

Sommaire

Textes Officiels

- Indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales survenus dans le cadre de mesures sanitaires d'urgence
- Suppression de la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle l'assuré s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions du 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale
- Caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique
- Actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré

Article

- Erreur médicale et responsabilité collective
Magali Eymery, HCSP, Actualité et dossier en santé publique, n° 73, décembre 2010.

Dossier

- Les inégalités sociales de santé
HCSP, Actualité et dossier en santé publique, n° 73, décembre 2010.

Rapports

- Synthèse annuelle d'activité 2010 du Pôle santé et sécurité des soins (P3S)
- PNSE 2 : rapport du groupe de suivi 2010
PNSE 2, Bilan des actions menées en 2010, rapport du groupe de suivi, 27 janvier 2010, 87 pages.

Ouvrage

- Violences et santé en France : état des lieux
Sous la direction de François Beck, Catherine Cavalin et Florence Maillolchon. Drees, Collection Études et Statistiques, Édité par La Documentation française, novembre 2010, 274 pages.

Textes Officiels

Indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales survenus dans le cadre de mesures sanitaires d'urgence

Le présent décret modifie la procédure d'instruction des demandes par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Il harmonise la procédure d'indemnisation des mesures sanitaires graves avec les autres procédures dont est chargé l'ONIAM (contaminations par le VIH ou l'hépatite C causées par transfusion sanguine ou injection de médicaments dérivés du sang). Il modifie à cet effet les modalités de la réception des demandes d'indemnisation, de la conduite des expertises, de la présentation de l'offre d'indemnisation par l'office et de son acceptation par le demandeur.

Décret n° 2011-68 du 18 janvier 2011, JO du 20 janvier 2011.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023452370&dateTexte=&categorieLien=id>

Suppression de la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle l'assuré s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions du 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale

Ces deux décrets en date du 19 janvier 2011 précisent les conditions de mise en œuvre du nouveau dispositif d'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie du régime des affections de longue durée (ALD). Le deuxième décret précise que le bénéfice de l'exonération est accordé pour une durée qui ne peut dépasser cinq ans et qui est renouvelable. Les actes médicaux et les examens de biologie donnant droit à l'exonération seront précisés, sur la base des référentiels de la Haute Autorité de santé et de l'Institut national pour le cancer (INCa), par le médecin directement sur la feuille de soins et prescrits sur simple ordonnance.

Décret n° 2011-74 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011.

Décret n° 2011-75 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456236&dateTexte=&categorieLien=id>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456230&dateTexte=&categorieLien=id>

Caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique

Un décret en date du 19 janvier 2011 concerne les personnes s'estimant victimes de préjudices résultant d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales et souhaitant obtenir une indemnisation à l'amiable. Il a pour but de modifier des conditions d'appréciation de la gravité de l'accident, de l'affection ou de l'infection ouvrant l'accès aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) en vue d'obtenir une indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Il fixe une procédure d'indemnisation simplifiée pour les victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales présentant un certain caractère de gravité ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %.

Décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456241&dateTexte=&categorieLien=id>

Actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré

Un décret en date du 19 janvier 2011 actualise la liste des affections de longue durée (ALD) et les critères médicaux d'admission et de renouvellement. Lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection de longue durée (ALD) par le service du contrôle médical, sur demande de son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés

au traitement de cette affection. Pour mémoire, la Haute Autorité de santé (HAS) a rendu en décembre 2007 et juin 2009 deux avis proposant d'actualiser les critères d'admission et de renouvellement des trente ALD, en précisant, pour chacune d'elles, la durée de l'exonération. Le présent décret reprend, dans son annexe, les propositions de la HAS afin d'actualiser, sans en modifier significativement le périmètre, les critères d'admission et de renouvellement des ALD et de préciser les durées d'exonération.

Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456250&dateTexte=&categorieLien=id>

Article

Erreur médicale et responsabilité collective

Suite à des crises majeures liées à des événements indésirables de santé (sang contaminé, hormones de croissance, infections nosocomiales...), il est apparu indispensable pour améliorer le système de santé, de mettre en place un système de vigilance ciblé sur la surveillance pour repérer et éviter la reproduction d'une erreur médicale. Si l'erreur est humaine, sa répétition n'est pas acceptable. Or comment les éviter, comment apprendre de ces erreurs, si elles ne sont pas déclarées ou analysées ? Pour cela, il est essentiel d'identifier les causes réelles et possibles de ces accidents ou incidents, et de recueillir le signalement des événements indésirables survenant dans les établissements de santé, pour pouvoir utiliser ces informations et ainsi mieux traiter les patients. Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, il est prévu que tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. A côté des ARS, il y a aussi d'autres acteurs de sécurité sanitaire participant à cette vigilance (Afssaps, EFS, Afssa, l'InVS). Face à la crise de confiance qui touche patients et professionnels de santé, un espace a été ouvert aux patients afin qu'ils puissent s'exprimer et se faire conseiller par le biais du Pôle santé et sécurité des soins (P3S) du médiateur de la République et des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI).

Magali Eymery, HCSP, Actualité et dossier en santé publique, n° 73, décembre 2010.

Dossier

Les inégalités sociales de santé

Malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France, et plus que dans la plupart des pays européens. Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Les déterminants de santé ne concernent pas seulement les soins individuels et l'accès aux soins. De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités, qui seraient liés à d'autres déterminants socio-économiques et à des causalités combinées : conditions de vie, et notamment de travail, modes de vie et comportements à risque. Le rôle de l'environnement et du territoire est une dimension, qui doit être également prise en compte dans l'inégalité à l'accès aux soins. Après avoir, dans une première partie, montré les caractéristiques des inégalités sociales de santé, ce dossier de la revue *Actualité et dossier en santé publique* explore les multiples déterminants pouvant agir sur ces inégalités. Une troisième partie, consacrée aux expériences nationales et internationales (notamment celles de pays européens structurés selon les principes des soins primaires, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suède) permet de comparer les différentes politiques mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

HCSP, Actualité et dossier en santé publique, n° 73, décembre 2010.

Rapports

Synthèse annuelle d'activité 2010 du Pôle santé et sécurité des soins (P3S)

Le Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République analyse et traite en toute confidentialité les demandes et informations des usagers ou des professionnels de santé qui font appel à ses services concernant les droits des malades, la qualité du système de santé ou la sécurité des soins... Ce deuxième bilan annuel démontre l'utilité du P3S avec les 13 723 requêtes reçues en 2010 et la pertinence de son action dans les domaines aussi variés que la maltraitance des personnes âgées, la fin de vie, le non respect des droits des patients en psychiatrie, l'application du principe de laïcité à l'hôpital, les difficultés d'accès aux soins des détenus, l'engorgement des urgences, l'éthique, l'usure des professionnels... En 2010, 18 % des demandes proviennent de professionnels en situation de dialogue bloqué avec un patient, qui sont à la recherche d'un interlocuteur indépendant et neutre. C'est pourquoi, le P3S a mis en place au cours de l'année une cellule d'accompagnement et de soutien aux professionnels, confrontés à des situations complexes et sensibles. 39 % des requêtes proviennent d'événements indésirables médicaux ou chirurgicaux, 20 % des maltraitements/violences, 14 % des infections liées aux soins, 14 % du non respect des droits des patients... Le motif des requêtes concerne pour la grande majorité de l'éclairage sur cas individuel (55 %). 2 175 dossiers ont nécessité une analyse approfondie des pièces médicales et/ou une rencontre physique des acteurs concernés. Par ailleurs, en 2010, trois conventions de partenariat ont été signées avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM), la Société Française d'anesthésie Réanimation (SFAR) et l'ARS Rhône-Alpes. Elles marquent l'engagement réciproque de ces partenaires et du Médiateur de la République à améliorer l'accès aux droits et la qualité du service rendu aux usagers du système de soins et des professionnels de la santé.

Le Médiateur de la République, Synthèse annuelle d'activité 2010, janvier 2011.

http://www.mediateur-republique.fr/fic_bdd/pdf_fr_fichier/1295941775_Bilan_P3S.pdf

PNSE 2 : rapport du groupe de suivi 2010

Ce rapport du groupe de suivi du 2^e plan national santé-environnement 2009-2013 fait le bilan des actions menées en 2010. Pour rappel, le Gouvernement a adopté le 24 juin 2009 ce 2^e plan, qui s'appuie sur les conclusions d'un groupe de travail présidé par Marc Gentilini. Les actions du PNSE 2 sont développées autour de deux grands axes : réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires, neurologiques) et réduire les inégalités environnementales. Le rapport annuel est non seulement l'occasion de faire le point sur les avancées en matière de santé environnementale mais aussi d'aider à orienter les décisions publiques en fonction notamment des nouvelles connaissances sur les risques sanitaires environnementaux (la thématique des perturbateurs endocriniens a été au cœur des débats de l'année 2010). Ce bilan donne les actions réalisées dans le domaine de la qualité de l'air (dont 3 recommandation de valeurs de gestion de l'air intérieur par le HCSP), dans le domaine de la santé-transport, dans le domaine des produits chimiques, dans le domaine de l'eau, dans le domaine des points noirs environnementaux et dans le domaine des risques émergents.

PNSE 2, Bilan des actions menées en 2010, rapport du groupe de suivi, 27 janvier 2010, 87 pages.

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/Bilan-des-actions-menees-en-2010.html>

Ouvrage

Violences et santé en France : état des lieux

Depuis quelques années, la violence est devenue un thème sensible et politique en santé publique. Après l'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France), commanditée par le Service et le Secrétariat d'Etat des Droits des femmes en 2000 et réalisée par l'Institut de démographie de l'Université Paris 1 (IDUP), un rapport de 2002 de l'OMS fait de la violence, et de ses rapports avec la santé, un thème majeur de réflexion pour les prochaines années. Ce rapport a été suivi, à la demande du ministre en charge de la santé, du rapport du Haut Comité de la santé publique en 2004, qui, en abordant autrement la vio-

lence que sous l'angle de la délinquance, a exploré les différents domaines d'expression de la violence dans notre société pour montrer qu'elle était non seulement une cause de mortalité prématurée mais aussi une menace pour la cohésion sociale. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit également un plan de lutte contre les phénomènes de violence... Dans cette lignée, l'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée par la Drees en 2005-2006, a été menée auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant à leur domicile. Cette enquête présente l'originalité d'étudier l'ensemble de toutes les formes de violence et d'agressions (physiques, psychologiques, verbales, atteintes aux biens...) sous l'angle de leur incidence et leurs effets à court, moyen et long terme, sur la santé. Après une présentation de la construction de l'enquête, la vingtaine d'auteurs, statisticiens et chercheurs en sciences humaines et sociales ou en santé publique exploitent l'enquête EVS dans ses différentes dimensions pour mieux cerner les profils et les comportements des personnes qui ont subi des violences ou des événements de vie difficiles et analyser les répercussions qui ont pu agir sur leur parcours de vie : parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte. Ces analyses permettent de mettre en relations ces événements de vie où surviennent violences et problèmes de santé et les troubles du sommeil, de sexualité, de consommation de substances psychoactives... sans oublier les répercussions économiques des violences conjugales (coûts directs médicaux, non-médicaux, pertes de production et coûts humains...)

Sous la direction de François Beck, Catherine Cavalin et Florence Maillochon. Drees, Collection Études et Statistiques, Édité par La Documentation française, novembre 2010, 274 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