

Textes juridiques

Médecine d'urgence

Deux décrets en date du 22 mai 2006, relatifs à la médecine d'urgence, revoient les modalités de coopération entre les Samu et les Smur et les dispositions de la prise en charge des patients par les urgences, ainsi que les conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence. Le premier décret s'applique plus particulièrement aux conditions d'autorisation de faire fonctionner une structure de médecine d'urgence pour un établissement de santé. L'établissement participe à un réseau d'établissements de santé, qui permet d'assurer les soins que nécessite un patient en l'orientant dans un très bref délai vers le plateau technique spécialisé adéquat qui le prendra en charge. Le réseau couvre un espace infrarégional, régional ou interrégional et peut également organiser des actions de coopération internationale avec des territoires frontaliers. Les conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence font l'objet du second décret et précisent le profil professionnel, la composition et l'effectif de l'équipe médicale d'urgence ainsi que les moyens mis à sa disposition par l'établissement pour transporter, accueillir et prendre en charge le patient. Deux paragraphes sont consacrés également à la prise en charge des urgences pédiatriques et à celle des urgences psychiatriques.

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) et décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 23 mai 2006.

Modalités de l'expérimentation de déclaration des événements graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de préventions nosocomiales

Un arrêté en date du 25 avril 2006 décrit les modalités de cette expérimentation dont est chargé l'Institut de veille sanitaire (loi du 9 août 2004). Celui-ci soumet à l'avis d'un comité de pilotage, créé pour la durée de l'expérimentation, ses propositions relatives au projet de protocole de mise en œuvre du dispositif, les rapports intermédiaires relatifs à l'état d'avancement du protocole, le rapport d'évaluation de l'expérimentation...

Arrêté du 25 avril 2006, JO du 23 mai 2006.

Articles

Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

Mis en place en 1988, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) avaient pour objectif non seulement d'améliorer le suivi épidémiologique de l'infection à VIH mais aussi de renforcer l'organisation et l'analyse des essais thérapeutiques, de former les professionnels médicaux et paramédicaux de tous les établissements prenant en charge des patients VIH et de coordonner les nouveaux dispositifs de prise en charge hospitalière. Face à l'évolution thérapeutique et à une organisation qui semblait trop hospitalière, une refonte du dispositif a paru nécessaire. Se substituant aux CISIH, les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, les COREVIH, (qui doivent être mis en place le 1er juin 2006), s'ouvrent aux acteurs extra-hospitaliers et favorisent la

participation des représentants des usagers. Cet article présente la composition des COREVIH, leur organisation, leur fonctionnement et leurs missions. Les missions principales des COREVIH sont de favoriser les coordinations des professionnels de santé, des associations de malades et des actions de coopération internationale (GIP Esther), de participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients et de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991. Les COREVIH ont des missions élargies par rapport aux CISIH et de ce fait ont des partenaires plus nombreux. Les réseaux de santé ont également leur place dans ce nouveau dispositif, souligne l'auteur de cet article, et la manière dont ils doivent l'intégrer reste pour le moment un sujet de réflexion.

Filières et réseaux 2 santé, FR2S, n° 7, mars-avril 2006.

Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle

Les données de prévalence de sources américaines et anglaises montrent que le trouble obsessionnel compulsif (TOC) toucherait près de 2 % de la population adulte et serait la quatrième pathologie psychiatrique la plus fréquente. Les études familiales et de ségrégation ont montré l'influence de facteurs génétiques et/ou environnementaux dans la genèse de la maladie. Cet article décrit les divers traitements préconisés dans la prise en charge thérapeutique des patients et les techniques neurochirurgicales développées face aux formes sévères du TOC, réfractaires au traitement suivi : soit que le traitement n'a pas apporté d'amélioration significative, soit qu'il a dû être interrompu pour effets indésirables. Cependant, malgré les études ayant montré les effets bénéfiques de la chirurgie d'ablation chez les sujets souffrant de formes sévères du TOC, le caractère irréversible des lésions qui en résultent et leurs complications éventuelles ont amené à proposer la stimulation cérébrale profonde, technique ciblée non lésionnelle. Cette neuro-stimulation a pour avantage théorique la réversibilité de l'effet, la possibilité d'ajuster les différents paramètres de stimulation pour obtenir un résultat de qualité sans effets indésirables. À ce jour, les résultats sur une dizaine de cas de patients souffrant de TOC traités par stimulation peuvent être considérés comme positifs mais partiels pour la plupart d'entre eux (sur les obsessions, compulsions et anxiété associée) et leur ont permis la reprise d'une certaine activité sociale. Les résultats, quoique prometteurs, restent préliminaires et une étude nationale multicentrique sur le traitement du TOC a été mise en place afin de confirmer ces premiers résultats et de répondre aux questions restées en suspens.

Haute autorité de santé, série évaluation des technologies de santé, mars 2006, 5 pages.

Études

Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après un diagnostic

Le chapitre « accompagner » du Plan cancer, élaboré pour la période 2003-2007, insiste sur l'objectif d'améliorer le retour à l'emploi des patients atteints de cancer. La Drees a réalisé une étude à partir d'une enquête menée en 2004 auprès d'un échantillon représentatif des personnes ayant bénéficié d'une prise en charge à 100 % pour certaines affections de longue durée (ALD), et notamment au titre d'un premier diagnostic de cancer intervenu deux ans auparavant. Au moment du premier diagnostic de leur cancer, 40 % des personnes interrogées avaient un emploi, 3 % étaient au chômage, 50 % étaient déjà à la retraite, 7 % étaient d'autres inactifs, principalement des femmes. Deux ans plus tard, le taux d'emploi de ces personnes a diminué de 10 points, seules 30 % d'entre elles occupent encore un emploi. N'ont été retenues pour l'échantillon que les personnes âgées de moins de 58 ans qui occupaient un emploi lors du diagnostic de leur cancer : deux ans après le diagnostic de la maladie, près de deux de ces patients sur dix n'ont plus d'emploi, environ 3 % ont bénéficié d'une préretraite ou d'une retraite anticipée, 5 % sont en invalidité permanente et un peu moins de 5 % sont passés dans la catégorie « autres inactifs », enfin 6 % de ces patients se trouvent au chômage. L'impact de la maladie sur la vie professionnelle des patients dépend, pour une large part, de leur situation socio-économique de départ et de leur niveau de protection dans l'emploi. Sur un plan plus subjectif, plus de quatre patients sur dix expriment le sentiment que leur cancer les a pénalisés de façon significative dans leur activité professionnelle. L'enquête fournit également des indications sur les diminutions de revenus liées au cancer, déclarées par un patient sur six. Des

difficultés à rembourser des emprunts sont signalées dans quatre cas sur dix, de même, des difficultés à obtenir un prêt sont signalées dans plus d'un cas sur quatre.

Drees, Études et résultats, n° 487, mai 2006, 8 pages.

Suicides et tentatives de suicide en France

Au niveau européen, la France occupe une position assez défavorable par son taux de suicide (elle occupe le 3^e rang après la Finlande et l'Autriche). En 2003, 10 660 décès par suicide ont été enregistrés dont 7 940 pour des hommes et 2 720 pour des femmes. Les suicides masculins représentent près de 80 % de l'ensemble des suicides chez les 15-24 et les 25-34 ans alors que les suicides féminins constituent près du tiers des suicides chez les 55-64 ans. Si l'on parle davantage du suicide des adolescents, pour lesquels il s'agit d'une des principales causes de décès à un âge où l'on meurt peu de maladie, les personnes âgées sont, en proportion, nettement plus concernées par le suicide, en particulier les hommes de 85 ans ou plus. Les taux de décès les plus élevés sont par ailleurs le fait des personnes veuves et des divorcées (58,8 et 37,3 pour 100 000), les célibataires et les personnes mariées présentant les taux les plus faibles (20,4 et 16,8). Les tentatives de suicide sont plus souvent le fait des femmes et des personnes jeunes, mais les personnes effectivement décédées sont des hommes dans les trois quarts des cas. Un peu moins de 200 000 tentatives de suicide (fréquemment réalisées par voie d'intoxication médicamenteuse) donnerait lieu chaque année à un contact avec le système de soins. Un tiers de ces tentatives relèverait, initialement ou après un séjour de courte durée en soins somatiques, d'une hospitalisation en psychiatrie. Le risque suicidaire concernerait 2 % de la population et le taux de récurrence est évalué à 22 % pour les hommes et 35 % pour les femmes. Il existe également des disparités régionales de la mortalité par suicide, les régions nord et ouest étant les plus touchées.

Drees, Études et résultats, n° 488, mai 2006, 8 pages.

Dossier

L'Union régionale des médecins libéraux de la région Paca

Sous le titre « l'outil de proximité au service de la profession », l'URML de la région Paca a consacré dans son numéro de mai 2006 un dossier aux activités, aux axes de travail et aux missions de l'Union. Sont également abordés dans ce numéro spécial l'évaluation des pratiques professionnelles, l'expérience du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqs), qui a permis le financement de plusieurs actions initiées par l'URML et la présentation du panel des médecins généralistes de la région (échantillon de 600 médecins, représentatifs des 6 200 médecins généralistes libéraux de la région, qui répondent depuis 5 ans aux enquêtes de l'URML Paca).

Le Journal des médecins libéraux, Union régionale des médecins libéraux de Paca, mai 2006, 27 pages.

Rapport

Les personnels des établissements publics de santé

La Cour des comptes a élaboré un rapport sur les personnels des établissements publics de santé dans un double objectif : donner une vue d'ensemble des règles statutaires et du cadre de gestion de l'ensemble des personnels et étudier la régulation des effectifs des professionnels de santé. La Cour souligne d'abord les inadaptations du cadre de gestion des personnels selon qu'ils dépendent d'une administration centrale ou territoriale. De même, la répartition des compétences n'est pas toujours satisfaisante et manque de cohérence entre la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du ministère (Dhos), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements publics de santé. La réforme de la réduction du temps de travail a rencontré également de nombreux problèmes. Enfin, l'évolution mal expliquée des dépenses du personnel dans certains secteurs est le signe de lacunes en outils d'analyse. La Cour cherche ensuite à approfondir les causes de carences dans la régulation des effectifs des professionnels de santé et propose un certain nombre de recommandations. Pour répondre au premier objectif : simplifier le cadre statutaire par suppression d'inutiles complexités, modifier

la répartition des compétences, notamment entre le ministère et les ARH, faire un bilan précis des coûts de la réduction du temps de travail, préciser les obligations de service des personnels médicaux, créer au niveau national des outils d'analyse pour mieux suivre les dépenses de personnel et réviser l'ensemble des régimes indemnitaires et les divers avantages alloués au personnel et assurer un respect strict des dispositions mises en œuvre. Pour le second objectif : développer les outils de connaissance et de gestion prévisionnelle des effectifs, programmer de manière pluriannuelle le numerus clausus des étudiants en médecine, mettre en place un dispositif d'orientation des internes plus efficace permettant de répondre aux besoins des disciplines jugées déficitaires et mettre à l'étude l'ensemble des mesures, y compris contraignantes, en matière de répartition territoriale des professionnels de santé.

Cour des comptes, Rapport public thématique, synthèse, mai 2006, 13 pages.

Livre blanc

Le management des CHU : réalisations, projets

Les CHU ne sont pas des pôles de référence seulement dans le domaine médical mais aussi dans celui du management hospitalier tant sur le plan national qu'international. Ils participent au développement économique et social des régions, en employant un important effectif de professionnels de santé. Ce livre blanc a été rédigé avec la participation des 31 centres hospitaliers régionaux et universitaires et donne une synthèse des résultats obtenus et des réorganisations accomplies ces cinq dernières années ainsi que les actions à mener dans le futur. Il aborde successivement, à partir d'exemples, les huit thèmes suivants : le CHU stratège, la recherche et l'innovation au bénéfice du patient, les finances et l'activité (la modernisation des outils de gestion), le nouveau concept de l'architecture hospitalière (organisation repensée), l'évolution de la politique des ressources humaines au service de la stratégie, la logistique et les achats (rendre du temps soignant aux soignants), les systèmes d'information (priorité à la production des soins), le management et la qualité (le management par la qualité se développe et se médicalise de plus en plus). En conclusion, ce livre blanc souligne l'importance des actions menées désormais conjointement par les CHU pour assurer avec efficacité leurs diverses missions de soins, de référence, de recherche, d'enseignement et d'innovation...

Le Livre blanc du management des Centres Hospitaliers Universitaires, sous les présidences du président de la conférence des directeurs généraux de CHU et du président de la conférence des présidents de CME, 2006, 75 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