

Textes Officiels

Création du Conseil national de la chirurgie

Un arrêté en date du 19 octobre 2006 porte création du Conseil national de la chirurgie, dont les principales missions sont d'élaborer des propositions sur le cursus d'évolution de formation des chirurgiens, de proposer des orientations pour la formation continue et des critères pour l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des méthodes d'évaluation des innovations thérapeutiques, d'assurer une fonction de veille sur les évolutions scientifiques et de formuler des propositions sur l'évolution de la couverture des risques. Il peut intervenir en tant que médiateur dans des opérations de coopération entre établissements de santé et de reconstitution des activités de chirurgie entre établissements de santé. Le secrétariat du conseil est assuré par les services du ministre chargé de la santé.

Arrêté du 19 octobre 2006, modifiant l'arrêté du 15 octobre 2004, JO du 27 janvier 2007.

Brochure pour l'investigateur d'une recherche biomédicale portant sur les produits sanguins labiles, les organes, les tissus d'origine humaine ou animale et les préparations de thérapie cellulaire mentionnées à l'article L. 1243-1 du code de la santé publique

Une brochure pour l'investigateur accompagne la demande d'autorisation de recherche biomédicale et la demande d'avis à adresser respectivement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au Comité de protection des personnes. Elle décrit l'ensemble des données cliniques et non cliniques concernant le produit sur lequel porte la recherche qui sont pertinentes pour l'étude de ce produit chez l'être humain. Elle fournit par ailleurs des informations permettant à l'investigateur de se conformer aux informations fournies dans le protocole, à comprendre et effectuer sa propre évaluation du bien-fondé de la recherche biomédicale proposée en se basant sur le rapport bénéfice/risque. Elle donne également des informations permettant de faciliter la prise en charge médicale des personnes qui se prêtent à la recherche.

Arrêté du 8 janvier 2007, JO du 27 janvier 2007.

Organisation de certaines professions de santé et répression de l'usurpation de titres et de l'exercice de ces professions

La loi du 30 janvier 2007, ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 et modifiant le code de la santé publique, précise les conditions nécessaires pour exercer certaines professions de santé comme celle de diététicien, annonce la création d'un fonds des actions conventionnelles au sein de la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la création d'un observatoire des risques médicaux rattaché à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). De même, il est créé pour chaque bénéficiaire de l'assurance-maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique dont les informations alimentent le dossier médical personne.

Loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007, JO du 1^{er} février 2007.

Accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé

Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé de santé, bénéficie de plein droit d'une convention lui permettant de l'aider à bénéficier de l'assurance des prêts, de la prise en compte complète par les établissements de crédit des

garanties alternatives à l'assurance et de l'aider aussi dans les modalités d'instruction de son dossier et de médiation. La loi du 31 janvier 2007 rappelle les définitions et les modalités prévues pour l'accès à cette convention.

Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007, JO du 1^{er} février 2007.

Études

« Platines » un site d'information sur les établissements de santé en France

« **P**latines », Plate-forme d'information sur les établissements de santé, permet la diffusion de données synthétiques sur 1 300 établissements de santé publics ou privés, ayant des activités dites de « court séjour » en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), repérées à partir des bases de données 2004 du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Une fiche décrit pour chaque établissement ses principales caractéristiques (capacités d'accueil, équipements, activité de MCO). La présence de services d'urgences et de réanimation ou de certaines activités nécessitant l'obtention d'une autorisation préalable est également répertoriée. La publication du score ICALIN, indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, s'inscrit également dans cette démarche. De même, les résultats de la certification de l'établissement sont fournis quand ils sont disponibles. L'évaluation est faite par la Haute autorité de santé. Le site « Platines » sera actualisé et enrichi au fur et à mesure de la généralisation de nouveaux indicateurs de qualité de soins.

Drees, Études et résultats, n° 550, janvier 2007, 8 pages.

Le métier d'infirmière libérale

Cette étude de la Drees s'intéresse aux infirmières libérales et aux conditions qui les ont menées à ce type d'exercice dans un métier ancré avant tout au sein de l'institution hospitalière. En 2000, une première recherche avait été menée auprès des infirmiers et infirmières libéraux (86 % sont des femmes) pour connaître leurs motivations, leurs interactions avec les autres professionnels du soin ou les aidants familiaux, leurs représentations du métier et leur avenir... Dans le cadre de la présente recherche, une série d'entretiens a été réalisée auprès d'une cinquantaine d'infirmières. L'étude présentée se décline en cinq parties : la première partie présente des repères historiques et des données de cadrage d'un métier encore mal configuré et évalue les effectifs des personnels infirmiers, qui augmentent (environ 55 000 professionnels aujourd'hui) mais ont tendance à vieillir. La seconde partie porte sur les trajectoires des infirmières libérales, leurs origines sociales, leurs représentations du métier et leurs motivations, leurs parcours scolaires et de formation, les modes d'entrée dans le métier (les premiers postes en hôpital ou en clinique) et les modes d'exercice... La troisième partie a trait aux pratiques professionnelles : contenu de l'activité, relations dans le cadre d'activité (avec les patients, les professionnels de santé, les aides à domicile et les établissements de santé pour personnes âgées), conditions de travail... La quatrième partie aborde les représentations du métier : qualités requises pour l'exercice du métier, image sociale de la profession, évaluation de la situation actuelle et vision de l'avenir de la profession... La cinquième partie est consacrée à « la vie d'à côté » : les effets du travail sur la santé, les effets de l'activité sur la vie privée.

Drees, série Études, 2 tomes, n° 58, avril 2006, 195 pages et 221 pages.

Les indicateurs européens de cohésion sociale

Les chefs d'État et de gouvernement européens ont adopté lors du sommet de Lisbonne, en mars 2000, une méthode permettant une convergence des systèmes nationaux de protection sociale vers la réalisation d'objectifs communs. Quatre thèmes d'application ont été retenus dans le domaine de la cohésion sociale : inclusion sociale, pensions, attractivité financière de l'emploi et soins de santé. Treize indicateurs transversaux illustrent ces objectifs : trois d'entre eux portent sur les indicateurs monétaires de pauvreté et d'inégalités, quatre autres portent sur des situations défavorisées particulièrement représentatives, deux autres portent spécifiquement sur les pensions, un indicateur est destiné à illustrer les obstacles à l'accès aux soins et les trois derniers illustrent des enjeux transversaux aux différents thèmes (le premier porte sur la cohésion régionale, le deuxième sur le taux d'activité et le troisième illustre l'enjeu de

la soutenabilité financière). Si la situation relative de la France par rapport à ses partenaires européens dans certains domaines est plutôt favorable (limitation de la pauvreté monétaire et de la pauvreté laborieuse, de qualification des jeunes ou de cohésion territoriale), elle apparaît plutôt en situation défavorable en matière de performances du marché du travail (tels que le taux d'emploi des travailleurs âgés ou la proportion de personnes vivant dans des ménages dont aucun membre n'occupe d'emploi) et d'espérance de vie sans incapacité la naissance des hommes.

Drees, Études et résultats, n° 549, janvier 2007, 8 pages.

Dossiers

Transplantation d'organes et entourage familial

Dans son numéro de janvier 2007, La Lettre de la proximologie explique combien les enjeux relationnels humains sont complexes et délicats lors des situations qui mènent au prélèvement ou à la transplantation d'organes lors d'un décès encéphalique d'un patient. En effet, la transplantation appelle une série d'ajustements relationnels dont l'enjeu dépasse de loin la technicité biomédicale et la place et le rôle de l'entourage s'avèrent déterminants dans la décision du don. Ce dossier tout en rappelant les trois principes du don et le texte de loi sur le prélèvement d'organes sur une personne décédée ou sur un donneur vivant, aborde successivement les enjeux et les perspectives de la transplantation d'organes en s'intéressant dans une première partie au don d'organe (l'entourage familial au centre de la décision, les stratégies familiales et médicales dans le cadre d'un don d'organe, la grande solitude du donneur vivant) et dans une deuxième partie à la greffe (l'affectueuse pression de l'entourage, vie retrouvée, vie à réinventer...). Par ailleurs, une interview avec la présidente du conseil d'administration de l'Agence de la biomédecine permet d'avoir un éclairage sur le rôle d'encadrement et de gestion de cette agence auprès des donneurs vivants et auprès des familles des donneurs décédés.

Novartis, service santé et proximologie, La lettre de la proximologie, n° 36, janvier 2007.

La place de la santé au travail dans la santé publique

La revue *Actualité et dossier en santé publique* a consacré dans son numéro de décembre 2006 un dossier à l'incidence de l'environnement professionnel et aux conditions de travail sur la santé des populations. En effet, les facteurs de risques professionnels sont encore mal connus et souvent sous-estimés alors qu'une mutation importante dans le dispositif français de prévention et de réparation des risques professionnels est en cours. Ce dossier étudie successivement les liens qui existent entre santé et travail (impact des facteurs professionnels sur la santé de la population, surveillance épidémiologique des risques professionnels, exposition aux nuisances et aux pénibilités du travail), le dispositif français et les aspects économiques de la prévention et la réparation des risques professionnels, les problèmes spécifiques actuels de la santé au travail (troubles musculo-squelettiques, cancers professionnels, facteurs psychosociaux et violence psychologique au travail, vieillissement et travail, organisation du travail, conditions de travail et santé...). Des tribunes en annexe de ce dossier permettent d'apporter d'autres éclairages sur la santé au travail.

Haut Comité de la santé publique, actualité et dossier en santé publique, n° 57, décembre 2006.

Rapports

L'état de santé de la population en France en 2006 : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique

Ce rapport de la Drees présente, d'une part une vision d'ensemble de l'état de santé des Français et des indicateurs de santé transversaux, d'autre part les objectifs associés à la loi relative à la politique de santé du 9 août 2004. Ainsi 99 objectifs sont présentés sous forme de fiches synthétiques illustrées de graphiques et de tableaux. Ils concernent des problèmes de santé liés à la toxicomanie, au travail, à l'environnement, à la douleur, à la résistance aux antibiotiques, aux maladies infectieuses, respiratoires, digestives... aux suicides, aux pathologies

liées au sexe, à l'âge, aux conditions de vie, etc. Une cartographie commentée des indicateurs disponibles au niveau régional et regroupés par thème figure en annexe.

Drees, La Documentation française, 2007, 254 pages.

Commission nationale des accidents médicaux

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu un dispositif permettant aux victimes d'accidents médicaux d'obtenir la réparation des dommages qui en résultent. Des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) déterminent la responsabilité (soit du professionnel, de l'établissement, ou du promoteur de recherches biomédicales), à l'origine du dommage. En fonction du responsable, la victime est indemnisée soit par l'assureur, soit par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Dans le cadre de ce dispositif, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM) a pour mission d'élaborer la liste nationale des experts en accidents médicaux, de veiller à l'harmonisation du fonctionnement du dispositif et de préparer un rapport annuel permettant de l'évaluer. Le rapport 2005–2006 présente les travaux en cours et formule des propositions d'amélioration du dispositif.

Commission nationale des accidents médicaux, rapport au Parlement et au Gouvernement, année 2005-2006, 86 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