

PROFESSIONNEL DE SANTÉ (n.m): SPÉCIALISTE AYANT BESOIN DE CONSEILS SPÉCIALISÉS.

ex : "La Caisse d'Épargne est la banque de tous les professionnels de la santé. Quels que soient leurs statuts ou leurs besoins, elle les accompagne au plus près grâce à ses équipes dédiées."

CAISSE D'ÉPARGNE
LA BANQUE. NOUVELLE DÉFINITION.



BPCE - Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 155 742 320 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - RCS Paris n° 493 455 042 - © BDDP & Fils - Photo : Cormac Hanley

COLLOQUE

Déréglementation de la Profession Libérale : quels enjeux financiers ?

Organisé par la Caisse d'Épargne Provence Alpes Corse, en partenariat avec l'URPS-ML PACA

Judi 21 novembre 2013 à 19h, Auditorium Caisse d'Épargne Provence-Alpes-Corse

Métro Estrangin-Préfecture 13006 Marseille

Inscription obligatoire (dans la limite des places disponibles) : sophie.robion@cepac.caisse-epargne.fr

(réponse souhaitée avant le 6 novembre 2013)

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



N° 44 - Oct. 2013
ISSN : 1969-8356

**NUMERO
SPECIAL**

ACTUALITES

- Messagerie sécurisée
- 10 ans de progrès dans le traitement de l'AVC
- Numerus Clausus
- Fiche vaccination : la Grippe

1^{er} Congrès Santé-Environnement PACA

DOSSIER

**Les experts scientifiques
présentent leur intervention**

**"L'émergence des pathologies environnementales"
6 & 7 décembre 2013
Marseille - Palais du Pharo**

DOSSIER SPÉCIAL

CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT PACA

Les experts scientifiques présentent leur intervention6 à 15

TRAVAUX DE L'UNION

De la tentative au suicide chez les jeunes de 10 à 25 ans16

ACTUALITÉS

La messagerie sécurisée est enfin là : mise en pratique.....17

2003-2013 : 10 ans de progrès dans le traitement de l'AVC.....18

Un numerus clausus dans l'admission aux études médicales en France a-t-il jamais eu un sens ?.....21

JURIDIQUE

Expertises médicales et TVA.....24

SANTÉ PUBLIQUE

Fiche : Vaccination contre la grippe.....27

EXERCICE PROFESSIONNEL

Maison de santé29

La commission de réforme de la fonction publique d'état et de la fonction publique territoriale30

AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Prévention des troubles respiratoires chez le nourrisson vue par les kinésithérapeutes.....35

LIBRE EXPRESSION

Les devoirs des patients : une question d'actualité36

EN BREF.....38

Le Journal des Médecins Libéraux PACA est une publication périodique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Provence- Alpes-Côte d'Azur.
37-39, Bd Vincent Delpuech • 13255 MARSEILLE CEDEX 06
Tél. : 04 96 20 60 80 • Fax : 04 96 20 60 81
www.urps-ml-paca.org • e-mail : contact@urps-ml-paca.org

Directeur de la publication : Dr Jean-François GIORLA

Directeur de la rédaction : Dr Jean-Claude ABADIE

Comité de lecture :

Drs JC. ABADIE, S. BIHAR, R. BOVET, S. CINI, A. COLONGEON, D. COLONGEON, P. FREDENUCCI, C. GIRAUD, W. GUARDIGLI, I. LECLAIR, D. LIEUTAUD, PY. LUSSAULT, P.J. PRADELLE, JC. REGI.

Réalisation : CPROD (04 91 55 05 51) - Photos : XDR - FOTOLIA

ISSN : 1969-8356

Les articles de cette revue sont écrits sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Cette revue est téléchargeable sur
www.urps-ml-paca.org
rubrique "travaux"

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

URPS PACA
MÉDECINS LIBÉRAUX

Restons en contact et bénéficiez d'informations professionnelles par e-mails :

Inscrivez-vous pour recevoir l'e-journal de votre Union sur www.urps-ml-paca.org

Dès aujourd'hui, optimisez la croissance de votre retraite.

RETRAITE

Check-up RETRAITE

Pour la retraite, optimiser ses placements permet de conserver son niveau de vie et de bénéficier d'avantages fiscaux. Contactez un conseiller MACSF au 3233⁽¹⁾ ou sur macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

MACSF

(1) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la vie agréée par le Code des assurances, au capital social de 50 737 438 €, entièrement libéré - enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 021 095 - siège social : cours du Triangle - 10 rue de Bémy - 92300 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - 754 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX / France.

EDITORIAL

Il y a quelques années, les liens entre santé et environnement étaient tabous et bon nombre de confrères se limitaient au versant curatif de notre art déjà bien complexe. Plus qu'une attitude de retrait, il s'agissait d'une incompréhension due à l'absence de formation sur ce thème.

Aujourd'hui plus personne ne songe à nier cette évidence et nos patients eux-mêmes en ont pris conscience, nous obligeant à leur apporter des réponses.

Devant chaque cas atypique, nous devons envisager un facteur environnemental et devenir les véritables sentinelles de la veille sanitaire.

A quand un DPC sur santé et environnement ?

La médecine environnementale doit être au plus vite enseignée dans le cursus initial des futurs praticiens car nous avons le devoir d'intégrer dans notre démarche diagnostique quotidienne cette réflexion.

La connaissance des risques doit être intégrée à notre formation continue et les décideurs doivent intégrer ce sujet dans la longue liste des actions de formation indemnisées.

Le développement de la médecine préventive sera le grand challenge des années à venir.

Nous ne devons pas laisser à d'autres cette tâche car qui mieux que nous connaissons nos patients ?

Les médecins libéraux et plus généralement les professionnels de santé doivent devenir des émetteurs d'alerte.

Le 1^{er} Congrès sur "les pathologies environnementales émergentes" organisé par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA, en partenariat avec celles des régions Haute Normandie, Corse et Poitou-Charentes, vous permettra d'avoir une vision d'ensemble de la médecine environnementale, de son intérêt et de sa place dans nos cabinets.

Ce grand rassemblement, vous l'aurez compris, primordial pour les professionnels de santé, se tiendra les **6 et 7 Décembre 2013 au Palais du Pharo à Marseille.**

Lors de ces rencontres, l'objectif sera aussi de mener une réflexion commune entre tous les acteurs de santé environnementale au travers des interventions d'experts de renom et d'horizons différents présents sur ces deux journées.

Parce que nous sommes tous et toutes concernés, dans notre quotidien, par notre santé, celle de nos proches ou celle des générations futures, ce Congrès s'adresse au plus grand nombre.



Dr Jean-François GIORLA
Président de l'URPS ML PACA



“NOUS N’HÉRITONS PAS LA TERRE DE NOS PARENTS, NOUS L’EMPRUNTONS À NOS ENFANTS” ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

par le Dr Rémy SEBBAH,
Généraliste à Marseille, Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA, Président du Comité d'Organisation

La culture de la protection de l'environnement a commencé voici quelques années.

Et la population s'est appropriée quelques gestes élémentaires et de bon sens.

Qui peut nier aujourd'hui la pertinence d'économiser l'eau en fermant le robinet pendant une douche, ou d'économiser l'électricité en éteignant les lumières des chambres inoccupées ?

Qui peut nier aujourd'hui la pertinence du tri sélectif des ordures ménagères?

Qui peut nier aujourd'hui la pertinence des efforts réalisés par les municipalités pour réduire les gaz à effets de serre et augmenter et développer les espaces verts?

Qui peut nier aujourd'hui la pertinence de préserver la qualité de l'eau que nous buvons, que nous utilisons pour toutes les tâches quotidiennes, et celle dans lesquelles nous nous baignons?

Qui peut nier la pertinence de Qui peut nier la pertinence de... Qui peut nier la pertinence de...

Comme le laisse entendre Antoine de Saint-Exupéry dans "Terre des Hommes", peut-être inspiré d'une maxime asiatique voire africaine, que laisserons-nous à nos enfants de cette Terre dont nous bénéficions aujourd'hui?

Comment comprendre et prendre conscience des effets délétères et polluants des mêmes produits, substances et organismes créés par l'Homme, initialement dans un but de mieux être, de guérison de maladies, ou de confort de vie?

Comment comprendre que l'évolution de la société et sa modernité peut rimer avec préservation des éléments de notre Chère Terre, et la prévention de nouvelles maladies émergentes?

Par un acte citoyen :

participer au Congrès Santé Environnement des 6 et 7 Décembre 2013

Dans ce dossier "Spécial Congrès" vous aurez un aperçu des thématiques abordées lors des interventions de nos experts scientifiques.

Vous trouverez, joint à cette revue, le dépliant présentant les modalités d'inscription au Congrès ainsi que toutes les informations pratiques. INSCRIVEZ-VOUS VITE !!!!



1^{er} CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT Provence Alpes Côte d'Azur

Les Pathologies environnementales émergentes

**6 & 7 Décembre 2013
Marseille - Palais du Pharo**

ORGANISATION



AVEC LE SOUTIEN ACTIF DE





LES PATHOLOGIES ENVIRONNEMENTALES

Malgré les progrès considérables liés au développement scientifique, les médecins constatent aujourd'hui

une augmentation vertigineuse des cancers, des pathologies allergiques, hypofécondités, stérilités, maladies neuro dégénératives, sans compter une kyrielle de maladies "orphelines". Les pathologies allergiques - pathologies respiratoires, bronchiolites et asthme - touchent plus de 25% de la population et les prévisions sont au doublement dans les 20 ans à venir.

De l'ère des grandes épidémies à l'ère pasteurienne

Depuis que l'homme s'est sédentarisé, il n'a eu de cesse que de modifier et d'adapter son environnement pour une meilleure protection et une meilleure survie. La survenue de l'agriculture et de l'élevage a été un très grand pas. Au fil des siècles, les connaissances sur nos milieux de vie et les techniques progressant, nous avons eu le sentiment de nous mettre à l'abri de la nature et de notre environnement ; malgré cela nous étions toujours très vulnérables comme en témoignent les grandes épidémies de peste, variole, choléra, etc.

La révolution scientifique et technique des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles nous a fait prendre conscience de notre capacité à maîtriser la nature et à en devenir "maître et possesseur". Grâce aux découvertes de Louis Pasteur, les maladies infectieuses n'étaient plus le fait du hasard ou de la malchance mais dues à des bactéries que nous pouvions prévenir et combattre par le développement de l'hygiène et des vaccinations. En 1928, Sir Alexander Fleming, biologiste et pharmacologue écossais, découvrit le premier antibiotique - la pénicilline, ce qui lui valut le prix Nobel en 1945. Les grandes découvertes scientifiques médicales du XX^{ème} siècle suivirent à pas de géant à tel point qu'en 1959 le chirurgien général W.H Stewart déclarait devant le Congrès des Etats-Unis que le temps était venu de "refermer le livre des maladies infectieuses". John Cairns, biologiste de renom déclarait quant à lui que la mort par maladies infectieuses était "virtuellement éliminée" dans les pays occidentaux. Voici beaucoup trop d'optimisme car qu'en est-il aujourd'hui ? Les pathologies d'origine bactérienne ou virale sont la première cause de mort au monde, catastrophiques dans le tiers monde par l'absence d'accès à l'eau potable, le manque d'hygiène et d'accès aux soins, et en très grande augmentation en Occident en raison de la résistance aux antibiotiques et l'apparition de nouvelles souches bactériennes ou virales pathogènes.

L'état de santé de l'homme est le reflet de l'état de santé de la Terre

Depuis le XIX^{ème} siècle, parallèlement aux grandes avancées en santé publique en terme d'hygiène et de lutte contre les maladies infectieuses, l'industrialisation modifia très rapidement nos milieux de vie, notre environnement, ce qui provoqua de façon très insidieuse des effets sur notre santé sans que cela nous préoccupe. Pourtant des scientifiques, les "lanceurs d'alerte" de l'époque s'en inquiétèrent et mirent en évidence l'impact des modifications de la nature sur la faune et la flore. En 1886, Ernst Haeckel, biologiste, philosophe et libre penseur allemand qui a fait connaître les théories de Charles Darwin en Allemagne et développé une théorie des origines de l'homme, inventa le mot d'écologie: "*Par écologie, nous entendons la totalité de la science des relations de l'organisme avec son environnement, comprenant au sens large toutes les conditions d'existence*". C'est alors qu'une nouvelle discipline scientifique est née : l'écologie scientifique, mais elle a eu et a encore beaucoup de mal à s'imposer car penser que l'homme est dépendant, en interrelation étroite avec l'état de son environnement et que sa santé en dépend, n'est pas encore présent dans tous les esprits, en particulier certainement pas dans ceux d'une grande partie des scientifiques et du corps médical.



Dr Joël SPIROUX DE VENDÔMOIS

*Docteur en médecine générale et de l'environnement,
Président du Comité de Recherche et d'Information
Indépendant sur le Génie Génétique (CRIIGEN)*

Que constatons-nous aujourd'hui ? L'industrialisation et le développement technologique font que nous modifions comme jamais notre environnement depuis que l'homme existe. Nous lar-

guons dans la nature des tonnes de produits chimiques et de molécules inédites sans nous préoccuper de l'impact sur notre santé, tout comme nous le faisons au Moyen-Age en déversant les détritiques et les pots de chambre dans les rues. Pour preuve: "*la production mondiale de substances chimiques est passée d'un million de tonnes en 1930 à 400 millions de tonnes en 2004*". Tout en sachant que les effets sur la santé de plus de 60% de ces produits ne sont pas connus, sans compter les effets croisés et cumulatifs et les effets trans-générationnels !

Les pathologies environnementales : un nouveau concept est né

Au cours de leurs consultations, les médecins constatent actuellement une augmentation vertigineuse des pathologies allergiques, bronchiolites, asthme, allergies, hypo fécondités, stérilités, cancers, malformations néonatales, sans compter une kyrielle de maladies "orphelines". Les pathologies allergiques - pathologies respiratoires, bronchiolites et asthme - touchent plus de 25 % de la population et les prévisions sont au doublement dans les 20 ans à venir. En France, la prévalence de

l'asthme est passée de 3 % à 7 % en 15 ans . La diminution des spermatozoïdes a été de 50 % en 50 ans en Europe, les malformations néonatales enregistrées ont doublé en 20 ans à Paris et région parisienne, alors que les cancers ont progressé de plus de 50 % en 20 ans en France, le cancer étant devenu la première cause de mortalité en 2008 . A partir de ces constatations, un nouveau concept est né, celui de pathologies environnementales, c'est à dire les pathologies causées ou liées à des modifications de notre environnement.

Malgré les progrès considérables dus au développement scientifique en médecine, tout s'est passé au XX^{ème} siècle comme si nous avions occulté tous les facteurs exogènes, donc évitables de morbidité et de mortalité. Depuis les années 60, nous n'avons cessé d'améliorer avec grand succès notre milieu de vie, notre confort (isolation, chauffage, ventilation, climatisation), nos moyens de transport (pollution atmosphérique), notre agriculture (pesticides, perturbateurs endocriniens), notre alimentation (OGM, produits "light", suralimentation, obésité), nos soins (maladies nosocomiales, pathologies iatrogènes), ainsi que nos milieux sociaux de vie (générant stress et dépression).

Les pathologies d'origine bactérienne ou virale sont devenues la première cause de mort au monde. D'après l'OMS, les maladies infectieuses sont responsables de 14 millions de décès chaque année. Même si plus de 90 % de ces maladies surviennent dans les pays en développement contre seulement un % dans les pays industrialisés, l'incidence des pathologies infectieuses a doublé dans les pays occidentaux en 15 ans . A présent il est grand temps de s'attaquer à la source de ce problème et d'y apporter de vraies solutions et non pas se cantonner dans une position de déni comme le fut celle au sujet de l'amiante ou de Tchernobyl.

Une redéfinition de la notion d'environnement est nécessaire

Quand on parle d'environnement, on pense immédiatement à la nature, aux plantes et aux animaux mais ce n'est pas seulement cela. La définition précise de ce qu'est notre environnement est nécessaire. A la question : "*Qu'est-ce que l'environnement ?*" Einstein a répondu : "*C'est tout ce qui n'est pas moi*". En effet, l'environnement peut se décliner en plusieurs catégories :

- Environnement biologique : toute la biocénose : faune, flore, bactérie, virus, nous-mêmes les humains
- Environnement physique : le biotope, rayonnements magnétiques, ionisants...
- Environnement chimique : tous les produits chimiques, pesticides...
- Environnement sensoriel : le bruit, les odeurs...
- Environnement socio-anthropologique : il est évident que nous ne faisons pas les mêmes pathologies dans un hôtel particulier que dans les bidonvilles des grandes mégapoles d'Asie ou d'Afrique. Dans cette catégorie nous pouvons mettre en exergue l'environnement cognitif : c'est-à-dire par quels moyens nous pouvons comprendre et appréhender notre

environnement, culture familiale, enseignement, médias...

A ces différentes catégories, il nous faut associer nos comportements qui sont intimement liés aux milieux de vie tant nous sommes adaptables.

Or toutes ces catégories d'environnement sont en interrelation. Le modèle pasteurien, qui met en exergue une relation univoque entre une bactérie et une pathologie peut et doit s'appliquer aussi pour les facteurs physiques ou chimiques. Telles en témoignent les actions sur la santé du plomb (saturnisme), du mercure, des hydrocarbures aromatiques, de l'amiante (asbestose) et des rayonnements ionisants. Mais la grande difficulté est que les facteurs pathogènes physiques et chimiques peuvent se combiner, se cumuler, se stocker et ne présenter leurs effets qu'à court, moyen ou long terme. En raison de ces effets "cocktail", il est difficile de trouver un agent causal unique ce qui entraîne un manque de recherche et de questionnement. Pour preuve, à l'heure actuelle, pas un patient atteint de cancer ou de malformation néonatale ne subit de prélèvements sanguins aux fins de recherche de toxiques dans le sang. Cette attitude est d'autant plus surprenante que nous attribuons la baisse de 50 % de la biodiversité mondiale à des causes chimiques et environnementales.

Pasteur avait sans doute oublié que le monde était fait d'interrelations changeantes et complexes car le rôle de l'environnement et du terrain est fondamental dans la genèse des maladies. L'ère "Pastorienne et hygiéniste" unique a donc vécu aux pollutions bactériennes ; se surajoutent aujourd'hui les pollutions physiques, chimiques, génétiques, qui ont des effets catastrophiques et encore pour la plupart insoupçonnés en terme de santé publique comme en témoignent notamment les grandes affaires de santé publique comme le plomb, l'amiante, l'ESB, le sang contaminé, Sévésco et la dioxine, pesticides, ou encore Tchernobyl, Fukushima, bisphénol A, les nanotechnologies... Dans ce cadre, je vous invite à lire les livres "*Signaux précoces, leçons tardives*" de l'Agence Européenne de l'Environnement (2004 et 2013).

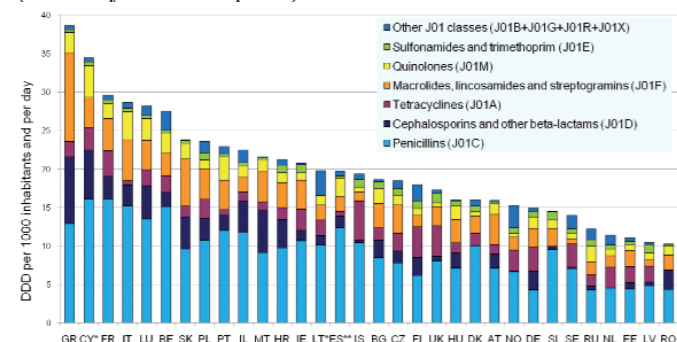
La toxicologie n'est plus adaptée et il va falloir développer les recherches sur les effets des faibles doses, des effets cocktail, de la bioaccumulation, les effets vie entière... Les progrès à réaliser en toxicologie vont nous forcer à modifier les normes et doses admissibles de tous les xénobiotiques. Il va nous falloir changer notre regard et intégrer la nécessité de penser la complexité du monde dans ses interrelations dynamiques. Par ailleurs, il va être de plus en plus nécessaire d'anticiper et d'éviter la survenue des pathologies plutôt que d'essayer de les soigner. Cela va de pair avec l'obtention d'un environnement sain. N'oublions pas la définition de la santé de l'OMS (1948) qui vient d'être introduite dans la nouvelle loi santé hôpital (article L 1110, 4 février 2009) : "*La santé est un état de bien-être physique, psychique, social et pas uniquement une absence de maladie*". Un autre regard sur la place de l'Homme dans son milieu, sur les effets "boomerang" des pollutions inconsidérées sur la santé commence à voir le jour. Le 21^{ème} siècle doit devenir le siècle de l'hygiène chimique, de la préservation des milieux et de la prévention. ■

LES RÉSISTANCES AUX ANTIBIOTIQUES LES BMR

Les bactéries ont une ancienneté évaluée à environ 4 milliards d'années au cours desquelles elles ont été exposées à des changements multiples d'environnement. Ces modifications les ont obligées à s'adapter. Elles ont acquis, de ce fait, de multiples gènes leur permettant de se défendre, dont des gènes codant pour des mécanismes de résistance aux antibiotiques naturels (présents dans la nature). De plus, certaines espèces de bactéries peuvent échanger ces gènes !!

Les antibiotiques sont des "médicaments miracle" qui ont sauvé des millions de patients atteints d'infection. C'est la seule classe thérapeutique qui agit sur des cibles qui ne sont pas des constituants de nos cellules. Les antibiotiques n'agissent pas uniquement sur l'espèce bactérienne infectante, mais sur les très nombreuses espèces bactériennes vivant sur nos muqueuses, notre peau, notre tube digestif. Ces bactéries constituent nos flores et contribuent à notre équilibre ; par exemple par l'aide à la digestion, la production de vitamine K dans notre tube digestif... Sur notre peau et nos muqueuses, elles jouent un rôle "barrière" empêchant l'implantation d'autres espèces potentiellement pathogènes. Tout traitement antibiotique éradique les bactéries sensibles de nos flores. Il ne reste que les résistantes !!!

Les antibiotiques, lors d'un traitement, sont excrétés. On les retrouve dans les effluents et donc dans l'environnement où ils continuent d'exercer leur activité pour la majorité d'entre eux. Leur impact écologique est en cours d'investigation. Un patient ou un animal traité peut rester porteur de bactéries résistantes pendant une période variable parfois très longue (quelques mois à plusieurs années), qu'il excrète contribuant aussi à la diffusion des bactéries résistantes dans l'environnement. S'il développe ultérieurement une infection (urinaire, intra-abdominale...), celle-ci peut être due à ces bactéries résistantes. Les personnes porteuses, proches d'un patient ou d'autres personnes, peuvent leur transmettre par les mains d'où l'intérêt de la promotion des mesures d'hygiène (soluté hydroalcoolique...).



Pr Pierre DELLAMONICA

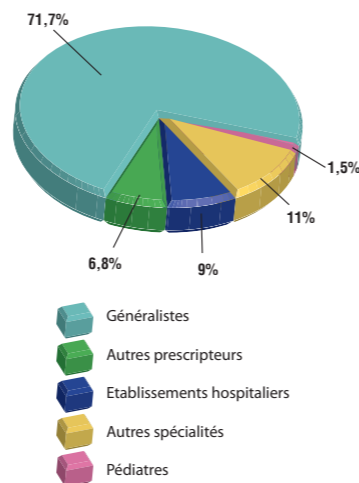
Consultant infectiologue du CHU de Nice et Université de Nice Sophia Antipolis, Membre du Comité du Plan Antibiotique National

Si les antibiotiques apportent un bénéfice individuel, ils ont un effet "écologique" important par la sélection des bactéries résistantes qui est source d'un risque individuel et collectif. La résistance des bactéries aux antibiotiques a augmenté ces dernières années de façon très inquiétante et les échecs thérapeutiques sont de plus en plus fréquents. En Europe, il a été estimé en 2010 que 25 000 personnes sont décédées en relation avec une infection à bactérie multirésistante. Le problème est particulièrement préoccupant car la recherche de nouveaux antibiotiques est en panne. Il n'y aura pas d'antibiotiques innovants dans les 7 à 10 ans à venir, car les mécanismes de résistance mis en oeuvre sont de plus en plus variés et sophistiqués.

L'étude des consommations européennes montre clairement que certains pays consomment 2 à 3 fois plus d'antibiotiques que d'autres (figure n°1). La résistance bactérienne aux antibiotiques évolue dans le même sens que la quantité d'antibiotiques utilisée. C'est la raison pour laquelle nous avons lancé un programme ciblé sur le bon usage dans les Alpes-Maritimes en 2000 (campagne "Antibios quand il faut") qui a fait la preuve que la baisse de la consommation pouvait entraîner une baisse de la résistance. Cette campagne a ensuite été relayée par l'Assurance Maladie, à partir de 2002, par la campagne "Les antibiotiques, c'est pas automatique", puis "Les antibiotiques utilisés à tort deviendront moins forts". Le bon usage doit donc aussi associer à un moindre usage. Un usage plus raisonné a

été promu dans beaucoup d'établissements de soins, mais les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont une marge d'amélioration importante. Leurs prescriptions sont comptées dans les prescriptions de ville qui représentent 71% de la totalité des antibiotiques prescrits en 2009 (figure n°2).

La médecine de ville a d'importantes potentialités d'amélioration, notamment en évitant de traiter des infections virales et en prescrivant des posologies et des durées de traitement adaptées, selon les recommandations de bonnes pratiques (HAS, SPILF...). Beaucoup oublient aussi qu'un antibiotique prescrit de façon injustifiée peut générer des effets indésira-



bles parfois plus graves que l'infection ayant motivé sa prescription et sur laquelle il n'aura d'effet que si l'infection est virale.

Le problème de la résistance est mondial, puisque l'on sait maintenant que les voyageurs peuvent facilement contracter ces bactéries multi-résistantes dans les pays en voie de développement dans lesquels il n'y a aucun contrôle de la qualité de l'usage. Ceci amène à proposer une mobilisation générale à l'échelon mondial. En ce qui nous concerne, comme le montre la figure n°1, la France a de sérieux progrès à faire afin de géné-

raliser le bon usage qui est un moindre usage, tant en médecine humaine que vétérinaire. La France, pendant longtemps, a été leader mondial de la prescription ; elle est maintenant au troisième rang après la Grèce et Chypre. La marge d'amélioration est importante pour rejoindre la moyenne des niveaux de prescriptions européens. La France, pays de Pasteur, serait bien inspirée d'être un exemple dans ce domaine. Se glorifier d'avoir le meilleur système de santé est sûrement vrai à la condition que l'on puisse préserver l'efficacité des antibiotiques. ■

LES PATHOLOGIES INFECTIEUSES EMERGENTES

L'émergence est définie par "ce qui nous apparaît" (Larousse). Dès 1933, Charles Nicole disaient "les maladies infectieuses, il en naîtra des nouvelles, il en disparaîtra lentement quelques-unes ; celles qui subsisteront ne se montreront plus sous les formes que nous leur connaissons aujourd'hui". L'émergence des maladies infectieuses est la résultante d'un déséquilibre entre l'agent infectieux, l'environnement, et l'homme. Quand cet équilibre est perturbé comme par exemple une modification de l'agent infectieux qui devient pathogène, une modification de l'environnement permettant la mise en contact entre l'agent pathogène et l'homme, ou une modification de l'immunité autorisant un agent non pathogène à entraîner une maladie chez l'homme, une maladie infectieuse peut émerger. Parmi les facteurs en relation avec l'émergence de maladies infectieuses on peut trouver les modifications de l'agent infectieux, comme les mutations virales ou la sélection de bactéries résistantes aux antibiotiques, les modifications climatiques dont l'impact sur la distribution des daims aux États-Unis entraîne par là même une modification du réservoir de tique et une modification dans la distribution géographique des maladies transmises par ces tiques.

Un autre exemple est celui du déplacement de certaines espèces de moustiques comme les Aedes, responsables de la transmission du Chikungunya, de la dengue et du virus West Nile. Ces moustiques originaires d'Asie et d'Afrique ont depuis de nombreuses années envahis les États-Unis d'Amérique, et sont actuellement en train de coloniser le pourtour méditerranéen dont la région PACA et Languedoc. Ainsi on assiste à un déplacement et à l'émergence des maladies transmises par ces moustiques dans nos régions. Les déplacements humains avec l'apparition de l'avion ont été à l'origine du transfert rapide de maladies infectieuses d'un continent sur l'autre et ainsi à l'émergence de ces nouvelles maladies infectieuses sur des territoires nouveaux. En effet avant l'apparition de l'avion le paludisme à Plasmodium falciparum d'importation était extrêmement rare car les patients mouraient au cours du transport entre les pays d'endémie et l'Europe. Les modifications alimentaires comme par exemple l'arrivée du frigidaire a été à l'origine des infections à Listeria, bactéries dont la croissance se fait à 4°. Les guerres, les catastrophes naturelles sont à l'origine

de rassemblements populaires, de camps de réfugiés, qui autorisent l'émergence d'arthropodes comme les poux et par là même de maladies transmises par ses comme le typhus, où sont à l'origine de détérioration considérable des conditions d'hygiène faisant le lit de maladies infectieuses transmises par l'eau comme le choléra à Haïti. Enfin le facteur de ré-émergence majeur actuellement est le relâchement des mesures sanitaires (vaccination) responsable d'épidémies importantes de maladies infectieuses qui étaient auparavant contrôlées par cette vaccination comme la coqueluche, les oreillons ou la rougeole. Les moyens de prévention et de lutte contre l'émergence de ces maladies infectieuses sont multiples.



Pr Philippe BROUQUI

Chef du service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU Nord-Marseille

Parmi eux la **veille sanitaire et la prévention vaccinale** sont probablement les moyens les plus performants en termes de santé publique et ceux qui peuvent être partagés par tous les acteurs de santé, que ce soit les méde-

cins libéraux, sage-femmes, infirmières, kinésithérapeutes ou autre professions de santé. En effet tous ont un rôle à jouer dans la mise à jour de la protection vaccinale, et on connaît le rôle important joué par la médecine libérale dans les réseaux sentinelle de surveillance de la grippe ou autre infections virales pendant la période hivernale (réseaux Sentinelle réseau Grog). **L'émergence de maladies infectieuses est imprévisible et n'est pas modélisable.** Toutes les modèles prédictifs d'émergence ont été contredits dans le temps. Les épidémies émergent toujours là où on ne les attend pas. Néanmoins il faut rester extrêmement prudent quant à l'évolution potentielle de certaines émergences comme le MERS-Cov et la tuberculose XDR. L'émergence de ce nouveau coronavirus du Moyen-Orient pose naturellement des questions concernant une éventuelle diffusion dans le monde. Le rôle de la médecine libérale est donc un rôle de veille de tous les patients présentant des signes cliniques infectieux et qui ont pu être exposés à ce virus notamment au cours d'un voyage en zone d'endémie (Arabie Saoudite les pays limitrophes). De la même façon la tuberculose résistante aux antibiotiques doit être suspectée chez tous les patients présentant des syndromes d'infections respiratoires (toux chronique fébrile) et provenant de pays d'endémie qui sont actuellement plus particulièrement l'Europe de l'Est et les pays d'Afrique du Sud. ■



LE MÉDECIN-GÉNÉRALISTE FACE AUX PATHOLOGIES ÉMERGENTES

L'Aedes Albopictus apparaît en Europe

Aedes Albopictus ou "moustique-tigre" a fait depuis une douzaine d'années son apparition en Europe. Cet insecte susceptible de transmettre des pathologies telles que dengue, chikungunya, West-Nile et Toscana... se cantonnait jusque là dans des zones plus chaudes du globe.

Lors de consultations médicales, en Corse, en 2005, les médecins généralistes se sont intéressés à des cas de piqûres de moustiques survenant de façon inhabituelle par des insectes décrits comme différents de ceux qui étaient connus jusqu'à présent. Ils ont mis en évidence, pour la première fois, la présence du moustique-tigre Aedes Albopictus dans l'île.

En l'absence de pathologies présentes, ils se sont trouvés coupés de l'organisation classique du système de veille sanitaire. L'installation et la progression du moustique-tigre a pu continuer, des années durant, sans mobilisation spécifique des moyens de lutte. La présence d'Aedes Albopictus a été prise en compte in fine au cours de l'année 2006.

Après l'épidémie de chikungunya à la Réunion, les médecins se sont tournés vers les agences régionales de santé afin d'envisager les stratégies susceptibles de limiter le risque épidémique que constituait le retour de sujets infectés dans les régions où venaient de s'implanter les moustiques-tigres vierges de tout contenu viral.

Le danger des cyanobactéries

L'embranchement des Cyanobactéries (Cyanobacteria) est un embranchement de bactéries (procaryotes), autrefois appelées "algues bleu-vert". Il comporte l'unique classe des "Cyanophyceae" aussi appelées Cyanophycées. On en connaît plus de 7500 espèces.

Elles réalisent la photosynthèse oxygénique et peuvent donc transformer l'énergie solaire en énergie chimique utilisable par la cellule en fixant le dioxyde de carbone (CO₂) et en libérant du dioxygène(O₂). Certaines d'entre elles peuvent, dans certaines conditions, fixer le diazote. Elles sont capables de consommer le carbone organique présent dans leur environnement. Apparues il y a environ 3,8 milliards d'années, elles ont contribué à l'expansion des formes actuelles de vie sur terre par leur production d'oxygène par photosynthèse (elles sont responsables de la Grande Oxydation) et par leur contribution au premier puits biologique de carbone et à une désacidification des

océans, lorsqu'elles se sont organisées en colonies fixées (stromatolithes), capables de produire du calcaire.

Leurs pullulations croissantes, entre autres en France, favorisées par des déséquilibres trophiques et/ou écologiques (dont l'eutrophisation des eaux), posent divers problèmes : obstruction des systèmes de filtration, coloration et parfois dystrophisation des eaux ou anoxies, avec métabolites secondaires donnant un mauvais goût à l'eau (géosmine, 2-méthylisobornéol, p-cyclocitral...) et parfois des toxicoses graves (une quarantaine d'espèces connues sécrètent ou contiennent des cyanotoxines qui sont généralement des neurotoxines pouvant affecter mortellement divers animaux dont l'humain). Ces toxines comptent parmi "les plus puissants poisons naturels connus" et n'ont "pas d'antidote connu".



Dr André ROCCHI

Médecin généraliste, Haute Corse

Leur apparition, leur multiplication dans la plupart des plans d'eau alertent les scientifiques. Ils ont compris que nous sommes dans un espace de changement climato-biologique exceptionnel.

En cas d'intoxication, le monde médical non préparé ne pourrait établir un diagnostic rapide et serait dépourvu de traitements efficaces.

A faibles doses et prises de façon continue, ces toxines seraient responsables de cancers du foie (publications chinoises).

Le grand intérêt de cette présentation est de signaler l'émergence d'un risque pathologique largement appréhendé par les scientifiques et qui nécessiterait une sensibilisation rapide du monde médical ainsi que la participation de ce dernier dans l'élaboration des politiques d'aménagement du territoire et de gestion des ressources naturelles.

Il s'agit d'un sujet tout à fait d'actualité qui permet de comparer les données des scientifiques fondamentalistes et du monde médical. On appréhendera la notion de gestion du risque dans la thématique vitale et l'eau et du réchauffement climatique.

Une médecine environnementale pour les prochaines années

Une médecine environnementale pour les prochaines années

A travers ces exemples, on montrera tout l'intérêt d'inclure les médecins de terrain dans un dispositif de veille sanitaire ayant une dimension " médecine environnementale ".

Dans cette espace de mutation sans précédent que connaît notre société - mondialisation, pollution, nouvelles technologies, réchauffement climatique, etc... - la notion de réactivité et d'adaptation va prendre une importance croissante, la médecine environnementale pourrait être un élément moderne de dynamisme et d'initiative. ■

TOXICOLOGIE ET EPIDEMIOLOGIE : DEUX SCIENCES EN MUTATION

Nous assistons depuis une trentaine d'années à une progression alarmante de l'incidence des maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité). D'autres pathologies sont en augmentation : troubles de la fertilité, malformations génitales, troubles neuro-comportementaux, etc.

Le vieillissement de la population souvent mis en avant comme étant la cause principale des maladies chroniques, ne rend compte que de manière très imparfaite de ce phénomène. De même, même si certains sujets sont génétiquement plus à risque que d'autres, cette composante ne suffit pas non plus à expliquer cette progression car le patrimoine génétique humain reste stable sur une échelle de temps aussi courte.

En revanche, ce qui a changé profondément depuis 50 ans c'est notre environnement, en particulier notre environnement chimique caractérisé essentiellement par l'exposition chronique aux perturbateurs endocriniens via l'alimentation, l'air, l'eau et la peau. Hippocrate disait déjà en son temps : "Pour approfondir la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la

qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants".

Les progrès importants réalisés en biologie cellulaire et moléculaire et en épigénétique (régulation de l'expression des gènes sans modification du code génétique) ont révolutionné la toxicologie permettant désormais d'identifier les bases moléculaires qui unissent l'environnement et le fonctionnement de nos gènes, donc de notre état de santé et ce, dès le stade foetal.

Nous disposons maintenant de suffisamment de connaissances pour agir efficacement, que ce soit en termes de prévention mais aussi de politique de santé. Le bisphénol A, bientôt interdit des contenants alimentaires, en est une bonne illustration, mais ce n'est qu'un début. Il devient donc urgent pour la santé

des générations présentes et futures et pour la préservation de notre système social de santé, de considérer l'approche environnementale comme indissociable de la formation et de la pratique médicales. C'est le sens de l'action que nous menons depuis bientôt 5 ans. ■



Pr Gilles NALBONE

Directeur de Recherche Inserm émérite,
Faculté de Médecine Timone, Inserm U1062, Marseille.

LES RAYONS IONISANTS

Pr Jean-Claude ARTUS

Médecin nucléaire et oncologue
au centre anticancéreux de Montpellier

Parmi les facteurs physiques de notre Environnement, celui des rayonnements ionisants, le "Nucléaire", a pris une place importante en raison du risque sanitaire qu'on leur attribue. Risque souvent exagéré comme on peut le constater par la peur éprouvée à leur évocation.

A cette préoccupation pour la santé, notamment de cancérisation, la réponse doit être celle des "sachants", celle des Professionnels de Santé, d'autant, ils n'en sont pas toujours conscients, qu'ils sont les prescripteurs et acteurs de la plus forte exposition de la population.

Et si la perception de ce risque est aujourd'hui le plus souvent exagérée c'est que l'information, par ceux qui se l'approprient, est faite avec un total manque de compétence.

Des multiples sources des "rayons ionisants" de notre Environnement aux possibles effets sur la santé,

notamment les cancers, tout paraît complexe, voire mystérieux. La sémantique, les grandeurs, les unités, les mécanismes d'interactions, une réglementation parfois décalée, sont autant d'obstacles qui rendent incertaines les quelques connaissances des professionnels de santé.

Il est pourtant possible, sans simplifications exagérées, d'instruire, tous les praticiens, de notions simples mais capitales pour répondre correctement, pertinemment, aux multiples questions d'un public apeuré. Ainsi nanti de solides repères les professionnels de santé pourrons alors assumer leur responsabilité tant dans leurs actes médicaux que dans l'information éclairée qu'ils doivent à leurs patients. ■



POLLUTION DES LIEUX DE VIE ET DE TRAVAIL

Trente mille décès anticipés par an liés à la pollution atmosphérique urbaine ; doublement de la prévalence des maladies allergiques respiratoires depuis 20 ans ; 14 % des couples consultant pour des difficultés à concevoir ; 7 à 20 % des cancers attribuables à des facteurs environnementaux (fumée de tabac non comprise) ; dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel, 37 % des sources d'eau potable seulement disposant de périmètres de protection : tels étaient quelques-uns des constats qui ont justifié la réalisation du premier plan national santé-environnement en 2004 et dont la publication a alors interpellé le corps médical. (*Plan national santé-environnement. Rapport de la Commission d'orientation. La Documentation française. Paris 2004*)

En 2012, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé enquêtant auprès des médecins généralistes, montrait que la pollution de l'air et alimentaire, les substances chimiques, notamment les pesticides, le stress et la dépression au travail, l'amiante, le bruit, les rayonnements, les allergies étaient pour eux des causes environnementales majeurs d'atteinte à la santé humaine. (*Médecins généralistes et santé environnement. Colette Ménard, Christophe Léon, Tarik Benmarhnia. Evolutions. Avril 2012. INPES*)

Etre à l'écoute des patients sur les questions environnementales, les interroger sur les risques auxquels ils peuvent être exposés, savoir répondre, au plus près de la vérité scientifique, aux liens potentiels entre les maladies dont ils sont atteints et ces risques, les aider lorsque cela est possible à en obtenir réparation, notamment lorsqu'il s'agit d'expositions professionnelles, fait désormais partie de la pratique, et des devoirs des médecins.

L'approche environnementale de la santé repose sur une conception de la santé, inspirée du biologiste René Dubos, qui en fait un état d'équilibre bio-psycho-social de l'individu, équilibre instable résultant d'une adaptation mutuelle permanente entre celui-ci et son environnement et ses conditions de travail. (*Santé et maladie, René Dubos, Maya Pines. Time Life Ed. 1966*).

L'intervention en santé environnementale consiste donc, à partir d'une connaissance sur les relations entre les symptômes et maladies et leurs déterminants environnementaux, à développer une action, essentiellement préventive, à la fois sur la personne humaine, mais plus essentiellement sur l'environnement dans lequel elle vit, cet environnement étant majoritairement aujourd'hui façonné par l'activité humaine. La question de la connaissance que l'on a des risques environnementaux en terme de gravité et de probabilité de survenue de leurs effets, et de sa diffusion auprès de tous les acteurs de santé, mais aussi en direction des citoyens et de l'ensemble des forces sociales, est fondamentale.



Pr Jean-François CAILLARD
Professeur de médecine et de santé au travail,
médecin consultant au CHU de Rouen

Mais la construction de cette connaissance, qui mobilise une large communauté scientifique et technique, dont n'est plus exclue l'expertise citoyenne, est un processus long et complexe, notamment du fait des niveaux habituellement faibles des expositions environnementales, à l'exception de certains milieux de travail, du caractère multifactoriel des maladies et de la difficulté d'en découvrir les mécanismes physiopathologiques. Les situations d'incertitude sont nombreuses, parfois à l'origine de vives controverses scientifiques et citoyennes, et les conséquences de l'ignorance peuvent être dramatiques.

C'est pourquoi les plans d'action, en santé environnementale et en santé au travail (PNSE 1 et 2 et PST 1 et 2), font une large place à la recherche et à l'expertise ainsi qu'à la veille et l'alerte sur les nouveaux risques, tout en ayant le mérite de définir des objectifs, et de tracer, pour l'ensemble des acteurs publics et privés, des voies d'action visant à lutter contre les risques environnementaux, qu'il soient physiques, chimiques, biologiques ou liés à certains modes d'organisation de la société. ■

Sites utiles en santé environnementale :
www.anses.fr - www.santé.gouv.fr - www.ecologie.gouv.fr -
www.travail.gouv.fr - www.recherche.gouv.fr - www.ladocumentationfrancaise.fr - www.invs.sante.fr - www.ehesp.fr

LES GRANDES AFFAIRES DE SANTÉ PUBLIQUE : QUELLES LEÇONS EN TIRER ?

Les investigations effectuées dans les dossiers judiciaires de santé publique et environnement, concernant les catastrophes sanitaires qui étaient évitables, ou qui ont perduré alors que les connaissances des dangers et les moyens de protection contre ceux-ci étaient connus.

Celles-ci apparaissent dues le plus souvent, à l'absence d'écoute et de protection des lanceurs d'alerte, à l'action des lobbys faisant privilégier leurs intérêts industriels et financiers au détriment



Mme Marie-Odile BERTELLA-GEFFROY
Vice-Président au Tribunal de Grande Instance de Paris

de l'intérêt général, et à l'absence d'indépendance des experts scientifiques conseillant les décideurs de santé.

Chacune de ces crises sanitaires a pu permettre de repenser à chaque fois le dispositif français de sécurité sanitaire, mais beaucoup reste à faire sur le plan national, mais également sur les plans européen et international, dans lesquels la France pourrait avoir un rôle très important à jouer dans les prochaines années. ■

LES RÉSIDUS MÉDICAMENTEUX DANS LES EAUX

Objectifs : L'accumulation dans l'environnement de milliers de tonnes de médicaments et de métaux à usage humain ou vétérinaire constitue aujourd'hui un sujet dont la préoccupation sanitaire est légitime. Pour évaluer ces rejets, nous avons analysé des substances appartenant à ces deux catégories dans les eaux usées de deux hôpitaux rouennais, ainsi que dans les eaux usées prélevées à l'entrée, au milieu et à la sortie de la station d'épuration (STEP).

Méthodes : L'originalité de ce travail réside dans le fait que tous les échantillons ont été recueillis quotidiennement pendant 29 jours, à l'aide de préleveurs asservis au débit permettant de calculer les quantités totales d'un certain nombre de médicaments et de métaux rejetés dans l'environnement. Après centrifugation et filtration, les analyses ont été réalisées par chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse en mode tandem (LC-MS/MS) avec préparation en ligne des échantillons pour les médicaments et par plasma à couplage inductif relié à la spectrométrie de masse (ICP-MS) pour les métaux.

Résultats : Dans les eaux usées provenant des deux établissements hospitaliers et de la STEP, 20 médicaments ont été quan-

tifiés. Parmi les 68 métaux mesurés, trois se sont révélés des marqueurs pertinents d'activités médicales (argent, gadolinium, platine). En ce qui concerne les 20 médicaments, les concentrations mesurées, voisines de 1 µg/L, sont comprises entre 0,06 et 2,67 µg/L tant dans les eaux usées hospitalières que dans celles de l'agglomération. La contribution hospitalière dans les eaux usées de l'agglomération, plus élevée pour les métaux (5,3 % pour le gadolinium et 9,4 % pour la platine), est inférieure à 1 % pour les médicaments. Nous avons constaté une élimination très variable des médicaments et des métaux au sein de la STEP, conduisant pour certaines molécules à leur diffusion en quantité non négligeable dans l'environnement. ■

Conclusion : Il convient d'améliorer les procédés de traitement des eaux usées pour limiter les rejets de molécules peu dégradées et/ou bioaccumulables auxquelles l'homme pourrait être exposé dans le cadre environnemental.

J.P. Goullé², C. Lacroix¹, E. Saussereau¹, J. Spiroux³, D. Cellier⁴, M. Guerbet²

¹ Groupe Hospitalier du Havre
² Faculté de Médecine et de Pharmacie, ABTE EA 4651, Université de Rouen
³ Union Régionale des Médecins Libéraux, Rouen
⁴ UFR des Sciences et Techniques, Université de Rouen

L'AIR - LES PROBLÉMATIQUES DE L'ALLERGIE AU POLLEN DE CYPRÈS

Le Conseil habitat-santé : méthode, indications, résultats

L'évaluation de l'efficacité cette nouvelle activité est en cours.

La pollinose au cyprès



Pr Denis CHARPIN

Chef de service de pneumologie allergologie à l'Hôpital Nord de Marseille, membre de l'Académie Nationale de Médecine et de l'Agence Française de Sécurité Environnementale

L'asthme et les maladies allergiques respiratoires sont une des affections les plus fréquentes. Leur développement et surtout leur évolution est fortement liée aux facteurs environnementaux.

Le service est activé par le médecin traitant ou le médecin spécialiste, essentiellement en présence d'un asthmatique sévère ou d'un asthmatique dont les symptômes s'accroissent au domicile ou encore en cas de forte sensibilité cutanée aux allergènes domestiques.

La visite est réalisée par un(e) technicien(ne) ayant suivi une formation spécifique. Elle consiste en un examen visuel des lieux, suivi d'échantillonnage de la poussière, parfois de l'air ambiant pour mesure de composés organiques volatils. A l'issue de la visite, un rapport avec photographies est envoyé au médecin. Il comporte des conseils d'aménagement et/ou d'entretien du logement. Dans certains cas, on met la famille en relation avec l'ARS qui a pouvoir de police du logement ou avec des associations pour la réalisation de petits travaux.

La pollinose au cyprès est devenue en quelques années, pour l'ensemble des pays du pourtour méditerranéen, la cause N°1 de rhinite saisonnière chez l'adulte.

Outre sa fréquence, elle a plusieurs caractères singuliers par rapport aux autres pollinoses: sa sévérité, l'absence fréquente de prédisposition génétique, son lien évident avec la plantation incontrôlée de l'arbre et donc son caractère potentiellement maîtrisable.

Les polluants atmosphériques et le réchauffement climatique représentent des facteurs aggravants en prolongeant et en intensifiant la période symptomatique.

Les traitements médicamenteux sont les mêmes que ceux des autres pollinoses, mais souvent incomplètement efficaces. Un grand progrès provient de la désensibilisation, notamment par la voie sublinguale. ■

LES RAYONNEMENTS ÉLECTROMAGNÉTIQUES

Téléphone sans fil, téléphonie mobile 3G, 4G, wifi... autant de nouvelles technologies que l'on utilise au quotidien mais qui ne sont pas sans risque sur la santé. Avec une exposition quasi-quotidienne, à des puissances plus ou moins fortes, les micro-ondes pulsées d'extrême basse fréquence de ces appareils ont des effets biologiques de production de protéines de stress et une résonance avec les fréquences cérébrales.

Sur du moyen ou long terme, il peut donc en résulter des pathologies de type maux de tête, insomnies, troubles du comportement ou de l'humeur... Dans des cas plus extrêmes, mais de moins en moins rares, des



Mme Michèle RIVASI

*Députée européenne du Sud-Est de la France
Agrégée de biologie*

personnes peuvent devenir électro-hypersensibles, devenant donc intolérantes à ces ondes. En Italie, la Cour Suprême a récemment reconnu le lien entre cancer et téléphonie mobile. Une étude de l'Agence Européenne de l'Environnement reconnaît également le lien probable entre risque de cancer et utilisation du téléphone mobile.

C'est pourquoi les acteurs du monde médical un rôle majeur à jouer pour s'informer sur les études sanitaires existantes sur les effets sanitaires de ces champs afin d'être plus à l'écoute de patients connaissant de nouvelles pathologies liées à ces rayonnements. ■

UNE CONSÉQUENCE DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES, L'ACIDIFICATION DES OcéANS : DES ORGANISMES MARINS À L'HOMME

Longtemps négligé par rapport aux problèmes du réchauffement planétaire, il apparaît maintenant que l'acidification des océans, "l'autre problème du CO2", sera tout aussi néfaste à notre environnement. Depuis quelques années les chercheurs se mobilisent pour tenter de comprendre les impacts de cette nouvelle perturbation de l'environnement marin.

Cette conférence présentera l'état de nos connaissances dans ce domaine. Nous tenterons en particulier de répondre aux questions suivantes :

• Qu'est ce qu'est l'acidification des océans ?

Les océans ne deviendront pas acides au sens chimique du terme, mais leur pH est cependant en train de diminuer. Quel est le mécanisme conduisant à cette baisse du pH ?

• Quelles seront les conséquences de cette baisse de pH sur les organismes marins ? Par quels mécanismes



Pr Denis ALLEMAND

Directeur du Centre Scientifique de Monaco

l'acidification des océans agit-elle sur les organismes ?

• Quelles pourraient être les conséquences sur l'humanité de l'acidification des océans ?

Si la santé humaine n'est pas directement menacée, l'acidification des océans pourrait néanmoins avoir des conséquences socio-économiques importantes, en particulier sur le tourisme et la sécurité alimentaire. Deux

workshops, co-organisés par le Centre Scientifique de Monaco et l'Agence Internationale pour l'Énergie Atomique et sponsorisés par le Fondation Prince Albert II et le ministère de l'Écologie, du

Développement durable, des Transports et du Logement se sont tenus au Musée océanographique de Monaco pour faire le point sur cette question. Les principales conclusions de ces workshops seront résumées ici.

• Quelles solutions sont à préconiser pour l'avenir ? ■

TOXICOLOGIE DE NANOPARTICULES MÉTALLIQUES À DE FAIBLES CONCENTRATIONS, PERTINENTES DU POINT DE VUE ENVIRONNEMENTAL

La toxicologie des nanoparticules est presque exclusivement conduite à très fortes doses, non pertinentes du point de vue environnemental, et lorsqu'il s'agit de systèmes et de modèles animaux aquatiques ou de cellules en culture, benoîtement délivrées dans le milieu, ce qui conduit très rapidement à leur agrégation, tant et si bien que les éventuels effets biologiques observés ne sont pas assurément imputables à la seule forme nanoparticulaire.

Nous avons contaminé des poissons zèbres par le biais de leur régime alimentaire, à des doses - 40 ng de NPs/gramme de masse corporelle/jour - cent à mille fois inférieures à ce qui est pratiqué et relevé dans la littérature, et sur une durée inégale de 2 mois. Nous avons examiné l'impact de NPs d'or et de sulfure de cadmium (CdS) pour 2 tailles différentes (12 et 50 nm), et

avons observé des effets différentiels inhérents à la taille des NPs mais également à leur nature métallique. Ces NPs métalliques se révélèrent génotoxiques, perturbant la bioénergétique mitochondriale, et modifiant considérablement le patron

d'expression de plusieurs gènes dans les muscles, le foie et le cerveau, pour des concentrations de métal accumulées inférieures au seuil de détection pour les NPs d'or, et de l'ordre du ppb pour celles de CdS (*Geffroy et al., 2012, Nanotoxicology, 6 :144-160 ; Ladhar et al., 2013, Nanotoxicology, sous presse*).

Des vers de terre de l'espèce *Eisenia fetida* furent contaminés par le substrat solide sur lequel ils furent cultivés pendant 10 jours avec des NPs d'or ou d'argent de 10 nm aux concentrations de 2, 10 et 50 mg/kg de sol. Les deux types de NPs provoquèrent une génotoxicité en proportion de leur concentration dans le sol, et une répression de tous les gènes biomarqueurs testés impliqués dans les mécanismes de détoxification et la fonction mitochondriale. Cette réponse clairement contre-adaptative était accompagnée

d'une chute de l'activité de l'enzyme catalase nécessaire à la neutralisation du choc oxydant que génèrent ces NPs. Nos résultats suggèrent fortement que l'utilisation des NPs d'or dans la pharmacopée thérapeutique soit sévèrement encadrée.



Pr Jean-Paul BOURDINEAUD

Professeur en Biologie, Toxicologie environnementale et Micro-Biologie, Université de Bordeaux.



DE LA TENTATIVE AU SUICIDE CHEZ LES JEUNES DE 10 À 25 ANS

par le Dr Guy RECORBET,
Généraliste à Marseille, Coordonnateur de la Commission EVS de l'URPS Médecins Libéraux PACA

L'environnement dans la pensée universelle tourne autour de la physique, de la chimie ou de la biologie mais aussi de la socio-anthropologie.

Le thème du suicide chez le jeune nous permet d'aborder l'environnement sociétal dans son contexte délétère.

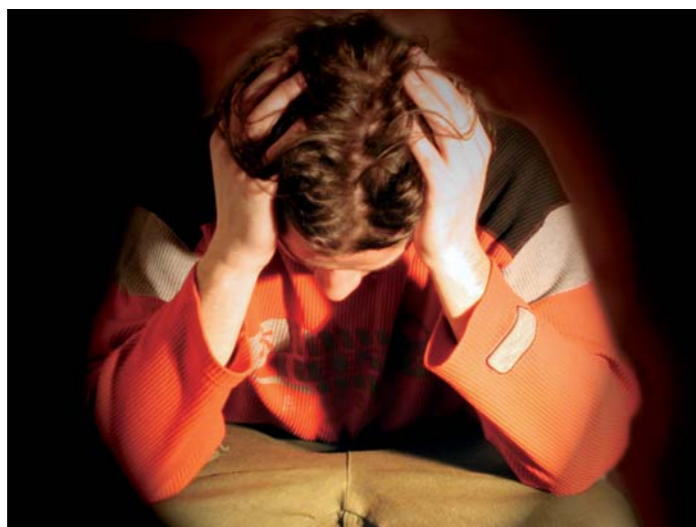
L'installation d'un Observatoire National du Suicide par Madame Marisol Touraine le 10 septembre 2013, rendant ainsi cette thématique priorité nationale, ne fait que conforter l'URPS ML PACA dans sa démarche de sensibilisation des médecins libéraux.

Quelques chiffres

Chaque année, près de 11 000 suicides - 30 par jour - et 220 000 tentatives sont recensés en France. Certes, le nombre de décès dus au suicide a diminué de 20 % en 25 ans sur la population générale et de 50 % chez les 15-24 ans, il n'en reste pas moins qu'avec un taux de 14,7 pour 100 000 habitants en 2010, le suicide en France reste élevé au regard de la moyenne européenne, qui est de 10,2 pour 100 000 habitants (*Baromètre santé de l'INPES 2010*).

Cette même année, en PACA, 3,1% des 15-25 ans ont déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires et pour 90% d'entre eux déclarent avoir imaginé comment se suicider. (*ORU Observatoire Régional des Urgences*)

Parmi les jeunes ayant fait une TS, 42,7% ont récidivé en PACA. Il s'agit, avec 13,7% de l'ensemble des décès, de la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans.



Mais que fait le médecin ?

Toutes les études montrent qu'il existe une sous déclaration des tentatives de suicide.

Les médecins en font un thème de FMC prioritaire

Les idées fortes

Identifier les facteurs d'alerte :

- Prédiposants : ATCD familiaux et personnels, environnement, carences, maltraitances...
- Contribuants : Consommation de toxiques, trouble de l'identité sexuelle, isolement...
- Précipitants : vol, confiscation de portable, violence entre jeunes, harcèlement, racket...

Ne pas banaliser une TS "ratée".

Faire un bilan bio-psycho-social après une TS.

Recontacter le jeune dans le mois qui suit la TS.

Conclusion

La prise en charge d'un jeune en souffrance ne peut se concevoir que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire d'où les parents ne sont pas exclus même s'ils sont souvent démunis. Les infirmières et médecins scolaires pour les plus jeunes, les acteurs sociaux et les médecins de prévention pour les plus âgés, sont autant d'interlocuteurs privilégiés susceptibles de venir en aide à ce jeune.

Les médecins traitants libéraux

en relation avec les psychiatres connaissent le jeune et son environnement. Une bonne communication entre tous ne peut qu'être pertinente dans la prise en charge et la prévention de la récurrence.



LA MESSAGERIE SÉCURISÉE EST ENFIN LÀ ! MISE EN PRATIQUE

par le Wilfrid GUARDIGLI, médecin généraliste à Six-Fours-les-Plages (83)
Coordonnateur du Collège Généraliste de l'URPS ML PACA



Tout arrive, après de (trop) nombreuses années de tâtonnements et d'hésitations, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP santé) qui est l'organisme responsable du développement de l'informatique médicale communicante, vient de lancer la messagerie sécurisée pour les professionnels de santé.

La solution finale passe simplement par l'utilisation des standards du marché et par votre navigateur web ! Après avoir cherché vainement à développer des systèmes propriétaires complexes et donc coûteux, l'ASIP nous propose un web-mail identique à celui que nous utilisons tous les jours, à la différence d'une installation par notre Carte de Professionnel de Santé (CPS).

L'inscription se fait sur le site www.mssante.fr, il faut ensuite suivre les étapes proposées en évitant un petit piège, comme nous allons le voir :

• **1ère étape** : une fois sur le site vous demandez à créer un compte

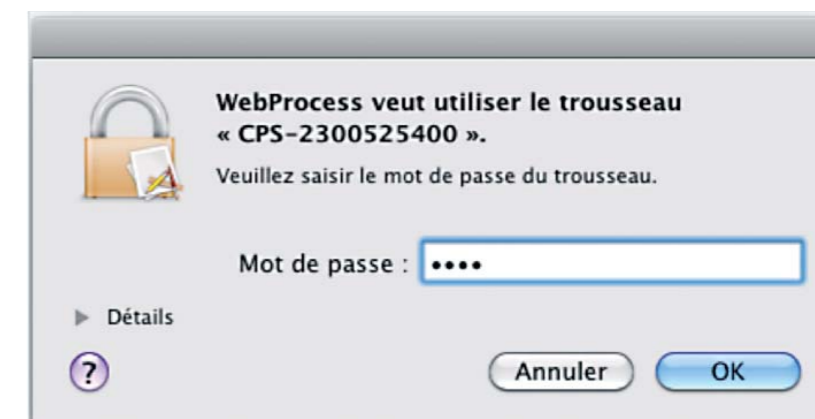
• **2ème étape** : vous téléchargez une petite application (checkapplet) qui va faire le diagnostic de votre poste de travail (version de votre navigateur, de Java, logiciels installés etc...)

Remarque : Il faut bien sûr que votre système ne soit pas protégé contre les téléchargements venant du net.

Le programme vous demande ensuite de mettre à jour le ou les éléments manquants à votre configuration. Acceptez ...

3ème étape : la sécurisation

Elle passe par votre lecteur de CPS/Vitale et votre carte. L'astuce est là : vous avez le message suivant et c'est là qu'il ne faut pas se tromper ...



Le "mot de passe du trousseau" demandé est en fait simplement le code à 4 chiffres de votre CPS que vous composez tous les jours, il ne faut pas rentrer un autre code, sinon après 3 essais infructueux, la CPS se bloque !

Il y a aussi l'installation de différents certificats, mais il suffit d'accepter les demandes et vous avez enfin une nouvelle adresse mail (une de plus...) sous la forme : **prénom.nom@medecin.mssante.fr**

C'est tout ! Vous avez ensuite accès à vos mails sécurisés dans une interface connue et banale.

La MSS est universelle, on peut communiquer avec tous les autres professionnels de santé (IDEL, KINÉ, PHARMACIEN, ...) et bien sûr, autant avec les confrères hospitaliers que libéraux, puisque tout le monde est identifié par son numéro national du RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé).

Bien sûr, une fois le compte créé, il n'est pas obligatoire de se connecter à partir de son poste de travail, on peut en effet le faire d'un smartphone, d'une tablette ou d'un autre ordinateur.

Les logiciels de messageries sécurisées existants (Apicrypt, Easycrypt, etc...) seront également compatibles avec la MSS.

Les avantages de ce mode de communication sont évidents et donneront certainement un coup d'accélérateur à l'utilisation du Dossier Médical Personnel, prochaine évolution capitale pour l'efficacité du système de santé.

2003-2013 : 10 ANS DE PROGRÈS DANS LE TRAITEMENT DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

par le Pr Marie-Hélène Mahagne
Unité NeuroVasculaire, Pôle des Neurosciences Cliniques, Hôpital Saint Roch, CHU de Nice

En 2003,

l'accident vasculaire cérébral (AVC) était enfin reconnu comme une urgence médicale à part entière. L'élément décisif fut la démonstration de l'efficacité du rt-PA (Actilyse*) intra veineux qui aboutit à son Autorisation de Mise sur le Marché dans les trois premières heures de l'ischémie cérébrale.

Auparavant, une méta analyse des essais publiés avait démontré que la prise en charge des patients dans des unités dédiées à la pathologie neurovasculaire permettait de réduire le handicap, l'institutionnalisation et la mortalité post AVC. L'AVC est la première pathologie pour laquelle était démontré le bénéfice d'une prise en charge coordonnée en dehors de tout traitement spécifique. Le rôle des Unités Neuro Vasculaires était reconnu mais la thrombolyse a stimulé la structuration de la filière neurovasculaire. Depuis, l'accent a été mis sur la nécessité de développer les UNV et de structurer la prise en charge en urgence.

En parallèle, plusieurs études majeures modifièrent nos pratiques en **prévention secondaire**.

En 2013, où en sommes nous ?

Quelques chiffres :

L'AVC reste un problème de santé publique, première cause de handicap permanent de l'adulte, deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer, et deuxième cause de mortalité. Les données récentes de l'OMS révèlent que c'est la première cause de mortalité chez la femme. En France, un AVC frappe un patient toutes les 4 minutes.

Au niveau national, on estime que 770 000 personnes ont fait un AVC, dont 550 000 garderont des séquelles. L'incidence ne décroît pas. Le vieillissement de la population n'est pas la seule explication puisque l'incidence a également augmenté chez les jeunes et les femmes.

Les traitements :

En phase aiguë, la thrombolyse et la prise en charge en UNV sont les deux modalités thérapeutiques validées.

La thrombolyse intra veineuse par rt-PA reste le seul traitement médicamenteux qui a fait preuve de son efficacité en phase aiguë de l'infarctus cérébral. Les études réalisées après l'AMM montrent que les résultats dans la "vraie vie" sont comparables à ceux des essais cliniques et confirment que le bénéfice lié au traitement dépend étroitement du temps. Le bénéfice est maximal dans les 90 premières minutes, puis décroît au fil du temps pour devenir peu significatif au-delà de 4,5 heures. Le temps écoulé entre l'installation du déficit neurologique et la reperfusion cérébrale est crucial.

Le message "**Chaque minute compte**" reste donc plus que jamais d'actualité. Tous les efforts doivent donc être faits pour raccourcir chaque étape de la prise en charge. L'information des patients tout d'abord : une enquête faite en 2012 auprès du grand public montre que la plupart des personnes interrogées ne savent pas ce qu'est un AVC, et la plupart de ceux qui déclarent savoir, n'en connaissent pas les signes.

Les campagnes d'information sont efficaces mais demandent à être répétées. A titre d'exemple, deux

campagnes, une sur le tram de la ville de Nice et l'autre sur les bus de l'agglomération ont permis d'augmenter de 20% le taux de thrombolyse de l'UNV de Nice.

Le message est simple :

En cas de suspicion d'AVC, appelez le 15.

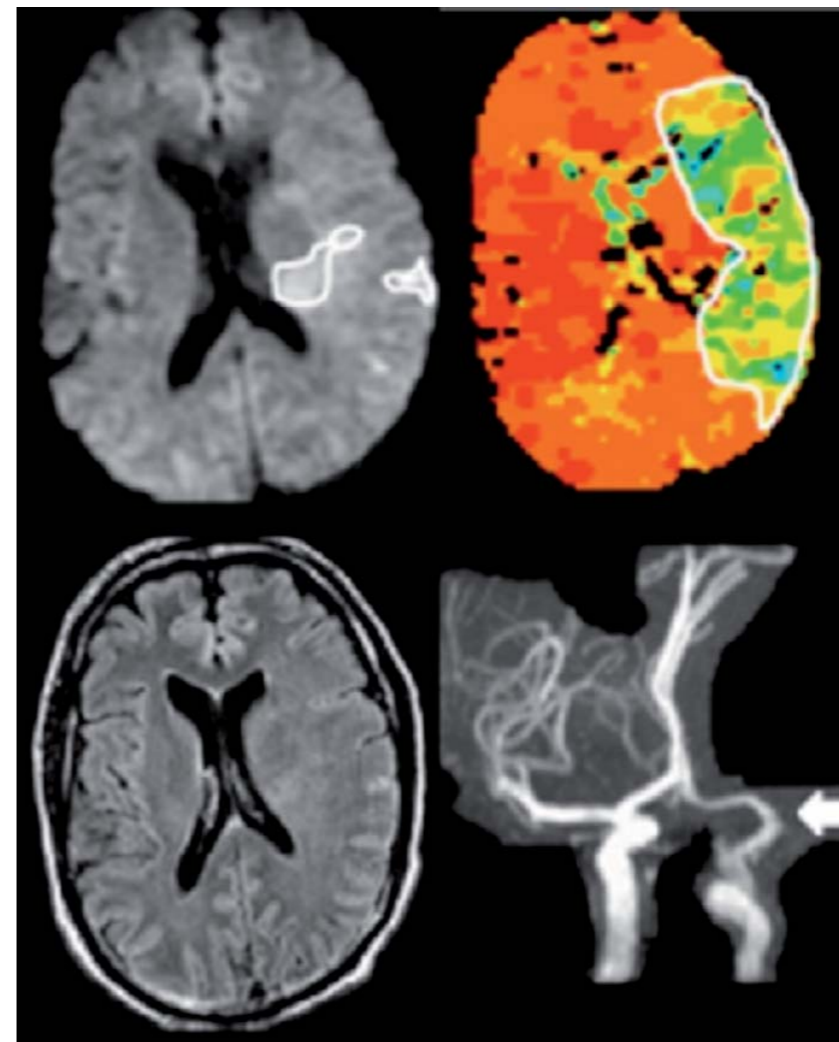
Ce message, relayé par tous médecins, généralistes ou spécialistes, permet de gagner un temps précieux car le 15 oriente le patient directement sur l'UNV où il pourra être thrombolysé.

Les dernières années ont été marquées par plusieurs progrès : le développement de nouvelles UNV, 33 en 2007 et 116 en 2012 pour un objectif à 140 sur l'ensemble du territoire ; l'accès à l'imagerie cérébrale en urgence, avec bien sûr le scanner mais aussi l'IRM qui permet dans un même temps de visualiser l'infarctus cérébral et le siège de l'occlusion artérielle (illustration n°2) la démonstration du bénéfice de la thrombolyse chez la personne âgée de plus de 80 ans.

Quels traitements pour les patients exclus de la thrombolyse ?

Un grand nombre de patients restent exclus de la thrombolyse intra veineuse. Parfois, le patient est contre indiqué car sous anticoagulation efficace ou parce qu'il vient de subir une chirurgie récente. C'est alors une **thrombectomie mécanique** qui peut être proposée par voie endovasculaire le plus rapidement possible grâce à la collaboration des neurologues et neuroradiologues interventionnels.

Le principal motif d'exclusion de la thrombolyse reste le délai dépassé et ceci pour plusieurs raisons : méconnaissance



IRM cérébrale réalisée chez un patient candidat à la thrombolyse 2 heures après la survenue d'une hémiparésie droite. Occlusion de l'artère cérébrale moyenne responsable d'une hypoperfusion étendue et d'un infarctus de taille encore limitée.

des signes et alerte tardive, impossibilité de donner l'alerte du fait de l'hémiparésie et/ou de l'aphasie, survenue de l'AVC pendant le sommeil et constaté seulement au réveil avec constitution de lésions déjà irréversibles, sans oublier que 15% des AVC sont des hématomes. Pour tous ces patients, la prise en charge en UNV permet la mise en route immédiate d'un traitement de prévention secondaire.

La réalisation dans les premières heures de l'imagerie cérébrale et vasculaire et des explorations cardiaques permet de donner immédiatement le traitement de prévention secondaire adapté. A titre d'exemple, le monitoring continu de l'ECG dès l'arrivée dans l'UNV permet de détecter un grand nombre de fibrillation atriales occultes qui relèvent d'un traitement anti coagulant. L'imagerie

vasculaire immédiate par angio-IRM permet de détecter une sténose serrée de la carotide à opérer sans délai ou une dissection carotide qui relève d'une anticoagulation efficace. La mobilisation pluridisciplinaire est la clef du bénéfice de l'UNV.

Elle est basée sur la collaboration étroite entre neurologues, cardiologues, radiologues et médecins rééducateurs, et la mobilisation des orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues sans oublier la prise en charge sociale.

Comment améliorer encore la prise en charge ?

L'éloignement géographique entre le lieu de survenue de l'AVC et l'UNV peut retarder ou empêcher la réalisation d'une thrombolyse dans les délais. La télé

thrombolyse, qui se met en place actuellement en PACA, doit permettre la réalisation de la thrombolyse par les médecins des hôpitaux dépourvus d'UNV qui communiquent avec les neurovasculaires. Le patient est ensuite transféré en UNV (illustration n°3).

De nombreuses pistes thérapeutiques sont en cours d'études : nouveaux thrombolytiques, permettant une administration plus tardive, nouveaux matériels endovasculaires, ou encore réduction de la pénombre ischémique grâce à des méthodes innovantes. A titre d'exemple, la stimulation magnétique du ganglion sphéno-palatin qui entraîne la vasodilatation autour de la zone d'infarctus est un traitement prometteur en cours d'étude. A distance de la phase aiguë, les nouvelles techniques de rééducation, la stimulation magnétique trans-crânienne, ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine pourraient améliorer la récupération même à distance de l'AVC.

Pour les hémorragies cérébrales, la prise en charge en UNV apporte un bénéfice même si aujourd'hui, il n'existe pas de médicament spécifique. Les nouvelles techniques, telles que la chirurgie mini invasive ou la chirurgie endoscopique sont autant de voie d'avenir pour limiter les dégâts liés à une hémorragie cérébrale.

La prévention secondaire a considérablement évolué en 10 ans, à la suite d'études fondamentales (PROGRESS, SPARCL) qui ont démontré l'efficacité de l'abaissement des chiffres de tension artérielle et du taux de cholestérol après un AVC ou un AIT. Le traitement anti hypertenseur et hypocholestérolémiant systématiquement associé aux anti-

2003-2013 : 10 ANS DE PROGRES DANS LE TRAITEMENT DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL



Exemple de fonctionnement de la téléthrombolyse

agrégants plaquettaires a permis de diminuer le taux de récurrences d'infarctus cérébraux athérotrombotiques.

Ce changement est particulièrement clair quand on compare les taux actuels à ceux des études plus anciennes. De même, l'exploration des AIT en urgence, qui permet une prévention secondaire immédiate a démontré son efficacité dans la prévention de l'AVC constitué. Enfin, l'arrivée des nouveaux anticoagulants oraux dans la prévention secondaire des AVC liés à une fibrillation auriculaire est une révolution qui vient apporter une plus grande sécurité, puisque ces nouveaux traitements (dabigatran, rivaroxaban, apixaban), tout en gardant une efficacité comparable voire supérieure, réduisent tous significativement le risque d'hémorragies intra crâniennes tant redouté avec les anti-vitamines K).

En conclusion,

en 10 ans, nos pratiques ont considérablement changé et les patients peuvent bénéficier aujourd'hui, à la fois de progrès dès la phase aiguë et en prévention secondaire. L'AVC, qui fut si longtemps considéré comme une fatalité est maintenant une pathologie que l'on peut prévenir et traiter en urgence. La mobilisation conjointe des médecins, généralistes et spécialistes doit permettre au plus grand nombre de patients de bénéficier de ces progrès.

Références

Wardlaw JM, Murray V; Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012 Jun 23;379(9834):2364-72.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organized inpatient (stroke unit). *Cochrane database Syst Rev*. 2002;(1):CD000197.

van Gijn J. The PROGRESS Trial: preventing strokes by lowering blood pressure in patients with cerebral ischemia. *Emerging therapies: critique of an important advance. Stroke*. 2002 Jan;33(1):319-20.

Ní Chróinín D et al. Statin therapy and outcome after ischemic stroke: systematic review and meta-analysis of observational studies and randomized trials. *Stroke*. 2013 Feb;44(2):448-56.

Diener HC, Weber R, Lip GY, Hohnloser SH. Stroke prevention in atrial fibrillation: do we still need warfarin? *Curr Opin Neurol*. 2012 Feb;25(1):27-35.



UN NUMERUS CLAUSUS DANS L'ADMISSION AUX ÉTUDES MÉDICALES EN FRANCE A-T-IL JAMAIS EU UN SENS ?

par le Dr Jean-Claude REGI, Président sortant de l'URML PACA
Hépatogastro-Entérologue à Antibes - Juan-les-Pins

Le numerus clausus, ce nombre fermé d'étudiants, clos, admis dans un cursus chaque année, essentiellement dans les professions de santé qui sont réglementées, a été mis en place pour les médecins voilà 42 ans, en 1971.

Ce numerus clausus semble avoir été créé pour plusieurs raisons, et en premier lieu pour réglementer le nombre de professionnels diplômés qui seront donc en activité, et limiter ainsi le nombre de prescripteurs afin d'alléger les dépenses de la sécurité sociale, et restreindre aussi le nombre d'étudiants dans des filières

comportant de nombreux stages dont la qualité pourrait être compromise par un surnombre.

Cette sélection draconienne permettrait d'assurer ainsi une capacité de travail et de mémorisation optimale pour préparer à des études longues et particulièrement difficiles.

La mise en œuvre du numerus clausus se fait par un concours qui répond ainsi à l'exigence républicaine en France d'égalité des chances.

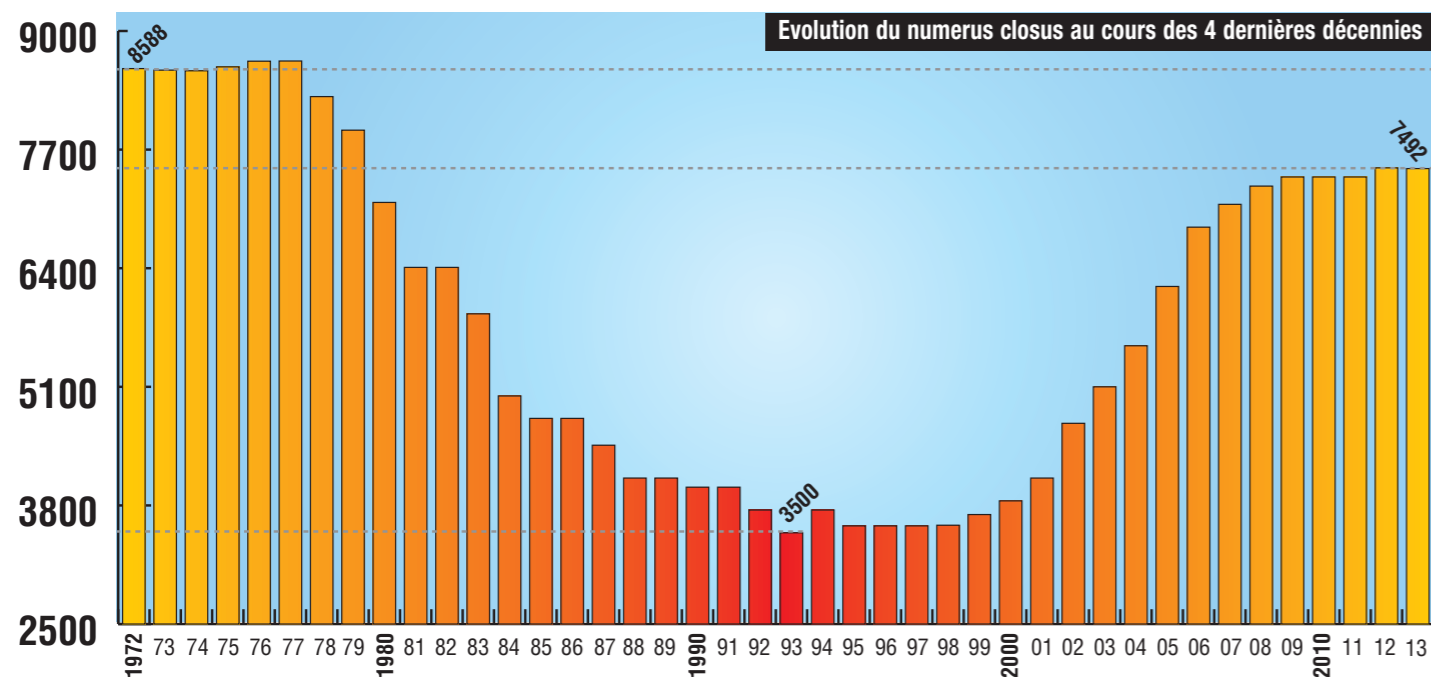
Pourtant, lorsque Olivier Guichard alors

Ministre de l'Éducation Nationale en Juin 1971 présente ce projet, il n'est absolument pas question de sélection, on instaure simplement un système de "limitation" à la fin de la première année, justifiée par le nombre de places de stage disponibles dans les hôpitaux.

Depuis la suppression de l'externat en 1968, cette période où la révolte des jeunes a fait vaciller notre pays, tous les étudiants de quatrième, cinquième et sixième année, doivent accomplir un stage nécessitant environ 29 000 places alors que l'on en disposait que 23 000.



UN NUMERUS CLAUSUS DANS L'ADMISSION AUX ÉTUDES MÉDICALES EN FRANCE A-T-IL JAMAIS EU UN SENS ? (SUITE)



Lorsque 25 000 étudiants s'inscrivent en première année, 15 000 environ seulement passeront en seconde. Une sélection qui ne veut pas porter son nom existe donc bien.

C'est ainsi que l'idée de réguler dans chaque université en fonction des équipements hospitaliers prend naissance et paraît dès lors toutefois contestable. L'évolution de la médecine, la prise en charge des maladies font que les patients ont besoin d'être de moins en moins hospitalisés. Le progrès va ainsi, avec moins de besoin de lits d'hôpitaux et de plus en plus de prise en charge de patients en ambulatoire, essentiellement par des médecins de ville.

Un constat s'impose donc, à savoir que si l'on fixe le nombre de médecins exerçant en ville sur le nombre de lits hospitaliers, on est assuré d'aller droit dans le mur.

Les médecins exerceront essentiellement en ville là où se trouvent les besoins et qui ne cesseront de croître.

En 1971 la densité médicale est de 117 médecins pour 100 000 habitants, et des

experts suggèrent de l'augmenter pour atteindre 200 en 1985. En se basant sur le nombre d'étudiants d'alors on prévoit 300 médecins pour 100 000 habitants en 1990, mais qui est en mesure de dire si ce nombre de 300 est adapté ou souhaitable ?

Ainsi les adeptes de la planification évolueront entre un sentiment de pénurie et une crainte de la pléthore, pénurie dans les campagnes et pléthore dans les villes.

Le nombre de médecins n'est pas hélas semble-t-il déterminé par des considérations d'ordre sanitaire mais par une logique économique.

Les gestionnaires de l'assurance-maladie ont à cœur de bien gérer le système évoluant entre le désir d'augmenter les recettes et celui de diminuer les dépenses, mais ce n'est pas chose facile d'augmenter les recettes qui dépendent essentiellement de l'activité économique et de la volonté des politiques et de ce qu'ils veulent consacrer à la santé.

Puisque les dépenses médicales sont prescrites par des médecins, si l'on dimi-

nue le nombre de médecins, on diminuera le niveau de dépenses. Les gestionnaires de l'assurance-maladie ont une conception simpliste de cette complexe problématique, car le nombre ne fait pas tout...

Cependant les gestionnaires de l'assurance-maladie ne sont pas seuls à décider, ils ont un interlocuteur incontournable à savoir les syndicats médicaux avec lesquels ils sont en négociation quasi constante.

Il faut bien dire que ces interlocuteurs représentatifs de la profession ont sur cette question de la sélection des étudiants et des effectifs médicaux, à quelques exceptions près au cours des années, une attitudes d'acceptation globale, trouvant qu'il y a assez de médecins comme cela et que ces jeunes constituent un danger potentiel pour la profession.

Dans ce contexte de convergence entre économistes qui représentent les payeurs, et les médecins représentant les dépensiers, les autres opinions ont du mal à se faire entendre.

Le numerus clausus sera donc mis en œuvre en 1971 et évoluera de 8588 à sa

création à 7492 en 2013. Il sera progressivement abaissé par tous les gouvernements pour atteindre 3500 dans les années 1990.

Ce n'est que récemment que l'on a pris conscience de l'absence de justification de ce rationnement planifié comportant de graves conséquences à terme.

Pour l'année 2011/2012, le Ministre de la santé d'alors Xavier Bertrand annonce que le nombre de places affectées en 2^{ème} année de médecine passe de 7400 à 7500. Avec les places réservées aux passerelles pour les étudiants provenant d'autres horizons qui passent de 300 à 500, le nombre de médecins formés sera de 8000, revenant au niveau de la fin des années 1970 (Voir graphe ci-dessus).

Le numerus clausus des années 1980/2000 laisse prévoir pour l'avenir une pénurie globale de médecins, accentuée pour certaines spécialités et par régions.

Aujourd'hui, on peut s'accorder à dire que la pertinence de ce numerus clausus puisse être valablement remise en question avec l'obligation de reconnaissance des diplômes des autres pays européens alors qu'aucun contrôle ne peut effectivement s'exercer sur la délivrance de ces diplômes.

Sa lenteur d'adaptation entraîne une alternance de périodes aux conséquences péjoratives.

L'attrait des étudiants pour des professions protégées et la sécurité qu'elles offrent est incontestable, mais pose problème notamment pour les médecins en laissant sur le carreau des étudiants avec d'excellentes notes, sans réelles solutions de rattrapage pour ces reçus/collés.

Cette sélection met en avant les qualités académiques des étudiants au détriment semble-t-il de leurs qualités humaines

Le numerus clausus a montré son incapacité à réguler géographiquement la densité médicale, la liberté d'installation, revendication fondamentale de la profession, étant fortement défendue par les syndicats médicaux. En outre la situation de pénurie qu'il engendre met les médecins en position de force face aux patients tout en créant des tensions sur l'épineux problème des dépassements.

Est-il vraiment nécessaire de perdurer dans une situation où l'analyse des chiffres produits par l'Ordre des médecins met en exergue que durant les quatre dernières années, environ le tiers des nouveaux installés en France contourne un numerus clausus obsolète et par bien de côtés révoltant.

Il va falloir se poser les bonnes questions devant ce contournement massif, à savoir s'il est logique de maintenir un système qui n'a pas de valeur au plan européen.

On peut ainsi considérer que la formation dans nos facultés est en situation d'échec

dès le début, en première année, avec des étudiants qui disposent de moyens pour partir à l'étranger, pour revenir ensuite dans notre pays.

Devant cette situation il n'y a rien de surprenant de voir que d'autres pays européens, qui raisonnent à cette échelle, viennent installer en France des structures d'enseignement.

C'est déjà le cas à Toulon et à Béziers avec l'Institut privé Fernando Pessoa qui ne tient aucun compte de toutes les protestations faites à son encontre et qui persiste résolument dans sa détermination.

Nous pouvons avoir une fierté légitime avec des étudiants ayant obtenu parfois 15 de moyenne pour accéder en seconde année de médecine, mais gardons à l'esprit que le numerus clausus n'est appliqué essentiellement qu'en France et que le contenu des études est loin d'être partout le même.

C'est une qualité de formation qu'il nous faut donc promouvoir sur le plan européen.

Il est grand temps de s'asseoir autour d'une table et de réfléchir ensemble sur la pérennité d'un système générateur d'injustices et qui a grandement montré ses limites.



CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT PACA
Les Pathologies Environnementales Emergentes

6 & 7 Décembre 2013 • Marseille - Palais du Pharo

www.congres-sante-environnement-paca.org



Expertises médicales et TVA

par le Dr Claude MAILAENDER, Chirurgien Othopédique à Marseille et Maître Laurence Calandra, Avocat au barreau

Dans une décision de rescrit n°2011/4 du 15 mars 2011, l'Administration fiscale a limité la portée de la tolérance administrative qui exonérait de TVA les expertises médicales.

Ainsi depuis cette décision, seuls les praticiens exerçant une activité d'expertise médicale dans le prolongement de leur activité médicale de soins exonérée de TVA continuent de bénéficier de l'exonération de TVA pour leur activité d'expertises médicales.

On entend par expertise médicale toute formulation d'une opinion médicale sur l'état de santé d'une personne. La notion est large et inclut donc aussi les avis techniques.

Or, la Commission européenne a reçu une plainte contre l'exonération, en France, de TVA sur ces expertises médicales.

Par conséquent, la tolérance administrative, prévoyant l'exonération de TVA des expertises médicales réalisées par un médecin parallèlement à son activité de soins elle-même exonérée de TVA, n'est plus applicable pour les expertises à compter du 1er janvier 2014.

Toutes les expertises médicales effectuées en 2014 deviennent imposables à la TVA même si la mission du médecin expert a été diligentée avant le 1er janvier 2014.

Il convient donc de faire un point sur les règles essentielles concernant la TVA.

LA TVA SUR LES RECETTES

Toutes les recettes uniquement liées aux expertises médicales ainsi que les tous frais que le praticien a payés dans le cadre de ces

expertises médicales et dont il demande le remboursement (tels que les frais de déplacement ou d'assurance) sont soumis à TVA.

La TVA n'est pas exigible lors d'une émission d'une note d'honoraires.

Elle le devient au jour du paiement c'est-à-dire au jour de la réception du chèque ou des espèces, au jour où le crédit figure sur le compte en cas de virement et au jour de la recette en cas de paiement par carte bancaire.

Sur la note d'honoraires, doivent figurer : le nom, l'adresse et le numéro SIRET du praticien, la date, le nom et l'adresse de son mandataire de la mission, la date de réalisation de la prestation, la mission, le montant HT, le montant de la TVA ou le bénéfice de l'exonération en inscrivant la mention "TVA non applicable, article 293 B du CGI" et le montant TTC.

Si la note d'honoraires ne mentionne pas la TVA, le prix figurant sur la note d'honoraires est un prix TTC (*Arrêt du Conseil d'Etat du 14 décembre 1979, n°11798*) et la TVA est due par le praticien.

LA TVA SUR LES DÉPENSES

La dépense, pour être déduite au niveau de la TVA, doit être justifiée par une facture et engagée pour les besoins d'une expertise imposable à la TVA sans être forcément nécessaire. Le médecin peut apporter la preuve par tous moyens que la dépense est liée à une opération imposable à la TVA (*Arrêt du Conseil d'Etat du 26 mars 2012*).

Si une dépense est liée à la fois à l'activité de soins du médecin et à la fois à une expertise, sa déduction à TVA n'est possible qu'à proportion de l'utilisation du bien pour l'expertise.

Les frais de véhicule tels que les dépenses afférentes aux



juillet, octobre et avril au taux de 25 % et l'acompte de décembre au taux de 20%).

Le régime simplifié d'imposition concerne de plein droit les professionnels non soumis au régime de la franchise en base et dont le montant annuel des recettes soumises à TVA est inférieur à 234 000 € HT en 2013.

Les nouveaux redevables ne reçoivent pas d'échéancier la 1^{ère} année mais doivent acquitter à la date la taxe par acomptes trimestriels dont ils déterminent le montant. Chaque acompte doit représenter au moins 80% de l'impôt réellement dû pour le trimestre correspondant.

2. Le régime réel normal d'imposition

Il s'applique de plein droit quand le **montant des expertises excède le seuil de 234 000 € HT de l'année précédente ou 265 000 € HT dès le 1^{er} jour de l'année en cours.**

Le régime réel normal d'imposition peut également s'appliquer sur option aux professionnels placés sous le régime simplifié d'imposition.

La TVA est déclarée et payée mensuellement au titre des opérations réalisées au cours du mois précédent.

A plus de 230 000 € HT d'expertises annuelles, les professionnels sont tenus de télédéclarer et de télérégler la TVA. Par ailleurs, ce mode de déclaration peut être choisi par option.

3. Franchise en base de TVA

Les médecins dont le montant des recettes liées aux expertises n'excède pas **32 600 € HT** au cours de l'année **sont dispensés** de la déclaration et du paiement de la TVA.

Pour apprécier si le professionnel est en régime de franchise en base de TVA en 2014, le médecin doit remplir l'une des deux conditions :

- Recettes des expertises inférieures ou égales à 32 600 € HT en 2013
- Recettes des expertises comprises entre 32 600 € HT et 34 600 € HT en 2013 mais inférieures ou égales à 32 600 € HT en 2012.

La franchise de base de TVA est maintenue pendant l'année 2014 tant que le montant des expertises de l'année 2014 ne dépasse pas 34 600 € HT.

véhicules de transport de personnes sont exclus du droit de déduction.

Mais les professionnels de santé peuvent déduire la TVA payée au titre des frais de péage, d'autoroute et de parking ainsi que les frais de GPS et radiotéléphones car ces derniers ne sont pas considérés, sur le plan fiscal, comme des accessoires des véhicules dans lesquels ils sont installés.

PRINCIPES DE DECLARATION ET DE PAIEMENT DE LA TVA

Si la TVA sur les recettes est supérieure à la TVA sur les dépenses, le solde correspond à la TVA à payer.

Inversement, si la TVA sur les dépenses est supérieure à la TVA sur les recettes, il s'agit de la TVA remboursable ou reportable sur la déclaration de TVA suivante.

1. Le régime simplifié d'imposition

Les professionnels relevant du régime simplifié d'imposition sont soumis à un dispositif de paiement d'acomptes trimestriels et de déclaration annuelle unique.

Les professionnels doivent déposer une **déclaration annuelle CA12** (imprimé 3517 S) au service des impôts au plus tard le 2^{ème} jour ouvré suivant le 1^{er} mai de chaque année servant à régulariser le montant de la TVA due au titre de l'année N-1 et à déterminer le montant des acomptes dus en juillet N, octobre N, décembre N et avril N+1.

En effet **4 acomptes doivent être versés** calculés sur un pourcentage de la TVA due au titre l'année N-1 (les acomptes de

Les Fiches Juridiques de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Expertises médicales et TVA

Dès que le praticien franchit ce seuil, il est redevable de la TVA dès le 1^{er} jour du mois de dépassement.

Si un professionnel est redevable de la TVA au titre de 2014 en raison d'un dépassement de seuil en 2013 et s'il réalise moins de 32 600 € HT d'expertises en 2014, la franchise en base de TVA s'applique de plein droit au 1er janvier 2015.

SANCTIONS EN MATIERE DE TVA

Le défaut ou le retard de production d'une déclaration est sanctionné par l'intérêt de retard de 0.40% par mois de retard, auquel s'ajoute une majoration de :

- 10 % en l'absence de mise en demeure au professionnel pour qu'il dépose la déclaration ou en cas de dépôt dans les 30 jours de la première mise en demeure
- 40% lorsque la déclaration n'a pas été déposée dans les 30 jours suivant la réception par le professionnel d'une 1^{ère} mise en demeure

Lorsqu'en cas de dissimulations, d'inexactitudes ou d'omissions en matière de déclarations de TVA, la mauvaise foi du professionnel est établie, une majoration de 40% s'ajoute à l'intérêt de retard de 0.40 % en cas de manquement délibéré.

Outre l'application des amendes fiscales, constitue une infraction pénale punie par la loi, le fait de se soustraire ou de tenter de se soustraire au paiement de l'impôt en omettant volontairement de souscrire ses déclarations de TVA ou en dissimulant une partie des sommes sujettes à l'impôt.

Par ailleurs, le tribunal, peut également à titre de peine complémentaire, interdire l'exercice de la profession de médecin.

EN RÉSUMÉ...

La TVA concernant les expertises effectuées à compter du 1er janvier 2014 devient une obligation légale. Le praticien doit veiller à rédiger en bonne et due forme sa note d'honoraires et garder les factures de dépenses pour pouvoir déduire la TVA.

Pour choisir le régime approprié, le praticien doit tout d'abord vérifier s'il ne se situe pas dans le régime de la franchise qui est le plus facile et intéressant, puis lorsqu'il est au dessus de ce seuil, il peut opter s'il effectue moins de 234 000 € HT d'expertises entre le régime simplifié ou réel en fonction de son profil psychologique. Le premier régime permet la simplification en ne procédant qu'à 4 versements provisionnels et une régularisation au mois de mai tandis que le deuxième régime permet au praticien d'avoir une visibilité réelle de son activité car les paiements de TVA s'effectuent chaque mois en fonction du montant du chiffre d'affaires du mois précédent.

Pour les paiements tarifés, il est conseillé au praticien de se rapprocher de sa verticalité syndicale pour la négociation avec les administrations afin que ses honoraires soient pour l'avenir augmentés de 20% c'est-à-dire du taux de TVA fixé à 20% au 1er janvier 2014 et qui est supporté par lui.

Vous pouvez retrouver ces fiches juridiques en téléchargement sur www.urps-ml-paca.org rubrique "EXERCICE"

DES ARGUMENTS POUR CONVAINCRE :

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Avec la participation des Drs Jean-Claude FRANCESCHINI et Serge CINI

Septembre 2013 n°3

Vaccination CONTRE LA GRIPPE, des arguments pour convaincre...

? POURQUOI VACCINER CONTRE LA GRIPPE ?

1. L'épidémie de grippe touche chaque année en France de 2 à 7 millions de personnes pendant 5 à 9 semaines.
2. La grippe n'est pas une infection saisonnière banale mais constitue le principal facteur de **risque de mortalité** par maladie infectieuse en France.
3. Le vaccin présente une **bonne tolérance**, y compris chez les personnes ayant des pathologies chroniques, notamment graves, qui sont à vacciner en priorité. Il est pratiqué dans sa forme actuelle (2 souches de type A et une souche de type B) depuis plusieurs décennies.
4. Le vaccin contre la grippe est **adapté chaque année**, selon une composition définie par l'OMS, en fonction de données de surveillance biologiques et épidémiologiques.
5. La grippe est une maladie à prévention vaccinale où la **morbi-mortalité évitable** peut encore très fortement diminuer.
6. La vaccination contre la grippe a **démonstré son efficacité** pour réduire la mortalité dans certaines pathologies grave, malgré un vaccin efficace à 50 % chez les personnes âgées. Elle permet de réduire les hospitalisations (de 16 à 32 %) chez les personnes de plus de 65 ans et dans certaines pathologies graves, et de réduire la morbi-mortalité dans les maisons de retraite.

Les vaccins trivalents contre la grippe saisonnière utilisés en France comme en Europe depuis plusieurs décennies sont des vaccins inertes et sans adjuvant.

? COMBIEN LA GRIPPE PROVOQUE-T-ELLE DE DÉCÈS ?

Les épidémies de grippe peuvent montrer des éléments de gravité variables selon les années. Depuis la pandémie grippale de 2010, le comptage des décès liés à la grippe est sujet à discussion. Si les décès pour lesquels on retrouve biologiquement le virus de la grippe est faible, il est démontré que l'infection par le virus grippal favorise les infections bactériennes et en particulier la survenue de pneumopathies à pneumocoque.



Qu'est-ce que la grippe ?

La grippe est une infection respiratoire aiguë virale très contagieuse, sévère, douloureuse, invalidante, qui peut être cause de mortalité chez les personnes âgées, les sujets atteints de certaines pathologies et les nourrissons. La « vraie » grippe ne doit pas être confondue avec d'autres affections pseudo-grippales, pathologies bénignes et courantes.

Epidémiologie

La grippe saisonnière atteint chaque année plusieurs millions de Français ; 50 % ont moins de 65 ans, et les décès sont concentrés à 90 % sur les personnes de plus de 70 ans. Les autres 10 % sont les adultes souffrant de pathologies chroniques graves, et les nourrissons de moins de six mois.

L'Agence régionale de santé PACA et le comité de pilotage régional vaccination (qui regroupe les principaux acteurs en matière de vaccination dans la région) ont sélectionné plusieurs actions en vue de faire remonter les taux régionaux de couverture vaccinale. Sous l'égide du CRES, un groupe d'experts a élaboré cette fiche technique sur la Vaccination contre la Grippe.

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : Exercice
"infos pratiques"

Vaccination CONTRE LA GRIPPE, des arguments pour convaincre...

Recommandations générales pour la vaccination (annuelle) contre la grippe

Sont concernées toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que les personnes, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes de certaines pathologies chroniques.

Des recommandations particulières concernent également :

- les femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse,
- les personnes obèses ayant un IMC égal ou supérieur à 40 kg/m²,
- les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou établissement médico-social,
- l'entourage familial des nourrissons de moins de six mois à risques.

En milieu professionnel, les recommandations concernent :

- les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère (auxiliaires de vie...),
- le personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et personnels de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides).

Infos pratiques

- 15 jours sont nécessaires pour que le vaccin soit efficace.
- Il n'y a pas d'intérêt à attendre l'avancée de l'hiver pour se vacciner.
- Il n'est jamais trop tard pour se faire vacciner.
- La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année.

Références bibliographiques

1. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care : a randomised controlled trial. Carman WF et al, Lancet, 2000 ; 355 : 93-7
2. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH, n° 14-15, 2013-04-16, pp. 129-160
www.invs.sante.fr/content/download/62968/248437/version/5/file/BEH_14_15_2013.pdf
3. Direction générale de la santé (DGS)-Comité technique des vaccinations Guide des vaccinations. Edition 2012
www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/index.asp
4. FRANKE Florian, NOEL Guilhem, DENIAU Joël (et al.). Spécial grippe. Dossier - Référence : BVS Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, n° 6, 2013-01, 15 p.
www.ars.paca.sante.fr/Bulletin-de-veille-sanitaire.141643.0.html
5. Réseau Sentinelles : <http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/>
6. Réseau des GROG : www.grog.org

? PROFESSIONNELS DE SANTÉ, POURQUOI SE VACCINER CONTRE LA GRIPPE ?

- Pour se protéger
- Pour protéger les malades
- Pour protéger les soignants
- Pour maintenir des équipes opérationnelles (vagues épidémiques)
- Pour protéger l'entourage familial
- Pour des raisons économiques (les cas de grippe chez les actifs en France provoquent chaque année un absentéisme évalué entre 2 et 12 millions de journées de travail selon l'intensité de l'épidémie)

Les professionnels de santé libéraux reçoivent une invitation à bénéficier d'un vaccin gratuit.

Surmortalité durant l'hiver 2011-2012 en PACA : la grippe et/ou le froid

27 villes sentinelles de PACA enregistrant environ 70 % de l'ensemble des décès de la région permettent de surveiller l'évolution des décès. Une observation particulière des semaines d'hiver correspondant à la période d'activité grippale dans la région a été réalisée en 2011/2012. La mortalité observée a été comparée à une mortalité de référence (mortalité attendue), calculée à partir des moyennes des décès observés sur les périodes équivalentes des années 2007 à 2011.

Entre le 6 février et le 11 mars 2012, 4167 décès ont été observés dans les villes sentinelles de la région PACA, soit **871 décès en excès** par rapport à la période de référence (hausse de 26,4 %). L'augmentation était statistiquement significative dans les départements de la région, hormis les deux départements alpins.

L'essentiel de la surmortalité mesurée concernait les personnes les plus âgées. Un excès de 669 décès a été enregistré pour les personnes de 85 ans et plus, soit une hausse de près de 49 % par rapport à la période de référence.

La période du 6 février au 11 mars était concomitante avec la période épidémique de la grippe, et était consécutive à une période de grand froid, sans qu'il soit cependant possible d'en mesurer l'impact respectif.

Investigation d'une épidémie de grippe dans le Centre gérontologique départemental de Marseille en janvier et février 2012 et mesure de l'efficacité vaccinale

Au Centre gérontologique départemental (CGD) de Marseille, 104 cas probables de grippe ont été recensés début 2012 : 75 résidents et 29 personnels. La létalité s'est élevée à 7 décès, soit 9 %.

La couverture vaccinale a été mesurée à 88 % chez les résidents. La couverture vaccinale globale pour le personnel était de 20 %.

Le taux d'attaque chez les résidents vaccinés était de 19 % et de 32 % chez les non vaccinés.

Le coût financier pour l'établissement, entraîné par cette épidémie de grippe, a été estimé à environ 26 000 €.

Cette épidémie de grippe a été de grande ampleur de par sa durée et le nombre de malades, déstabilisant le fonctionnement de l'établissement durant plusieurs semaines.

Cette épidémie rappelle l'importance d'atteindre une couverture vaccinale élevée, en particulier parmi les personnels soignants.

Plus généralement, en institution, la mortalité chez les résidents passe de 13,6 % à 22,4 % si les soignants ne sont pas vaccinés⁽¹⁾.



MAISONS DE SANTÉ...

par le Dr François TURK
Gynécologue-Obstétricien, Six-Fours-les-Plages (83)

Du cabinet médical individuel aux maisons médicales actuelles, les structures de soins de l'exercice libéral n'ont jamais cessé d'évoluer.

1. Historique et définitions de l'installation du médecin libéral

a. Le cabinet médical individuel

Il existe toujours et nombre de médecins destinent une partie de leur habitation à leur exercice professionnel, leur conjoint à l'accueil du patient ou à la permanence téléphonique !!!

b. Le cabinet médical de groupe

Qu'il soit mono ou pluridisciplinaire, il se développe à partir des années 70-80. Il nécessite d'élaborer un contrat d'exercice en commun et de choisir un statut d'exercice (SCM, SCI, SCP...). Il permet une diminution des charges de fonctionnement et améliore la continuité des soins.

c. Les maisons médicales de garde

A partir des années 1990-2000 ; elles ont pour vocation d'améliorer l'accès aux soins et la permanence des soins. Elles reçoivent des financements publics (ARS, Communes...).

d. Maisons de Santé Pluridisciplinaires

L'équipe soignante doit être composée au moins de deux médecins généralistes et d'autres professionnels de santé libéraux. Les projets sont supportés par les ARS et reçoivent des financements publics.

e. Les pôles de santé

Sont des regroupements de libéraux sans projet immobilier.

f. Les Maisons Régionales de Santé

Portées par le Conseil Régional et les ARS, elles doivent répondre à un besoin local de santé, innover dans l'accès des soins ... elles reçoivent des financements publics.

2. Les subventions.

- Peuvent être privées, publiques ou mixtes.
- Elles sont destinées à :
 - Financer le projet immobilier, l'installation de la structure, son fonctionnement, rémunérer les actions en santé publique.
 - Recevoir un numéro FINESS pour que leur soient attribué les Nouveaux Modes de Rémunération.
- Les financeurs peuvent être :
 - Les acteurs de santé libéraux eux même,
 - Les communes,
 - Les départements
 - Les régions.
 - L'Etat (DDR, FNADT...)
 - L'Europe.

3. Recommandations quant à l'expérience des médecins libéraux dans les maisons de santé ou charte d'exercice des médecins libéraux dans les maisons de santé.

a. Respecter les fondements de la médecine libérale

- Liberté du lieu d'installation
- Libre choix du médecin par le patient
- Paiement à l'acte.

b. Le projet architectural

Pour les professionnels de santé, être propriétaire des murs de la structure de soins semble mieux pérenniser leur installation.

c. Les médecins secteur 2

Leur installation dans ces structures est de fait exclue.

Or, les maisons de santé se veulent pluridisciplinaires, et dans certains territoires les médecins libéraux (spécialistes ou généralistes) sont plus de 50% à être conventionnés secteur 2.

• Nombreux seront les secteurs 2 qui vont s'inscrire dans une démarche de maîtrise de leur dépassement d'honoraire.

• Les médecins secteur 2 qui participent aux actions de santé publique doivent pouvoir bénéficier des Nouveau Mode de Rémunération.

d. Tout financement public impose aux professionnels de santé de respecter le cahier des charges du financeur (parfois très contraignant).

e. Tout projet de structure de soin libéral doit se faire avec l'aval et la volonté des médecins libéraux du territoire.

f. Bien choisir le statut juridique de la maison de santé : SCI, SCP, SCM, SISA selon les caractéristiques de la structure (taille, lieux, multidisciplinarité...)

Attention, la pratique de la médecine libérale en équipe n'est pas toujours chose aisée.

4. Conclusion

Les institutionnels sont demandeurs du développement de ce type de structure de soins (HAS, ARS, politiques...)

Les jeunes médecins sont de plus en plus souvent demandeurs aussi.

Elaborons une "Charte d'exercice" du médecin libéral en maison de santé à destination des praticiens et un "label" libéral des maisons de santé à destination des institutionnels avec un cahier des charges qu'ils devront remplir pour recevoir le label "Maison de santé libérale" des URPS.



LA COMMISSION DE REFORME DE LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT ET DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

par le Dr Richard BOVET, Généraliste à TOULON.

La Commission de réforme est une instance tripartite et consultative.

Pour la fonction publique d'état, elle est assurée par direction départementale de la cohésion sociale et pour la fonction publique territoriale par le centre de gestion de la fonction publique territoriale.

COMPOSITION

Le président de la commission de réforme est désigné par le préfet qui peut choisir soit un fonctionnaire placé sous son autorité, soit une personnalité qualifiée qu'il désigne en raison de ses compétences, soit un membre élu d'une assemblée délibérante dont le personnel relève de la compétence de la commission de réforme. Le président dirige les délibérations mais ne participe pas au vote.

Cette commission comprend :

1. Deux praticiens de médecine générale, auxquels est adjoint, s'il y a lieu, pour l'examen des cas relevant de sa compétence, un médecin spécialiste qui participe aux débats mais ne prend pas part aux votes ;
2. Deux représentants de l'administration (le chef de service et le trésorier payeur général ou leurs représentants pour la fonction publique de l'Etat, les représentants des conseils d'administration pour la fonction publique hospitalière, les élus pour la fonction publique territoriale, les membres élus locaux du service départemental d'incendie et de secours) ;
3. Deux représentants du personnel, élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire, appartenant à la même catégorie (A, B, C) que l'agent (territoriale et hospitalier).

Chaque titulaire a deux suppléants désignés dans les mêmes conditions.

Le médecin du travail ou médecin de la médecine préventive peut même assister à la commission de réforme, mais c'est à titre uniquement consultatif.

QUORUM

Le secrétariat de la commission de réforme informe les membres titulaires de la commission de réforme de la date et des dossiers qui seront examinés dans les 15 jours avant cette date.

En cas d'empêchement, un membre titulaire doit se faire remplacer par l'un de ses suppléants.

La commission ne peut délibérer valablement que si au moins quatre de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance, et à condition que les deux praticiens soient présents.

En cas d'ajournement d'un dossier pour manque de quorum, celui-ci est présenté à nouveau à la séance de la commission de réforme du mois suivant. Il n'y a plus de condition de quorum nécessaire pour statuer sur le même dossier.

Information de l'agent

Les agents sont informés 10 jours au moins avant la date de la commission du passage de leur dossier, **mais leur présence n'est pas obligatoire.**

Cette lettre rappelle à l'intéressé qu'il peut :

- prendre connaissance de son dossier administratif, et pour la partie médicale éventuellement, sur demande écrite auprès d'un médecin qu'il désigne à cet effet.
- présenter des observations écrites et fournir toutes pièces médicales qu'il juge utiles
- être entendu par la commission de réforme, et ou se faire assister ou non, d'un médecin de son choix ou d'un conseiller.

RÔLE

La commission de réforme est consultée notamment dans les cas suivants :

- l'**imputabilité au service** (d'un accident survenu sur le lieu du travail, ou d'un accident de trajet) non reconnu par l'employeur ou si celui-ci émet des réserves
- les **demandes de reconnaissance de maladie professionnelle** non reconnue par l'employeur ou si celui-ci émet des réserves
- les **demandes de rechutes** après maladie professionnelle, accident de service ou accident de trajet

- **toutes les reprises à temps partiel thérapeutique** après accident de service, accident de trajet ou maladie professionnelle, **ainsi que les prolongations**, dans la limite des 12 mois maximum réglementaires
- la **détermination d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI), la révision quinquennale et ou la révision en cas de nouvel accident de service ou maladie professionnelle** octroyée à un agent dont le taux d'invalidité permanente partielle (IPP) après résultat d'expertise médicale : elle est égale ou supérieure à 10 % pour les accidents de service ou de trajet et pour les maladies professionnelles reconnues par la commission de réforme
- la demande de **reclassement dans un autre emploi** suite à un accident de service ou une maladie reconnue(e) imputable au service
- la demande de **majoration spéciale pour tierce personne**
- la demande **d'Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT)** pendant une disponibilité d'office accordée par le Comité Médical Départemental
- la **mise en retraite pour invalidité** si l'agent est reconnu totalement et définitivement inapte à reprendre ses fonctions après accident de service, accident de trajet, congé de longue maladie, congé de longue durée et qui a moins de 108 trimestres de cotisation ou si l'agent refuse la procédure de retraite pour invalidité.
- la demande de **cure thermale, appareillage** et autres soins rendus nécessaires par l'infirmité reconnue imputable au service.

Lorsque la commission de réforme reçoit une demande, elle dispose d'un délai d'un mois pour donner un avis. Ce délai est porté à deux mois en cas d'instructions, enquêtes et expertises complémentaires.

PROCÉDURES

La demande d'inscription à l'ordre du jour est adressée soit :

- **par l'autorité territoriale** qui la transmet au secrétariat de la commission de réforme
- **à l'initiative de l'agent** qui adresse une demande à son employeur, à charge pour ce dernier de l'adresser au secrétariat de la commission de réforme dans un délai de 3 semaines.



Passé ce délai, l'agent, en l'absence de saisine par l'employeur, peut faire parvenir directement au secrétariat de la commission de réforme un double de sa demande **par lettre recommandée avec accusé de réception.**

AVIS DE LA COMMISSION DE RÉFORME

Les avis rendus par la commission de réforme n'ont qu'un caractère consultatif. Il s'agit d'actes préparatoires à la décision de l'administration. La commission de réforme donne un avis qui n'est pas créateur de droit et ne peut donc faire l'objet d'un recours contentieux.

L'avis de la commission de réforme n'est pas susceptible de recours devant le Tribunal administratif mais peut être contesté par l'agent ou par l'autorité, en demandant une contre-expertise à un médecin spécialiste agréé qui n'a pas été consulté, à transmettre à la commission de réforme dans le cas où le médecin agréé ne suit pas le même avis.

Les avis n'engagent :

- ni la collectivité, qui a seule pouvoir de décision
- ni la Caisse Nationale de Retraites

Pour les agents relevant de la CNRACL (Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales), la caisse peut toujours :

- demander des renseignements ou attestations complémentaires
- exiger un nouvel examen par d'autres médecins agréés ou par la commission de réforme
- refuser l'accord de mise en retraite pour invalidité

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Imputabilité au service d'un accident de travail ou de trajet ou de mission pour lequel l'administration conteste la notion d'accident de travail
Trois critères sont à prendre en compte pour caractériser :

**L'ACCIDENT DE SERVICE :**

- le lieu de l'accident, qui doit être le lieu de travail
- l'heure de l'accident, qui doit se situer pendant les heures de travail
- l'activité exercée au moment de l'accident, qui doit avoir un lien avec l'exercice des fonctions.

L'accident de service est caractérisé par l'apparition soudaine d'une lésion de l'organisme. Il doit survenir à l'occasion de l'exercice de fonctions, sur le lieu et pendant le temps de travail.

Peut également être reconnu imputable au service l'accident qui trouve son origine dans un malaise du fonctionnaire, à la condition que ce malaise survienne sur le lieu et au temps de travail. Toutefois, seules peuvent donner lieu à indemnisation les séquelles résultant de l'accident lui-même, à l'exclusion du malaise si celui-ci est d'origine constitutionnelle et n'a aucun lien avec le service.

Est également pris en charge au titre de la législation sur les accidents de service, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine comme conséquence d'un fait accidentel se produisant aux temps et lieu de travail et contaminant eu égard aux circonstances dans lesquelles il survient (par exemple, piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou une plaie). En revanche, ne peut donner lieu à indemnisation, l'accident dont a été victime un fonctionnaire en dehors du lieu d'exercice des fonctions, quand bien même il serait survenu durant les heures de service et au cours d'un déplacement autorisé par le supérieur hiérarchique, dès lors que le déplacement de l'agent n'est pas lié à l'exercice de ses fonctions (ex : agent bénéficiant d'une autorisation d'absence pour se rendre à la pharmacie).

**L'ACCIDENT DE TRAJET :**

L'accident a lieu sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de travail. Il est pris en charge à condition que le parcours n'ait pas été interrompu ou détourné par un motif personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant du service avec l'exercice des fonctions.

La jurisprudence du Conseil d'Etat ne fait pas de différence de régime juridique entre les accidents de service et les accidents de trajet, ni dans la recherche du lien entre le service et l'accident, ni dans les conséquences qu'il conviendra ensuite d'en tirer.

L'accident de trajet est considéré comme tel si l'accident est survenu pendant le trajet d'aller et de retour entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu d'exercice des fonctions ;
- le lieu de travail et le restaurant administratif ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'agent prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant du service.

**LA NOTION D'ACCIDENT DE MISSION :**

L'accident de mission se définit comme tout accident survenu à l'occasion d'une mission, à l'exception des interruptions pour motifs personnels.

Les accidents survenus pendant les trajets et les transports auxquels donnent lieu la mission sont considérés comme des accidents de trajet-service.

PIECES A FOURNIR

- Lettre de saisine de l'autorité administrative déterminant les questions précises pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un avis,
- Fiche signalétique complétée et datée (nom – prénoms - date de naissance – adresse - situation de famille - emploi – échelon - date de titularisation, etc.)
- Rapport hiérarchique de l'autorité administrative ou à défaut une fiche de renseignement sur les circonstances détaillées de l'accident

- Demande formulée par l'agent décrivant les circonstances de l'accident ainsi que la déclaration des témoins éventuels
- **Certificat médical initial** mentionnant les blessures ainsi que les arrêts, les prolongations et les soins
- Rapport médical d'un médecin agréé expert éventuellement
- Tous les témoignages et rapports propres à éclairer la commission Plan précisant le trajet concerné et le lieu de l'accident

NOTION DE MALADIE CONTRACTÉE EN SERVICE

Une maladie professionnelle dite "contractée en service" est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque physique, chimique, biologique lié aux conditions dans lesquelles l'agent exerce d'une façon habituelle ses fonctions.

Parmi les maladies contractées en service, on distingue les maladies professionnelles et les maladies d'origine professionnelle.

1. Sont réputées maladies professionnelles l'ensemble des affections énumérées à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale.

Il y a lieu de déterminer :

- les maladies légalement tenues pour maladies professionnelles ;
- les travaux considérés comme propre à les provoquer ;
- les délais de prise en charge.

Chaque maladie professionnelle comporte une certaine durée d'incubation (c'est le délai de prise en charge qui commence à la date de la cessation du travail exposant l'agent à l'action des agents nocifs et se termine à la première constatation médicale de la maladie).

La prise en charge de la maladie ne sera possible que jusqu'à l'expiration du délai d'incubation.

L'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale a classé les maladies professionnelles en trois catégories :

- Les manifestations morbides d'intoxication aiguës ou chroniques ;
- Les infections microbiennes ;
- Les affections présumées doivent résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières.

2. Maladies d'origine professionnelle

a) Maladie désignée dans un tableau mais dont les conditions de reconnaissance font défaut

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de l'agent.

b) Maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie non désignée dans un tableau des maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail de la victime. Toutefois, cette maladie doit entraîner une incapacité permanente d'au moins 25 %.

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

pour laquelle l'administration conteste la notion de maladie professionnelle.

Une maladie est "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle (Définition : INRS).

Pour qu'une affection soit prise en charge, trois conditions doivent être réunies :

- la maladie doit figurer dans un des tableaux ;
- l'intéressé doit apporter la preuve de son exposition au risque ;
- la maladie doit avoir été constatée médicalement dans le délai prévu par les tableaux.

Pièces à fournir

- Lettre de saisine de l'autorité administrative.
- Fiche signalétique complétée et datée (nom – prénoms - date de naissance – adresse - situation de famille - emploi – échelon - date de titularisation, etc.)
- Rapport hiérarchique de l'autorité administrative ou à défaut une fiche de renseignement sur le délai d'exposition
- Courrier de l'agent à l'employeur demandant la reconnaissance en maladie professionnelle et décrivant les gestes effectués ainsi que la durée d'exposition.
- **Certificat médical initial** mentionnant les blessures ainsi que les arrêts, les prolongations et les soins.
- Fiche de poste de l'agent.
- Rapport du médecin de médecine professionnelle et préventive précisant la date de début et le numéro au tableau.
- Rapport médical d'un médecin agréé expert éventuellement

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

ADMINISTRATION DE LA PREUVE

A. La preuve de l'accident de service

Il n'existe pas de présomption d'imputabilité au service de l'accident survenu sur le lieu du service et pendant les heures de service.

C'est toujours au fonctionnaire accidenté qu'il appartient d'apporter la preuve de la relation de l'accident avec le service. En cas de besoin, une enquête pourra être diligentée.

Il convient de souligner que la preuve d'une relation médicale indiscutable entre l'accident lui-même et la ou les lésion(s) constatée(s) doit être formellement établie.

B. La preuve de l'accident de trajet

La matérialité des faits et de leur survenance en trajet ne saurait être établie uniquement par les déclarations du fonctionnaire qui doivent être corroborés par les moyens de preuve habituels.

L'accident doit se situer sur un itinéraire normal au temps habituel du trajet. Seul, l'itinéraire normal, c'est à dire le plus court entre le lieu de travail et la résidence est pris en considération. Toutefois si l'agent interrompt ou détourne son trajet pour accomplir différents actes traduisant des besoins quotidiens essentiels de la vie courante, il continue à bénéficier

de la protection légale : par exemple, des achats pour les repas ou de médicaments, le retrait d'argent à la poste, le rendez-vous chez le coiffeur, le passage à la crèche ou chez la nourrice.

C. La preuve de l'accident de mission

En l'état de la jurisprudence du Conseil d'Etat, tout accident survenu lorsqu'un agent est en mission doit être regardé comme un accident de service, alors même qu'il serait survenu à l'occasion d'un acte de la vie courante, sauf s'il a lieu lors d'une interruption de cette mission pour des motifs personnels.

Les accidents survenus pendant les trajets et transports auxquels donne lieu la mission, ou entre ceux-ci et la résidence choisie par l'agent pendant la durée de la mission, sont considérés comme des accidents de trajet – service.

D. La preuve de la maladie professionnelle

La déclaration de maladie professionnelle déposée par l'agent comporte, notamment, un certificat médical précisant la maladie dont est victime le fonctionnaire et un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de la victime. Il appartient au médecin agréé commis par l'Inserm d'établir si la maladie dont est victime l'agent est inscrite au tableau des maladies professionnelles et s'il existe une relation entre l'affection déclarée et le travail de la victime.

Vous retrouverez la suite de cet article dans le prochain Journal des Médecins Libéraux PACA.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Restons en contact et bénéficiez d'informations professionnelles par e-mails :

Inscrivez-vous pour recevoir l'e-journal de votre Union sur www.urps-ml-paca.org



PREVENTION DES TROUBLES RESPIRATOIRES CHEZ LE NOURRISSON VUE PAR LES KINESITHERAPEUTES

par l'URPS Masseurs Kinésithérapeutes Libéraux PACA

L'URPS des masseurs Kinésithérapeutes PACA réaffirme le rôle essentiel de la kinésithérapie respiratoire dans la prévention des troubles respiratoires du nourrisson.

Volontairement, nous nous tiendrons à l'écart des différentes polémiques concernant la validité du traitement kinésithérapique dans la bronchiolite que ce soit au niveau des fractures des côtes et, plus récemment, que ce soit dans la remise en cause des techniques utilisées. Nous attendons les conclusions du collège de la Masso-Kinésithérapie qui devra statuer sur l'apport et l'utilité du traitement Kinésithérapique dans cette pathologie du nourrisson.

Quoiqu'il en soit, tout le monde s'accorde à considérer le rhume comme l'un des premiers symptômes de la bronchiolite du nourrisson ; c'est à ce stade que la prévention doit intervenir.

Nous allons étudier les techniques de désencombrement des voies aériennes supérieures que nous avons à notre disposition. Pour laver le nez, le nourrisson est allongé sur un côté, le sérum physiologique est introduit dans la narine du « haut » pour ressortir par l'autre narine. Cette technique est enseignée aux mamans, dès la maternité, par les puéricultrices ainsi que dans les crèches et les haltes garderies.

Pour déboucher le nez, le médecin prescrit, entre-autre, un mouche bébé, mécanique ou électrique. Le pharmacien prodigue ses conseils. C'est à ce stade de la prévention que le kinésithérapeute doit être associé pour son rôle de surveillance et d'éducation de la famille.

La conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite (21 septembre 2000) validait, déjà, **“la désobstruction rhinopharyngée rétrograde, DRP, par reniflement passif préalable (induit par une expiration passive profonde préalable) grâce à une occlusion buccale concomitante à l'inspiration”**.

Cette manœuvre peut être associée à **“l'antépulsion pharyngobuccale”** pour recueillir les sécrétions.

Ce “reniflement” nous paraît être la meilleure prévention de l'aggravation de l'atteinte des voies aériennes inférieures et des poumons.

La prise en charge ne peut être confiée qu'à des Masseurs Kinésithérapeutes familiarisés à ces techniques et travaillants soit en réseau formel, soit informel.

En résumé, la prescription de kinésithérapie respiratoire doit être faite dans un but de prévention, et doit être exécutée par un kinésithérapeute formé à la désobstruction rhinopharyngé (DRP).

Les prescriptions de kinésithérapies respiratoires qui concernent le traitement de la bronchiolite du nourrisson incluront le DRP plus orienté vers la prévention.



LES DEVOIRS DES PATIENTS : UNE QUESTION D'ACTUALITE ?

par les Drs Christiane Giraud, Alice Touzaa, Hani Hoballah, François Turk.

Le groupe de réflexion "Un humanisme médical pour notre temps" de l'URPS ML PACA s'est interrogé sur le sujet devant :

- la recrudescence des incivilités dans la relation soignants-soignés
- la judiciarisation croissante du monde de la santé
- la lassitude, les désillusions, le burn-out des professionnels de santé
- la vulgarisation sur-médiatisée des "Droits des patients"
- la contestation des diagnostics, des traitements, de l'Education thérapeutique par les patients

Le groupe de réflexion, unanime, constate ces difficultés et fait appel au philosophe Gérard Bailhache pour appréhender ce qui semble être un phénomène de société.

1/ La question et le philosophe :

Extraits de la conférence du 6/6/13 au URPS PACA :
"Les patients ont-ils des devoirs" par le philosophe : Gérard Bailhache

Avant de parler des devoirs il est important de prendre conscience de l'évolution des droits des usagers. Si la loi de 2002 a consacré les droits des patients-usagers face aux pouvoirs des médecins pour répondre à des demandes croissantes concernant l'information sur leur état de santé et les décisions s'y rapportant. On assiste dans nos sociétés à une évolution des droits qui peut mettre à mal la relation médecin-patient.

En effet dans la société française, le droit se réfère à l'horizon d'une République démocratique où les citoyens sont égaux. Lorsqu'une inégalité rompt le pacte républicain elle sera "réparée" par une loi qui tend à rétablir la citoyenneté de "plein droit" pour tous.

La loi de 2002, dans son principe répond à la "minorité" patients qui souffre d'une relation inégalitaire face au pouvoir médical et réajuste les droits de chacun. Mais, ces dernières années, l'influence du droit anglo-saxon vient contrecarrer le droit républicain français et donner une nouvelle impulsion à l'Esprit des Lois. Celui-ci ne souffle plus vers un horizon républicain, mais vers une société où la liberté individuelle prime sur le collectif. A la limite, le désir, mon désir, issu d'une histoire personnelle de souffrance parce que c'est le mien est légitime.

La loi devient un instrument pour m'aider dans un processus d'affirmation, revendication, réparation, même si les conséquences peuvent en être négatives pour la collectivité.

Dans ce contexte les médecins sont aux prises avec un nombre croissant de revendications qu'ils n'arrivent pas à satisfaire ou dont la satisfaction les met en porte à faux par rapport aux réglementations administratives ou sociales.

Les démarches des lobbying aggravent la situation, elles tentent de donner aux revendications individuelles un caractère faussement universel pour s'imposer à tous.

2) Les praticiens et la question :

"Le couple médecin-patient face à son évolution"

Le statut du médecin n'a jamais cessé d'évoluer en fonction de la relation médecin-patient. Du "charlatan" de Molière au notable respecté et respectable, jusqu'au prestataire de service qu'il est actuellement. Le patient lui est passé du statut de "malade soumis au savoir du médecin, à celui du "patient insoumis", du client exigeant une prestation sans faille.

La relation médecin-patient est inégalitaire, en partie parce que si le médecin devient inévitablement un malade, le contraire n'est pas vrai, cette inégalité entraîne un rapport de "dominant-dominé" susceptible d'altérer les relations entre parties. La difficulté est tempérée par le code de Déontologie auquel est soumis le médecin et qui garantit liberté et sécurité au patient et réintroduit une égalité entre les partenaires.

D'où vient le malaise actuel dans les rapports entre médecins et patients ?

Notons d'emblée qu'il n'y a jamais de coupable absolu dans une situation conflictuelle et que nous sommes renvoyés dans ce cas, plutôt à l'environnement social et culturel dans lequel évolue la relation.

Venons-en à la notion qui nous paraît importante de "respect".

Le respect est, au-delà du concept, un principe de vie intangible sans lequel la société ne pourrait fonctionner et qui n'est jamais assez rappelé, du fait de la peur d'une moralisation qui diviserait les gens en deux clans : celui des "donneurs de leçons" et celui des "preneurs de leçons". Ce n'est pas notre propos.



Les fondamentaux de la devise républicaine : Liberté, Egalité, Fraternité, ne peuvent fonctionner sans l'ingrédient nécessaire et indispensable du respect.

La Liberté peut-elle se concevoir sans le respect de l'espace de liberté de l'autre ?

L'Egalité n'impose-t-elle pas le respect des droits et devoirs de l'autre ?

La Fraternité n'est-elle autre chose que le respect de l'identité de l'autre ?

Etymologiquement "respect" viendrait de *re-spectere* qui voudrait dire, "regarder en arrière". Cela suppose le regard vers l'éducation donnée et acquise, mais surtout et avant tout le "respect de soi". Si nous avons appris à nous respecter, c'est que nous avons été reconnu comme une personne, intégrée dans un système social avec les codes moraux implicites de la démocratie.

Ces codes impliquent le passage par le moi, par notre auto-reconnaissance qui nous incite à accepter les règles du jeu nécessitées par la cohabitation avec l'autre, les autres.

Ainsi depuis notre enfance et grâce en partie à notre éducation nous franchissons les étapes qui nous conduisent de l'apprentissage du respect de soi au respect de l'autre, au respect des règles sociales. De là découle l'obligation pour un vivre ensemble de respecter les "lois" dont nous avons héritées et que nous continuons à ériger et qui nous parlent de nos droits et de nos devoirs.

3) La question des devoirs des usagers : une question collective ?

Si notre philosophe nous a bien dessiné l'espace social dans lequel dorénavant se joue la relation médecin-patient et qui par bien des aspects nous échappe, demandons-nous comment provoquer une prise de conscience des problèmes que nous vivons ?

Les difficultés de la relation soignant-soigné ne peuvent qu'altérer la qualité des soins. Comment construire un espace citoyen où un médecin soignerait son malade en respectant ses droits, où un patient en toute confiance se laisserait soigner sans revendiquer ?

Pour cela pouvons-nous prendre appui sur les Chartes des Usagers qui se développent en de multiples lieux ? Pouvons-nous reprendre pour les cabinets médicaux l'exemple des hôpitaux et cliniques ?

Notre groupe décide d'entreprendre cette démarche avec l'aide bienveillante et critique de notre philosophe, des représentants de l'ARS, de directeurs de Caisse Primaire de l'Assurance maladie, des directeurs de Mutuelles, des représentants des associations de consommateurs et vous invite, vous lecteur à y participer.

FORMATION EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Le CRES PACA propose deux formations en éducation thérapeutique du patient.

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : "Exercice"

www.urps-ml-paca.org

APPLICATIONS PROFESSIONNELLES POUR SMARTPHONES ET TABLETTES

Une liste d'applications à usage professionnel sélectionnées par la Commission Informatique de l'URPS ML PACA est disponible sur notre site internet. Elles sont gratuites, au moins un temps, et compatibles avec les différentes plate-formes (OS, Android,...)

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : "Exercice"

MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS : LES SSR AU CŒUR D'UN PARCOURS SIMPLIFIÉ POUR LE PATIENT

La possibilité d'adresser directement le patient en SSR sans passer par une structure de court séjour est parfois méconnue par les professionnels de terrain que sont les médecins de ville, généralistes ou spécialistes. Or, il s'agit ici d'une possibilité supplémentaire offerte aux médecins d'orienter au mieux la prise en charge des patients, notamment dans le cadre des pathologies chroniques ou liées au vieillissement.

Lire la suite sur le site internet

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : "Exercice"

MELIERE : MEDECINE LIBÉRALE ET EVALUATION DES RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA, via son projet MELIERE, met à votre disposition un outil très simple d'utilisation, répondant à deux objectifs :

- Vous apporter aide et soutien dans la prise en charge de vos patients présentant des pathologies cancéreuses atypiques.
- Placer le médecin libéral au cœur d'un ambitieux projet de recherche sur les liens entre cancers et environnement.

QU'EST-CE QUE LE PROJET MELIERE ?

MEdecine Libérale et Evaluation des Risques Environnementaux va permettre de recueillir des "signaux faibles" qui échappent à la communauté scientifique et ainsi identifier des bassins de vie susceptibles de regrouper certains cancers et sensibiliser les pouvoirs publics aux dangers sanitaires.

COMMENT EFFECTUER LE SIGNALEMENT ?

- Sur le site www.urps-ml-paca.org, se trouve un espace dédié au projet
- En vous connectant vous accédez à un formulaire de signalement remplissable en

ligne très rapidement (ci-contre)

- Votre patient reste anonyme.
- Juste après son envoi, vous recevez un n° de dossier pour renseigner votre dossier patient et identifier le cas.

COMMENT SONT TRAITÉES LES INFORMATIONS ?

- Vos données sont transmises à un comité scientifique qui les étudie et vous recontacte rapidement.
- Votre patient peut se voir proposer une consultation d'évaluation du contexte étiologique.
- Vous êtes informé du suivi de chacun des cas transmis.

CHAQUE MEDECIN COLLABORANT AU TRAITEMENT D'UN PATIENT DOIT ASSURER LE SUIVI DE SES PROPRES PRESCRIPTIONS (COUR DE CASSATION)

Lorsque plusieurs médecins collaborent au traitement d'un patient, chacun d'entre eux doit assurer le suivi de ses propres prescriptions pour assumer ses responsabilités en cas de problème, a estimé jeudi la Cour de cassation. Dans un arrêt de la première chambre civile publié au bulletin de la Cour de cassation, la haute juridiction a précisé les obligations des médecins participant conjointement à la prise en charge d'un patient, afin d'éclaircir leurs responsabilités respectives.

Elle clarifie, dans un attendu de principe, la portée de l'article 64 du code de déontologie médicale qui dispose que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ».

La Cour considère que l'obligation d'apporter des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science « emporte, lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement de ce patient, l'obligation pour chacun d'eux, d'assurer un suivi de ses prescriptions afin d'assumer ses responsabilités personnelles au regard de ses compétences ».

Dans cette affaire, une patiente est restée atteinte d'une hémiparésie gauche à la suite d'une phlébite cérébrale diagnostiquée tardivement, survenue lors de son accouchement le 18 décembre 1992 à la clinique Bon Secours de Besançon (désormais clinique Saint-Vincent). La victime avait saisi la juridiction civile pour obtenir réparation de son préjudice.

Sur la base d'une expertise collégiale, le gynécologue-obstétricien avait été condamné en première puis en deuxième instance à réparer 80% du préjudice de sa patiente, au motif d'un retard fautif de diagnostic ayant entraîné une perte de chance pour la patiente de guérir sans séquelles. Dans son arrêt rendu le 24 février 2010, la Cour d'appel de Besançon avait estimé que le gynécologue-obstétricien était seul fautif, au motif que la phlébite cérébrale était une « complication classique » de l'accouchement et que son diagnostic était du seul ressort de ce médecin, qui était de plus chargé du suivi post-partum de la parturiente au sein du service « suite de couches ».

Deuxième renvoi devant une Cour d'Appel

La Cour avait notamment rejeté son appel en garantie contre l'anesthésiste-réanimateur qui avait pratiqué la péridurale et avait prescrit à la patiente un puissant neuroleptique au lendemain de l'accouchement, après qu'elle lui a signalé souffrir d'importantes céphalées, qui peuvent signifier le début d'une phlébite cérébrale.

Faute d'avoir examiné le rôle de ce médecin dans la tardiveté du diagnostic, la Cour de cassation avait annulé le 28 avril 2011 l'arrêt rendu en appel, et renvoyé l'affaire à la Cour d'appel de Dijon.

Mais celle-ci avait confirmé, dans un arrêt rendu le 11 avril 2012, la décision rendue à Besançon, estimant de nouveau que le gynécologue-obstétricien était seul fautif.

La Cour d'appel relevait que la pathologie était une suite de l'accouchement et non de l'anesthésie, que le gynécologue-obstétricien était chargé du suivi post-partum de la patiente, et considéré que le diagnostic de phlébite cérébrale relevait de sa seule compétence, « sans que l'on puisse admettre que ce diagnostic devait être posé par [l'anesthésiste-réanimateur] » au seul motif que ces maux lui avaient alors été signalés.

Elle estimait que le gynécologue-obstétricien étant chargé de la surveillance de la patiente, il était « seul compétent pour contrôler toutes les suites de l'accouchement, avec leurs conséquences éventuelles », y compris du diagnostic qui « devait être posé plus précocement ».

Mais pour la deuxième fois, la Cour de cassation a cassé l'arrêt rendu en appel, relevant qu'elle n'avait pas tenu compte de l'intervention de l'anesthésiste-réanimateur, pourtant appelé au chevet de la patiente pour les céphalées dont elle souffrait, et qui lui avait prescrit un neuroleptique. Pour la Cour de cassation, il incombait à ce praticien « de s'informer de l'effet de ce traitement, notamment aux fins de déterminer, en collaboration avec le gynécologue-obstétricien, si ces troubles étaient en lien avec l'anesthésie ou avec l'accouchement, ce qui aurait pu permettre un diagnostic plus précoce ».

Elle a donc renvoyé l'affaire pour la deuxième fois, cette fois devant la Cour d'appel de Lyon.

(Première chambre civile de la Cour de cassation, arrêt n° 12-21338)

Affaire à suivre...