

Textes officiels

Conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un résident d'EHPA

Un arrêté en date du 24 mars 2009 fixe les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile (HAD) d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique. Cela concerne l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale, le traitement intraveineux, les soins palliatifs, la chimiothérapie anticancéreuse, la nutrition entérale, la prise en charge de la douleur, les autres traitements (traitements exceptionnels et peu fréquents), les pansements complexes et soins spécifiques, les rééducations orthopédique et neurologique, les soins de nursing lourds, la transfusion sanguine et la surveillance d'aplasie.

Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007, JO du 16 mai 2009.

Mesure de la pauvreté.

Un décret en date du 21 mai 2009 crée un article annexe 1-1 du code de l'action sociale et des familles concernant des indicateurs utilisés pour mesurer le niveau de pauvreté en France. Dans les objectifs pour favoriser l'accès aux soins, trois indicateurs mesureront premièrement, l'écart du taux de renoncement aux soins pour des raisons financières des bénéficiaires de la CMUC et des bénéficiaires de complémentaire santé privée; deuxièmement, le taux d'effort des ménages du premier décile de revenu pour les dépenses de santé restant après remboursement des organismes d'assurance maladie complémentaire sur leur revenu moyen; enfin, la part de bénéficiaires de la CMU parmi les bilans de santé gratuits. Voir l'article annexe, créé par ce décret (récapitulatif des indicateurs du tableau de bord prévu à l'article R.115-5).

Décret n° 2009-554 du 20 mai 2009, JO du 21 mai 2009.

Organisation de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière

Un arrêté en date du 5 mai 2009 porte sur la mise en œuvre du référentiel Samu-transport sanitaire. Ce référentiel, qui figure en annexe, précise les modalités de participation des transporteurs sanitaires à l'organisation de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière. Afin de garantir la cohérence nationale de cette prise en charge, les transporteurs sanitaires et les services d'aide médicale urgente s'engagent à mettre en œuvre au 31 décembre 2009 l'adaptation de leurs organisations opérationnelles aux dispositions du référentiel.

Arrêté du 5 mai 2009, JO du 27 mai 2009.

Contrôle des travaux en présence du plomb

Un arrêté en date du 12 mai 2009 fixe les conditions dans lesquelles doit s'effectuer le contrôle des travaux en présence de plomb. L'inspection porte sur l'ensemble des locaux dans lesquels des travaux ont été prescrits et vérifie l'absence de débris ou poussières de peinture visibles. Les conditions des mesures de la concentration en plomb dans les poussières présentes sur le sol et leurs analyses font l'objet des articles 3 à 6 du présent arrêté.

Arrêté du 12 mai 2009, JO du 27 mai 2009.

Actualités

19 mai 2009 : Journée mondiale contre les hépatites

Une campagne de sensibilisation s'avère nécessaire auprès du public pour qu'il connaisse les modalités de transmission des hépatites afin de se protéger : en effet, en France, l'hépatite B chronique touche environ 280 000 personnes et l'hépatite C en touche 221 000. Le nouveau Plan hépatites 2009-2012 poursuit 3 objectifs : rendre le dépistage plus efficace, relancer la prévention et renforcer l'accès aux soins. La première ligne de force est l'amélioration du dépistage, en particulier vers des populations plus ciblées (personnes en situation de précarité, migrants originaires de pays de forte endémie, détenus...). Chez les usagers de drogue, le niveau de séroprévalence de l'hépatite C est particulièrement élevé et tant que persistera l'exposition à risque, la répétition régulière des tests de dépistage sera proposée. La prévention est la deuxième ligne de force : pour relancer la vaccination contre l'hépatite B, des campagnes d'information vont être organisées non seulement auprès du public mais aussi auprès des personnels de santé (le taux actuel de couverture est en France un des plus bas des pays d'Europe). L'accès renforcé aux soins et l'optimisation de leur qualité constituent la troisième ligne. Face aux progrès des traitements, l'accès aux soins du plus grand nombre de personnes infectées devient une nécessité. Une meilleure répartition des tâches entre les médecins généralistes et les spécialistes des secteurs publics et privés est prévue également et nécessite plusieurs conditions pour que ce plan puisse être efficace.

Un numéro thématique du BEH de l'InVS en date du 19 mai 2009 concernant le bilan et les perspectives de la surveillance et la prévention des hépatites B et C en France permet de connaître les différentes études et enquêtes réalisées dans ce domaine.

InVS, BEH, n° 20-21 du 19 mai 2009, 28 pages.

Articles

Les réseaux de santé en cancérologie

Les réseaux de santé sont un moyen d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'affection de longue durée. Le patient se trouve ainsi au cœur du système de soins, pris en charge par une équipe pluridisciplinaire lui permettant de faciliter son parcours de soins. Les réseaux de cancérologie sont parmi les premiers à s'être constitués (les conférences nationales de santé citent les réseaux en cancérologie depuis 1996 parmi leurs dix priorités) et cet article en explique la structuration, qui s'appuie sur deux niveaux géographiques afin d'assurer un maillage de territoire de santé et une répartition des missions : le réseau régional de cancérologie (RRC) et le réseau territorial de cancérologie (RTC). Le réseau régional s'inscrit dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale, recueille des données, offre des outils communs de communication, informe les professionnels de santé, les patients et assure la formation des professionnels de santé. Le réseau territorial, pivot de l'organisation du territoire autour du cancer, agit en étroite relation avec le CCR et assure le lien entre les structures de soins et les acteurs de soins libéraux. Il réalise la prise en charge directe des soins du patient, propose une alternative à l'hospitalisation et favorise l'accès à la recherche clinique... Pour illustrer cette expérimentation, cet article décrit la structure et le rôle des réseaux de cancérologie, mis en place dernièrement en Ile-de-France.

Le Moniteur Hospitalier, n° 216, 2009.

Les perturbateurs endocriniens

Sommes-nous conscients de ce que nous mangeons ? Cette question est plus complexe qu'il n'y paraît car certains composés présents dans la nourriture sont susceptibles de perturber notre système endocrinien. Ces perturbateurs endocriniens (PE) sont des composés naturels et synthétiques, présents dans l'environnement (plus de 100 000 produits chimiques différents dans l'air, l'eau, le sol... et dans notre nourriture). Le 2 octobre 2008, se sont réunis à Bruxelles des chercheurs à l'initiative du réseau Cascade, en collaboration avec sept autres projets financés par l'Union européenne. Les résultats des recherches dans le domaine, l'étude et l'identification des polluants environnementaux présents dans la nourriture devraient augmenter les capacités de dépistage rapide des produits industriels et être d'une grande utilité dans le cadre des lois environnementales (réglementation chimique européenne Reach). Les effets des PE sont diffi-

ciles à établir, principalement parce qu'ils s'écartent d'une approche toxicologique classique et sont rarement présents de manière isolée dans l'environnement. Cet article décrit les actions des différents PE qui peuvent, en fonction des produits chimiques qu'ils peuvent contenir, avoir une incidence sur la santé en interférant sur le fonctionnement hormonal des êtres vivants.

Site du réseau cascade : <http://www.cascadenet.org/>

Research Eu, magazine de l'espace européen de la recherche, n° 60, juin 2009.

Les réseaux de santé : l'expérience d'un réseau d'accès aux soins

Cet article porte sur les modalités et les enjeux de la communication des réseaux de santé. Comme toute structure émergente, un réseau de santé doit se faire connaître dans une aire géographique d'intervention, afin d'accroître les contacts avec les utilisateurs potentiels. Nés dans les années quatre-vingt, les réseaux de santé assurent la coordination des prises en charge et des intervenants dans une optique de prise en charge globale, en faisant le lien entre les structures hospitalières et les intervenants libéraux. En cas de prise en charge à domicile, ils peuvent apporter une aide technique et matérielle et une aide médicale pour les professionnels intervenant à domicile. Cet article rappelle successivement : les obligations légales des réseaux de santé en matière de communication externe ; les fondements de cette communication au regard de la déontologie médicale ; les actions de communication externe mises en œuvre par un réseau d'accès aux soins à destination des professionnels de santé comme à destination de la population cible et du grand public.

Santé publique, n° 2, mars-avril 2009.

Médecins généralistes libéraux face au risque iatrogénique

La loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004, cherche à mettre en œuvre une politique du bon usage du médicament. Il est observé que la population des plus de 65 ans est plus exposée au risque iatrogène médicamenteux, en raison du nombre de médicaments consommés (parmi les consultations d'urgence pour effets indésirables médicamenteux, 32 % des personnes âgées de plus de 70 ans consommaient plus de 10 médicaments). Par ailleurs, l'iatrogénie médicamenteuse est responsable de 130 000 hospitalisations par an (5 à 10 % des hospitalisations au total), alors que ces événements pourraient être évitables dans 40 % à 60 % des cas. Des enquêtes téléphoniques menées de mars 2002 à juin 2007 ont été réalisées avec la participation de 528 médecins généralistes dans la région PACA pour répondre à une étude dont l'objectif était d'estimer l'implication des médecins dans l'information sur les risques de l'automédication et la prévention des iatrogénies médicamenteuses. Le repérage des effets iatrogènes est bien intégré dans les pratiques, surtout en zone rurale (87,3 % des médecins généralistes le font fréquemment), mais l'information sur les risques de l'automédication est moins suivie (46,1 %). Le manque de temps, la surcharge de travail de certains médecins ainsi que le problème de la coordination entre prescripteurs seraient à l'origine d'une moins bonne information des patients des risques iatrogéniques.

Santé publique, n° 2, avril-juin 2009.

Dossiers

Éducation thérapeutique : concept et enjeux

La revue *Actualité et dossier en santé publique* du Haut Conseil de la santé publique a consacré son dernier dossier à l'éducation thérapeutique du patient, qui reflète l'intérêt grandissant des professionnels de santé et des patients pour l'éducation thérapeutique, dont les enjeux sont importants : elle permet au patient, par une meilleure connaissance de sa maladie et du traitement, d'optimiser au mieux les résultats pour obtenir une guérison efficace, sinon un meilleur bien-être ; elle permet à un nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques (15 millions de personnes en France), de mieux gérer leur prise en charge au quotidien, que se soit dans un établissement de soins ou chez elles ; elle encourage le soignant à poursuivre une formation pour mettre à jour régulièrement ses connaissances sur les pathologies qu'il soigne. Ainsi sont successivement abordés dans ce dossier la notion de l'éducation thérapeutique du patient, les théories et les concepts (les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins...), les démarches et les méthodes (précautions et implications des choix d'évaluation en éducation thérapeutique...), les organisations (l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital, les pratiques de l'éducation du patient à l'hôpital, en ambulatoire...) et les financements.

Haut Conseil de la santé publique, ADSP, n° 66, mars 2009.

Rapport

Évaluation du Plan national maladies rares 2005-2008

Les maladies rares, définies par leur prévalence faible (inférieure à 5 personnes atteintes pour 10 000 habitants) sont très nombreuses (7 000 sont répertoriées actuellement). Une origine génétique a été mise en évidence pour 80 % d'entre elles. La difficulté de les soigner vient principalement de leur diversité et de leur reconnaissance tardive pour les expertiser à temps et assurer une prise en charge spécifique. Par ailleurs, pour beaucoup d'entre elles, il n'existe pas encore de traitement spécifique, bien que des progrès thérapeutiques aient été réalisés ces dernières décennies. Depuis les années 1990, la France s'est dotée d'une politique spécifique sur les maladies rares et les médicaments orphelins, en lien avec les associations de malades, qui a contribué, en 2000, à l'adoption du règlement européen sur les médicaments orphelins. Le but du Plan national maladies rares 2005-2008, inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 était de développer et de renforcer les initiatives précédentes et d'améliorer en dix axes stratégiques la connaissance de l'épidémiologie des maladies rares, d'en organiser le dépistage, d'en améliorer la prise en charge, de former les professionnels, de répondre aux besoins des malades dans l'accompagnement de leur maladie et de promouvoir la recherche de ces maladies (médicaments, traitements...). Dans le cadre de ses missions d'évaluation, le Haut Conseil de la santé publique a dressé un bilan de ce plan dont les résultats se sont avérés très positifs pour quelques-uns de ses axes les plus importants : accès aux soins et qualité de la prise en charge des malades, recherche, information des malades et des médecins... Le succès de ce premier plan ne doit pas masquer d'autres axes qui se sont avérés moins performants (épidémiologie, formation des professionnels, organisation des dépistages...). Aussi, cette évaluation permet de faire le point sur les améliorations à apporter (harmonisation de l'accompagnement social des malades, moyens à reformuler...), sur les avancées à conforter et à pérenniser (poursuite des recherches des médicaments orphelins, professionnalisation de la recherche translationnelle appuyée sur les centres de référence...) dans le cadre du prochain plan.

Haut Conseil de la santé publique, avril 2009, 195 pages.

Guide

Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral

Ce guide est destiné aux patients adultes, retournés à leur domicile après avoir eu un accident vasculaire cérébral (AVC). Il s'adresse également à leurs proches et aux professionnels qui les suivent pour expliquer les causes et les mécanismes des AVC et les gérer. En effet, la période de retour impose une réadaptation et des nouvelles pratiques dans la vie quotidienne. Après avoir expliqué ce qu'est un AVC, ce guide donne des indications et des explications sur les répercussions qui peuvent s'ensuivre (consultations, traitements, rééducation...), des conseils pour s'adapter au lieu de vie et aux activités physiques, vivre avec son entourage, sans oublier les aspects psychologiques, qui accompagnent ce nouveau mode de vie. Un chapitre est consacré à l'AVC chez l'enfant et chez l'adolescent, accident plus rare, mais qui demande une réadaptation spécifique.

Ouvrage coordonné par Catherine Morin, John Libbey Eurotext, Guides pratiques de l'aidant, mars 2009, 183 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