

### Textes officiels

#### Information des personnes exposées aux rayonnements ionisants lors d'un acte de médecine nucléaire

Un arrêté en date du 21 janvier 2004 définit les éléments obligatoires que doivent comporter les recommandations transmises aux personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales (en application de l'article R. 1333-64 du Code de la santé publique, de la directive européenne 97-43 Euratom du Conseil du 30 juin 1997 relative à la protection des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants et de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France).

JO du 6 février 2004.

### Articles

#### Les infirmières espagnoles et le recrutement hospitalier en France

L'Espagne compte plus de 9 000 infirmiers au chômage, alors qu'en France, le nombre de postes infirmiers vacants est très élevé, notamment en Île-de-France : il manque 700 infirmiers à l'AP-HP et 1750 dans la région, soit 10,5 % des postes à pourvoir. Pour faire face à cette pénurie, un dispositif de recrutement a été mis en place en 2002 pour faciliter l'intégration de candidats infirmiers espagnols en France. Dix-huit mois plus tard, le bilan est plutôt positif car sur 565 personnes recrutées (463 infirmiers et 102 kinés), 46 seulement sont reparties pour l'Espagne). Ces candidats infirmiers reçoivent une formation pendant un mois à Dourdan où ils apprennent le français et la coordinatrice organise des rencontres avec les employeurs qui s'engagent à fournir un CDI et à payer la formation. L'article du Quotidien du Médecin souligne l'importance de trouver d'autres solutions pour enrayer la pénurie d'infirmiers en proposant des perspectives de carrière plus intéressantes pour les élèves infirmiers, en payant les étudiants pendant leur formation, en lançant une campagne nationale de promotion du métier, en revalorisant l'image des carrières hospitalières auprès des lycéens...

Le Quotidien du médecin, n° 7481, jeudi 19 février 2004.

#### Médecin militaire et droit des conflits armés : entre éthique et juridique

« Si la fin du xx<sup>e</sup> siècle a donné une acuité particulière aux réflexions entreprises sur le droit international humanitaire (DIH) avec le 50<sup>e</sup> anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme et le 50<sup>e</sup> anniversaire des Conventions de Genève, le début du xx<sup>e</sup> siècle souligne son importance en raison de l'intensité des crises en cours » indique l'auteur de cet article, médecin militaire. Pour s'adapter aux nouvelles crises, le droit international humanitaire a évolué et souvent l'ensemble des règles juridiques ne satisfait pas la démarche éthique du médecin militaire et occasionne un questionnement dans ses modalités d'application. Le service de santé en opérations sur le terrain n'est pas isolé du dispositif militaire et, au-delà de son éthique de conviction, le médecin mettra en œuvre l'éthique de responsabilité face aux blessés qu'il devra soigner. Après avoir présenté les grandes lignes du droit des conflits armés, l'auteur passe en revue les différents textes associant le juridique et l'éthique avec au centre le positionnement du médecin face à ces deux impératifs.

Revue internationale des services de santé des Forces armées, juin 2003.

## Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs

Les unités de soins palliatifs sont des lieux spécialisés dans la prise en charge des malades en fin de vie et où les soignants sont constamment confrontés aux risques d'« usure professionnelle » et d'« épuisement émotionnel » du fait de la proximité de la mort. Cet article analyse d'un point de vue sociologique les pratiques déployées par les professionnels travaillant auprès des malades en fin de vie à l'hôpital. Il montre comment les soignants confrontés quotidiennement à la violence de la mort parviennent à se préserver et à maintenir leur engagement en élaborant des stratégies individuelles (en établissent une certaine distance affective, une protection intellectuelle et émotive pour garder son rôle d'aidant) et collectives (en affrontant la souffrance en groupe, l'équipe devient une protection, un « rempart » contre une implication personnelle trop excessive).

*Dares, Travail et Emploi, n° 97, janvier 2004.*

## Prise en charge des malades incarcérés : la première unité hospitalière sécurisée

La loi du 18 janvier 1994 avait prévu la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) pour des malades incarcérés demandant une hospitalisation d'une durée supérieure à 48 heures. La première des unités vient de s'ouvrir à Nancy. 303 lits sont prévus dans les prochaines années à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes, Toulouse et Paris. Ces unités concernent des malades souffrant de pathologies somatiques. Pour les malades souffrant de maladie mentale, la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Cet article du *Quotidien du Médecin* explique le fonctionnement de l'UHSI de Nancy en présentant aussi bien l'équipement de sécurité que la structure hospitalière comprenant l'équipe d'agents de l'administration pénitentiaire et l'équipe soignante.

*Le Quotidien du médecin, mercredi 18 février 2004.*

## Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la Santé publique 1920-1945

Les auteurs de cet article rappellent la naissance du premier ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, installé le 21 janvier 1920, menacé de disparaître, fondu dès 1924 dans un département du travail et de l'hygiène, pour renaître en 1930 sous la forme d'un ministère de la santé publique. Ils recensent les actions d'équipement sanitaire entreprises dans les années 1930 : dispensaires antituberculeux (un pour 50 000 habitants en 1934 contre un seul pour 147 600 en 1920), dispensaires antivénéériens... et les nouvelles actions à partir de 1937 où les dépenses du ministère connaissent une hausse sensible, en particulier avec trois chapitres : la PMI, le cancer et l'hygiène mentale. Les auteurs observent que, déjà prépondérant avant 1914, le rôle des collectivités locales dans le financement de la santé publique va croissant. Ils étudient également l'histoire de la santé publique avec l'élan opérationnel des « *Rockefeller medicine men* » époque de la pleine activité de l'Office national d'hygiène sociale (ONHS) (1924-1934), avant d'aborder l'époque de Vichy et de la Libération et de terminer avec les années qui se succéderont de 1946 à 1958, années sans beaucoup de pouvoirs ni de crédits, avec une politique préoccupée plus d'aménagement du territoire que de santé publique. Le Travail annexera en 1958 la Santé au sein d'un département dit des affaires sociales.

*Sève (Santé, enjeux, visions, équilibres), les Tribunes de la Santé, hiver 2003.*

## Dossiers

### La santé en prison

Dix ans après la promulgation de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui réorganisait la prise en charge des détenus, où en est-on ? La revue *Actualité et dossier en santé publique* consacre un dossier pour faire le point sur la situation de

la santé en prison en 2004. Si depuis 1994, des améliorations ont été faites en milieu carcéral pour faciliter l'accès aux soins des détenus, il reste cependant des efforts à faire dans le suivi médical (y compris à la sortie du détenu) et dans la permanence des soins (notamment la nuit et le week-end) face à l'augmentation de la population carcérale et à ses conditions de vie qui ne cessent de se dégrader. De même, une coordination des prises en charge somatique et psychique devrait être développée face au nombre croissant de détenus présentant des troubles mentaux. Ce dossier remarque par ailleurs, qu'une évaluation quinquennale portant à la fois sur l'état de santé des personnes détenues et sur l'activité des établissements publics de santé qui les prennent en charge, permettrait de réajuster périodiquement l'offre de prévention et de soins en fonction des besoins.

*Haut Comité de la santé publique, actualité et dossier en santé publique, adsp, n° 44, septembre 2003, pp. 17 à 54.*

## Les revenus sociaux en 2002

En 2002, l'ensemble des prestations de protection sociale versées aux ménages s'élève à 443,2 milliards d'euros, soit 29,1 % du produit intérieur brut. Un peu plus de vingt ans plus tôt, en 1981, cette proportion n'était que de 24,9 %. Ainsi en deux décennies, on s'aperçoit que le poids des transferts sociaux dans la richesse nationale a augmenté de plus de quatre points. Dans ce dossier réalisé par la Drees sur les revenus sociaux en 2002, on trouvera successivement des articles sur les prestations sociales, les prestations suivant la perte d'emploi, les prestations familiales et de logement, les allocataires de minima sociaux, les retraites et les comptes de la protection sociale de 1981 à 2002 accompagnés d'annexes.

*Drees, dossiers solidarité et santé, n° 4, octobre-décembre 2003, 124 pages.*

## Rapports

### Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées

Grâce à l'amélioration des conditions de vie et aux progrès de la médecine, la population française va, dans son ensemble, mieux vieillir en conservant plus longtemps ses capacités d'autonomie et de santé. Cependant, le nombre de personnes présentant une diminution plus ou moins handicapante de capacités physiques ou mentales va augmenter, et ces personnes risquent d'être confrontées à des actes de maltraitance dans la relation avec l'entourage, dans un établissement ou dans le cadre de la prise en charge par un service de soins. Le groupe de travail présidé par Michel Debout a étudié les maltraitances qui résultent de la dégradation, souvent insidieuse, des relations entre la personne âgée et son entourage (conjoint, enfants, intervenants professionnels tant à domicile qu'en établissement) et qui se manifestent par de simples « négligences » voire de l'indifférence ou même des comportements d'exclusion et de mépris. Dans un premier temps, ce rapport s'attache à définir la maltraitance, à en mesurer l'ampleur, à en appréhender les modalités et les mécanismes, ainsi qu'à en repérer les causes. Dans un second temps, il propose des moyens pour sensibiliser les acteurs familiaux et professionnels, pour protéger les victimes, et pour engager les actions de prévention nécessaires.

*ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Secrétariat d'État aux personnes âgées, Direction générale de l'action sociale, ENSP, décembre 2003, 78 pages.*

### Évaluation des risques sanitaires liés à l'exposition de la population française à l'aluminium : eaux, aliments, produits de santé

En juillet 2000, l'unité 330 de l'Inserm a publié des résultats qui mettaient en évidence un risque accru de démences, notamment de type Alzheimer, chez des sujets exposés à des concentrations d'aluminium dans l'eau de distribution supérieures à 100 µg/l. La littérature scientifique a suggéré que l'aluminium pouvait être impliqué dans l'étiologie d'autres pathologies que celle d'Alzheimer et que d'autres sources d'exposition que l'eau et l'alimentation pouvaient contribuer aux risques. Un comité de pilotage associant les 3 agences de sécurité sanitaires (Afssa, Afssaps et InVS) a donc été constitué afin d'organiser une expertise nationale des données disponibles, permettant d'évaluer les risques pour la santé liés à l'exposition de la population à l'aluminium contenu dans les différents milieux, et particulièrement dans l'eau,

l'alimentation et les produits de santé. L'aluminium est un élément particulièrement abondant puisqu'il représente environ 8 % en masse de l'écorce terrestre et ne peut être considéré au sens strict comme un contaminant des denrées primaires (brutes) à l'instar des éléments en traces tels que le plomb, le cadmium ou le mercure. De nombreux aliments d'origine végétale ou animale contiennent naturellement de l'aluminium (les teneurs rencontrées se situent de 1 à 10 mg/kg). De plus, les nombreuses propriétés physico-chimiques de l'aluminium en font un métal très utilisé dans de nombreux domaines, y compris dans les produits de santé. En conclusion, au vu des résultats de l'expertise, le comité de pilotage recommande de ne pas entreprendre d'autres études épidémiologiques en population générale sur les risques sanitaires liés à l'aluminium (aucun argument nouveau ne permet d'étayer le rôle causal de l'aluminium dans la survenue d'Alzheimer). Seules des études épidémiologiques pourraient être envisagées concernant des populations que l'on sait plus particulièrement exposées (les personnes dialysées, les professionnels de l'industrie et les personnes sous traitement anti-acides au long cours)...

*Afssa, Afssaps, InVS, novembre 2003, 192 pages.*

## Guide

### Guide des lieux d'accueil pour personnes en difficulté en Île-de-France, 2003-2004

Les structures qui prennent en charge les populations en difficulté sont rassemblées dans ce guide : lieux d'accueil de jour, lieux d'hébergement pour des périodes limitées et lieux d'accès aux soins. Ainsi, on trouvera les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) financés par l'Aide sociale de l'État, les centres d'hébergement non réglementés (non conventionnés au titre de l'aide sociale), les établissements d'accueil mère-enfant, les hôtels sociaux et les résidences sociales (ce sont des structures qui accueillent également les personnes en voie d'insertion sociale, pour un hébergement de durée limitée). Les autres structures recensées : les lieux d'accueil de jour qui n'offrent pas directement d'hébergement mais des services divers, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mis en place dans les hôpitaux pour faciliter la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité, et les centres de prévention et de soins, généralement gérés par les Conseils généraux (anciens « dispensaires »). Pour chaque structure, sont indiqués l'adresse, les services offerts (type d'accompagnement) et les personnes pouvant y être accueillies (âge, sexe).

*Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2003-2004, 128 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  
8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP  
01 40 56 79 80  
01 40 56 79 49  
[www.hcsp.ensp.fr](http://www.hcsp.ensp.fr)