

Textes officiels

Régime d'autorisation des laboratoires établis hors de France dans un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et modifiant le code de la santé publique

Le laboratoire qui s'établit hors de France demande une autorisation au ministre chargé de la santé en indiquant ses règles juridiques et les normes techniques de son fonctionnement, le nombre d'actes réalisés au cours de l'année, le nombre de personnes exerçant, le contenu des études, des stages ou des périodes de pratique professionnelle effectués au titre de leur formation. De même, il indique la chronologie et la périodicité des contrôles auxquels il est soumis. L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans et les autorités compétentes de l'État d'implantation du laboratoire sont informées de la décision du ministre chargé de la santé.

Décret n° 2006-306 du 16 mars 2006, JO du 17 mars 2006.

Actualités en ligne

Plan de lutte contre la douleur : 2006-2010

Reconnu par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

Le 3 mars dernier, le ministre de la santé a présenté, dans la continuité du programme engagé sur la période 2002-2005, le programme contre la douleur pour 2006-2010 qui repose sur quatre axes : l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie), la formation renforcée des professionnels de santé, une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques, la structuration de la filière des soins. Ce programme s'articule par ailleurs avec le plan cancer.

Pour en savoir plus sur le plan de lutte contre la douleur, aller sur le site du ministère :

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/index.htm

Premier forum européen sur la santé des jeunes

Les 10 et 11 mars 2006 s'est tenu à Florence, à l'initiative de l'OMS, le premier d'une série de forums internationaux dont l'objectif est d'intensifier l'action intersectorielle dans la prévention de la santé des jeunes. Ce forum a réuni de nombreux experts, praticiens et chercheurs venus de plus de 20 pays de la Région européenne. Pour faire face à l'obésité infantine qui devient de plus en plus inquiétante, il a souligné l'importance du rôle que l'école pouvait jouer dans l'information d'une meilleure nutrition alimentaire et la promotion des activités physiques... En effet, les enfants obèses peuvent développer des diabètes et souffrir de problèmes cardiaques à l'âge adulte. Par ailleurs, l'OMS, constatant que les conditions environnementales sont très déterminantes dans la santé des jeunes, demande à l'ensemble des pays de la Région de prendre des mesures pour promouvoir l'aide au développement de la santé des jeunes.

www.who.dk

Études

Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats

La Drees a mené en octobre 2004 une enquête auprès de 1400 médecins de ville pour connaître les recours urgents non programmés pris en charge par la médecine générale de ville (l'autre versant étant les services d'accueil des urgences à l'hôpital). Ces recours urgents essentiellement diurnes, représentent 12 % de l'activité totale des médecins libéraux et concernent principalement une majorité d'enfants et d'adultes de moins de 45 ans. Seuls 9 % des recours urgents ont été observés la nuit, soit deux fois moins que dans les services d'urgence hospitaliers, où 21 % des arrivées ont lieu entre 20 heures et 8 heures du matin. La plupart des patients vus en urgence souffrent d'une affection aiguë et sont à plus de 90 % des enfants et des jeunes (13-24 ans). Contrairement aux services d'urgence hospitaliers où les usagers se rendent autant pour des problèmes traumatiques que somatiques, la médecine de ville est surtout sollicitée pour des problèmes somatiques. Le diagnostic principal diffère en fonction de l'âge du patient : les maladies infectieuses prédominent pour les enfants et les jeunes adultes, la rhumatologie et la cardiologie pour les personnes âgées. Près de deux patients sur cinq se plaignent d'une douleur qu'il faut soulager rapidement et les médecins jugent qu'une proportion de près de 30 % d'entre eux présente un état somatique susceptible de s'aggraver, état qui augmente avec l'âge. Des médicaments sont prescrits dans neuf recours urgents sur dix, surtout aux patients les plus âgés avec des arrêts maladie délivrés dans 12 % des cas. Dans près de neuf cas sur dix, le médecin considère que le recours était justifié et oriente son patient, dans les cas les plus graves, vers d'autres soins : il peut s'agir, dans 5 % des cas d'une l'hospitalisation, le plus souvent immédiate, ou dans 34 % des cas d'un recours conseillé dans les deux semaines à un généraliste ou à un spécialiste.

Drees, Études et résultats, n° 471, mars 2006, 8 pages.

Incinération et santé en Ile-de-France : état des connaissances

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, en collaboration avec le Département environnemental urbain et rural de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAURIF), présente la synthèse d'une étude sur l'incinération des déchets en Ile-de-France et son impact sur l'environnement et la santé. Il souhaite attirer l'attention sur la nécessité d'une gestion rigoureuse des procédés de traitement. En effet, plus de 6 millions de Franciliens, soit 56 % de la population, résident dans l'environnement proche d'un incinérateur. L'objectif de l'étude était d'identifier l'ensemble des substances dangereuses qui sont issues de l'incinération des déchets ménagers (production annuelle de 5 millions de tonnes), de quantifier les flux de polluants émis par les incinérateurs franciliens et rejetés dans l'atmosphère (gaz : dioxyde de soufre, oxydes d'azote, acide chlorhydrique..., des particules de tailles variables, des métaux lourds et des composés organiques) et de qualifier, à l'aide d'un système d'information géographique, l'environnement autour de chaque incinérateur en termes de population et d'occupation du sol. L'exposition des personnes vivant aux alentours d'une unité d'incinération peut être directe (inhalation ou ingestion des poussières) ou indirecte (ingestion d'aliments cultivés et consommés localement) et peut provoquer des maladies concernant l'appareil respiratoire, la reproduction et le développement des cancers. La faiblesse des données et les estimations peu précises des expositions n'ont pas permis d'établir de relation de causalité entre les incinérateurs et les effets décrits. Cependant, des excès de risques significatifs sont parfois observés. Aussi l'étude propose des recommandations : limiter l'augmentation des volumes incinérés, notamment en améliorant le tri des déchets, achever la modernisation des incinérateurs franciliens et assurer une surveillance sanitaire de la population vivant autour des incinérateurs, notamment grâce à la mise en place d'un registre des cancers en Ile-de-France, projet actuellement en cours de développement.

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, mars 2006, 8 pages.

L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé

L'aide médicale de l'État (AME) assure une protection médicale aux personnes qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la couverture médicale universelle, c'est-à-dire essentiellement aux étrangers en situation irrégulière. Cependant, pour bénéficier de l'AME, il faut résider en France depuis plus de trois mois et disposer de ressources inférieures

à un certain plafond (le même que celui retenu pour l'admission à la CMU). À la fin du mois de juin 2005, on dénombrait quelque 170 000 bénéficiaires de l'AME. À noter que les étrangers en situation irrégulière et qui sont depuis moins de trois mois en France, bénéficient d'une prise en charge de soins urgents lorsque leur état est jugé grave. Les discussions relatives au budget de l'AME ont conduit à s'interroger sur l'existence de dispositifs similaires dans d'autres pays européens : Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Pays-Bas et Portugal. Il ressort de cette étude que l'Allemagne et le Danemark accordent des droits très limités aux étrangers en situation irrégulière sauf s'il s'agit de traitements urgents. L'Espagne et le Portugal subordonnent l'accès aux soins à la domiciliation, et non à la régularité du séjour. La Belgique et les Pays-Bas ont mis en place des dispositifs particuliers pour les étrangers en situation irrégulière pour qu'ils puissent accéder à presque tous les soins, dès lors qu'un praticien conventionné a rempli une attestation d'urgence de soins. L'Italie et l'Angleterre assurent la prise en charge de certains soins : soins urgents, médecine préventive...

Les documents de travail du Sénat, Série Législation comparée, n° LC 160, mars 2006, 34 pages.

Dossier

Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent environ 16 % de la population française, et selon les projections de l'Insee, représenteront plus de 29 % de la population en 2050. La loi d'orientation de santé publique prévoit la réduction de 25 % du nombre annuel de chutes chez les aînés d'ici à 2008. Cet objectif requiert une mobilisation générale et concertée entre les professionnels concernés. Depuis plusieurs années, l'Inpes est engagé dans la prévention des chutes des personnes âgées dans le cadre de son programme de prévention des accidents de la vie courante. *La santé de l'homme* présente un dossier consacré non seulement aux professionnels mais aussi aux familles et présente le programme de l'Inpes visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et à réduire les incapacités liées au vieillissement. La première partie du dossier cadre le sujet en présentant un bilan épidémiologique (9 300 décès par an provoqués par des chutes), la présentation des facteurs de risques (chutes, surconsommation de médicaments), les approches de prévention et d'éducation pour la santé (référentiel édité par l'Inpes : ouvrage international francophone de bonnes pratiques et de recommandations réalisé par un groupe d'experts sur la prévention des chutes). La deuxième partie présente des expériences de prévention : en région Bourgogne, « Équilibre », programme labellisé d'ateliers d'animation et d'exercice physique de prévention des chutes, en Franche-Comté, formation des aides à domicile à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans la vie quotidienne. D'autres expériences éducatives à Gentilly, au CHU de Lille, à Montpellier, à Marseille, en Ile-de-France, montrent que la prise de conscience et la formation des personnels soignants ainsi que l'adhésion des personnes âgées ont donné des résultats très encourageants. La troisième partie présente des expériences étrangères en Belgique, en Suisse et au Québec, dont les résultats indiquent une amélioration de l'équilibre et de la mobilité des personnes âgées qui y participent.

Inpes, La Santé de l'homme, n° 381, janvier-février 2006.

Colloque

La santé à l'école : les troubles du langage

À Paris, en décembre 2005, la direction générale de la santé et l'Inpes ont organisé une journée d'échanges et de réflexion sur la thématique « Actions et dispositifs en faveur des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ». *La santé de l'homme* en présente les principales lignes dans son numéro de janvier-février 2006, sous l'intitulé « santé à l'école ». En effet, l'école est le lieu stratégique de dépistage et de prise en charge des enfants présentant des troubles du langage. C'est l'enseignant qui joue le premier rôle clé, mais les médecins de l'Éducation nationale, en collaboration étroite avec les enseignants et les membres du réseau d'aide aux enfants en difficulté (Rased) participent également au dépistage d'éventuelles difficultés à travers des tests spécifiques réalisés pendant le bilan médical, qui se déroule en présence des parents : c'est donc le travail en réseau qui est la clé d'une prise en charge

efficace. Cependant 37 centres référents pour des prises en charge de cas particulièrement sévères ont été progressivement installés dans les CHU ces cinq dernières années. Ces centres, qui réunissent une équipe pluridisciplinaire de professionnels, ne fonctionnent pas tous de la même manière et il existe de ce fait de fortes disparités régionales. Le centre de référence d'Amiens, rattaché au CHU, se caractérise par des missions variées, dont celles de formations interactives et de recherche et associe les services de neurologie pédiatrique et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. À Marseille, un centre de référence installé dans le CHU a mis en place un réseau d'évaluation et de prise en charge des enfants dyslexiques. Il reste cependant beaucoup à faire pour améliorer la prise en charge de ces troubles du langage et l'accompagnement reste coûteux, comme le constate l'association Trustd, basée à Bourges, et qui s'occupe spécifiquement d'enfants de familles défavorisées.

Inpes, la Santé de l'homme, janvier-février 2006, n° 381.

Ouvrage

Faut-il brûler le modèle social français ?

Face au constat d'une crise sociale qui perdure en France (chômage, précarité de l'emploi, mobilité professionnelle faible), due à des politiques publiques souvent contradictoires, faites de juxtaposition de dispositifs épars incitant à l'inactivité (préretraite, dispense de recherche d'emploi), les auteurs soulignent les difficultés que rencontrent les Français pour atteindre un modèle social constructif dans l'Europe d'aujourd'hui. Pour sortir de cette crise, ils préconisent de s'inspirer des modèles des pays nordiques. Ils expliquent les raisons de la réussite nordique en analysant les caractéristiques qui la distinguent, avec l'exemple du dynamisme dans la compétitivité professionnelle : nombreux jeunes sur le marché de l'emploi avec expérience professionnelle, dépenses importantes dans le secteur de la recherche, investissement dans la connaissance, l'éducation et la formation des jeunes, modulation du temps de travail en fonction du cycle de vie... avec l'exemple des comptes publics excédentaires (diminution d'emplois dans la fonction publique avec la suppression de doublons, fréquents entre agences et administrations centrales ainsi que dans les ministères où le ministre dispose d'un collaborateur et s'appuie sur une administration centrale qui lui sert de cabinet étendu)... avec l'exemple du niveau de prélèvement important sur l'impôt sur le revenu qui représente près de la moitié des recettes fiscales (53,2 % au Danemark, 30,4 % en Suède et 31,2 % en Finlande contre 17,3 % en France). Par ailleurs, les auteurs montrent que la flexibilité de l'emploi (définie surtout par la capacité d'adaptation d'un individu) en favorisant la mobilité sur le marché du travail (liberté d'embauche et de licenciement, formation et accompagnement des chômeurs pour retrouver un emploi) est un atout dans la compétition entre pays. D'une manière générale, il semble que les pays nordiques aient été obligés de modifier leur modèle après la grande crise du début des années 1990 et aient trouvé des solutions équitables et efficaces aux problèmes que les Français rencontrent aujourd'hui. Les auteurs soulignent que les réformes qui doivent être faites en France, à l'instar des états nordiques dont elle devrait s'inspirer, seraient destinées à augmenter une richesse collective (et non simplement à déterminer la répartition des richesses pour sortir du ghetto du non-emploi) et à développer une politique d'activation lui permettant de devenir un modèle à la fois compétitif et solidaire dans l'Europe du XXI^e siècle.

Alain Lefebvre et Dominique Méda, Éditions du Seuil, mars 2006, 156 pages.

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