

Annonces de parutions

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

L'organisation des soins

Politiques et organisation des soins en Europe et aux USA. Quels enseignements pour la France ?

Ministère des affaires sociales

Paris : La Documentation française, Collection Revue française des affaires sociales n° 3 ; 2010. 110 p.

Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton

A. Trugeon, D. Fontaine, B. Lémy, F. Michelot

Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson, Collection Abrégés de médecine 2^e édition FNORS ; 2010. 259 p.

Les services de soins infirmiers à domicile en 2008

Dominique Bertrand

Études et résultats, n° 739, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

Hospitalisation à domicile

Nicolas Durand, Christophe Lannelongue, Patrice Legrand, Vincent Marsala

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

La protection sociale

Interventions sociales et rôle de l'État, regards croisés

Daniel Verba

Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2010. 176 p.

La protection sociale : quels débats ? Quelles réformes ?

Sous la direction de Philippe Tronquoy

Paris : La Documentation française, Collection Cahiers français n° 358 ; 2010. 96 p.

Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire

T. Debrand, C. Sorasith

Question d'économie de la santé, n° 159 (2010). Paris : IRDES ; 2010.

Rapport sur l'avenir du régime de sécurité sociale dans les mines

Yves Bur

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État

Alain Cordier, Frédéric Salas

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur

Pierre Naves, Muriel Dahan

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Mission sur la gestion du risque

Pierre-Yves Bocquet, Michel Peltier

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

La santé publique

Villes-Santé en actions : réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Coordonné par le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2010. 96 p.

Enregistrer les morts, identifier les surmortalités : une comparaison Angleterre, États-Unis et France

Sous la direction de Carine Vassy, Richard C. Keller, Robert Dingwall. Préface de Didier Fassin

Rennes (France) : Presses de l'EHESP, Collection Recherche santé social ; 2010. 98 p.

La recherche biomédicale en danger

P. Even

Paris : Le Cherche Midi, Collection documents ; 2010. 534 p.

Santé publique

B. Hauray, D. Fassin

Paris : La Découverte, Inserm ; 2010. 536 p.

Les usagers du système de santé

Famille et santé

Sous la direction de Geneviève Cression, Mohamed Mebtoul

Rennes (France) : Presses de l'EHESP, Collection Recherche santé sociale ; 2010. 304 p.

La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006

Nathalie Guignon, Marc Collet, Lucie Gonzalez, avec la collaboration de Thibaut de Saint Pol (DEPP),

Jean-Paul Guthmann, Laure Fonteneau, Institut de veille sanitaire (InVs) pour la vaccination

Études et résultats, n° 737 (2010), Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2009

Guillaume Bailleau, Françoise Trespeux

Études et résultats, n° 742, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, rapport 2009-2010

France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Les professions de santé

Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques

C. Crignon-De Oliveira, M. Gaille

Paris : Séli Arsan ; 2010. 304 p.

Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens

Préface de Roselyne Bachelot-Narquin

Paris : Berger-Levrault, Collection Le Point Sur ; 2010. 156 p.

Mission de concertation sur la médecine de proximité

Élisabeth Hubert

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Rapport relatif aux métiers en santé au niveau intermédiaire – Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer

Laurent Henart, Yvon Berland, Danielle Cadet, Bernard Verrier, Elisabeth Fery-Lemonnier

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

La qualité des pratiques

Arrêts de travail en traumatologie : barème indicatif

François Valette

Le Mans (France) : Éditions Gereso. 2^e édition ; 2010. 46 p.

Actualités dans la prise en charge de l'AVC

Sous la direction d'Alain Yelnik, François Daniel, Arnaud Griffon

Montpellier (France) : Sauramps médical ; 2010. 190 p.

L'éthique

Quand la vie naissante se termine

Sous la direction de Marie-Jo Thiel

Strasbourg (France) : Presses Universitaires de Strasbourg, Collection Chemins d'éthique ; 2010. 469 p.

La gestion des connaissances

Introduction au calcul des probabilités et à la statistique

Jean Delmas

Paris : Les presses de l'ENSTA, Collection Les cours ; 2010. 315 p.

Les thérapeutiques

Comment préserver l'accès aux médicaments, innovation pharmaceutique et santé publique ?

Sous la direction de Carlos M. Correa et German Velasquez

Paris : L'Harmattan ; 2010. 196 p.

Médicaments : les règles du jeu

Alexandre Regniault, Jacques-Antoine Robert

Cachan (France) : Lavoisier Éditions médicales internationales ; 2010. 152 p.

Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité

Brigitte Bout

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Enquête sur le Médiateur®

Aquilino Morelle, Anne-Carole Bensadon, Étienne Marie

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Enquête sur le Médiateur® - Annexes

Aquilino Morelle, Anne-Carole Bensadon, Étienne Marie

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

Les conditions de l'autosuffisance en produits sanguins du marché français

Pierre Aballea, Jean-Luc Vieilleribiere

Rapport public. Paris : La Documentation française ; 2010.

L'hospitalisation

Gestion hospitalière en situation d'exception : optimisation des ressources critiques

Issam Nouaouri, Jean Christophe Nicolas, Daniel Jolly

Sarrebrück (Allemagne) : Éditions universitaires européennes ; 2010. 152 p.

Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé

Danielle Toupillier, Michel Yahiel

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Drees.

Haute Autorité de santé

Recommandations professionnelles

Label de la HAS – Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations complexes.

Obesity surgery in adults.

Label de la HAS – Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte.

Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – Note de cadrage.

Évaluation

Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale : intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané – Rapport d'évaluation.

Marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire – Rapport d'évaluation.

Évaluation des dispositifs de compression médicale à usage individuel – Utilisation en pathologies vasculaires.

Diagnostic biologique de la leptospirose – Note de cadrage.

Diagnostic biologique des anomalies de l'hémostase – Note de cadrage.

Évaluation des implants mammaires, prothèses d'expansion tissulaire et prothèses externes de sein.

Destruction par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate – Rapport d'évaluation.

Guides pour les affections de longue durée

ALD n° 30 – Cancer primitif du foie.

ALD n° 30 – Cancer du pancréas.

ALD n° 30 – Cancer primitif du système nerveux central.

ALD n° 17 - Maladie de Fabry.

ALD hors liste – Syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell.

ALD n° 30 – Myélome multiple.

ALD n° 30 – Cancer de l'endomètre.

La revue Santé publique (www.sfsp.info)

Sommaire du numéro 6 de 2010

Éditorial

L'adoption du Code de pratique – L'Organisation mondiale de la santé pour le recrutement international des personnels de santé : une étape importante pour tous les personnels de santé au niveau mondial

J.-M. Braichet

Lettre de la rédaction

Études

La gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) par les professionnels de santé libéraux : étude de pratiques

A. Brunot, C. Thompson

Évaluation économique des tests de diagnostic rapide dans le traitement du paludisme

A. Faye, P. Ndiaye, M. Diagne-Camara, O. Badiane, I. Wone, M. Diongue, I. Seck, A. Tal Dia, A.L. Dia

Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques

M. Caillol, P. Le Coz, R. Aubry, P.-H. Bréchat

Utilisation de l'internet chez les étudiants en médecine à Batna (Algérie), Rouen (France) et Sousse (Tunisie)

J. Ladner, N. Boussouf, A. Ben Abdelaziz, J. Wirotius, S. Benmaïza, O. Alaoua, M.-P. Tavalacci

Type d'emploi et santé au travail dans le transport urbain collectif de la ville de Kinshasa

J. Wangata Shadi, C. De Brouwer

Rejet des discours préventifs et comportements sexuels à risque : enquête qualitative auprès d'homosexuels masculins, au Portugal

M. Maïa

Prise en charge des patients diabétiques de type 2 par les centres de santé associatifs de la ville de Grenoble

P. François, G. Bal, A. Cruaud, M. Hirsch, P. Pichon, M. Poulizac

Pratiques

Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles

C. Nache, A.-R. Baba-Moussa

Opinions et débats

« Violence et santé », autopsie d'un plan de santé publique

M. Gignon, O. Jarde, C. Manouil

Appel à articles « Psychiatrie et santé mentale : dynamique et renouveau »

Notes de lecture

Les notes de lecture sont rédigées par les rédacteurs et les lecteurs-référents.

Le patient a-t-il pris le pouvoir ?

Jean-Noël Bail

Montrouge (France) : John Libbey ; 2010. 126 p.

Cet ouvrage retrace les interventions et les échanges qui ont eu lieu lors de la 10^e Journée d'économie de la santé, consacrée à la notion de pouvoir du patient. Les discussions ont porté autour des droits (à la santé, à la qualité du service, à l'information, etc.) et des devoirs du patient, de son implication et de son interaction avec les autres acteurs du système de santé. L'apparition des associations de patients, le développement de la santé publique et de la prévention, la chronicisation des maladies, l'accès aux informations médicales sur internet ont contribué à faire évoluer la relation entre le patient et les professionnels de santé. Pour autant, cette évolution n'est pas synonyme de prise de pouvoir par le patient, à titre individuel ou collectif. Leur représentation et leur participation au sein des institutions et des recherches médicales posent question. Certains préfèrent d'ailleurs que le patient joue plutôt un rôle de contre-pouvoir. En définitive, la question semble plus porter sur la relation de respect et de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et le système de santé et de soins, plutôt que sur une question de pouvoir.

Bérengère Davin

Les états limites

Vincent Estellon

Paris : PUF, Collection Que sais-je ? 2010. 127 p.

« Être ou ne pas être » : une question évoquée à la naissance de la vie et qui suit l'individu au cours de son existence ; l'état limite est le résultat de la perturbation de cette étape fondamentale ; l'école freudienne s'était intéressée au névrosé, évoquant une genèse plus tardive ; la nécessité hospitalière a imposé le suivi des psychoses. La problématique des états limites, primitivement passés inaperçus, car relativement bien adaptés, pourtant fragiles, empreints d'une angoisse profonde et tenaillés par une anxiété parfois massive, a occupé toute la fin de ce XX^e siècle analytique. Cet ouvrage en est une revue synthétique.

Ce travail décrit les abords du problème, envisage les différentes interprétations physiopathologiques, intègre dans un tout les travaux des écoles analytiques (voir la liste des « folies limites », page 33), il vulgarise enfin une nouvelle voie analytique.

Le plan de l'ouvrage est très structuré, cohérent ; il permet à la fois une analyse synthétique, croisée, simultanée et progressive aboutissant à la véritable construction d'un édifice autour des concepts clefs, amenant avec facilité l'évocation des principes thérapeutiques. Certes, il vaut mieux connaître la théorie du miroir de Lacan ou les écrits de Freud comme *L'homme au loup* mais le langage est accessible, imagé, parfois métaphorique ; le lecteur ne sera pas perdu.

Le style est simple, clair, aéré. Ici point de phrase interminable ou trop ciselée. La progression se fait par l'évocation de concepts, définis tout au long de l'ouvrage, que l'on rappelle ; le but est de « faire vivre » à la fois l'état du malade, et les réactions que sa confrontation au lecteur provoque – un contre-transfert de lecture en quelque sorte.

La présence d'un tableau de synthèse diagnostique (pages 62-63) et l'évocation de la DSM IV R (1994, page 41) sont des outils pratiques incontournables à tout médecin, même s'ils ne fournissent aucune hypothèse de fonctionnement psychique ; la bibliographie est complète, littéraire. Ce livre est absolument nécessaire au diagnostic différentiel, c'est une œuvre de spécialiste.

L'enseignant parle : il sait rassembler ce qui est utile, cerner ce qui doit être dit et dégager l'essentiel. Avec tact, il évoque l'expérience clinique, sans se mettre en jeu, mais en faisant parler, à propos, les différents cliniciens en charge de ces analyses passées.

Le déroulé même de la pensée au cours de la narration évoque par sa récurrence la nature réelle du problème, la singularité de la structure psychiatrique, la pauvreté des affects, le danger des passages à l'acte, l'écueil du clivage de personnalité, la nécessaire élasticité du travail analytique.

Cet ouvrage était nécessaire parce qu'il fait un point anamnestique sur cette question psychiatrique émergente ; mais le sujet est plus vaste et dépasse le cadre médical parce qu'il interpelle. Dans notre société, avec des cellules familiales hypersollicitées, des parents pressés, parfois déchirés, des familles recomposées, des carrières et des déménagements multiples, quelle est la conséquence sur la difficulté d'être de l'enfant, futur adulte ? C'est là tout le dilemme du XXI^e siècle.

Jean-Louis Cornille

La gestion des crises sanitaires

Patrick Peretti-Watel

Paris : La Documentation française, Collection Problèmes politiques sociaux, n° 971 ; 2010. 112 p.

Ce petit ouvrage est divisé en trois parties. Chacune d'entre elles se présente comme une « collection » d'articles assez brefs d'auteurs différents.

Cette organisation rend la lecture particulièrement attrayante car très variée, en proposant une somme d'informations qu'un exposé plus homogène sur le plan rédactionnel et plus « uniciste » sur le plan du développement n'aurait peut-être pas amené.

La première partie qui traite des « crises sanitaires mais aussi sociales et politiques » rassemble dans trois paragraphes distincts des textes qui évoquent « la peste et la subversion de l'ordre social et moral » ou « ESB et vente de viande bovine en France » et aussi « le changement climatique et risque sanitaire », « choléra, hygiène et urbanisme », etc.

La deuxième aborde le thème : comment sont gérées les crises sanitaires contemporaines ?

Ses trois subdivisions sont les suivantes :

- Évaluation et gestion des crises sanitaires en France.
- Une gestion des risques moins technicienne et plus politique.
- La gestion du risque pandémique : le cas de la grippe H1N1.

Cette partie est plus « homogène » que la précédente pour ce qui est du contenu des textes rassemblés dans chacune des trois subdivisions.

La dernière est intitulée : « Une inconnue majeure dans l'équation de la crise : le public ».

Trois thèmes font l'objet de cette partie :

- Quand la population ne suit pas le plan de crise : le cas de la vaccination.
- Un enjeu majeur : obtenir la confiance du public.
- Les représentations sociales du risque.

On peut reprendre à son sujet ce qui est dit précédemment.

Ce petit ouvrage de 109 pages, y compris la bibliographie complémentaire et le rappel des références, est d'un abord rapide, facile et intéressant pour tout lecteur. S'il ne s'agit pas d'un ouvrage de référence sur le sujet, on peut y trouver rapidement l'essentiel pour la compréhension du mécanisme des crises sanitaires, de leur gestion, ainsi que des réactions du public à ces situations.

Il est probable que le contenu de ce livre trouve encore matière à s'appliquer dans l'avenir.

Michel Deysson

Le dispositif médical*Antoine Audry, Jean-Claude Ghislain*

Paris : PUF, Collection Que sais-je ? 2009. 128 p.

Ce petit ouvrage s'inscrit dans la ligne directrice de la collection qui pourrait être résumée par « ni trop, ni trop peu sur un sujet ». Il en est de même pour celui-ci qui traite du dispositif médical, sujet peu connu en dehors des personnes strictement intéressées, le plus souvent professionnellement. Divisé en cinq chapitres, eux-mêmes plus ou moins subdivisés, les thèmes suivants sont abordés :

- L'histoire du dispositif médical et de son environnement réglementaire.
- Innovation et évaluation.
- Accès et diffusion des dispositifs médicaux.
- L'apport du dispositif médical.
- L'économie du dispositif médical.

Il ne s'agit pas d'un référentiel de pratique, et les professionnels de santé ou de l'assurance maladie ne peuvent y chercher un substitut plus « abordable » que ne l'est la liste des produits et prestations remboursables au titre de l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale. Son intérêt se situe en amont de la pratique en ce qu'il élargit la vision des « profanes » sur le sujet et lui donne une densité par l'ensemble des notions qui lui sont rattachées et analysées assez simplement pour être comprises de tous. Un lexique complète utilement la lecture.

La conclusion « Bousculer le monde de la santé » mérite un commentaire particulier : les auteurs remarquent que les dispositifs médicaux ont déjà considérablement modifié les pratiques et thérapeutiques médicales, l'organisation des soins, le rapport du patient à sa maladie et à son traitement, etc. Pour l'avenir ils ajoutent, à titre d'exemple, qu'un « patient atteint de la maladie d'Alzheimer pourrait bénéficier d'un médicament avec traceur embarqué qui indiquera par la transmission d'un signal s'il a pris ou non son traitement à l'heure prescrite, dans les bonnes quantités »... D'où l'avertissement qu'il « faudra développer de nouvelles procédures juridiques et réglementaires pour les innovations de demain ». Il est possible de conclure cette lecture avec eux en disant que « le dispositif médical n'a pas fini de bousculer le monde de la santé » et d'ajouter, à titre personnel, peut-être plus que le médicament sur lequel la société fonde cependant sans doute plus d'espoir.

Michel Deysson

Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical*Jean-Pierre Blanchère*

Paris : Masson ; 2010. 96 p.

Certains ouvrages sont indispensables. Ce guide est de ceux-là. En 70 pages, il présente de manière simple et pratique tout ce qu'il faut savoir sur le sujet.

Tout d'abord, la création du cabinet avec le choix du lieu d'installation et l'achat du local. Puis la conception du cabinet, la sécurité du médecin, les obligations en matière d'hygiène sont abordées en insistant sur la tenue vestimentaire et la gestion des déchets d'activité de soins, notamment ceux à risque infectieux.

Un chapitre est particulièrement important, c'est celui relatif au contexte juridique d'exercice médical en cabinet de groupe qui décrit les trois structures juridiques : la société de moyens, la société civile professionnelle et la société d'exercice libéral. Autre chapitre essentiel, celui traitant des conditions d'exercice de la médecine où on apprend, par exemple, que huit inscriptions sont obligatoires dont la souscription de quatre assurances différentes : responsabilité civile, défense et assistance juridique, responsabilité non professionnelle et en cas de perte de ressources.

Après une présentation du mode d'exercice actuel comprenant, en particulier, des recommandations précises pour la rédaction des différents certificats (huit au total), le fonctionnement et le budget du cabinet sont abordés de manière précise.

Comme l'indique le titre, il s'agit d'un guide pratique, naturellement destiné aux jeunes médecins qui s'installent, mais également à ceux qui, déjà en exercice, désirent s'informer et mieux gérer leur cabinet. C'est un ouvrage bien structuré, simple, informatif et remarquablement référencé.

À l'heure où la médecine libérale est délaissée par 90 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins, il constitue un outil indispensable pour les nouveaux médecins comme pour ceux qui veulent connaître et comprendre le monde singulier qu'est la médecine libérale.

Jean Ducos

La santé, un enjeu de société*Catherine Halpern*

Auxerre (France) : Éditions sciences humaines ; 2010. 345 p.

Chacun le sait, la santé a une dimension sociale indéniable. Si la santé et la médecine ont une dimension scientifique et technique indéniable, celle-ci ne saurait épuiser un champ si vaste et si essentiel, car il conditionne la qualité de vie. Les

spécialistes disent qu'elle est encastrée (*embedded*) dans le social. Pour autant, déterminer ce qui dans le social (au sens large, incluant le sociétal et le politique) explique le comportement des agents que sont les patients, les professionnels de santé et les institutions n'est pas chose facile. Les sciences humaines et sociales montrent la diversité culturelle et historique des conceptions de la santé ainsi que des pratiques de soins.

C'est le défi de cet ouvrage d'introduire le lecteur non-spécialiste dans une approche diversifiée de la santé et des soins. Il s'agit d'une œuvre collective réalisée par 46 auteurs (philosophes, psychologues, anthropologues, sociologues, politistes, journalistes, économistes, infirmiers, médecins, pharmaciens, statisticiens) divisée en cinq parties.

- La première est consacrée à la santé et montre qu'en dehors de la médecine hippocratique et la médecine moderne, toutes les conceptions de la santé (et donc de la maladie) sont de nature religieuse.
- La deuxième traite du soin. Elle montre comment l'irruption de la maladie bouleverse le rapport de soi à soi et de soi aux autres et représente une épreuve pour tout malade, ce qui renvoie à la conception de la santé que chacun porte en soi et aux valeurs sociales auxquelles il adhère. C'est également ce qui explique et fonde la nécessité d'éducation thérapeutique du malade chronique qui doit apprendre à se soigner. Sont également abordées, la relation médecin patient qui a évolué de la soumission à l'autonomie ainsi que l'ambivalence du travail de soin constitué d'un couple attraction-répulsion.
- La troisième aborde le problème essentiel des inégalités de santé. Le texte le plus important concerne les inégalités sociales de santé, traité par un grand spécialiste de la question (Pierre Aïach). Elles sont envisagées comme un processus continu, de la petite enfance à l'âge adulte et à la vieillesse, et cumulatif. Toutefois, cette partie est descriptive et non explicative et laisse hors de l'analyse le champ culturel et les valeurs sous-jacentes aux comportements. Hormis cette réserve, l'exposé est remarquable. De même, on lira avec grand profit le texte consacré au bon usage des campagnes de prévention. Il met en évidence le rôle des grands médias qui apportent une sensibilisation et une prise de conscience des risques et constituent un bruit de fond, mais qui provoquent rarement une modification des comportements. Le plus souvent, il est nécessaire d'y adjoindre des actions ciblées dans un face-à-face avec des leaders d'opinion crédibles, aimés ou respectés en tenant compte de la forte influence du contexte de réception à savoir : « l'implication socio-affective lié à l'expérience détermine fortement les conditions d'assimilation, d'appropriation ou de rejet de ce qui est émis » (p. 211).
- La quatrième traite des débats théoriques sur le système de santé dans une approche internationale. Le lecteur intéressé par la question lira avec intérêt le texte de Brigitte Dormont sur les dépenses de santé considérées à la fois comme des dépenses, mais aussi comme un investissement social dans la mesure où elles apportent un gain de santé, de qualité de vie, voire de vie et de productivité économique. La vraie question est alors de savoir combien la société est prête à consacrer à la santé.
- La cinquième partie traite des questions éthiques, si essentielles dans le domaine de la santé. Toutefois, elles sont centrées sur la bioéthique et les nouvelles questions soulevées par le développement de la science médicale. Il manque une réflexion sur l'éthique médicale et son évolution depuis deux décennies ainsi que sur l'éthique sociale, c'est-à-dire l'éthique du système de santé dans sa conception, son organisation, son financement et sa régulation, qui n'est même pas abordée.

Au total, cet ouvrage constitue une bonne introduction pour tous les acteurs du système de santé, professionnels de santé, patients, gestionnaires et politiques qui veulent comprendre le comportement des autres agents. Il permet de poser les concepts, de problématiser les questions avant de se lancer dans une étude plus approfondie.

Jean Ducos

Cancérologie – Guide pratique

Patrick Dufour, Simon Schraub, Jean-Pierre Bergerat

Paris : Heures de France ; 2009. 426 p.

C'est un guide synthétique de cancérologie élaboré par une équipe d'oncologie hospitalière composée de différents spécialistes, généralistes, infirmières et cadre de santé.

Ce guide aborde chaque type de cancer d'organe, puis chaque hémopathie maligne. Cela en quelques pages, de l'épidémiologie aux indications et résultats thérapeutiques, et à la stratégie en cas de rechutes.

Il résume de manière pratique les points importants de chaque pathologie.

La dernière partie de l'ouvrage détaille les problèmes posés par certaines situations spécifiques (radiothérapie, traitement médicamenteux, surveillance hématologique, fertilité après traitement, techniques et entretien des abords veineux de longue durée) et la prise en charge infirmière du patient en chimiothérapie.

Jean-Pierre Francès

Écologie de la santé et biodiversité

Sous la direction de Michel Gauthier-Cler, Frédéric Thomas

Paris : Éditions De Boeck ; 2010. 538 p.

Il s'agit d'un ouvrage collectif d'épidémiologistes, vétérinaires, chercheurs en biologie de la conservation qui traite de l'impact des changements de notre environnement sur la biodiversité et sur la santé.

Les changements induits dans les faunes sauvages et domestiques agissent sur les zones où se répandent les maladies transmises par les animaux (zoonoses).

Pour les médecins en infectiologie, les mécanismes d'émergence de virus (West Nile, Influenza A, etc.), de parasites (échinocoque), de bactéries (agent de la borréliose de Lyme) sont détaillés.

Ensuite toute une partie développe l'organisation et les enjeux de la surveillance des maladies infectieuses des animaux sauvages, des animaux d'élevage et de compagnie en France.

Cette surveillance est nécessaire pour lutter contre l'introduction, auprès d'animaux en contact avec l'homme, d'agents pathogènes issus de la faune sauvage et susceptibles d'entraîner de nouvelles zoonoses.

Les médecines humaine et vétérinaire collaborent déjà dans des programmes de recherche et dans un système d'alerte précoce des maladies animales transmissibles à l'homme (le GLEWS, à l'initiative de l'OMS, la FAO et l'Office international des épizooties ou OIE).

L'OIE est devenu, en 2003, l'organisation mondiale de la santé animale tout en gardant l'acronyme OIE. Elle regroupe 175 États membres.

Ses missions consistent notamment à analyser et diffuser l'information scientifique vétérinaire, à soutenir les opérations de contrôle et éradication des maladies animales, à élaborer des normes sanitaires pour les échanges internationaux d'animaux.

Tout un chapitre est consacré à la prévention des crises sanitaires puis à certains exemples de crises sanitaires (deux épidémies circonscrites de peste en 2003 et 2005 en Afrique, grâce à la coopération des autorités médicales locales et des experts médecins, vétérinaires, entomologistes dépêchés par l'OMS).

À l'avenir, les modifications des écosystèmes vont s'accroître, faisant évoluer les interactions entre santé animale et humaine.

Ce livre ouvre des horizons scientifiques sur les problèmes posés.

Jean-Pierre Francès

Santé et mondialisation : quels impacts pour la France ?

Ouvrage coordonné par Jean-Noël Bail avec Annie Chicoye, Jean-Pierre Daurès, Gérard de Pourpourville, Gérard Viens

Montrouge (France) : John Libbey Eurotext, 2008. 127 p.

Le document est un recueil des actes des Neuvièmes Journées d'économie de la santé.

Les chapitres, abordés avec de nombreuses illustrations statistiques, portent sur la lutte contre les maladies chroniques à l'OMS, la mondialisation des marchés de santé, du risque en santé, les perspectives pour le marché pharmaceutique, assurance santé et globalisation.

Les épidémies, ou mondialisation des germes pathogènes, ont toujours existé et ont longtemps constitué le seul vecteur d'échange sanitaire. En terme de système de santé, il faut attendre le XX^e siècle avec la création de l'OMS pour assister aux plans internationaux de santé publique, à l'essor des industries de santé et, d'autre part, des systèmes de protection sociale. L'arrivée brutale de deux à trois milliards d'individus sur le marché de la consommation médicale, suite à la libéralisation des échanges, est un événement unique dans l'histoire.

Le relais des financements publics mondiaux, souvent défailants, est actuellement assuré de plus en plus par des associations et donations privées. La mondialisation de la lutte contre les maladies est un avantage limité par les ressources des États notamment au plan administratif avec de nombreux pays africains qui ne disposent pas d'un état civil. De même, le sida est lié à un virus mais donne deux maladies selon que l'on est au nord ou au sud. Malgré ces limites, la lutte coordonnée des États et l'accès aux médicaments ont permis d'améliorer les prévisions. L'infection VIH devait être parmi les trois premières causes de mortalité en 2030, elle prendrait désormais la dixième place. À l'inverse, parmi les inconvénients de la mondialisation figure le marché mondial des professionnels de santé ; ces derniers fuient vers les pays riches.

En terme de système de soins, la diffusion de la connaissance des états régionaux de santé permet des découvertes utiles. Les habitants du Kerala en Inde et du Sri Lanka ont une espérance de vie voisine des pays occidentaux malgré des ressources très modestes. À l'autre extrémité seuls les pays nordiques européens réalisent la combinaison d'une grande ouverture économique et de hauts niveaux de prélèvement. L'exportation du modèle d'assurance universelle qui est en fait très peu répandu au plan mondial, ne va pas de soi. Un système de soins à deux vitesses peut être, dans les pays très pauvres, plus équitable qu'un système gratuit capté par les riches.

L'innovation constitue la principale réponse adaptée à la mondialisation, pas seulement dans le domaine de la santé. L'hôpital public français, malgré les réformes successives, apparaît bien mal armé dans ce contexte, prisonnier qu'il est des cadres et des statuts. Leur déficit apparaît comme la résultante imméritée mais inévitable de ces lourdeurs. Notre système de gestion apparaît beaucoup plus pénalisé par son mode de gestion que par sa finalité.

François Latil

La nouvelle loi hôpital – patients – santé – territoires. Analyse, critique et perspectives

Jean-Marie Clément

Bordeaux (France) : Les Études hospitalières ; 2009. 131 p.

L'introduction parcourt cinquante ans de réformes hospitalières, pour en dégager dix lignes directrices qui, selon l'auteur, concourent à un seul objectif : « rationaliser l'offre de soins en la constituant en un système de soins cohérent et organisé, obéissant au doigt et à l'œil des pouvoirs publics étatiques ». L'auteur ne cache pas son scepticisme devant des réformes qui méconnaissent la spécificité de l'économie hospitalière et qui l'associe à tort à l'économie industrielle. Le ton est donné.

La première partie développe l'idée que la loi HPST s'inscrit dans la lignée des réformes précédentes : intervention de plus en plus marquée de l'État, coopération public-privé et recherche de rentabilité. Elle revient sur deux caractéristiques principales de notre système de santé, inscrites dans les lois successives y compris la loi HPST : la spécialisation des médecins et la concentration des structures hospitalières. Censées favoriser la sécurité et l'efficacité des soins, elles seraient selon l'auteur au contraire sources de gaspillages et de dysfonctionnements. La loi HPST n'est cependant pas exempte de ruptures avec la marginalisation des élus locaux au profit des professionnels dans les organes dirigeants des établissements publics de santé, la suppression du caractère organique du service public hospitalier et l'abandon des règles de comptabilité publique. En conclusion, la loi HPST serait « l'aboutissement d'une longue et inexorable transformation des hôpitaux en des établissements de santé dont le caractère public et leur rattachement à une collectivité territoriale apparaissent bien ténus ».

La seconde partie décrit en détail et analyse de manière critique les piliers de la nouvelle organisation du système de santé : ARS (Agence régionale de santé), CHT (communauté hospitalière de territoire) et gouvernance hospitalière. Le maître mot est la concentration au niveau d'un territoire : concentration des pouvoirs de financement et d'organisation du système sanitaire et médico-social entre les mains du représentant de l'État (les ARS) ; concentration des établissements publics hospitaliers en CHT, concentration des pouvoirs décisionnels au sein de l'hôpital entre les mains de techniciens administratifs ou médicaux (perspective entrepreneuriale), ce qui cantonne les élus locaux à un rôle de surveillance et non plus de gestion (perspective de service public). Cette organisation territoriale en un système coordonné vise à rationaliser l'offre de soins, c'est-à-dire supprimer les surcoûts tout en garantissant l'égalité d'accès aux soins. Ce dernier point étant particulièrement réaffirmé dans la loi HPST (définition extensive du soin allant de la prévention aux soins de suite, lutte contre la désertification médicale, développement professionnel continu, meilleure structuration de la permanence des soins). Enfin, un des éléments fondamentaux de la nouvelle organisation médicale hospitalière est la généralisation de la contractualisation, qui responsabilise chaque acteur de l'offre de soins en tant qu'ordonnateur principal des dépenses, mais qui peut également entraîner l'organisation hospitalière dans une dérive productiviste.

La conclusion dresse une synthèse critique de la loi, soulignant les points positifs et relevant les dérives potentielles, s'interrogeant sur l'intérêt ou l'applicabilité de certaines mesures et enfin, proposant quelques options alternatives. Toutes ces évolutions, dont certaines s'inscrivent en continuité avec les lois précédentes, concourent selon l'auteur à transformer l'hôpital en une entreprise comme les autres, conduisant à un délitement de la notion de service public hospitalier préjudiciable à la qualité des soins.

Fabienne Midy

Droit de la protection sociale

Franck Petit

Paris : Gualino, Collection Master Pro ; 2009. 247 p.

La protection sociale est un ensemble de mesures par lesquelles la société entend protéger les individus contre les risques sociaux. Elle peut être considérée comme la combinaison de diverses techniques de prise en charge de risques sociaux et de besoins sociaux, à un moment donné mise en œuvre, dans un État donné.

Le droit de la protection sociale accompagne, dans ses diverses expressions, toutes les étapes de la vie d'une personne. Il est également l'objet de nombreux débats politiques et parfois de rudes controverses idéologiques. Il est le droit de l'intervention publique, mais également celui de l'initiative et de la solidarité privée.

À ses origines, la protection sociale s'est construite sur une logique d'assurance sociale professionnelle. Elle était liée à l'exercice d'une activité professionnelle et compensait le risque de perte de revenu due à l'inactivité forcée (accident, maladie, chômage, vieillesse). Elle ne couvrait que les travailleurs et leur famille. Le droit aux prestations sociales dépendait du versement de cotisations sociales, proportionnelles aux salaires.

Lors de sa création le 4 octobre 1945, la Sécurité sociale affiche l'objectif de généraliser progressivement la protection sociale à l'ensemble des résidents du territoire. Une logique de solidarité fait son apparition, chaque membre de la collectivité nationale ayant droit à la garantie d'un minimum vital, indépendamment de l'exercice ou non d'une activité professionnelle, ou de sa capacité à s'ouvrir des droits aux prestations sociales en versant des cotisations.

Ainsi, la loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et devient universelle en 1978. La couverture du risque vieillesse est quasi-universelle depuis la création du minimum vieillesse (1956) garantissant à chacun une retraite minimale. La couverture du risque maladie est devenue universelle par la mise en place de l'assurance personnelle en matière de maladie (1978) et surtout de la couverture maladie universelle (27 juillet 1999), permettant à chacun d'accéder à un minimum de soins.

Au fil des décennies, cette protection sociale et le droit qui l'accompagne se sont étendus à l'ensemble des risques sociaux auxquels un individu peut être confronté tout au long de son existence, phénomène dont cet ouvrage rend bien compte, notamment en choisissant de ne pas séparer l'étude des dispositifs de sécurité sociale de celle des règles issues d'autres sources (aide sociale, régimes conventionnels, etc.).

C'est ainsi que l'auteur redéfinit avec précision les notions essentielles à la bonne compréhension de ce sujet tout en le situant dans un contexte historique plus généralisé.

Il s'attache également à présenter de manière exhaustive les institutions et les mécanismes ayant trait à cette notion de « protection sociale » tout en explicitant en parallèle les différentes prestations que ce terme générique peut recouvrir.

Christian Deshours

An institutional solution to conflicts of conscience in medicine

C. McLeod

Hastings Center Report. Nov-Dec 2010;40(6):41-2.

L'objection de conscience : un débat américain.

Hastings Center Report est une revue toujours bien intéressante de l'institution de bioéthique connue de la région de New York. On trouve dans le dernier numéro cet article consacré à un livre sur les conflits de conscience dans les soins (Fernandez Lynch H. *Conflicts of conscience in health care*. Boston: The MIT Press; 2008). Ce qui m'a interpellé c'est que, alors que la faculté d'objection de conscience par un professionnel de santé n'est pas contestée en France, en Suisse et dans les pays proches, sous réserve de limites en rapport avec l'urgence ou des intérêts majeurs du patient (Martin J. *Objection de conscience : déontologie et service à la population*. Bulletin des médecins suisses 2008 ;89 :1104), il apparaît qu'aux États-Unis beaucoup jugent que *the professional standard is no conscientious objection* (la règle est que l'objection de conscience n'est pas admissible). Un éthicien aussi connu et respecté que Dan Brock pense ainsi qu'il ne saurait y avoir objection à des actes ressortissant à *what is legal and professionally accepted* (ce qui est légal et généralement accepté par la profession). Extrait du propos de C. McLeod : « Une des questions qui intrigue le plus en éthique médicale est de savoir si des médecins individuels peuvent, pour raisons de conscience, refuser des soins [...] le problème est de savoir la mesure dans laquelle les médecins doivent subordonner leur intérêts à ceux de leurs patients. » Je le note parce que, pour la plupart d'entre nous ici, ces questions sont en principe résolues (on a le droit d'objecter).

Dans le livre analysé par McLeod, l'auteur – dans un sens « européen » – s'oppose à la prohibition complète de l'objection, concluant qu'il est nécessaire d'admettre un peu d'objection de conscience (*some conscientious objection...*) ! À cet égard, Fernandez Lynch estime que la profession, par ses organes, a la responsabilité de s'assurer que les patients obtiennent les services (licites) qu'ils demandent ; ceci par des arrangements entre confrères, l'objecteur de conscience s'assurant que le patient va pouvoir obtenir le service requis d'un autre médecin (c'est souvent la façon mise en œuvre dans notre pays, la Suisse, de manière informelle). La profession – ou l'autorité –, dit-elle, ne saurait renoncer à sa responsabilité de fournir un service qui est devenu un soin standard.

Elle propose une solution institutionnelle, passablement formelle à vrai dire : « Les médecins devraient faire enregistrer leurs objections de conscience auprès de l'autorité qui les autorise à pratiquer [l'Ordre en France], autorité qui doit vérifier la sincérité desdites objections et rejeter celles qui sont discriminatoires. Les patients ont accès à ces registres, ce qui facilite le *morals matching* [à savoir permettre aux patients et médecins qui partagent les mêmes valeurs de se retrouver]. S'ils ne peuvent trouver un médecin qui satisfasse leur demande, les patients peuvent se plaindre à l'autorité compétente. » Pour un pays, les États-Unis, en principe très libéral, on peut dire que cette proposition apparaît lourde. Pas sûr qu'elle serait aisément admise dans nos pays européens !

À noter encore que, dans son analyse, McLeod confirme les principes qui doivent être observés : « Indépendamment de leur objection de conscience, les médecins sont obligés d'informer les patients de toutes les options thérapeutiques [y compris celles auxquelles ils seraient opposés en conscience], de traiter en cas d'urgence et, si possible, d'orienter les patients concernés vers des confrères/structures susceptibles de fournir les soins requis. » Elle relève enfin que, à son avis, le médecin qui dénie un soin à un(e) patient(e), non seulement crée pour lui/elle un inconfort, mais lui fait du tort.

Jean Martin

Découverte de connaissances basée sur la littérature biomédicale. Une application exploitant le MeSH

Jean-Dominique Pierret

Saarbrücken (Allemagne) : Éditions universitaires européennes ; 2010. 148 p.

Depuis quelques dizaines d'années, nous assistons à une multiplication des connaissances et à leur fragmentation par la multiplication des spécialités.

Des travaux menés par Don Swanson ont porté sur l'identification de relations pertinentes entre ces savoirs fragmentés. Ces connexions cachées sont porteuses de nouveaux savoirs.

L'auteur s'attache à montrer qu'il est possible de développer un mode de recherche dans les bases bibliographiques, dont l'objectif serait de faire des découvertes.

Dans les requêtes bibliographiques, l'utilisation de l'opérateur booléen ET empêche la découverte de nouvelles relations puisque seuls les articles comportant une connexion déjà trouvée arrivent dans les résultats.

L'approche proposée est exposée avec un exemple d'une relation trouvée par Swanson en 1986. Elle a permis d'établir que l'huile de poisson pouvait avoir des effets thérapeutiques sur la maladie de Raynaud. À l'époque, il était établi que les patients porteurs de cette maladie avaient des risques d'agrégation plaquettaire et une viscosité sanguine élevée. Il était également établi que l'huile de poisson avait pour effet notamment d'inhiber l'agrégation plaquettaire et de diminuer la viscosité sanguine. Cependant, aucune publication ne suggérait que l'huile de poisson pouvait traiter la maladie de Raynaud. Après analyse de la littérature, Swanson fut le premier à proposer ce traitement.

Ainsi, l'auteur souhaite montrer qu'il est possible, par l'analyse de la littérature médicale, de connecter des parties disjointes de la connaissance biomédicale. En exploitant les bases bibliographiques, des nouveaux traitements pourraient être trouvés avec des gains considérables en productivité pour l'industrie pharmaceutique.

Georges Borgès Da Silva

La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique

Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Paris : La Documentation française ; 2010. 80 p.

La Commission des maladies chroniques du HCSP avait pour mission de faire le bilan des dispositions actuellement prévues par le système de santé pour la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Il s'agissait aussi d'émettre des recommandations sur les moyens d'améliorer la souplesse des dispositifs afin de favoriser la continuité entre la prévention et la prise en charge en aval des soins. L'ouvrage répond tout à fait à ces missions.

On remarquera particulièrement l'exposé des arguments du débat : prise en charge par l'admission en ALD (affections de longue durée) *versus* « bouclier sanitaire ». Chacun pourra se forger son opinion.

Georges Borgès Da Silva