

Textes officiels

Organisation, fonctionnement et évaluation des réseaux de santé

Ce décret fixe les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé mis en place par la loi du 4 mars 2002. Différentes mesures sont prévues à l'égard de l'utilisateur notamment la remise d'un document d'information (fonctionnement du réseau, prise en charge, modalités d'accès aux informations...). Une charte, dite « charte du réseau » définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole, et précise les principes éthiques. De même, le ou les promoteurs du réseau signent une convention constitutive au moment de sa création. Un bilan financier et un rapport d'activité doivent être transmis chaque année aux organismes qui ont accordé un financement au réseau et tous les trois ans un rapport d'évaluation doit être réalisé.

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 (JO du 18 décembre 2000)

Article

La Maison de santé de Roubaix

C'est pour mieux prendre en charge des populations cumulant des problèmes sociaux et médicaux et qui ne fréquentent plus les cabinets libéraux, que l'idée d'une Maison de Santé est née à Roubaix en mars 2000. Ce centre d'accueil médico-social, créé à l'initiative du centre hospitalier associé à la ville de Roubaix et aux médecins libéraux, permet la prise en charge de tous les publics se présentant aux urgences avec des problématiques souvent autres que médicales. Depuis deux ans, 6075 personnes ont été reçues à la Maison de santé dont 60 % proviennent aujourd'hui des urgences (ce qui a réduit de 20 % la fréquentation des urgences de soirée). Pour réorienter les patients vers les structures habituelles médicales du quartier qu'ils avaient délaissées jusqu'alors, le nombre des visites est limité à trois passages dans la Maison de santé. Un comité d'évaluation et de suivi réunit tous les deux mois les trois partenaires cités ci-dessus mais aussi d'autres organismes concernés. La question se pose du statut juridique de cette Maison de Santé, aujourd'hui piloté de fait par l'hôpital et qui pourrait être transformé en association ou en groupement de coopération sanitaire.

Service Public, le magazine du ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et de l'Aménagement du territoire, n° 93, décembre 2002.

Études

Connaissances sur l'accréditation acquises par le personnel des Hôpitaux de Marseille

Cette étude menée à Marseille montre que les connaissances sur l'accréditation semblent bien intégrées mais qu'il existe une méconnaissance de l'organisation des structures internes mises en place. Le problème majeur demeure la confusion existant entre principes

d'accréditation et d'autorisation, confusion qui entrave l'adhésion des professionnels à la démarche d'amélioration de la qualité. Par ailleurs, la communication sur l'accréditation est jugée insuffisante par les trois quarts des personnes. Cet état des lieux confirme les bénéfices qu'apportent les actions de communication, permet d'identifier un certain nombre d'écueils à éviter et suggère plusieurs recommandations.

Santé publique, n° 3, septembre 2002.

Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires

Cette enquête, réalisée auprès de 290 médecins généralistes d'un département de l'Ouest de la France, a permis de constater que l'évaluation du risque suicidaire est considérée comme particulièrement difficile par les deux tiers des médecins. Le rôle du médecin se situe à différents niveaux : en amont du passage à l'acte, dans la prise en charge lors de l'acte suicidaire et dans le suivi ultérieur de ces patients. Les deux tiers des médecins interrogés sont désireux d'être mieux informés sur les possibilités de prise en charge de leurs patients par les structures d'accueil et sont particulièrement favorables au développement de collaborations, en particulier au sein de réseaux coordonnés. Nombre de médecins expriment des besoins de formation, orientés vers l'apprentissage du risque suicidaire, tout particulièrement chez l'adolescent et la personne âgée.

Santé publique, n° 3, septembre 2002.

Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000

Selon l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) de l'Insee, 47 000 personnes étaient hospitalisées en soins psychiatriques fin 1998 (hors services de psychiatrie des hôpitaux généraux). Une majorité d'entre elles avait entre 25 et 59 ans était de sexe masculin et célibataire. Deux personnes sur trois sont en dehors du marché de l'emploi et presque deux personnes sur trois ont une incapacité reconnue par une administration. On remarque que les principaux handicaps des personnes hospitalisées en psychiatrie sont dus surtout aux limitations de la mobilité, aux limitations intellectuelles et scolaires. Les présences de longue durée à l'hôpital sont étroitement liées à l'importance des limitations dont souffrent les personnes et un quart d'entre elles vivait auparavant dans un établissement pour enfants ou pour adultes handicapés. Enfin, plus l'hospitalisation en psychiatrie est longue, plus les relations sociales se limitent aux seules relations familiales

Études et Résultats de la Drees, n° 206, décembre 2002, 11 pages.

L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers

Le cancer, maladie grave par ses nombreuses conséquences, est au cœur des préoccupations de santé publique. Il représente la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Les deux cancers les plus fréquents, sein chez la femme, prostate chez l'homme, peuvent être traités efficacement s'ils sont dépistés suffisamment tôt. À l'opposé, les tumeurs malignes massivement dues à l'alcool et au tabac touchent particulièrement les hommes d'âge actif, avec, pour eux, des conséquences lourdes en termes de mortalité. Évaluer l'efficacité de la prévention et du traitement des cancers nécessite de disposer d'indicateurs d'observation et de surveillance et pour cela, on a recours à plusieurs sources d'information : les registres des cancers, la déclaration des causes médicales de décès et les entrées en exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD). La chirurgie demeurant le traitement majeur de la plupart des tumeurs solides, les bases exhaustives de données hospitalières, dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), représentent une nouvelle source potentielle. La mise en perspective des 4 indicateurs représentés par l'incidence (issue des registres), l'incidence médico-sociale (issue des ALD), la mortalité (issue des causes médicales de décès) et les séjours chirurgicaux (issus du PMSI) permet d'étudier différents aspects de la pathologie cancéreuse en fonction de la localisation de la tumeur, tels que la fréquence, l'âge d'apparition, la survie, la prise en charge médico-sociale, le poids du traitement chirurgical, les disparités régionales...

Drees, série Études, n° 27, novembre 2002, 35 pages.

Opinion de volontaires sur leur première mission d'aide humanitaire

Des volontaires, partis pour l'Asie du Sud-Est dans le cadre des projets de l'organisation « Médecins Sans Frontières » ont été interrogés sur la façon dont ils avaient intégré leur mission et l'avaient appliquée. Sur le terrain, ils ont élaboré une stratégie d'intégration, prenant en compte l'écart entre leur conception du départ et la réalité du terrain, leur objectif principal étant leur acceptation par les personnels de santé locaux, après une phase d'observation nécessaire de la situation et des acteurs. Les résultats de cette étude signalent que les obstacles rencontrés par les volontaires dans leur première mission pourraient être partiellement supprimés par une préparation préalable et des informations spécifiques sur le type de mission demandée.

Santé publique, n° 3, septembre 2002.

Dossier

Accidents d'exposition au sang

La prévention des accidents d'exposition au sang (AES) est maintenant partie intégrante de la politique de prévention des infections nosocomiales mise en œuvre par les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). La régression de l'incidence des AES depuis 10 ans, mise en évidence par l'enquête multi centrique du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Géres) est consécutive, en partie, à l'amélioration des dispositifs médicaux pendant cette période. Ce dossier du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* comprend plusieurs enquêtes réalisées avec le concours du Géres sur l'incidence des AES chez le personnel infirmier en France en 1999-2000 (dans 32 hôpitaux) et sur la comparaison des risques des AES, liés à l'usage des stylos injecteurs et des seringues (dans 24 hôpitaux). Enfin, une étude d'évaluation sur l'efficacité d'une mesure de prévention d'AES montre l'utilité de se servir d'aiguilles de sécurité lors de prélèvement de sang veineux. En conclusion de ce dossier, on s'aperçoit que le nombre global des AES a continué à baisser mais il semblerait prudent, pour les auteurs de ces groupes de travail, que des formations de rappel soient envisagées après la mise en place de ces nouveaux dispositifs de sécurité.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH, n° 51/2002, 8 pages.

Rapport

Les comptes nationaux de la santé 2001

Les comptes de la santé privilégient deux grands agrégats : la consommation médicale totale (dont la consommation de soins et de biens médicaux) et la dépense courante de santé. Cette dernière mesure l'effort financier consacré au cours d'une année par l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. À la consommation médicale totale, elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et la fonction administrative. Ce rapport présente en première partie l'évaluation de la consommation médicale totale et ses principales composantes : soins hospitaliers publics et privés, soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux), médicaments et « autres biens médicaux », dépenses individualisables de médecine préventive. Elle décrit également la dépense courante de santé, sa structure et son évolution. La deuxième partie du rapport analyse le financement de la dépense courante de santé.

Drees, série statistiques, n° 39, septembre 2002, 75 pages.

Europe

Le 6^e programme-cadre de l'Union européenne pour la recherche et le développement technologique (PCRD)

Lancé à Bruxelles en novembre dernier, ce 6^e programme 2002-2006 a été doté d'un budget renforcé : 17,5 milliards d'euros, soit des moyens en hausse de 17 % par rapport au 5^e PCRD. Ce programme qui débute en 2003 s'articule autour de trois axes : concentrer et intégrer la recherche européenne, structurer l'espace européen de la recherche et en consolider les fondations. Les efforts seront concentrés sur 7 domaines prioritaires, où les sciences de la vie, la génomique et la biotechnologie pour la santé figurent en deuxième place, en termes de budget. Deux nouveaux instruments introduits par la commission européenne dans ce programme sont à signaler : les réseaux d'excellence et les projets intégrés qui doivent renforcer l'intégration de la recherche européenne et répondre aux thématiques prioritaires de ce 6^e PCRD. À noter que le bilan du 5^e programme montrait que la France arrivait en 3^e position après le Royaume-Uni et l'Allemagne dans le domaine de la recherche biologique et médicale et que cette participation était surtout le fait de l'implication des laboratoires publics de recherche (plus de 60 %) et des hôpitaux (près de 12 %), alors que les entreprises se sont montrées peu actives dans les réseaux européens du secteur médical (-11 % des participations françaises).

Inserm Actualités, n° 184, novembre-décembre 2002.

Programme de santé publique « Santé 2015 » en Finlande

La Finlande figure parmi les pays les plus avancés du monde dans le domaine de la santé publique. Elle a un programme ambitieux de santé publique, baptisé « santé 2015 », qui a pour objectifs la réduction des inégalités et l'amélioration de l'état de santé de la population. Le gouvernement finlandais a chargé le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de procéder à une évaluation de sa politique sanitaire. Sept experts internationaux se sont donc penchés sur le sujet et ont constaté qu'au cours des trente dernières années des progrès sanitaires considérables avaient été réalisés dans toutes sortes de domaines, y compris ceux liés à l'environnement, à l'hygiène et à la sécurité du travail, à la prévention des maladies infectieuses et des maladies cardio-vasculaires, à la promotion de l'hygiène physique et de l'hygiène alimentaire et à la promotion de la santé mentale. La promotion de la protection sociale et de la santé est récemment devenue un droit civil en Finlande, comme en atteste ce nouveau programme « santé 2015 ». Le rapport des experts présente, en autres recommandations, celles visant à améliorer les relations entre une autorité sanitaire nationale forte et les autorités municipales. Il préconise aussi de renforcer les synergies entre le développement social, le développement économique et le développement sanitaire.

Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future.



téléphone
télécopie
internet

Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP
01 40 56 79 80
01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr