

Textes Officiels

Soins de réanimation dans les établissements de santé

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Un décret en date du 24 janvier 2006 rappelle que cette activité de soins s'exerce en réanimation adulte, en réanimation pédiatrique et en réanimation pédiatrique spécialisée. C'est dans ces deux dernières réanimations que le code de la santé publique est modifié (dispositions réglementaires) par l'insertion de deux sous-sections concernant les conditions d'autorisation, les missions des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée ainsi que les missions de la surveillance pédiatrique continue, médicale et chirurgicale.

Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006, JO du 26 janvier 2006.

Conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique

Le présent décret complète le précédent en indiquant le profil et la composition des équipes médicales, qui doivent assurer la permanence médicale en réanimation pédiatrique et la surveillance continue pédiatrique.

Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006, JO du 26 janvier 2006.

Conditions d'implantation applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque

Un décret en date du 24 janvier 2006 précise les conditions d'autorisation d'implantation permettant aux établissements de santé de pratiquer l'activité de soins de chirurgie cardiaque pédiatrique et de soins de chirurgie cardiaque pour les patients adultes.

Décret n° 2006-77 du 24 janvier 2006, modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 27 janvier 2006.

Conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque

Le présent décret complète le précédent en indiquant les conditions techniques générales et nécessaires qui s'appliquent aux unités d'hospitalisation de chirurgie cardiaque ainsi que celles qui sont spécifiques aux structures dédiées à la chirurgie cardiaque pédiatrique.

Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006, modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 27 janvier 2006.

En ligne...

Tableau de bord des infections nosocomiales

Le lundi 6 février 2006, le ministre de la Santé et des solidarités a présenté un indicateur qui mesure les efforts réalisés (résultats de 2004) par les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales contractées à l'hôpital. Ce tableau de bord intitulé

Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, Icalin, est accessible sur le site Internet du ministère. Il distingue 13 types d'établissements (CHU, cliniques...) qu'il répartit en 5 niveaux : de A (le meilleur) à E (le plus faible). Chaque niveau correspond au niveau d'organisation et de moyens mis en œuvre pour lutter contre les infections. Icalin vise avant tout à permettre un suivi dans le temps de l'amélioration des efforts entrepris par les hôpitaux, sachant que l'objectif national de lutte contre les infections nosocomiales est de disposer d'un tableau de bord complet dans tous les établissements de santé en 2008.

www.sante.gouv.fr/icalin/accueil.htm

Articles

Comment réduire le risque de légionellose ?

Bien que rares, les légionelloses sont graves car elles surviennent chez des patients âgés ou fragilisés. Ces dernières années, les progrès diagnostiques et les mesures de surveillance ont permis une réduction des infections nosocomiales mais elles restent difficilement maîtrisables en raison de la multiplicité des sources hydriques : les eaux stagnantes (douches, bains), les systèmes de climatisation humide, les aérosols, les brumisateurs, les systèmes de ventilation artificielle... Par ailleurs, *legionella pneumophila* est capable de survivre longtemps dans l'environnement et se manifeste chez le malade par des signes respiratoires. Cet article de *La Revue du Praticien* dresse un état des différentes actions de prévention mises en place pour réduire le risque de légionellose.

La revue du praticien, n° 18, tome 55, 30 novembre 2005.

Épidémiologie de l'infection par le virus Chikungunya à l'Île de la Réunion

Début 2005, une importante épidémie d'infection à Chikungunya a touché les Comores avant de circuler sur les autres îles de l'Océan Indien et d'arriver en mars dernier à l'Île de la Réunion où son développement s'est amplifié particulièrement ces dernières semaines, touchant plusieurs milliers de personnes en un temps record. Cette maladie contractée par des piqûres de moustiques demande une prise en charge et un suivi médical car elle peut prendre chez les adultes des formes très douloureuses, parfois invalidantes et durablement asthénisantes. Les mesures de lutte sont difficiles car il n'existe ni traitement spécifique antiviral, ni vaccin. De plus, la transmission du virus se fait par un moustique extrêmement répandu, qui se reproduit dans des gîtes larvaires (soucoupes, récipients divers, pneus usagés, décharges...). La lutte contre ce vecteur de la maladie est essentielle pour enrayer cette épidémie et passe par la réduction des gîtes larvaires et l'utilisation d'insecticides pyréthrinoides. Cependant c'est la mobilisation conjointe de mesures individuelles et collectives qui permettra de faire diminuer durablement la transmission et de lutter efficacement contre ce virus dans cette zone tropicale où se trouve l'Île de la Réunion.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro hors série, 31 janvier 2006, 4 pages.

Pilosité excessive chez les femmes

La revue *Prescrire* consacre une étude à la pilosité excessive chez les femmes en recensant plusieurs synthèses sur ses causes, comme l'hypertrichose et l'hirsutisme. L'hypertrichose correspond à un développement excessif de la pilosité, sous forme de duvet, dans les zones cutanées essentiellement non androgénodépendantes et est observée dans les deux sexes. L'hirsutisme correspond à un développement de la pilosité chez les femmes dans les zones où les poils se développent habituellement chez les hommes. Cet excès de poils peut être une source de handicap psychosocial lorsqu'il devient trop apparent. Le but de cet article est de s'interroger sur les causes prédisposant à l'hirsutisme (qui peuvent être héréditaires, nutritionnelles, hormonales ou provenir d'affections métaboliques, de tumeurs virilisantes ou de traitements médicamenteux...) et de proposer divers traitements pour réduire la pilosité excessive.

Revue prescrire, n° 269, février 2006.

Le mode de vie des personnes âgées en Europe : comparaison dans neuf pays de l'Union

L'étude du mode de vie des hommes et des femmes âgés de 75 ans et plus dans neuf pays de l'Union en 2000, montre que vieillir en couple est plus courant chez les hommes (deux sur trois) que chez les femmes (une sur cinq). Cela s'explique par le fait de se retrouver seules plus tôt chez les femmes (par le décès du conjoint souvent plus âgé qu'elles), de la difficulté de se remarier pour elles sur le tard ou de vivre en couple sans être mariées (au Portugal, ce type d'union est exceptionnel, même chez les jeunes retraités). Les femmes âgées habitent seules ou avec de la famille ou des proches deux fois plus souvent que les hommes et vivent deux fois plus souvent en institution. Toutefois, il y a des différences selon les pays : 59 % des Allemandes et 56 % des Finlandaises habitent seules à un âge avancé, contre seulement 30 % des Portugaises. La proportion de célibataires, veufs ou divorcés, vivant seuls, évolue selon l'âge de la même façon dans les différents pays, à part le Portugal qui reste un cas particulier. En Allemagne et aux Pays-Bas, les personnes seules (surtout après 85 ans) sont très nombreuses : ces écarts peuvent s'expliquer en partie par des politiques différentes entre le Sud et le Nord de l'Europe dans la prise en charge des personnes souffrant d'une perte d'autonomie. Néanmoins, le taux de célibataires vivant en institution progresse avec l'âge : en France, cela tient à des incapacités plus sévères ou à une situation économique plus précaire, rendant difficile le maintien à domicile. Dans les pays du Sud, on observe une cohabitation plus fréquente des personnes âgées avec d'autres membres de la famille que dans les pays du Nord, mais ce mode de vie se raréfie avec l'avance en âge. Malgré ces différences, il existe partout en Europe un fort consensus autour de l'idée que les enfants doivent s'occuper de leurs parents.

Population et sociétés, n° 419, janvier 2006.

La carte européenne d'assurance maladie

La carte européenne d'assurance maladie, en remplaçant progressivement les formulaires papiers, permet à toute personne assurée par un système de Sécurité sociale d'un pays européen, de bénéficier de la prise en charge des soins médicaux. Le 28 juin dernier, la Commission européenne annonçait que 30 millions de citoyens de l'Union européenne détenaient une carte européenne d'assurance maladie. Cette carte étant individuelle et nominative, chaque membre d'une famille doit en posséder une, y compris les enfants. Elle ne contient aucune information médicale, mais uniquement l'identité de la personne, son numéro de sécurité sociale, le numéro d'identification de l'institution assurance maladie du pays d'origine. En France, la carte est valable un an et doit être demandée à la caisse d'assurance maladie d'affiliation (au moins deux semaines avant le départ). Cette carte permet à l'assuré d'être pris en charge pour des soins médicaux dans les autres pays européens et le dispense d'avancer les frais médicaux. En cas d'oubli de sa carte, le patient devra avancer les frais de soins en gardant les factures acquittées qu'il pourra donner, à son retour en France, à sa caisse d'assurance maladie pour être remboursé. À noter qu'au 1^{er} septembre 2005, le formulaire papier E111 (touristes) existait toujours à Chypre, à Malte, aux Pays-Bas, en Pologne, en Slovaquie, en Suisse et en Islande et n'était pas encore remplacé par la carte européenne.

Revue Prescrire, n° 269, février 2006.

Construire l'Europe de la santé publique

Une agence européenne a été créée, l'*European centre for disease prevention and control (ECDC)* pour structurer les nombreux problèmes que pose la santé publique dans l'Union européenne en termes d'harmonisation des indicateurs de santé, d'évaluation des besoins, d'environnement, de prévention du risque d'épidémies, du contrôle des maladies infectieuses etc. La France, par le biais de l'Institut de veille sanitaire, s'implique activement dans cette démarche en s'appuyant sur son expertise en santé publique et son expérience de coordinateur de réseaux européens. Cet article de la revue *Prévalence* présente un état des lieux des agences européennes qui coopèrent à une mise en cohérence d'une stratégie européenne commune dans le domaine de la santé publique et environnementale.

Prévalence, la lettre de l'Institut de veille sanitaire, n° 14, janvier 2006.

Dossiers

Aspects économiques du vieillissement

La revue *Retraite et Société* présente un numéro sur les différents aspects économiques du vieillissement. Dans la plupart des pays industrialisés, les pouvoirs publics incitent par un encouragement fiscal à l'épargne retraite. L'auteur du premier article s'interroge sur l'efficacité des traitements fiscaux de l'épargne retraite en les comparant avec ceux de l'assurance-vie et explique les avantages et les inconvénients de chacun des modes de taxation ou d'allègement. L'auteur du deuxième article, à l'issue d'une étude comparée sur les effets du vieillissement en Allemagne et dans l'ensemble des pays de l'OCDE, conclut à une corrélation entre vieillissement et budget de l'État. Les auteurs des deux articles suivants s'intéressent au style de vie lié au vieillissement, en particulier au logement des retraités, dont le confort et la taille évoluent avec l'âge (ajustements pour une habitation plus adaptée en raison des capacités physiques). Le logement peut être soit privatif, soit être une maison de retraite ou un foyer pour personnes âgées : dans ces deux derniers cas, les raisons de santé sont souvent invoquées. Par ailleurs, le désir de se rapprocher des enfants est également invoqué par les retraités mobiles. L'enquête européenne SHARE (survey on health, ageing and retirement in Europe) vient à l'appui de ces études en donnant les premiers résultats des informations recueillies en France et dans d'autres pays européens. Ces informations portent à la fois sur la retraite, les activités des retraités, leur état physique, leur environnement, leur situation pécuniaire, tant en termes de patrimoine que de revenu...

Caisse nationale d'assurance vieillesse, Retraite et société, n° 47, janvier 2006.

Solidarités familiales

Depuis les années quatre-vingt-dix, un courant de recherches s'est développé sur les solidarités familiales qui recouvrent un nombre de champs très variés au sein de la parenté, intéressant aussi bien les juristes, les anthropologues, les sociologues que les économistes. *La Revue française des Affaires sociales* consacre un dossier à ce thème en privilégiant deux axes : le premier vise à présenter des aspects souvent peu explorés des formes d'entraide au sein de la parenté comme celui des transferts intergénérationnels des parents vers les enfants (donations, héritages, accès facilité à la propriété du logement), comme celui du comportement des jeunes adultes, enfants de parents séparés, qui se prennent en main pour être plus tôt autonomes. Des réflexions sur les enquêtes européennes traitant des solidarités familiales reflètent également la diversité des liens familiaux, très différenciés selon les catégories sociales. Selon les pays, les préoccupations des experts peuvent privilégier certains aspects de solidarités familiales plutôt que d'autres (relations au sein du couple, aide aux personnes âgées ou aide aux personnes souffrant de handicaps). Le deuxième axe de réflexion porte sur les solidarités encadrées et mises en forme par la loi : solidarité dans les couples, obligations alimentaires, formes spécifiques de protection des parents âgés (protection juridique), recours aux établissements publics de santé contre les débiteurs alimentaires, barème de pension alimentaire pour l'entretien des enfants en cas de divorce... Ce dossier par la variété de ses articles montre ainsi la complexité des multiples intrications entre les solidarités familiales mises en œuvre par le droit civil et le droit de la protection sociale.

Revue française des Affaires sociales, n° 4, octobre-décembre 2005.

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



téléphone
télécopie
internet

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