

Annonces de parution

Les ouvrages ou articles énumérés ci-dessous pourront faire l'objet d'une note de lecture dans un prochain numéro.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation médicale – ANAES

- La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. Fédération française de psychiatrie.
- La prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Conférence de consensus 21 septembre 2000. Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France.
- Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000.
- Evaluation clinique et économique de la coelochirurgie dans le cadre de la hernie de l'aîne. Avril 2000.
- Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire. Recommandations. Octobre 2000.
- Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Mars 2000.

Contact ANAES :

Camille Cochet 01.42.16.73.15 c.cochet@anaes.fr; Laurence Gentil 01.42.16.72.77 l.gentil@anaes.fr

Site web : <http://www.anaes.fr>

A noter également que l'ANAES met en place un serveur vocal accessible à tous et permettant l'envoi des comptes rendus d'accréditation par télécopie ou courrier (n° Indigo 0 820 333 888 – 0,79 F la minute).

La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin

Debionne François-Paul

Paris : Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, Les éditions Quart-Monde, 2000, 237 pages.

Les usagers du système de soins

Cresson Geneviève, Schweyer François-Xavier (sous la direction de)

Rennes : Editions ENSP, 2000, 352 pages.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions

Haut comité de la santé publique. Avis et rapports

Rennes : Editions ENSP, 2000.

Système d'identification et de mesure des handicaps (SIMH). Manuel pratique. Proposition internationale d'identification quantifiée des handicaps

Hamonet Claude, Magalhães Teresa

Paris : Editions Eska, 2001, 151 pages.

La greffe humaine. (In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre

Carvais Robert, Sasportes Marilynne (sous la direction de)

Paris : Presses Universitaires de France, 2000, 1000 pages.

La recherche sur l'embryon : qualifications et enjeux

Labrusse-Riou Catherine, Mathieu Bertrand, Mazen Noël-Jean (sous la direction de)
Revue Générale de Droit Médical, numéro spécial 2000.
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

La tierce personne. Echange multidisciplinaire sur les besoins

Association Handiface
Paris : Editions Alexandre Lacassagne/Editions Eska, 2001, 110 pages.

Le préjudice sexuel. Eléments médico-légaux à l'usage du juriste et du médecin

Association des médecins experts en dommage corporel (AMEDOC)
Paris : Editions Alexandre Lacassagne/Editions Eska, 2001, 112 pages.

Les nouvelles obligations juridiques du médecin

Accad Lucien, Caussin-Zante Maryse
Paris : Editions Alexandre Lacassagne/Editions Eska, 2001, 95 pages.

L'imagerie médico-légale

Association des médecins experts en dommage corporel (AMEDOC)
Paris : Editions Alexandre Lacassagne/Editions Eska, 2001, 190 pages.

Barème d'évaluation médico-légale

Société de médecine légale et de criminologie de France, Association des médecins experts en dommage corporel.
Paris : Editions Alexandre Lacassagne/Editions Eska, 2001, 142 pages.

Le décret du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales et la liberté thérapeutique.

Mémeteau Gérard
Revue de droit sanitaire et social 2000;36,3:533-41.

La télémédecine, entre progrès techniques et responsabilités

Daver Corinne
Le Dalloz, Chroniques, 2000, n° 35:527-33.

Les antibiotiques n'apportent pas d'amélioration générale dans les infections respiratoires hautes

Del Mar Christopher
EBM Journal/Thérapeutique 2000;23:25.

L'autonomie de l'acte pharmaceutique. Vers une réforme du Code de déontologie ?

Megerlin Francis
Revue de droit sanitaire et social 2000;36,4:746-67.

Les sites portail santé sur Internet : quelles perspectives ?

Harichaux Michèle
Revue de droit sanitaire et social 2000;36,4:699-703.

La compétence juridictionnelle en matière de responsabilité du service du contrôle médical. Conclusions sur cour administrative d'appel de Nancy, 25 mai 2000.

Pierre Vincent
Revue de droit sanitaire et social 2000;36,4:799-807.

Notes de lecture

Quels critères de guérison pour les états dépressifs ?

Marie-Christine Hardy-Bayle, Véronique Olivier
Paris : Doin Initiatives-Santé, 1998

La dépression est reconnue comme ayant un risque de rechute de 75 à 100 % et de chronicisation de 20 %. La guérison d'un état dépressif est une notion difficile à définir. Cet ouvrage apporte sa contribution avec une importante revue de la littérature. Il sera très utile pour l'analyse de la pratique en psychiatrie.

En 1989, la Task Force de la Fondation Mac Arthur a constaté la diversité des critères proposés pour parler de guérison. Elle a permis de préciser les critères symptomatiques de guérison et de les rendre testables. L'ouvrage de M. C. Hardy-Bayle et V. Olivier se propose de rendre compte de ces travaux et des études ayant tenté de définir le niveau symptomatique et la durée de l'état symptomatique nécessaires pour parler de guérison. Plusieurs grilles d'évaluation de l'état du patient sont citées.

Son objectif est de faire une revue critique en cherchant à répondre à des questions d'ordre pratique : quand peut-on considérer un patient guéri ? Quels sont les traitements permettant d'assurer la guérison ? Quelle est la nature de ces traitements ? Quelles sont les cibles de chacun des moyens thérapeutiques actuellement à notre disposition ? Quel est le moment opportun de leur prescription ?

La probabilité de guérison est la plus forte dans les quatre à six premiers mois. Bien que les résultats soient différents d'une étude à l'autre, on trouve, en moyenne, 53 % de guérison à six mois et 64 % à un an.

Les traitements inadéquats sont un facteur de non-guérison. L'ouvrage rapporte une étude faisant état, parmi les patients non guéris, d'un premier état dépressif, où 14 % recevaient un traitement inadéquat et 38 % aucun traitement antidépresseur. Une autre étude, suivant des patients déprimés pendant 2 à 5 ans, relève que 31 à 50 % des patients n'avaient pas d'antidépresseurs.

L'ouvrage signale une autre revue de la littérature dont l'auteur propose des ébauches de « guidelines » (lignes directrices) et des recommandations pour l'utilisation des psychothérapies.

Le traitement médicamenteux ne serait que suspensif du processus dépressif et non curatif. Il n'existe aucun indice biologique permettant d'authentifier son extinction.

De nombreuses recherches portent sur la prise en charge des patients. Elles souhaitent définir les durées des traitements psychothérapeutiques, médicamenteux ou de leur association pour prévenir les rechutes et les chronicisations.

Les auteurs soulignent qu'au-delà de l'intérêt de la recherche de critères « objectifs » de guérison, chaque patient reconnaît, à certains signes qui n'appartiennent qu'à lui, le retour à l'état antérieur.

La richesse de la revue de littérature rapportée dans cet ouvrage permet de mettre à jour ses connaissances dans un domaine où une réflexion sur la standardisation des pratiques est nécessaire.

GDBS

Les comportements humains. Ethologie humaine

Gérard Zwang
Paris : Masson, 2000, 290 pages

Le terme « éthologie » qui désigne l'étude scientifique des comportements a été créé en 1854 par le Français Isidore Geoffroy Saint-Hilaire ; il s'agissait alors d'observer les animaux en liberté.

Mais peut-on s'engager dans la voie d'une éthologie humaine, c'est-à-dire ne pas ignorer les structures biologiques inaltérables qui fournissent aux actes de l'être humain leur déclenchement, leur déroulement et leurs schémas régulateurs ?

On appelle comportement, toute action coordonnée d'un être vivant doté de motricité. L'ensemble des comportements d'une espèce constitue son éthogramme, et le but de ces comportements est de réaliser la pérennité de la forme de la vie par trois grands programmes qui constituaient les devoirs biologiques de chaque individu : conserver l'individu, perpétuer l'espèce, marquer le statut.

C'est ainsi dans l'optique de la réalisation des trois programmes que l'auteur aborde l'éthogramme humain. Cependant, l'homme a ses spécificités : en effet, si le jeune humain ne sait que téter et pleu-

rer à la naissance, le développement humain du néo-cortex a doté l'espèce d'un troisième cerveau aux dimensions spectaculaires qui a permis à l'humain de franchir le seuil de la conscience réflexive. Les capacités néo-corticales de l'homme permettent la parole, le raisonnement logique, le calcul, la conceptualisation, l'abstraction, la prévision, voire l'intention délibérée. Ainsi la régulation comportementale supérieure est « négociée entre le caractère du cerveau des instincts et l'intelligence du cerveau néo-cortical ».

Ayant fait sauter certains des verrous qui maintiennent les animaux dans des déterminismes comportementaux, le néo-cortex humain fut contraint d'élaborer des règles morales tentant de retrouver l'automatisme en partie perdue. Ainsi selon ce code, ont été élaborés des systèmes conceptuels destinés à guider et sécuriser l'individu : les systèmes religieux, les systèmes idéologiques.

Le comportement de perpétuation de l'espèce ainsi que la notion de maintien du statut intra-spécifique sont richement analysés, permettant un regard innovant sur l'homme et sur ses réactions au milieu.

Gérard Zwang propose un cadre conceptuel synthétique et pragmatique à l'étude des comportements humains qui permet à l'homme de mieux se connaître lui-même.

DC

Médecine et biologie : quelle logique ?

Michel Delsol, Louis-François Perrin

Paris : Masson, 2000, 256 pages

Les auteurs nous proposent ici une initiation à la philosophie et l'étude critique des sciences (l'épistémologie). C'est là un complément utile au lecteur de la Revue médicale de l'Assurance maladie, pour enrichir sa pensée si souvent cantonnée aux aspects scientifiques et économiques de la médecine. Le style est clair, le vocabulaire exclut tout hermétisme.

L'ouvrage s'articule en trois parties. D'abord, une présentation de l'épistémologie générale. Ensuite, un panorama de la médecine et de la biologie illustré par des anecdotes. Enfin, une description des grandes théories scientifiques.

Après avoir passé en revue ces différents savoirs et leur organisation, après avoir analysé l'articulation entre les connaissances fondamentales et la pratique, les auteurs, universitaires lyonnais, explorent les pistes qui pourraient faire progresser la recherche du sens.

Discrets sur leur propre conviction, ils décrivent en creux, par l'inventaire de nos ignorances, la place que conquiert la métaphysique.

JFH

Notre santé n'est pas un commerce

Jean-Pierre Davant

Paris : Seuil, coll L'épreuve des faits, 2000, 167 p.

Expert avisé de notre système de soins, Jean-Pierre Davant nous livre ici un ouvrage sans complaisance. Evoquant d'abord, dans l'ordre et avec bien des détails, les médecins, le médicament, l'hôpital, le prix de la santé, il aborde ensuite une réflexion sur le prix de la santé, le rôle des politiques, des lobbies, des médias.

Les perspectives sur la santé, en particulier les implications des progrès actuels, ne manquent pas.

L'auteur, président de la Mutualité française, ne se cache pas « d'appeler un chat un chat ». Le citoyen y trouvera des textes plus durs que dans un numéro du *Canard enchaîné* et le praticien-conseil aura peu de surprises en matière de constats. Près de dix ans après le rapport Béraud bien des problèmes restent à résoudre...

Ce texte solidement argumenté contient surtout une sévère mise en garde contre les risques de privatisation de l'assurance maladie et la description du lancinant problème de l'inégalité de l'accès aux soins.

On peut seulement regretter l'absence de bibliographie qui fait de cet ouvrage un plaidoyer destiné au public.

JFH

Interdisciplinary Perspectives on Health Policy and Practice – Competing interests or complementary interpretations ?

Jane Robinson, Mark Avis, Joanna Latimer, Michael Traynor
Edinburgh : Churchill Livingstone, 1999. 220 pages

Le présent ouvrage est le travail de quatre auteurs, chacun ayant rédigé deux chapitres. Les quatre sont des infirmiers/ères, qui sont particuliers par le fait que trois d'entre eux ont aussi étudié la philosophie ou la littérature et que trois ont acquis un doctorat. Ils travaillent en Grande-Bretagne dans des domaines d'enseignement et de recherche. La plus grande partie de leurs contributions sont en rapport avec le *National Health Service* britannique et avec les réformes qu'il a connues depuis le *Griffiths Report* de 1983. Ce qui retient l'attention aussi est le fait que ces auteurs parlent volontiers à la première personne, faisant état sur un mode personnalisé de leurs expériences propres. Ainsi, c'est le cas dans l'introduction où, sur une vingtaine de pages, ils présentent leurs biographies et leurs trajectoires intellectuelles et professionnelles. Plusieurs ont été influencés par les écrits de Michel Foucault. Jane Robinson, professeur de nursing qui a récemment pris sa retraite (1997), est une pionnière des soins infirmiers, particulièrement au plan académique. Elle a, avec Ph. Strong, fait plusieurs études du NHS après la réforme Griffiths, publiées à la fin des années 1980. Elle consacre le premier chapitre du livre à un résumé de ces évaluations et de leur processus, en particulier du point de vue de la profession infirmière (dont le rôle a été modifié de manière marquée par la réforme, qui l'a privée de beaucoup de son pouvoir antérieur). Au chapitre 2, thème tout à fait différent : mettant à profit de nombreux contacts avec l'OMS et une période passée, en 1997, à la Banque mondiale (y compris une mission en Indonésie), elle analyse l'évolution au cours du dernier demi-siècle des optiques et des politiques affichées par ces deux organisations. Celles de l'OMS ont été surtout fondées sur les notions de justice sociale et d'équité, alors que la Banque optait pour des recommandations dans une perspective utilitariste, basée sur l'efficience relative de diverses manières de fournir des soins de santé (et dans la foulée de ses politiques d'ajustement structurel). Robinson décrit comment les politiques de ces organisations sont à son avis en train de se rapprocher l'une de l'autre.

Mark Avis, qui a un *background* en philosophie, parle des besoins de santé et de soins au chapitre 3. Il discute plusieurs définitions possibles de ces besoins : s'agit-il de désirs des personnes et par conséquent de notions subjectives ? Y a-t-il besoins **seulement** quand les moyens de les satisfaire manquent ? La théorie humaniste de Maslow sur les besoins fondamentaux est-elle opérationnelle ? On peut dire aussi que le besoin fait référence à un écart (*gap*) entre les ressources et les buts à atteindre. Avis s'engage pour une objectivation de la notion de besoins humains, qui se base sur un dialogue rationnel et fait référence à un consensus social aussi large que possible.

Au chapitre 4, le même auteur résume, de manière aisée à comprendre, trois approches de la justice sociale et du droit aux soins : les théories utilitariste, égalitaire et libertaire (*libertarian*). Le lecteur quelque peu familier de la littérature concernant l'éthique de l'allocation des ressources et de la *fairness* dans ce domaine y lira des choses connues.

Les chapitres 5 et 6 sont dus à Michael Traynor et traitent de séries d'interviews menées au début des années 90 au moment où était introduit dans le nouveau NHS le système des *trusts*, selon la doctrine du *internal market* (en ce qui concerne les médecins généralistes, ces derniers pouvaient devenir *fund-holders*). C'était l'introduction du *managerialism*. L'analyse littéraire que fait l'auteur des discours recueillis auprès d'une trentaine de personnes occupant des positions de cadres montre l'irruption d'un vocabulaire et d'expressions très utilisés dans la nouvelle gestion publique, avec un accent sur la mesure quantitative de tout ce qui peut l'être ; avec ce danger (qu'il n'est pas le seul à avoir observé et qu'il critique) qu'on considère que seules des données quantifiées puissent avoir une importance... (il y a là une tendance forte de l'évaluation des systèmes de santé – *reviewer's note*). Dans le même esprit, il relève comment l'adjectif *meaningful* est utilisé surtout pour des données quantitatives, ce qui est tout à fait discutable : dans sa conclusion du chapitre 5, il évoque le problème de la quantification *in the face of ultimate uncertainty*.

Au chapitre suivant, Traynor étudie le discours des infirmières tel qu'il a été exprimé au cours de cette période de réforme du NHS, sur la base de *surveys* effectués de 1991 à 1993. Il le fait dans une perspective post-structuraliste, qu'il explique. On voit que les infirmières passent constamment d'un discours de *caring, morally worthwhile*, à un *alternative discourse of exploitation*.

Les deux derniers chapitres, 7 et 8, sont de Joanna Latimer, infirmière *et social scientist*. On note une discussion sur le sens des intérêts que différents acteurs peuvent avoir (p. 164 à 166). C'est sur cette toile de fond qu'est décrite par des exemples vécus la transformation des attitudes des médecins et des

infirmières, durant la réforme du NHS, avec l'accent majeur mis sur le *throughput* et la pression pour faire sortir rapidement les patients de l'hôpital. Latimer regrette la perte d'une dimension de convivialité dans les rapports des professionnels avec les patients. C'est une préoccupation importante ; toutefois, l'appréciation de ce *reviewer* est qu'il serait nécessaire d'avoir une discussion plus précise sur les rôles respectifs de services de soins aigus, de soins de longue durée et des services sociaux. Même si on souhaite que les soins de santé soient aussi *comprehensive* que possible, on voit mal aujourd'hui qu'on puisse éviter une réelle spécialisation : les soins aigus ayant à l'évidence plus d'aspects techniques (même s'ils doivent rester humains) et les prestations à prédominance sociale mettant plus l'accent sur l'aide et l'accompagnement. Les interprétations de l'auteur paraissent parfois un peu caricaturales.

Le chapitre 8 poursuit dans une perspective similaire, décrivant comment les infirmières adoptent des modes de faire jugeants et directifs dans leurs rapports avec les patients. Latimer parle à cet égard de *constituting of classes of patients* (p. 198). Elle relève la division du travail croissante entre les soins aigus (hospitalisation) et les soins de premier recours (ces derniers avec une importante composante sociale).

La parution de cet ouvrage est intéressante, entre autres, au moment où les divers modèles de *managed care* expérimentés aux Etats-Unis au cours des vingt dernières années sont l'objet de beaucoup d'analyses et de passablement de critiques ; en rapport notamment avec le fait que l'intérêt financier des professionnels de santé, et celui des *shareholders*, peut prévaloir sur l'objectif de *delivery* de soins optimaux, complets, aux patients. Dans une optique économique, qui a sous-estimé (ou a voulu ignorer) à quel point les lois du marché ne s'appliquent que très imparfaitement au domaine de la santé, les Américains ont dérivé vers des pratiques tout à fait commerciales ; ceci dans un contexte où, au nom de l'idéologie libérale, on laisse sans assurance ou avec un *coverage* très insuffisant un quart de la population (voir à cet égard l'étude mondiale des systèmes de santé dont l'OMS a donné des résultats en juin 2000 – cf. par exemple *Communiqué OMS/44* du 21 juin 2000). En Grande-Bretagne on peut admettre que, il y a 20 ans, le NHS avait besoin d'être stimulé dans le sens d'une efficience accrue ; ce livre illustre comment, du côté des professionnels de santé et particulièrement des infirmiers/ères, on a alors porté des jugements moraux sur les efforts managériaux, au nom d'une tradition de vocation de service au patient dont la qualité ne saurait être mesurée par des paramètres chiffrés (cf. à cet égard la citation de R. Klein – p. 83 – à propos de l'évolution du NHS : « a move from seeing it as a church to seeing it as a garage »). Mais certaines réactions sont aussi liées à des prérogatives et intérêts corporatistes.

Il convient de relever l'importance du contexte civil et politique : aux Etats-Unis, on est allé trop loin vers la commercialisation/mercantilisation et on néglige gravement l'équité sociale dans l'accès aux soins au nom d'une doctrine néolibérale inappropriée dans le domaine de la santé ; en Grande-Bretagne, les convictions attachées au *civil service*, à la justice sociale et à la disponibilité des soins sans inégalités sociales (y compris si cela signifie des queues et certains rationnements) ont fait que les mesures de réforme du NHS, nécessaires mais sans doute imparfaites, ont été mal ressenties. Comme d'habitude, la meilleure (ou moins mauvaise) solution est à rechercher quelque part entre deux : attention diligente accordée à l'accès pour tous à des soins de qualité, d'une part, et d'autre part à l'efficacite et à l'efficience des prestations fournies. Il ne faut pas croire à la *managerial claim of moral neutrality* (p. 135).

Pour l'observateur extérieur, l'ouvrage de Robinson et al. donne par moments l'impression que nos collègues britanniques ont (trop) résisté à certains changements que nécessitait leur système de santé. Mais leur résistance était aussi en rapport avec des valeurs éthiques aujourd'hui insuffisamment considérées. Les auteurs ont voulu affirmer leur engagement à faire une critique intellectuelle des soins de santé dans leur pays. Il se lit agréablement, est bien écrit et comporte beaucoup de notions stimulantes. On veut croire que les auteurs accepteront qu'on dise que, étant engagés, ils prenaient le risque d'être partiaux. Si nous nous rallions à l'essentiel des préoccupations qu'ils expriment sur les risques de tendances trop techniques et managériales dans les soins, avec une perte d'empathie et un affaiblissement des prérogatives des professions, nous estimons toutefois que ces professions ne peuvent pas refuser d'entrer en matière sur les demandes qui leur sont faites d'efficience, de *relevance* et d'*accountability*.

Interdisciplinary Perspectives retiendra l'attention des responsables professionnels, administratifs et politiques qui s'intéressent à l'évolution des organisations et des attitudes et rôles professionnels. Quoique traitant essentiellement du NHS, il permet d'utiles comparaisons avec des systèmes qui affrontent différemment les problèmes majeurs que pose aujourd'hui, y compris dans les régions les plus riches, le fait de concilier la rareté relative des ressources avec les possibilités biomédicales et techniques, ainsi que les attentes des populations, qui elles augmentent constamment.

JM

Les litiges opposant les caisses primaires aux praticiens libéraux

Lhéritier Marc

Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2000, 489 pages.

Le travail de M. Lhéritier est remarquable et doit être salué comme il le mérite. S'agissant d'une thèse de doctorat, on en appréciera la précision, la richesse documentaire et la maniabilité (accrue par l'insertion d'un index).

Ce livre s'articule autour de deux grandes parties : la première délimitant le cadre des relations entre les praticiens libéraux et les caisses, la seconde détaillant les sanctions infligées à l'occasion des comportements irréguliers de ces praticiens libéraux.

Outre le caractère très utile en pratique de cet ouvrage pour tous ceux qui ont à traiter de telles affaires – et de quelque partie qu'ils soient –, le lecteur y trouvera des réflexions et analyses très intéressantes sur les principes de la médecine libérale (souvent, trop souvent dévoyés...), sur l'évolution des rapports des médecins et des patients (depuis longtemps assurés sociaux, désormais consommateurs, et de plus en plus avisés...).

JPP