

Textes officiels

Liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés

La liste des centres nationaux de référence contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés est effective à partir du 7 février 2009 jusqu'au 31 décembre 2010.

Arrêté du 22 janvier 2009, JO du 7 février 2009.

Formation aux premiers secours

La direction générale de la santé est habilitée au niveau national, pour une durée de deux ans, pour assurer les formations préparatoires, initiales et continues aux premiers secours : prévention et secours civiques de niveau 1, pédagogie appliquée aux emplois/activités de classe 3 et de classe 1, brevet national de moniteur des premiers secours et premier secours en équipe de niveau 1 et de niveau 2.

Arrêté du 23 janvier 2009 modifiant l'arrêté du 4 septembre 2008, JO du 10 février 2009.

À noter également qu'un arrêté du 28 janvier 2009 (JO du 12 février 2009) porte habilitation de la direction de la sécurité civile du ministère de l'Intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales pour les formations aux premiers secours, pour une période de deux ans.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Un arrêté en date du 6 février 2009 porte création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Ce répertoire est mis en œuvre par le GIP en charge de l'émission, de la délivrance et de la gestion des cartes de professionnel de santé. Cet arrêté donne toutes les indications afférentes à ce répertoire, notamment il indique les professionnels de santé concernés, les finalités du répertoire, les conditions d'accès aux données.

Arrêté du 6 février 2009, JO du 10 février 2009.

Actualités en ligne

Programme national de prévention des infections nosocomiales associées aux soins 2009-2012

Le 21 janvier 2009, la ministre en charge de la santé a présenté les grandes lignes du plan stratégique national de prévention des infections nosocomiales associées aux soins (IAS) portant sur les années 2009-2012. Ce plan, qui prend la suite du programme 2005-2008, a pour principaux axes de renforcer l'organisation de la prévention des IAS des établissements hospitaliers en les étendant aux établissements médico-sociaux et aux soins de ville. Dans ce contexte, les établissements médico-sociaux de plus de 25 lits doivent réaliser une auto-évaluation à partir de référentiels de recommandations de bonnes pratiques (grille Angélique), notamment sur l'organisation et la qualité des soins. L'accent est également mis sur la formation du personnel et pour les soins de ville. Concernant les pratiques non médicales appliquées sur le corps humain (mésothérapie, tatouage...) un cadre de protection des usagers est à l'étude. Un comité régional de suivi, composé de différents acteurs sera chargé d'aider l'ARS à mener

et à adapter le programme régional de prévention des IAS. D'ici 2012, ce plan avancera progressivement pour atteindre tous ses objectifs.

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/programme_national_prevention/programme_2009_2012.htm
et http://www.infirmiers.com/actu/detail_actu.php?id_news=1783

Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence, elles sont responsables du quart des invalidités et se situent au deuxième rang (derrière les maladies cardio-vasculaires) en médecine générale. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. Dans ce contexte, à la demande de la ministre en charge de la santé, une réflexion d'ensemble sur la psychiatrie et la santé mentale a été menée par une commission présidée par Édouard Couty. Les membres de la commission ont souhaité que le rapport dégage dans une première partie les trois principes structuraux qui pourraient fonder le cadre d'une politique novatrice en santé mentale en intégrant notamment à la politique de santé publique, un volet santé mentale et en renforçant la participation des malades et de leur entourage dans les instances sanitaires. Répondre aux besoins du malade et de sa famille, dans le cadre d'un parcours personnalisé a constitué, dans un deuxième temps, le fil conducteur de la réflexion : dans ce contexte, des recommandations ont été formulées pour une organisation territoriale de la santé mentale, graduée en plusieurs niveaux. Dans une troisième partie, les membres de la commission se sont interrogés sur les facteurs de réussite d'une telle réforme et proposent des recommandations.

Rapport établi par Édouard Couty, rapporteur général, Roland Cecchi-Tenerini, rapporteurs, Patrick Broudic et Dominique Noir, janvier 200, 86 pages.

<http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article2105>

Lire également l'article du Quotidien du médecin du 2 février 2009.

ARTICLES

Diététique du diabète de type 2

Dans le diabète de type 2, le traitement diététique est considéré comme une des bases du traitement. Pour en évaluer l'efficacité, la revue *Prescrire* a réalisé une synthèse à partir du suivi de deux cohortes de patients diabétiques en surpoids ou obèses âgés d'une soixantaine d'années : on constate une augmentation de l'espérance de vie lorsque la perte de poids est intentionnelle. En revanche, une consommation élevée de lipides saturés semble associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire. Aussi une alimentation proche du régime dit « méditerranéen » est préférable pour diminuer le risque d'accident cardiovasculaire. Un essai comparatif randomisé chez 5 145 patients diabétiques en surpoids déjà traités, a montré qu'une intervention associant (sans interdits) restriction calorique, incitation à l'activité physique et suivi rapproché d'un an, parvient à faire maigrir ces patients de près de 9 % de leur poids initial et réduit également le taux d'HbA1c.

Prescrire, n° 304, février 2009.

Liens à court terme entre la mortalité et les admissions à l'hôpital et les niveaux de pollution atmosphériques dans neuf villes françaises

En France, la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie de 1996 a reconnu l'existence d'effets sanitaires de la pollution atmosphérique et a rendu obligatoire leur surveillance. En 1997, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a lancé dans neuf agglomérations (Bordeaux, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rouen, Strasbourg et Toulouse), un Programme de surveillance air et santé (Psas) afin d'étudier les risques sanitaires associés à l'exposition à la pollution atmosphérique urbaine. Le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 3 février 2009 présente la synthèse des rapports publiés en 2006 et 2008 concernant l'analyse des liens entre les niveaux de trois indicateurs de pollution atmosphérique (NO₂, O₃, PM10) et la mortalité toutes causes et cardiovasculaires et les admissions hospitalières pour causes respiratoires et cardiovasculaires. Le risque de mortalité toutes causes non accidentelles est significativement associé à l'ensemble des indicateurs de pollution étudiés. Pour la mortalité cardiovasculaire et cardiaque, l'augmentation du risque de décès associée à une augmentation des PM10 et

du NO₂ est jusqu'à deux fois plus élevée que pour la mortalité toutes causes, notamment pour les 65 ans et plus. Des associations significatives entre les niveaux de PM 10 et NO₂ et les variations du nombre journalier d'hospitalisations pour causes cardiovasculaires ont été mises en évidence. Ces deux études réalisées par le Psas confirment l'existence de liens significatifs entre pollution atmosphérique urbaine et les indicateurs de santé.

Institut de veille sanitaire, BEH, n° 5, 3 février 2009.

Pour une maîtrise médicalisée des préjudices liés aux soins

Cet article fait une étude comparée des risques de plaintes pour préjudices liés aux soins en France et aux États-Unis. Il se dégage de cette analyse une grande variété des procédures d'un pays à l'autre, qui vont de la recherche de responsabilité exclusive à la réparation sans faute.

Après avoir analysé dans une première partie, la situation aux États-Unis et la situation internationale, les auteurs étudient la situation en France : augmentation ou pas des sinistres déclarés auprès des assureurs ces dernières années, existence ou pas de dérive « à l'américaine » (en tenant compte du fait qu'aux États-Unis, le seul moyen est d'obtenir réparation pour faute alors qu'en France, il y a d'autres modes de réparation et notamment en l'absence de faute, la saisine des commissions de conciliation des hôpitaux), suppression ou non de la « notion » de faute liée aux soins... Les auteurs montrent également l'évolution rapide qui s'est produite depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et rapportent la vision des préjudices qu'ont les assureurs et l'Assurance maladie face aux plaintes des assurés. Sont présentées également des propositions concernant l'organisation et la sécurité du système de soins : constitution d'une banque de données médicales (qui permettrait de connaître les coûts des préjudices liés aux soins et d'avoir un aperçu épidémiologique global des complications liées aux soins), enseignement de la prévention et la gestion des erreurs médicales...

L'Assurance maladie, éditions de la Société française de santé publique, Pratiques et organisation des soins, volume 39, n° 4, octobre-décembre 2008.

Le fluor chez les enfants

La carie dentaire est classée par l'OMS comme le troisième fléau mondial en termes de morbidité. Depuis les années 1970, de nombreuses études épidémiologiques ont montré une diminution de la prévalence de la maladie carieuse chez les enfants des pays industrialisés : cette amélioration est attribuée en grande partie à l'utilisation des fluorures sous forme topique et/ou administrée par voie systémique. Toutefois, le cumul de plusieurs sources d'apports fluorés peut provoquer par surcharge un risque de fluorose dentaire. Une enquête menée entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2003 dans trois régions de l'Est de la France sur les apports fluorés d'un échantillon des enfants de zéro à douze ans effectuée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste ou un pédiatre, montre que les sources d'apports sont parfois mal appréhendées et mal maîtrisées. Aussi l'étude préconise de développer des actions de communication auprès des familles et des prescripteurs sur les bénéfices apportés par le fluor mais aussi de mettre à disposition des données précises et fiables concernant le taux de fluor des eaux de réseau et embouteillées pour éviter une surcharge d'apport en fluor : en effet, certaines eaux ont une teneur en fluor qui s'élève jusqu'à 8,9 mg/l, alors que l'apport journalier maximum admissible de fluor pour un enfant pesant plus de 20 kg est de 1 mg, toutes sources d'apports fluorés confondus.

L'Assurance maladie, éditions de la Société française de santé publique, Pratiques et organisation des soins, volume 39, n° 4, octobre-décembre 2008.

Rapport

Rapport 2008 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La CNSA, établissement public créé en 2005, présente dans son troisième rapport, son bilan d'activité de 2008. À côté de ses fonctions financières (contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux), elle assure également une mission d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels

que soient l'âge et l'origine du handicap. Au moment où les pouvoirs publics ont choisi d'inclure le champ médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) dans le périmètre des Agences régionales de santé (ARS), une coordination des politiques des conseils régionaux avec les orientations retenues par les ARS s'avère nécessaire pour croiser les différentes approches et garantir, dans le cadre du projet de loi relatif au « 5^e risque », la spécificité d'un droit universel d'aide à l'autonomie.

CNSA, janvier 2008, 96 pages.

Ouvrage

Enquête Nicolle 2006 : connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux

En Europe, et en France en particulier, la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses connues au début des années soixante ont considérablement reculé. Cependant, de nouvelles questions se posent aujourd'hui avec l'émergence et la diffusion mondiale de l'infection à VIH et plus généralement des infections virales chroniques, remettant en cause, pour une part, notre capacité à prévenir et contrôler les risques infectieux dans l'avenir. Pour développer des actions de prévention vis-à-vis des risques infectieux et les adapter aux connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population, une enquête appelée « Nicolle » (du nom du médecin bactériologiste qui réalisa de nombreux travaux sur la transmission des maladies infectieuses) a été menée en 2006, auprès de 4 112 personnes âgées de 18 à 79 ans et auprès de 2 027 médecins libéraux. Cette enquête reflète la perception et la connaissance qu'ont les personnes (y compris les médecins interrogés pour les soigner) des maladies infectieuses en général, du rôle des vaccins, des pratiques d'hygiène, des infections nosocomiales, des infections alimentaires et zoonoses, de la grippe saisonnière et des pandémies grippales, des affections contractées lors des déplacements à l'étranger (en particulier dans les pays tropicaux)... De nombreux tableaux complètent l'enquête sur les différents thèmes étudiés.

Sous la direction d'Arnaud Gautier, de Marie Jauffret-Roustide et de Christine Jestin, Éditions INPES, collection Études santé, novembre 2008, 241 pages.

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



téléphone
télécopie
internet

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