection sociale. Après une première partie consacrée à la recherche d'une régulation des systèmes de santé et aux objectifs d'efficience, ce dossier fait apparaître dans la seconde partie des différences dans la mise en œuvre des réformes selon que les pays européens possèdent un système d'assurance maladie (Allemagne, Pays-Bas, Suisse) ou possèdent un système national de santé (Royaume-Uni, Italie, Portugal). Un article sur la réforme de la politique de santé en Europe vue par un chercheur américain complète ce dossier.

Revue française des Affaires sociales, n° 2-3, avril-septembre 2006, 376 pages.

Médecins de santé publique

« Quel est le rôle des médecins de santé publique ? Partout, à tous les niveaux : pour analyser les problèmes, et pour rechercher les solutions ». Maurice Tubiana souligne ainsi dans la préface de cet ouvrage, le contexte extrêmement varié (sanitaire, social, politique, économique) dans lequel agissent les praticiens de santé publique. La notion de politique de santé publique est lointaine si on se réfère dans l'histoire aux mesures collectives à visée sanitaire prises dès l'Antiquité pour protéger l'ensemble de la population, avant de devenir récemment une discipline universitaire à part entière. Ces dernières années, l'essor de l'épidémiologie a contribué au développement de la santé publique. En effet, le double statut à la fois universitaire et hospitalier de celle-ci, a favorisé son intégration dans le système de soins hospitaliers par le biais de la recherche clinique, de l'évaluation, de la surveillance épidémiologique ou de l'information médicale. La première partie de cet ouvrage retrace, depuis la fin du XIX^e siècle, les aspects historiques et philosophiques du parcours, proche de la politique sociale d'hygiène publique, de la médecine en santé publique. Dans la seconde partie sont abordés, à partir d'une soixantaine de témoignages, les pratiques professionnelles multiples et diverses des médecins de santé publique et leur rôle, aujourd'hui et demain, dans la politique de la sécurité sanitaire, de la prévention, du développement des soins palliatifs, de l'environnement... non seulement au niveau national mais aussi international.

Sous la direction de Pierre-Henri Bréchat, Emmanuelle Salines, Christophe Segouin, éditions de l'ENSP, septembre 2006, 460 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