

Textes officiels

Protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants et modifiant le code du travail (dispositions réglementaires)

Un décret en date du 5 novembre 2007 indique toutes les modifications apportées au Code du travail concernant la protection des travailleurs susceptibles d'être exposés aux dangers de rayonnements ionisants sur les lieux de travail. Ce décret a été pris après avis du Haut Conseil de la santé publique.

Décret n° 2007-1570 du 5 novembre 2007.

Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées

Un décret en date du 6 novembre 2007 modifie l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles en établissant un guide-barème, qui a pour objet de permettre la détermination d'un taux d'incapacité, pour l'application de la législation applicable en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap. La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre trois dimensions : déficience, incapacité, désavantage. Le guide-barème comprend huit chapitres, correspondant chacun à un type de déficiences : déficiences intellectuelles et difficultés de comportement, déficiences du psychisme, déficiences de l'audition, déficiences du langage et de la parole, déficiences de la vision, déficiences viscérales et générales (fonctions cardio-respiratoires, fonctions de digestion, fonction hépatique, fonctions rénales et urinaires...), déficiences de l'appareil locomoteur, déficiences esthétiques. Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis mais il indique les fourchettes de taux d'incapacité, identifiant suivant les chapitres, trois à cinq degrés de sévérité.

Décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007, JO du 8 novembre 2007.

Articles

Région Ile-de-France : un exemple de politique régionale de santé publique

Arrêté le 10 mai 2006 par le Préfet de région, après avis de la conférence régionale de santé, le Plan régional de santé publique d'Ile-de-France a permis de mieux coordonner les objectifs et de concentrer les moyens au sein d'un guichet unique. Ce plan, mis en œuvre par le GRSP, a pour but de développer dans les cinq années à venir une prévention des situations et des comportements à risques plus cohérente et mieux organisée... Il présente 5 axes prioritaires : lutter contre le cancer (par des dépistages), accompagner les phases de fragilisation au cours de parcours de vie, promouvoir les comportements favorables à la santé, promouvoir la santé des personnes vulnérables, réduire les risques pour la santé liés aux facteurs environnementaux. L'article décline quelques exemples d'objectifs spécifiques : garantir une bonne couverture vaccinale, prendre en compte la souffrance psychique, améliorer la prévention du suicide, repérer les usages à risque dans le domaine des addictions, diminuer les nouvelles contaminations par le VIH, prévenir l'obésité infantile, prévenir la dénutrition chez la personne âgée...

La lettre de l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France, n° 39, octobre 2007.

Environnement et santé : comparaison des conceptions québécoise et française

« **A** lors que pour améliorer la santé de la population, les organisations de prévention et d'éducation pour la santé en France mettent l'accent sur des mesures ciblant les individus (faire de l'activité physique, bien se nourrir...), le Québec insiste davantage sur des mesures ciblant les environnements ». L'auteur, Réal Morin, après avoir analysé la notion de santé et son évolution depuis une trentaine d'années et fait une analyse historique et critique sur les stratégies visant à adopter des habitudes de vie saine, traite plus particulièrement dans cet article de la création d'environnements favorables à la santé (l'action sur les milieux de vie et les conditions de vie). L'appellation de promotion de la santé est beaucoup plus courante au Québec (promotion d'environnements favorables à la santé en luttant contre des situations de pauvreté) que l'appellation d'éducation pour la santé réservée en France (pour désigner une stratégie de changements individuels pour adopter des habitudes de vie saine).

La Revue de santé publique, Société française de santé publique, septembre-octobre 2007.

Études

Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006

En 2006, près de 11 millions de personnes ont été traitées par un médicament de l'hypertension artérielle (HTA). La prévalence de l'HTA traitée est de 22,8 % en 2006 alors qu'elle n'était que de 19,6 % en 2000. Cette augmentation résulte de facteurs démographiques, épidémiologiques (progression de l'obésité et du diabète fréquemment associés à l'HTA), mais aussi sans doute d'une meilleure prise en charge de l'HTA dans la population française. Entre 2000 et 2006, les modalités de prise en charge de l'hypertension artérielle traitée se sont fortement modifiées (davantage de patients ont été traités par au moins deux classes de médicaments). Dans le contexte de l'accroissement de patients traités pour HTA, la mortalité cardiovasculaire a fortement baissé entre 2000 et 2004 (grâce à l'intensification des traitements et de la prise en charge plus précoce des facteurs de risque cardiovasculaire) et a entraîné un coût plus élevé du traitement médicamenteux : le coût annuel des médicaments par malade est passé de 306,20 euros à 421,80 euros (soit un coût pour l'ensemble des patients hypertendus estimé en 2006 à 4,4 milliards d'euros). Cependant, on remarque qu'en 2006 le coût moyen du traitement a diminué par la forte progression de prescriptions génériques dans les classes de médicaments utilisées pour l'HTA.

Caisse nationale de l'Assurance maladie, Points de repère, octobre 2007, n° 10, 8 pages.

Genèse des recours urgents et non programmés à la médecine générale

En 2004, en France, les consultations ou visites des généralistes sont composées de 12 % de recours « urgents ou non programmés ». Parmi ces recours, 13 % sont pris en charge par des médecins généralistes exerçant au sein d'une association urgentiste telle que SOS Médecins ou les urgences médicales de Paris. Par rapport aux urgences hospitalières, la médecine de ville est moins sollicitée par des problèmes traumatiques que par des pathologies aiguës (maladies infectieuses, troubles ORL, rhumatologie...). Le sentiment de gravité n'est mentionné que dans un cas sur trois par les patients et une majorité d'entre eux ont essayé de se soigner seuls ou ont déjà eu recours à un médecin. La décision de recourir en urgence ou de façon non programmée a lieu dans 42 % des cas, plus de deux jours après la survenue des premiers symptômes. Les conditions de déclenchement des recours urgents dessinent sept grands groupes, qui permettent de mieux cerner les comportements et en appréhender la genèse.

Drees, Études et résultats, n° 607, novembre 2007, 8 pages.

Sites en ligne

Plan Alzheimer : pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin

Le rapport sur le Plan Alzheimer remis le 8 novembre dernier par la Commission menée par le Professeur Joël Ménard au Président de la République, sera suivi de l'élaboration d'un plan qui entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 et couvrira les années 2008-2012. Il succède aux deux derniers plans de lutte contre cette maladie mis en place en 2001 et 2004. Les quatre grandes orientations avaient été annoncées et présentées lors de la journée mondiale Alzheimer du 21 septembre dernier (voir la revue de presse du HCSP du 16 au 30 septembre, n° 124).

Pour consulter le rapport :

http://www.premier-ministre.gouv.fr/information/les_dossiers_actualites_19/plan_presidentiel_alzheimer_2008_943/plan_alzheimer_944/plan_alzheimer_2008_2012_945

Rapport statistique 2006 du Secours catholique « Géographie de la pauvreté »

Dans son rapport statistique 2006, sorti le 8 novembre dernier, le Secours catholique constate que certains facteurs liés à la pauvreté, qui touchent de plus en plus les personnes seules (surtout des hommes) et les familles monoparentales, reflètent des inégalités territoriales. La hausse des prix en général, le loyer en constante augmentation depuis 2002, le niveau d'achat stagnant (en 2006, le même qu'en 2002) influencent sur le revenu de l'ensemble des personnes rencontrées dans toutes les régions par les équipes du Secours catholique, mais agissent inégalement selon les régions : 16 % des personnes reçues par l'association sont des travailleurs pauvres inégalement répartis géographiquement. Le chômage, le coût du logement (la part du loyer dans les ressources mensuelles varie du simple au double selon les régions), la présence d'étrangers et de jeunes de moins de 25 ans sans travail, vivant de transferts sociaux, sont particulièrement sensibles dans certaines régions et reflètent une inégalité territoriale. Ce rapport statistique, illustré de nombreux graphiques et de cartes, présente ainsi par situations rencontrées et par régions, les inégalités géographiques.

http://www.secours-catholique.asso.fr/telechargements/rapport_statistique_2006.pdf

Rapports

L'Observatoire de l'Accès aux soins : rapport 2006

En 2000, la Mission France de Médecins du Monde a créé l'Observatoire de l'accès aux soins pour témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Le rapport 2006 est le septième rapport de l'Observatoire, qui, grâce à la connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde (conditions de vie, environnement social et géographique, problèmes de santé), permet de mieux cerner les personnes vulnérables en France. Après avoir rappelé le rôle et les activités des 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde, les auteurs du rapport présentent les caractéristiques des personnes ayant recours à ces centres : profil (sexe, âge, nationalité) et conditions de vie des usagers (durée de séjour pour les étrangers, logement, lien social, emploi et ressources, situation administrative, motifs de recours au CASO...). Ils abordent ensuite les difficultés d'accès aux soins des patients reçus dans les Caso, leurs problèmes de santé (état de vaccinations, les dépendances aux substances psychoactives, les maltraitances et violences, les statuts sérologiques, la santé bucco-dentaire, les motifs de recours...). Après un « focus » sur les différents publics reçus dans les Caso, le rapport traite en dernier lieu des principales évolutions des caractéristiques de ces publics depuis 2000.

Médecins du Monde, Coordination Mission France, Observatoire de l'accès aux soins, octobre 2007, 278 pages.

Changements climatiques et risques sanitaires en France

L'Observatoire national sur les effets du réchauffement climatique, l'Onerc, traite dans ce rapport de la problématique des effets des changements climatiques sur la santé en abordant les maladies humaines susceptibles d'être influencées par le changement climatique en

France : prévalence de certaines pathologies (allergies), émergence de maladies animales ou à vecteurs (la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre à virus West Nile, la leishmaniose, les maladies transmises par les tiques...). On remarque également une recrudescence des maladies infectieuses, dues au changement climatique, comme la dengue dans les DOM. Par ailleurs, il existe des effets sanitaires indirects (maladies liées à la raréfaction et à la pollution de l'eau ou de l'air...) ou directement liés au réchauffement climatique, qui peuvent mettre en péril non seulement l'homme (par hypo ou hyperthermie, déshydratation, dénutrition, choc ou traumatisme), mais aussi la flore et la faune dont l'homme est consubstantiel. Pour agir face à ces changements climatiques, des systèmes de surveillance et d'alerte sanitaires doivent être étudiés pour pouvoir intervenir rapidement et enrayer toute épidémie : la surveillance des maladies infectieuses, la déclaration obligatoire, les centres nationaux de référence, les réseaux de professionnels volontaires, le réseau Raisin (réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) sans oublier la surveillance sentinelle pour la détection précoce (données épidémiologiques fournies par un groupe de médecins généralistes, appelés les médecins sentinelles). En complément de la gestion des risques sanitaires, doit être également développée une réflexion sur les aspects plus structurels de la prévention (touchant notamment aux modes de vie, à l'urbanisme et au bâtiment) par la diffusion de l'information vers le public (dès l'école) et en interconnexion avec les services de veille et de surveillance entre pays voisins.

Onerc, rapport au Premier ministre et au Parlement, la Documentation française, octobre 2007, 208 pages.

Ouvrages

L'exemple inattendu des Vets (vétérans) : comment ressusciter un système public de santé ?

L'Institut Montaigne dans l'introduction de son étude, se pose la question de savoir si le système de santé français peut être réformé (malgré la qualité de son système de soins), en constatant les nombreuses imperfections qui émaillent son organisation : lacunes dans les pratiques médicales en vigueur, coordination insuffisante des soins entre la médecine de ville et l'hôpital, insatisfaction des conditions de travail des professionnels de santé, iniquités de la carte sanitaire entre régions, obstacles rencontrés dans la mise en place du dossier médical personnel... Cependant, d'autres pays ont été confrontés à la même problématique : c'est le cas du système de santé des anciens combattants américains : la Veteran Health Administration (VHA), qui était au début des années 1990 dans une situation critique et s'est métamorphosée en l'espace de quelques années au point de devenir un « modèle », tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion et de maîtrise des coûts... L'auteur de cette étude, Denise Silber, propose d'analyser les ressorts du succès de la VHA, qui quoique ne pouvant être copiée en tous points, peut servir d'exemple et inspirer le système de santé français dans de nouvelles perspectives.

Denise Silber, Institut Montaigne, juin 2007, 85 pages.

Les biotechnologies au feu de l'éthique

L'auteur, Claude Durand signale dans son introduction, que les biotechnologies, tout en suscitant des espoirs thérapeutiques et des ambitions économiques susceptibles de bouleverser les pratiques médicales et le développement industriel, soulèvent les appréhensions de l'opinion publique, qui se sont manifestées dans sa résistance à la consommation des OGM et qui légitiment également une vigilance dans le domaine de la bioéthique... Dans une première partie, l'auteur s'intéresse aux débats sur les biotechnologies en présentant la technicisation de la science et le développement de ses applications qui s'est accéléré dans les années quatre-vingt-dix et qui a entraîné de nombreuses controverses (thérapies géniques, clonage animal, atteintes à la biodiversité, franchissement des espèces, clonage humain, clonage reproductif, clonage thérapeutique). En effet, les enjeux des biotechnologies sont accompagnés d'un certain nombre de réserves aussi bien scientifiques qu'économiques, politiques, éthiques (problèmes moraux et philosophiques), sociales et juridiques (procédures de contrôle législatives et réglementaires). Dans les deux autres parties de l'ouvrage, l'auteur mène une enquête de terrain sur la question de la légitimité éthique des recherches effectuée auprès de deux groupes de chercheurs : le laboratoire de l'INRA (travaillant sur le clonage et la transgénèse animale) et Généthon, laboratoire d'Évry (recherche sur les thérapies géniques).

Claude Durand, l'Harmattan, collection Sciences et société, juin 2007, 236 pages.

Introduction à la casuistique

La casuistique comme « procédé de résolution des cas » se rencontre dans bien d'autres domaines que celui de la morale et se découvre dans d'autres secteurs d'application comme celui de l'éthique médicale, et plus précisément celui de la clinique médicale outre-Atlantique. L'auteur traite ainsi dans son ouvrage de l'approche casuistique, en étudiant les différentes étapes que traverse tout effort de réflexion de cas, qui doit être identifié avant de recevoir un traitement et d'être résolu. Il étaye son propos de nombreuses références historiques et de modèles contemporains (comme celui de l'éthique clinique...) pour montrer le rôle que peuvent jouer certaines démarches dans la solution de cas difficiles.

Serge Boarini, l'Harmattan, collection Acteur de la Science, mai 2007, 148 pages.

Serge Boarini est membre du HCSP.

Revue de presse réalisée par Antoinette Desportes-Davonneau et mise en pages par Philippe Ferrero.



téléphone
télécopie
internet

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP
01 40 56 79 80
01 40 56 79 49
www.hcsp.fr