

Textes officiels

Nomination au comité de pilotage du programme national nutrition santé 2006-2010

Jean-François Toussaint, membre du Haut Conseil de la santé publique remplace Joël Ménard au comité de pilotage du PNNS 2006-2010.

Arrêté du 17 octobre 2008, JO du 19 octobre 2008.

Actualités en ligne

Hôpital, patients, santé et territoires

Le 22 octobre 2008, la ministre en charge de la santé a présenté au conseil des ministres un projet de loi intitulé « hôpital, patients, santé et territoires », qui propose en quatre grands chapitres une modernisation globale du système de santé pour apporter des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins : la lutte contre les déserts médicaux, le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes, et d'une manière générale, la coordination du système de santé. Ainsi le Titre I est consacré aux établissements de santé et met en œuvre les propositions formulées par la commission présidée par M. Larcher en avril dernier (moderniser le fonctionnement de l'hôpital et renforcer les liens entre médecine de ville et hôpital). Le Titre II entend améliorer la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville (organiser la permanence des soins au niveau de chaque région). Le Titre III, consacré à la santé publique, a pour objet de renforcer la politique de prévention, en particulier celle concernant les jeunes (proposition d'interdire la vente d'alcool aux mineurs et la vente des cigarettes « bonbons »). Il a également pour objet d'améliorer les conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Le Titre IV concerne plus particulièrement l'organisation territoriale du système de santé avec la création des agences régionales de santé (ARS) dans le but de réunir les moyens de l'État et de l'Assurance maladie au niveau régional, de rapprocher les soins et la prévention en simplifiant les structures tout en développant la qualité et la sécurité du système de santé.

http://premier-ministre.gouv.fr/chantiers/sante_1113/projet_loi_hopital_patients_61437.html

Dossiers

La décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?

La décision en santé publique, qui se différencie de la décision médicale (décision de soin) et de la décision en santé (décision d'un individu amené à faire des choix de vie conditionnant sa santé) concerne de nombreux champs dont ceux de l'action sanitaire et des politiques publiques de santé. Les décisions sont de plusieurs ordres allant de l'incitation (alimentation équilibrée...) à des interdictions (fumer dans les lieux publics...) ou encore de la définition d'objectifs (loi de santé publique) à la mise en place de programmes ou l'organisation du système de santé... Face

à cette complexité, la revue *Santé Publique* propose une série d'articles illustrant les multiples facteurs que les décideurs ont à prendre en compte dans leur prise de décision.

Santé publique, volume 20, n° 4/2008, juillet août 2008.

Rapports

Le diagnostic préimplantatoire

Le diagnostic préimplantatoire est une forme précoce de diagnostic prénatal, qui supposant un prélèvement de matériel biologique et entraînant une sélection des embryons, justifie que cette pratique soit encadrée de façon très stricte. Actuellement le code de la santé publique en France autorise ce diagnostic à titre exceptionnel (lorsqu'il y a une très forte probabilité qu'un couple donne naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic) ou « à titre expérimental » (depuis la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique) en vue de la sélection d'un embryon sain et génétiquement compatible avec un frère ou une sœur souffrant d'une grave pathologie qui pourrait être traitée grâce à une greffe de cellules prélevées sur l'enfant conçu grâce au diagnostic préimplantatoire. Cependant, une décision a été prise à titre transitoire par l'Agence de la biomédecine (jusqu'à la révision de la loi de bioéthique, prévue pour 2009) du diagnostic préimplantatoire pour détecter les formes héréditaires des cancers les plus graves. Dans ces circonstances, il a semblé pertinent de s'interroger sur les conditions dans lesquelles cette technique était mise en œuvre à l'étranger, en particulier en Allemagne, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse. Le diagnostic préimplantatoire est interdit en Allemagne, en Autriche, en Italie et en Suisse. La Belgique, le Danemark, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni étendent peu à peu le champ d'application du diagnostic préimplantatoire mais sans y inclure nécessairement la détection des affections cancéreuses.

Les documents de travail du Sénat, série législation comparée, n° LC 188, octobre 2008, 28 pages.

L'obligation alimentaire envers les ascendants

En France, selon le code civil, les enfants sont tenus à une obligation alimentaire envers leurs parents ainsi qu'envers leurs autres ascendants (grands-parents et arrière grands-parents...). Les débats relatifs à la place respective de l'obligation alimentaire des enfants et de l'aide sociale dans la prise en charge des personnes âgées amènent à s'interroger sur la situation dans d'autres pays européens. Les législations allemande et belge font primer la solidarité familiale sur l'aide sociale. En Espagne et en Italie, le principe de complémentarité de la solidarité familiale par rapport à la solidarité collective fait l'objet d'applications diverses... Au Danemark et au Royaume-Uni, aucune obligation alimentaire des enfants envers leurs parents n'est prévue. Aux Pays-Bas, le code civil impose certes une obligation alimentaire aux enfants envers leurs parents, mais cette disposition n'est plus appliquée (l'aide sociale est attribuée uniquement en fonction de la situation financière du demandeur). Parmi ces pays étudiés, il ressort que l'Allemagne et la Belgique sont les deux seuls pays à appliquer des dispositions similaires à celles qui existent en France.

Les documents de travail du Sénat, série législation comparée, n° LC 189, octobre 2008, 27 pages.

Baromètre

Baromètre santé environnement 2007

La prise en compte des facteurs environnementaux sur la santé suscite de plus en plus d'intérêt et des attentes de plus en plus pressantes de la population. Aussi en 2004, la France s'est dotée d'un Plan national santé environnement (PNSE) pour 5 ans pour répondre aux engagements pris par la France au niveau international lors des conférences interministérielles organisées par l'OMS, visant trois objectifs : garantir un air et une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale dont certains cancers, mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants, femmes enceintes, personnes âgées). Dans ce cadre, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a été mandaté pour mettre en œuvre une enquête permettant de disposer d'indicateurs quantifiés sur les attitudes,

les opinions et les comportements de la population dans les domaines suivants : les perceptions, les informations et les craintes par rapport aux risques environnementaux, la pollution des sols, de l'air extérieur et de l'air intérieur dans l'habitat, le tabagisme passif au domicile, les dangers du monoxyde de carbone et du radon, l'utilisation des produits ménagers, de bricolage, de jardinage et des produits cosmétiques, la qualité des eaux de baignade, de l'eau du robinet, les légionelloses, le bruit et la téléphonie mobile. Grâce aux informations recueillies (enquête menée auprès de 6 007 personnes âgées de 18 à 75 ans), le baromètre santé environnement répond au suivi des principales priorités du PNSE en contribuant à l'évaluation des ajustements nécessaires dans le temps et à l'évaluation des programmes en cours.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Éditions Inpes, Baromètre santé, sous la direction de Colette Ménard, Delphine Girard, Christophe Léon et François Beck, juin 2008, 420 pages.

Rapports : Europe

Les maladies chroniques

Le groupe d'étude sur les maladies chroniques de l'Union européenne présente un nouveau rapport sur les maladies chroniques. Cet important document, qui ne reflète pas nécessairement l'opinion ou la position de la Commission européenne, propose des études sur les thématiques suivantes : les maladies cardio-vasculaires, les problèmes d'autisme, le cancer, la démence, la dépression, les diabètes, les pathologies hématologiques, la santé de la mère et de l'enfant, les scléroses multiples, les pathologies musculo-squelettiques, la santé ORL, la santé de la reproduction et l'espérance de vie en morbidité chronique.

The Task Force on Major and Chronic Diseases of DG Sanco's health information strand, april 2008, 308 pages.

[http://www.boneandjointdecade.org/HTML/musconline/images/DG % 20SANCO % 20MCD % 20Report % 202008.pdf](http://www.boneandjointdecade.org/HTML/musconline/images/DG%20SANCO%20MCD%20Report%202008.pdf)

Protection sociale et inclusion sociale en Europe : éléments et chiffres clés

La Commission européenne a publié le 16 octobre 2008 son rapport annuel sur les tendances de la protection sociale et d'inclusion sociale dans les États membres : en 2008, 16 % des Européens étaient exposés au risque de pauvreté (les enfants sont plus exposés que le reste de la population, 19 % pour l'Europe des 29). 9,3 % des adultes en âge de travailler vivent dans des ménages sans emploi et 8 % des salariés vivent en deçà du seuil de pauvreté (la pauvreté est liée aux bas salaires, au faible niveau de qualification, aux emplois précaires ou à temps partiel). Dans les États baltes, en Hongrie, en Pologne et en Slovaquie, le revenu mensuel des personnes exposées au risque de pauvreté s'élève à moins de 200 euros alors qu'au Danemark, en Irlande, au Luxembourg, en Finlande et au Royaume-Uni, il s'élève à 900 euros. Au sein de l'U.E, les transferts sociaux (autres que les retraites) réduisent le risque de pauvreté de 38 % en moyenne et permettent de réduire le risque de pauvreté infantile de plus de 55 %. L'allongement de la vie professionnelle est l'une des manières de préserver la viabilité des systèmes de retraite et de garantir aux retraités des revenus suffisants (la stratégie de Lisbonne fixe à 50 % le taux d'emploi des travailleurs âgés d'ici à 2010). En 2007, ce taux était de 45 % pour l'Europe des 25 contre 37 % en 2001. L'écart entre les différents pays européens en matière d'espérance de vie est de 8 ans pour les femmes et de 13 ans pour les hommes. Cette augmentation générale de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une progression de vie en bonne santé. Ces vingt dernières années, les dépenses de soins de santé ont augmenté dans l'ensemble de l'Union européenne et varient de 10 % du PIB ou plus dans certains pays à 6 % ou moins dans d'autres.

Bruxelles, 16 octobre 2008.

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/08/625&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en>

OMS : rapport sur la santé dans le monde 2008 Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais

Le directeur de l'OMS, Margaret Chan présente le rapport 2008 en soulignant qu'il constitue une occasion de tirer les leçons du passé*, de voir quels sont les défis qui nous attendent pour combler le fossé qui sépare les aspirations de la réalité pour faire face à la demande générale et croissante des soins de santé primaires (SSP). Bien qu'elles ne constituent pas un plan

directeur, quatre séries de réformes (les réformes de la couverture universelle, les réformes des prestations de services, les réformes des politiques publiques et les réformes du leadership) reflètent dans ce rapport une convergence entre les valeurs des SSP, les attentes des citoyens et les défis communs en matière d'efficacité.

***Pour mémoire, cette année est l'anniversaire des 60 ans de l'OMS et du 30^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978.**

<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>

Ouvrage

Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe

« Le mal-être des soignants est réel, pourtant la plupart d'entre eux ont choisi leur métier par vocation et se disent fiers de leur profession », peut-on lire dans l'introduction de cet ouvrage, qui rend compte des analyses conduites en France sur les données recueillies par une équipe de chercheurs de dix pays européens, dans le cadre de l'étude PRESST-NEXT (entre octobre 2002 et juin 2003). En Europe, 10 % de la population active travaille dans le secteur de la santé et 7 % dans les hôpitaux. Le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants varie d'un pays à l'autre (par exemple, il est de 14,9 en Norvège alors qu'il est de 2,5 en Pologne...) et la demande de soignants va s'accroître sensiblement dans tous les pays, alors qu'ils sont soumis de plus en plus à une forte pression dans un environnement porteur de risques pour leur santé (troubles musculo-squelettiques, risques infectieux...) et que leurs départs ne sont pas toujours remplacés : en effet, l'enquête montre que les facteurs liés à l'intention d'abandonner la profession sont dus à la faiblesse du travail d'équipe, à l'épuisement professionnel (le *burn-out*), au rôle des conflits entre travail et vie personnelle. De plus, de faibles possibilités de développement professionnel ainsi que les troubles de la santé mentale augmentent d'une fois et demie l'intention d'abandonner. En revanche, les résultats des analyses ont montré que les soignants bénéficiant d'un bon travail d'équipe subissaient deux fois moins d'épisodes violents et de crainte de commettre des erreurs et qu'il apparaissait clairement que la santé des soignants devait prendre plus de place dans les préoccupations des décideurs et des organisations syndicales. Le dernier rapport de l'OCDE (2005) considère que le manque de soignants va s'aggraver en Europe si aucune action n'est entreprise.

Madeleine Estryn-Béhar, presses de l'EHESP, septembre 2008, 383 pages.

Revue de presse rédigée 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