

Textes officiels

Radioprotection et contrôle de sûreté nucléaire

Quatre décrets visant à transposer en droit français les directives européennes 90/641, 96/29 et 97/43 Euratom, qui fixent les normes de base de protection sanitaire contre les rayonnements ionisants, étaient attendus depuis plusieurs mois. Le premier, signé il y a un an, le 4 avril 2002, est relatif à la radioprotection générale de la population. Le second décret en date du 24 mars 2003 est relatif à la protection des patients exposés à des rayonnements ionisants à des fins médicales et médico-légales : il s'agit d'exposer le moins possible le patient à des irradiations si elles ne sont pas strictement nécessaires ou justifiées. Le troisième décret en date du 31 mars 2003 porte sur les interventions en situation d'urgence radiologique et en cas d'exposition durable de la population : « il y a urgence lorsqu'un incident ou un accident risquent d'entraîner une émission de matières radioactives ou un niveau de radioactivité susceptibles de porter atteinte à la santé publique ». Enfin le quatrième décret, en date également du 31 mars, concerne la radioprotection des travailleurs contre ces rayonnements ionisants : les valeurs limites de dose ont été abaissées et le seuil ne doit pas dépasser 20 mSv sur douze mois consécutifs.

L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a sorti un dossier de presse en mars 2003 sur ses recherches et ses missions en matière de protection contre les rayonnements ionisants des professionnels de santé, des patients et du public. www.irsn.fr

Décret n° 2002-460 du 4 avril 2002. Décret n° 2003-270 du 24 mars 2003 (JO du 26 mars 2003) et décrets n° 2003-295 et 2003-296 du 31 mars 2003 (JO du 2 avril 2003).

Organismes habilités à procéder aux contrôles de sources de rayonnements ionisants dans les établissements où sont exercés la médecine ou l'art dentaire

En application de l'article 64 du décret n° 86-1103 du 2 octobre 1986 modifié relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants, cet arrêté donne la liste de six organismes désignés par l'IRSN, pour une période d'un an, du 1^{er} janvier 2003 jusqu'au 31 décembre 2003. Ils doivent fournir un rapport d'activité faisant le bilan de l'année écoulée.

Arrêté du 31 décembre 2002, JO du 4 avril 2003.

Épidémie de variole

Un décret en date du 3 avril 2003 détermine les mesures propres à empêcher la propagation d'une épidémie de variole en France lorsque survient un cas de variole confirmé par les instances sanitaires nationale(s) ou internationale(s) : vaccination ou revaccination, prise en charge des sujets et acquisition ou réquisition de matériels et de produits, de locaux et de moyens humains, sans oublier des mesures d'ordre et de salubrité publics.

Décret n° 2003-313 du 3 avril 2003, JO du 5 avril 2003.

Accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales

Ce texte définit le caractère de gravité, lié aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, lorsque la durée de l'incapacité temporaire de travail est au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois. Le pourcentage de gravité prévu à l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique est

fixé à 24 %. En annexe du texte, selon les pathologies, sont indiqués les barèmes d'évaluation des taux d'incapacité des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003, JO du 5 avril 2003

Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA a eu une montée en charge très rapide avec un nombre de plusieurs milliers de bénéficiaires supplémentaires non prévus en 2003, entraînant de ce fait des difficultés de financement. Deux textes, un décret et une loi en mars 2003 ont apporté quelques modifications concernant la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie. La loi du 31 mars tend à aider financièrement les départements les plus touchés par la mise en place de l'APA. D'autres mesures ont été apportées pour l'année 2003 dans l'attribution de l'allocation : un délai de 2 mois à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet est requis pour faire bénéficier le demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie. Cette allocation peut être versée directement aux salariés et aux services d'aide à domicile et à l'établissement ou au service de soins de longue durée qui héberge le bénéficiaire. Le décret du 28 mars modifie à partir du 1er avril le barème de participation financière de l'APA à domicile.

Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003, JO du 29 mars 2003

et loi n° 2003-289 du 31 mars 2003, JO du 1er avril 2003.

Études

L'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'ouest en est

La comparaison des données épidémiologiques du VIH/ sida à l'échelle européenne est essentielle car elle permet de mieux cerner la dynamique de l'épidémie et l'impact des programmes de prévention. En Europe de l'Ouest, une diminution de l'incidence du sida s'était amorcée dès 1996 puis s'est ralentie les années suivantes. En 2001, l'incidence du sida est de 22,8 par million d'habitants. Les décroissances ont été moins marquées chez les personnes hétérosexuelles que dans les autres groupes de transmission. Par contre, on note une montée importante de l'incidence du sida chez des personnes habitant l'Europe et originaires d'Afrique sub-saharienne où l'épidémie de VIH est généralisée (de 24 % en 1997 à 34 % en 2001). En Europe du Centre, l'incidence du sida et le taux de nouveaux diagnostics d'infection à VIH restent faibles. L'Europe du Centre totalise la majorité des cas de sida pédiatriques (61 %), en raison d'une épidémie survenue chez des jeunes enfants en Roumanie dans les années quatre-vingt-dix, lors de transfusions sanguines avec du matériel mal stérilisé. En Europe de l'Est, le nombre d'infections à VIH a augmenté dramatiquement de 233 cas en 1994 à près de 100 000 cas déclarés en 2001, soit 349 cas par million d'habitants. L'épidémie a démarré en Ukraine en 1995, puis s'est étendue à la Fédération de Russie, au Bélarus, à la République de Moldova, à la Lettonie puis à l'Estonie et à la Lituanie. Tous les pays de la région sont touchés, y compris ceux du Caucase et d'Asie Centrale. Cette épidémie concentrée surtout chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) risque d'avoir un impact négatif sur le contrôle de la tuberculose dans cette région du monde où la prévalence de cette maladie est déjà très élevée, d'autant qu'elle touche les populations jeunes et défavorisées.

Eurosurveillance, vol.8, n° 3, mars 2003, 8 pages.

Handicap et travail : situation des travailleurs handicapés employés dans les établissements lorrains de 20 salariés et plus en 1999

Le 31 décembre 1999, 4 247 établissements lorrains de 20 salariés et plus ont effectué une déclaration annuelle d'emploi de travailleurs handicapés (DOETH) auprès des directions départementales du travail (DDTEFP). Cette déclaration permet de contrôler que la loi de 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés est bien respectée. Pour l'année 1999, 496 travailleurs handicapés ont été nouvellement embauchés et sur les trois dernières années (1997 à 1999), ce sont 1 115 personnes handicapées qui ont été embauchées. C'est

le secteur de la santé et de l'action sociale qui a intégré le plus grand nombre de travailleurs handicapés au cours de ces années. En seconde position arrive le secteur des services fournis principalement aux entreprises. Arrivent ensuite le commerce de détail et la réparation d'articles domestiques, le travail des métaux et les industries alimentaires. Les embauches récentes concernent essentiellement des travailleurs reconnus handicapés par la Cotorep (89,8 %) et de sexe masculin (75,1 %), la féminisation des entrées restant encore timide. Ces statistiques régionales permettent d'élaborer des stratégies pour le futur en tenant compte des constats qui ont été faits sur des disparités existant entre les départements, sur la complexité des dispositifs d'emploi et sur la quasi-inexistence de flux permettant à un travailleur handicapé de passer du milieu protégé de travail ou d'une situation de formation professionnelle à une activité dans le secteur marchand.

Handicap et Travail, Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine, Observatoire régional de l'emploi, de la formation et des qualifications, mars 2003, 35 pages.

Enquête

La permanence des soins en Basse-Normandie

En intégrant la réalité des pratiques régionales, les principes d'égalité d'accès aux soins, l'attente de la population toujours plus exigeante en matière de soins, la démographie médicale régionale en diminution et le désir constant des médecins de pratiquer leur profession dans des conditions acceptables, comment organiser la permanence de soins dans ce monde en mutation ? Toutes ces questions ont été posées à trois publics différents composés de médecins, de la population et d'étudiants en médecine, afin de connaître la place actuelle que tiennent les médecins généralistes libéraux de Basse-Normandie dans l'organisation de la permanence des soins, d'analyser les opinions de la population relatives à cette organisation et de décrire les souhaits des futurs médecins généralistes. On s'aperçoit que l'organisation de la permanence des soins reste méconnue pour une grande partie de la population, que 91 % des médecins généralistes réalisent effectivement des actes de nuit, les week-ends et les jours fériés mais que sans l'apport de remplaçants et de nouvelles forces vives dans une démographie médicale en déclin, notamment dans l'Orne, toute organisation est vouée à l'échec. Les futurs médecins ont parfaitement conscience de la pénurie médicale et seraient favorables à 86 % à une installation en milieu rural pourvu que cela soit au sein de cabinets de groupe ou de maisons médicales. Devant cette pénurie médicale, diverses mesures sont expérimentées dans la région, sur l'initiative de l'Urcam et de l'URML, pour améliorer cette situation en favorisant l'installation de médecins au sein de maisons médicales et en favorisant leur formation. Des options sont proposées également au niveau régional comme le développement d'agences de remplacement, la création d'un observatoire régional de la démographie des professions de santé, l'expérimentation d'une redéfinition du partage des tâches et des contours des métiers de la santé. Au niveau national, l'objectif est de faire évoluer la déontologie médicale essentiellement dans le sens de la création de cabinets secondaires et de la mise en place d'un assistantat en médecine libérale. On notera dans cette enquête que les futurs médecins sont à plus de 95 % favorables à ce que la permanence des soins soit mise en place en collaboration avec les centres 15 et les établissements hospitaliers et que 87 % de la population déclarent avoir la possibilité de se rendre sur un lieu de consultation.

Union régionale des médecins libéraux de Basse-Normandie, Opinions et discussions, 2003, 70 pages et 3 documents de 4 pages présentant en dix points synthétiques les constats et les souhaits des médecins, de la population et des étudiants en médecine, ainsi qu'un CD-Rom

Document

Surveillance nationale des maladies infectieuses, 1996-2000

Cette publication de l'Institut de veille sanitaire, qui fait suite aux Bulletins épidémiologiques annuels publiés par le passé, présente les résultats de la surveillance nationale des maladies infectieuses pour l'année 2000 et les tendances récentes. Au niveau régional la création

des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), actuellement au nombre de dix, permet de suivre la surveillance de maladies infectieuses propres à certaines régions (surveillance de la maladie de Lyme dans l'Est de la France par la CIRE Est, surveillance de la dengue en Martinique par la CIRE Antilles-Guyane...). Par ailleurs, pour surveiller certaines maladies infectieuses qui ne sont pas à caractère obligatoire, plusieurs systèmes de réseaux ont été créés. Pour chaque thème traité, ce document rappelle les objectifs et les modalités du système de surveillance de chaque maladie avec ses facteurs de risque, ses principales caractéristiques épidémiologiques, la prévention, les recommandations et les perspectives. Sont ainsi étudiées l'infection à VIH, les maladies sexuellement transmissibles et l'hépatite C, les maladies à prévention vaccinale, les zoonoses alimentaires, les autres zoonoses et encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles, les infections transmises par l'air, les maladies infectieuses importées, la résistance aux antibiotiques et les infections nosocomiales.

Institut de veille sanitaire, janvier 2003, 341 pages.

Ouvrage

« Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool »

L'auteur de cet ouvrage, le docteur Michel Craplet, médecin délégué de l'ANPAA, analyse le passage du simple usage de l'alcool à l'abus, et du passage de l'abus à la dépendance. Ces étapes sont le résultat d'un enchaînement qui conduit peu à peu le buveur vers une dépendance due à une dépression et à une anxiété de plus en plus fortes qu'il ne peut plus maîtriser. Or l'alcool est un faux médicament pour soulager l'angoisse et ses répercussions néfastes sur la santé ne sont plus à démontrer, sans compter les troubles comportementaux qu'il entraîne pour l'alcoolique vis-à-vis de son entourage professionnel et familial. L'auteur, devant la complexité et l'ampleur de ce phénomène de société et en s'appuyant sur de nombreux témoignages, donne des conseils de traitements de sevrage du corps d'abord, puis de programmes thérapeutiques de l'esprit. En fait, il s'agit d'évoluer par étapes de la guérison corporelle à celle de l'esprit afin de recréer une dynamique à long terme, en changeant les habitudes et en créant de nouveaux centres d'intérêt. En conclusion, en écho à son titre « Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool », l'auteur soumet l'idée qu'il n'est jamais trop tard pour choisir un autre chemin et « vivre mieux ».

Michel Craplet. Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool. Éditions de la Martinière, février 2003, 300 pages.



téléphone
télécopie
internet

Haut Comité de la santé publique
8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP
01 40 56 79 80
01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr