

# LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



N°45 • Janv. 2014  
ISSN : 1969-8356

## TRAVAUX

- Formation au dépistage des cancers
- Groupes Qualité PACA

## ACTUALITES

- Cumul retraite-emploi
- Signalement sanitaire

## EXERCICE

- La pertinence des actes

LE  
MEDECIN  
LIBERAL  
SENTINELLE  
DE LA VEILLE  
SANITAIRE

- Résultats du questionnaire sur l'Avenant n°8
- Les MEP : éclairage...
- Médecins libéraux : à vos masques !

Congrès  
Santé-Environnement  
PACA :  
Compte-rendu

**DOSSIER SPÉCIAL**

**CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT PACA**

Compte-rendu des présentations scientifiques .....6 à 11

**TRAVAUX DE L'UNION**

Formation des médecins généralistes au dépistage des cancers.....4  
 Les MEP : éclairage .....12  
 Résultat du questionnaire sur l'Avenant n°8.....13  
 Goupes Qualité PACA : une région à part ? .....16

**ACTUALITÉS**

Les médecins libéraux et le signalement sanitaire .....20  
 Education thérapeutique du patient : un relais utile pour le médecin de ville.....21  
 Le cumul retraite-emploi des médecins libéraux.....22  
 Comment bien préparer son départ à la retraite ?.....27

**EXERCICE PROFESSIONNEL**

Médecins libéraux : à vos masques...!.....29  
 La commission de réforme de la fonction publique d'état et de la fonction publique territoriale (2<sup>e</sup> partie) .....30  
 Pertinence des actes : nous sommes tous concernés.....35

**EN BREF**.....38

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

**Inscrivez-vous en 2 clics pour recevoir l'e-journal de votre Union sur [www.urps-ml-paca.org](http://www.urps-ml-paca.org)**

**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](http://www.urps-ml-paca.org) • e-mail : [contact@urps-ml-paca.org](mailto: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 J.C. 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, J.C. 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](http://www.urps-ml-paca.org) rubrique "travaux"**

**Sur le site internet vous trouverez également :**

- **Des outils nécessaires à votre pratique** (par exemple les formulaires de pharmacovigilance, le dossier médical unique de demande d'admission en EHPAD ou encore la liste des certificats médicaux rationnels, et bien d'autres outils)
- **Les formations susceptibles de vous motiver pour 2014**
- **Des fiches juridiques**
- **Des liens utiles** (site internet pour trouver des remplaçants, aide à la prescription d'antibiotiques, etc.)

2<sup>ème</sup> CONGRÈS FRANCOPHONE

**Fragilité et Prévention de la dépendance du sujet âgé**

Pré-Programme

Appel à Communication orale, poster, symposium • avant le 21/02/2014

Marseille • Jeudi 3 et Vendredi 4 Avril 2014

World Trade Center  
 2 Rue Henri Barbusse, 13001 Marseille

Logos: Aix-Marseille, IGAM, etc.

Information • Inscription : [www.fragilite.org](http://www.fragilite.org)

2013 a vu l'aboutissement de projets traitants de thèmes importants, parfois difficiles, mais essentiels dans notre pratique quotidienne.

Ainsi, après le succès du guide sur l'enfance en danger et toujours dans un souci d'information, de sensibilisation et d'aide à la prise de décision, nous avons élaboré un nouveau document sur le thème des violences faites aux femmes.

L'amélioration des pratiques a été au centre du dossier "Groupes Qualité" qui, après trois ans de réunions, d'audits, s'arrête. Comme les 200 membres de ces groupes qui ont fait en sorte que ce dossier soit une réussite, l'URPS Médecins Libéraux PACA regrette la fin des subventions.

Le 1er Congrès santé environnement sur "Les Pathologies Environnementales Emergentes", qui s'est tenu les 6 et 7 Décembre 2013, a permis d'éveiller les consciences et a montré que les médecins sont prêts à devenir de véritables sentinelles de la veille sanitaire

Cette année a été riche en relations avec les institutions. Je voudrais remercier les confrères qui assument, la tâche qui leur a été confiée, aux travers des commissions et autres réunions nombreuses, parfois difficiles mais constructives et efficaces.

2014 voit déjà naître de nouveaux projets qui mettront le médecin libéral au centre du système de santé et du développement de la médecine préventive, prédictive et environnementale.

Nous avons donc choisi de remettre à jour le CD de prise en charge de la dépression. Parallèlement, une plaquette sur la prévention du suicide chez les jeunes est en cours d'élaboration. Documents qui seront un outil d'aide au diagnostic précoce.

La mise en place d'un vaste programme de formation des médecins libéraux au dépistage des cancers, sera l'un des grands dossiers pour les trois ans à venir.

Outre le Panel 3, nous sommes également partenaires avec l'ORS PACA sur un projet portant sur l'évaluation des formations sur les vaccinations.

Vous pouvez constater que votre Union est active et toujours à votre service !

Je souhaite que 2014 nous offre les moyens de poursuivre notre action au service de notre profession.

Bonne année à toutes et à tous !



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



## FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU DÉPISTAGE DES CANCERS

par le Dr Rémy SEBBAH, Généraliste à Marseille, Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA et Mme Fanny JOZANCY, Directrice d'études à l'URPS ML PACA

L'URPS Médecins Libéraux PACA met en place, pour les trois années à venir, un vaste programme de formation des médecins généralistes libéraux au dépistage des cancers.

La genèse de ce projet résulte d'un triple constat :

- La participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon reste insuffisante dans notre région
- Les élus de l'URPS-ML ont la conviction, depuis de nombreuses années, que les médecins traitants ne sont pas suffisamment intégrés dans les processus de dépistages organisés.

Cette analyse a été corroborée par le cabinet EFFECT en charge de l'audit des structures de gestion des dépistages organisés réalisé en 2013 dans la région PACA.

- Les recommandations sur l'opportunité de dépister certains cancers sont parfois mal connues des médecins généralistes

Cette action se met en place dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS, la DRSM (Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie), les structures de gestion des dépistages organisés (ARCADES, ISIS 83, APREMAS, ADOC 05, ADCA 84), et des experts reconnus, spécialistes des divers cancers.

Les formations aborderont l'épidémiologie des principaux cancers dépistables, les dépistages organisés, les divers dépistages individuels et leurs intérêts respectifs.

Une méthodologie d'évaluation originale, inspirée par les groupes qualité, sera déployée : en effet, grâce aux données

strictement anonymisées fournies par le service médical de l'Assurance Maladie, une évaluation individuelle et collective de la participation de leur patientèle aux divers dépistages sera fournie aux médecins.

L'objectif est de former la moitié des médecins généralistes libéraux de la région, soit près de 3000 praticiens, d'ici fin 2016. Les formations seront organisées dans toute la région PACA, au plus près des lieux d'exercice des médecins. Elles se dérouleront en soirée, sur une durée d'environ 2 heures, et seront indemnisées.

Les premières réunions se dérouleront en avril 2014. Elles seront d'abord organisées à Marseille, puis dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes jusqu'en fin d'année 2014, avant de se déployer dans l'ensemble des autres départements de la région en 2015 et 2016.

Le calendrier et les informations pratiques seront régulièrement mis en ligne sur le site de l'URPS-ML.

Ce programme a reçu un financement de l'ARS PACA.

### EN PRATIQUE...

**Les médecins généralistes libéraux vont recevoir un courrier et/ou un mail leur proposant une ou plusieurs dates de réunion, à proximité de leur lieu d'exercice. Ils devront s'inscrire à la soirée choisie. La soirée débutera vers 19h30 autour d'un buffet, et se poursuivra par environ 2 heures de présentation et d'échanges. Les médecins participants percevront dans les semaines suivant la soirée de formation une indemnité de 6€.**



### Travaux en cours

#### DEPRESSION ET PREVENTION DU SUICIDE

L'URPS ML PACA finalise actuellement la mise à jour et la refonte du CD "Dépression et prévention du suicide", réalisé en 2008 par l'URML PACA et qui avait rencontré un grand succès.

Cet outil d'aide au diagnostic précoce de la dépression, réalisé par des psychiatres et des médecins généralistes, se veut très pratique et accessible.

Il sera envoyé à l'ensemble des médecins généralistes, pédiatres et psychiatres de la région au premier trimestre 2014, puis envoyé sur demande et mis à disposition sur le site de l'URPS ML PACA.

Plan Régional  
Santé  
Environnement  
Provence-Alpes-Côte d'Azur  
2009-2013



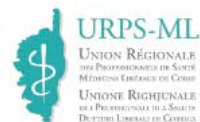
# 1<sup>er</sup> CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT Provence Alpes Côte d'Azur

## Les Pathologies environnementales émergentes

6 & 7 Décembre 2013  
Marseille - Palais du Pharo

ORGANISATION

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



AVEC LE SOUTIEN ACTIF DE





**Le Palais du Pharo, ancienne Ecole de Médecine qui offre une vue imprenable sur la rade et le Vieux-Port, a accueilli, les 6 et 7 Décembre 2013, 400 professionnels et acteurs de santé soucieux des effets de notre environnement sur notre santé.**

**En organisant le 1er Congrès santé environnement sur "les Pathologies Environnementales Emergentes", l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Provence Alpes Côte d'Azur a choisi d'informer, de sensibiliser et de promouvoir la médecine environnementale.**

**Le Docteur 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 (CRII-GEN), rappelle que la santé environnementale est l'ensemble des effets, sur la santé de l'homme, de facteurs environnementaux dus à ses conditions de vie et à la contamination des milieux. Elle mêle aussi les notions de biologie, socio-anthropologie, physique-chimie, toxicologie, épidémiologie...<sup>(1)</sup>**

La santé en lien avec l'environnement doit être pensée de façon multidisciplinaire.

En deux jours de conférences, reconnues pour leur qualité scientifique, le congrès a fait une synthèse des connaissances sur les principaux sujets de la santé environnementale, en rappelant qu'il reste de nombreuses questions en suspens.

Interrogations sur l'augmentation d'un certain nombre de pathologies dites des "temps modernes" interpellant nos patients qui veulent être informés, prévenus, protégés.

Au-delà des change-

ments climatiques, il existe de nombreuses menaces environnementales, moins visibles mais qui impactent sur notre santé. Nous constatons de nouveaux risques dits "émergents", sources d'incertitudes voire de discussions, qui doivent être pris en compte dans les diagnostics et les recherches médicales.

Les différents experts de renom qui se sont succédé à la tribune ont permis de nous éclairer sur les problématiques posées par ces nouveaux risques sanitaires et environnementaux.

Lors de son exposé, le **Professeur Pierre DELLAMONICA, Chef du service d'infectiologie et Directeur du Laboratoire d'Antibiologie du CHU de Nice**, souligne que le problème de la résistance aux antibiotiques doit être pris au sérieux. L'utilisation des antibiotiques non réfléchie induit des multi-résistances. Réfléchir à cette problématique, c'est réviser le mode de prescription et privilégier, comme pour la grippe, les vaccins.<sup>(2)</sup>

Vaccination qui, comme l'explique le **Professeur Philippe BROUQUI, chef du service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU Nord-Marseille**, prévient l'émergence de nouvelles pathologies infectieuses favorisée par les déplacements humains, les nouvelles technologies. Il insiste sur la réémergence de certaines maladies infectieuses auparavant contrôlées (tuberculose, choléra,...) dues au relâchement des mesures sanitaires.<sup>(3)</sup>

On peut se poser la question de connaître la part des gènes ou celle de l'environnement dans l'appréhension de certaines de ces pathologies, propose le **Professeur Pierre-Henri GOUYON,**

*Agronome et biologiste, Professeur au muséum d'Histoire Naturelle de Paris.* En s'appuyant sur les dernières recherches scientifiques, il montre qu'en changeant l'environnement, il est possible de modifier l'effet des gènes. Avec beaucoup d'humour et une réflexion



# 1<sup>er</sup> CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT PACA



1- Messieurs Eugène CASELLI et Jean-Claude GAUDIN • 2- Drs Rémy SEBBAH, Jean-François GIORLA et Joël SPIROUX de VENDÔMOIS  
3- M. Norbert NABET • 4- Dr Jean-François GIORLA • 5- Mme Anne-Marie HAUTANT • 6- Dr Rémy SEBBAH • 7- Dr Joël SPIROUX de VENDÔMOIS



“culinaire”, il explique que l’organisme dépend à la fois des gènes et de l’environnement. Il se fabrique sa propre cuisine et la transmet à la génération suivante.<sup>(4)</sup>

Génération future qui doit faire face au réchauffement climatique favorisant, nous informent le **Docteur André ROCCHI**, *médecin généraliste en Corse*, et **M. Frédéric PITOIS**, *Hydrobiologiste à Rennes*, le développement des cyanobactéries dont les toxines polluant l’eau, comptent parmi “les plus puissants poisons naturels connus” responsables de certains cancers.<sup>(5)</sup>

Le Professeur **Gilles NALBONE**, *directeur de recherche Inserm Faculté de médecine Timone à Marseille*, rejoint son confrère sur le constat effectif de l’augmentation des cancers liés à l’environnement. Les perturbateurs endocriniens auxquels nous sommes exposés via l’eau, l’épiderme, l’alimentation,... sont un véritable fléau, notamment dans la recrudescence de cas d’obésité.<sup>(6)</sup>

Cette dernière pathologie a d’ailleurs été largement étudiée par le **Professeur Charles SULTAN**, *Professeur d’endocrinologie pédiatrique à Montpellier, spécialisé sur l’impact des xénobiotiques dans les maladies endocriniennes de l’enfant*. Il parle “d’épidémie d’obésité” à laquelle contribuent largement les perturbateurs endocriniens.

Outre le fait d’être reconnus comme étant obésogènes, ils sont capables d’agir au niveau du foie, du pancréas, du système nerveux central.<sup>(7)</sup>

Le **Professeur Jean-Paul BOURDINEAUD**, *Ecotoxicologue spécialiste des métaux et des nanotechnologies CNRS, Université de Bordeaux*, pose la question de l’incidence toxicologique, sur les être vivants, des nanoparticules présentes partout (vêtement, peinture, crèmes,...). Ses recherches l’amènent à la conclusion que quelque soit le polluant utilisé, il entraîne des modifications de l’ADN notamment chez certains poissons dans lesquels on a relevé une teneur en mercure importante.<sup>(8)</sup>

Poissons dont on peut dire qu’ils nagent en “eaux troubles” souligne le **Professeur Denis ALLEMAND**, *Directeur du Centre Scientifique de Monaco*. Même si notre santé n’est pas directement menacée, l’acidification des océans est une des causes de la disparition de certains organismes à la base de la chaîne alimentaire. In fine, cette nouvelle perturbation de l’environnement aura des conséquences socio-économiques et sur notre comportement.<sup>(9)</sup>

Parler des océans permet de parler de l’eau et en particulier du traitement des eaux usées. Le **Professeur Jean-Pierre GOULLÉ**, *Professeur des Universités en Toxicologie, Pharmacien biologiste des Hôpitaux du Havre*, détaille l’étude menée sur les eaux usées de deux hôpitaux et d’une station d’épuration. Les résultats révèlent la présence de nombreux résidus de médicaments et de métaux peu dégradés auxquels l’homme pourrait être exposé dans l’environnement.<sup>(10)</sup>

Pour le **Professeur Jean-François CAILLARD**, *Professeur de médecine et de santé au travail, médecin consultant au CHU de Rouen*, les pollutions s’étendent aux lieux de vie et de travail. Il est important de consolider la recherche en santé, travail, environnement et développer les consultations de pathologie professionnelle et environnementale. Cette action en santé au travail permettra au médecin de pouvoir répondre et aider, quand c’est possible, à obtenir réparation afin d’éviter des consé-



quences dramatiques dues à l’incertitude voire l’ignorance scientifique et/ou citoyenne.<sup>(11)</sup>

**Madame Corinne LEPAGE**, *Avocate – Ancienne ministre de l’Environnement – Présidente d’honneur du Comité de recherche et d’information indépendante sur le génie génétique (CRIIGEN)*, aborde cette thématique sous un angle juridico-politique. Elle a constaté que souvent les connaissances sont disponibles et que le manque de réactivité des autorités est du à la difficulté de croire ce que l’on sait. Elle insiste sur l’importance que tous les acteurs (médecins, juristes, consommateurs,...) se constituent en réseau et communiquent.<sup>(12)</sup>

Cette réflexion est confortée par les observations de **Madame Marie-Odile BERTELLA GEFFROY**, *Vice-Président au Tribunal de Grande Instance de Paris*, dans des dossiers judiciaires de santé publique et environnement. Pour elle, la pluridisciplina-





1- Pr Gilles NALBONNE • 2- Mme Corinne LEPAGE • 3- Dr André ROCCHI • 4- Pr Denis ALLEMAND • 5- Pr Jean-Paul BOURDINEAUD  
6- M. Frédéric PITOIS • 7- Pr Pierre-Henri GOUYON • 8- Pr Charles SULTAN



rité peut sauver la santé publique. Certaines catastrophes sanitaires auraient ainsi pu être évitées car les dangers et les moyens de protection étaient connus mais les lanceurs d'alerte, c'est à dire professionnels et acteurs de santé, n'ont pas été écoutés.<sup>(13)</sup>

C'est le cas de l'allergie au pollen de cyprès, précise le **Professeur 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*. On sait qu'elle est devenue la première cause de pollinose dans le sud-est de la France, pourtant il suffit d'écouter les alerteurs, que sont les médecins. Encore une fois, regrette-t-il, les facteurs environnementaux sont connus mais le principe de précaution n'est pas mis en œuvre (utilisation massive des cyprès dans nos jardins).<sup>(14)</sup>

Si la qualité de l'air du bassin méditerranéen soulève des questions, il en est de même concernant les eaux de baignades indique **Monsieur Gérard RIOU**, *Directeur de l'IFREMER – Centre Méditerranée à la Seyne sur Mer*. Certaines actions du pouvoir politique, comme l'interdiction de l'essence plombée a permis une diminution de la contamination par le plomb. En revanche, les différentes campagnes de surveillance ont montré une augmentation des résidus médicamenteux, produits vétérinaires, cosmétiques,... qui contaminent les poissons, maillons de notre chaîne alimentaire.<sup>(15)</sup>

Enfin, le **Docteur Henri ESKENAZI**, *Chirurgien-dentiste à Marseille et photo-journaliste sous-marin*, et le **Dr Sandrine RUITTON**, *Maître de conférence Aix-Marseille Université MIO* avec la diffusion du diaporama "Vitreaux de mer" et le film "Un autre regard sur la Méditerranée" met en valeur la beauté de notre milieu marin et donne envie de le protéger. Il a pu observer, lors de ces reportages, des progrès sensibles en termes de



qualité de l'eau. Il semble que les industriels et les autorités travaillent en ce sens.<sup>(16)</sup>

**Nous pouvons nous féliciter de la réflexion menée sur ces deux jours, des questions pertinentes qu'elle a soulevées. Ce congrès a joué un rôle d'éveilleur de conscience, et il est rassurant de constater que les médecins sont prêts à devenir de véritables sentinelles de la veille sanitaire.**

**Votre URPS ML s'attachera à diffuser les dernières connaissances disponibles à tous les médecins, pour faire en sorte qu'ils puissent jouer leur rôle de lanceur d'alerte.**

**La réussite de ce congrès montre que l'URPS ML PACA est devenu un acteur incontournable dans le domaine de la santé et médecine environnementale.**

**Toutes les interventions sont disponibles en streaming audio accompagnées des diaporamas de présentation sur le site [www.congres-sante-environnement-paca.org](http://www.congres-sante-environnement-paca.org).**

## Références

- 1- Définition de la médecine environnementale : son intérêt, sa place dans la société.
- 2- Les résistances aux antibiotiques : les BMR
- 3- Les pathologies infectieuses émergentes
- 4- L'inné et l'acquis
- 5- Les cyanobactéries et le moustique tigre
- 6- Toxicologie et épidémiologie : deux sciences en mutation
- 7- Les nano particules
- 8- Une conséquence des changements climatiques, l'acidification des océans : des organismes marins à l'homme.
- 9- Perturbateurs endocriniens environnementaux et obésité
- 10- Les résidus médicamenteux dans les eaux
- 11- Pollution des lieux de vie et de travail
- 12- Droit de l'environnement et santé
- 13- Les grandes affaires de santé publique, quelles leçons en tirer ? Signaux précoces, leçons tardives.
- 14- Les pathologies environnementales : le rapport de l'homme à son environnement
- 15- L'air - Les problématiques de l'allergie au pollen de cyprès
- 16- Qualité des eaux de baignade, de l'eau douce, et de l'eau de consommation
- 17- L'eau - Ecosystème méditerranéen



1- Pr Pierre DELLAMONICA • 2- Pr Jean-François CAILLARD • 3- Pr Jean-Pierre GOULÉ  
4- Pr Denis CHARPIN • 5- M. Gérard RIOU • 6- Mme Marie-Odile BERTHELA-GEFFROY  
7- Dr Sandrine RUITTON • 8- Dr Henri ESKENAZI • 9- M. Dominique PECAUD



## LES MEP : ECLAIRAGE

par le Dr Danielle COLONGEON-BOUKOBZA,  
Homéopathe - Phyt thérapeute à Marseille, Coordonnateur de la Commission MEP et autres modes d'exercice  
de l'URPS Médecins Libéraux PACA

**Les MEP** (médecins à exercice particulier, suivant l'appellation officielle de la sécurité sociale depuis les années soixante dix ) **sont des médecins qui utilisent une méthode thérapeutique spécifique après une démarche diagnostique identique à celle de l'ensemble de leurs confrères.**

Cette spécificité, ils l'ont choisie, étudiée, pour l'exercer en exclusivité et/ou en association avec les thérapeutiques allopathiques.

Parmi les plus pratiquées, il convient de citer : l'Homéopathie, la Phytothérapie, l'Ostéopathie, l'Acupuncture, l'Angiologie, l'Auriculothérapie, la Mésothérapie, la Nutrithérapie....

Les autres modes d'exercices regroupent des médecins qui ont un rôle de consultant exclusifs dans leur expertise : Sexologue, Echographiste, Algologue, Médecin légiste....

Tous sont médecins et ont suivi un ou plusieurs cursus post universitaires de trois années le plus souvent, pour pratiquer leurs spécificités.

Il existe depuis quelques années un engouement de la part des patients pour ces médecines dites "alternatives".

Les pouvoirs publics, dans les pas de l'Europe, se désintéressent de la reconnaissance de l'exercice médical de ces thérapeutiques.

Des formations fleurissent à l'usage des non-médecins, non professionnels de santé, délivrant des diplômes à l'intitulé plus ou moins fantaisiste. Dans cette jungle foisonnante mais néanmoins alléchante, les patients peuvent difficilement faire le distinguo : cet ostéopathe est-il médecin, kiné, juste une personne lambda qui a suivi quelques week-ends de formation ? Et l'acupuncteur ? Quid du naturopathe ? Et le "thérapeute" donc !

Si l'on ajoute l'auto-médication sauvage encouragée par l'industrie, les conséquences peuvent être graves.

Seul un médecin est apte à établir un diagnostic, ordonner un traitement, apprécier les compatibilités avec un traitement allopathique en cours, évaluer les contres indications.

Nombre de nos confrères connaissent peu

ou mal les possibilités que peuvent offrir ces modes d'exercices en fonction des pathologies et les indications dont leurs patients pourraient bénéficier.

Une de nos priorités est d'exposer, pour chaque expertise, ses modalités, son cursus de formation, ses potentiels thérapeutiques.

Dans un temps où l'on parle de prévention, de médecine citoyenne, responsabilisée en termes d'économie de santé et de préservation de l'environnement (pollution des eaux, résistances aux antibiotiques, entre autres), ces expertises, plus que jamais, ont un rôle à jouer, en parfaite adéquation avec les priorités de santé publique.

### TRAVAUX DE LA COMMISSION MEP ET AUTRE MODES D'EXERCICE

Notre propos a toujours été la reconnaissance des médecines dites à "exercice particulier" et autres modes d'exercice réservés à la pratique médicale.

Ces expertises, peu ou mal connues, voire ignorées par nombre de médecins, sont partie intégrante de la pratique médicale.

Nous avons décidé de les faire connaître à l'ensemble de nos confrères. Nous avons convié, à l'URPS ML PACA, des responsables

d'enseignement de chaque discipline. Ils nous ont exposé la teneur de leur pratique, les principales indications, le cursus initial, les formations continues, les problèmes inhérents à l'exercice de cette pratique.

Nous continuerons à recevoir ceux qui ne se seraient encore pas exprimés.

Nous avons initialisé récemment une recherche pour obtenir des données démographiques réactualisées, et si possible, des indicateurs d'activité plus précis concernant les MEP.

Nous commençons l'élaboration d'un guide qui exposera, suivant un canevas lisible, les différents modes d'exercice et leurs indications thérapeutiques princeps.

Ce guide permettra à nos confrères de mieux appréhender toutes les possibilités offertes afin de les aider éventuellement dans leur pratique quotidienne.



# RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'AVENANT N°8 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

par le Dr Paul PITTALUGA, Chirurgien à Nice  
 Coordonnateur du Collège des médecins spécialistes à plateaux techniques lourds

L'URPS ML PACA a lancé une étude sur la mise en place de l'avenant n°8 à la convention médicale.

**Ce questionnaire a été élaboré par le élu du Collège 2 représentant les chirurgiens, anesthésistes et gynécologue-obstétriciens, sur la base de 12 questions pour évaluer l'opinion des médecins libéraux sur cette nouvelle disposition.**

Le taux de retour très élevé traduit l'intérêt des médecins libéraux pour cette nouvelle disposition conventionnelle.

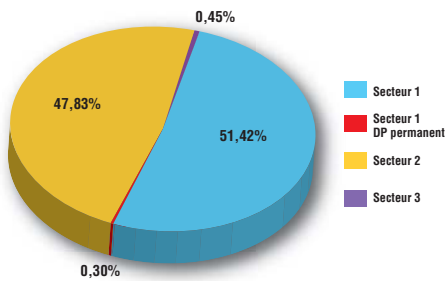
Nous vous livrons les résultats bruts de cette enquête, les commentaires étant laissés à l'interprétation de chacun.

## Méthodologie :

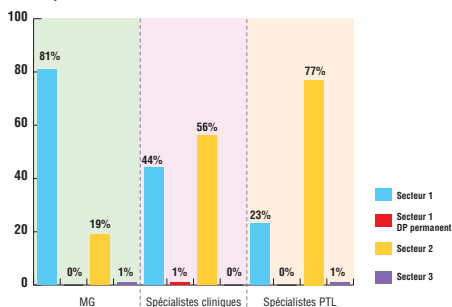
Les questionnaires ont été envoyés par La Poste aux 12 414 médecins libéraux de la région le 1<sup>er</sup> Juillet 2013.

Au 07 novembre 2013, 1 338 avaient été retournés à l'URPS ML. Les résultats ci-dessous portent sur l'ensemble de ces questionnaires.

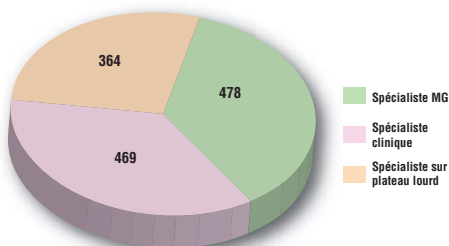
### Q 1 : Dans quel secteur exercez-vous ? (n=1338)



### Par spécialité :

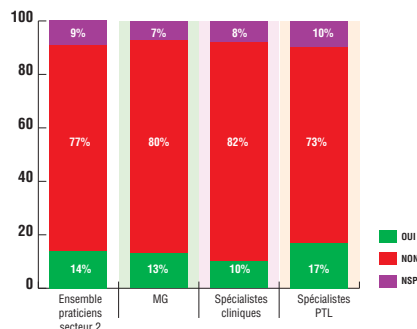


### Q 2 : De quelle catégorie faites-vous partie ? (n=1311)



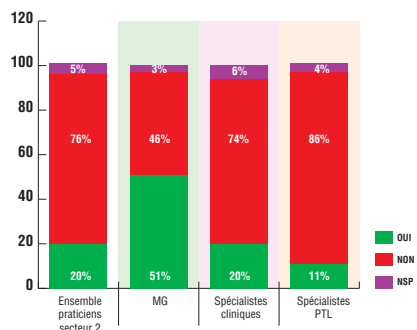
### Q 3 : Pensez-vous être susceptible d'être "sélectionné" comme ayant une "pratique tarifaire excessive" au vu des tarifs que vous pratiquez et des principes de l'application de l'avenant 8 ?

Seules les réponses des praticiens exerçant en secteur 2 ont été prises en compte ; n=637.



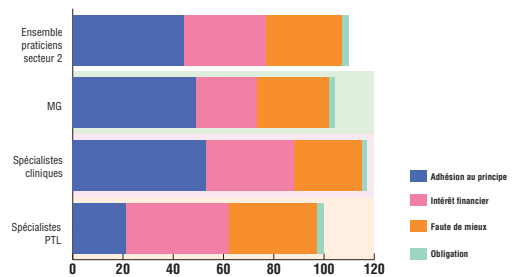
### Q 4 : Seriez-vous prêt à signer le contrat d'accès aux soins tel qu'il est présenté ci-dessus ?

Seules les réponses des praticiens exerçant en secteur 2 ont été prises en compte ; n=633.



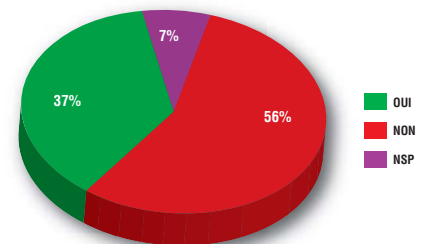
### Q 5 : Si oui, signeriez-vous le contrat d'accès aux soins par :

Seules les réponses des praticiens exerçant en secteur 2 ont été prises en compte ; n=125.

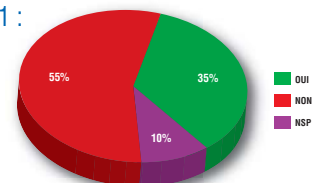


Certains médecins ayant choisi plusieurs réponses, le total dépasse les 100 %.

### Q 6 : Pensez-vous que le secteur 2 pose aujourd'hui un problème d'accès financier aux soins pour les patients ? (n=1 325)

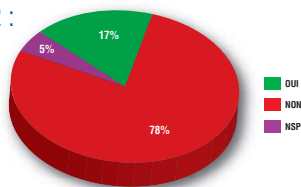


### Si secteur 1 :

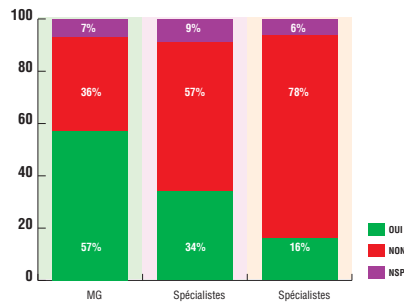


## RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR L'AVENANT N°8 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

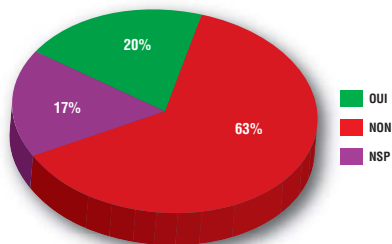
Si secteur 2 :



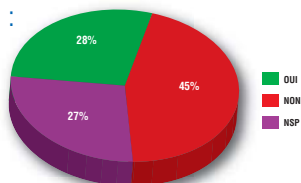
Par spécialité :



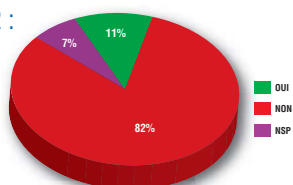
**Q 7 : Pensez-vous que l'avenant 8 est un bon compromis entre l'accès financier aux soins pour les patients et la rémunération de l'acte médical ? (n=1 325).**



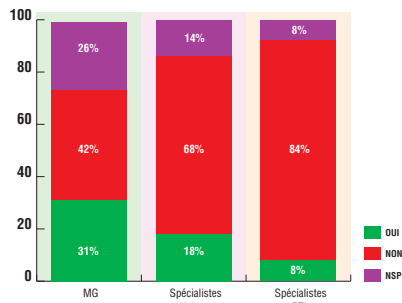
Si secteur 1 :



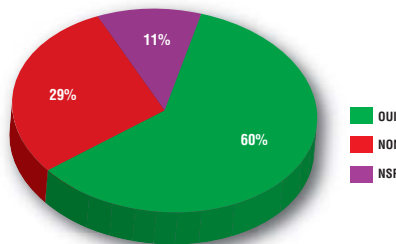
Si secteur 2 :



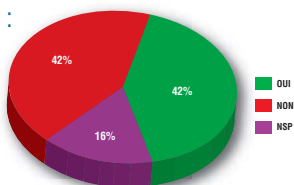
Par spécialité :



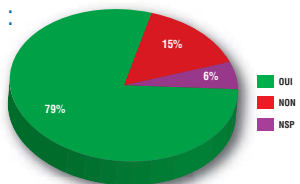
**Q 8 : Pensez-vous que l'avenant 8 menace la médecine libérale ? (n=1 328).**



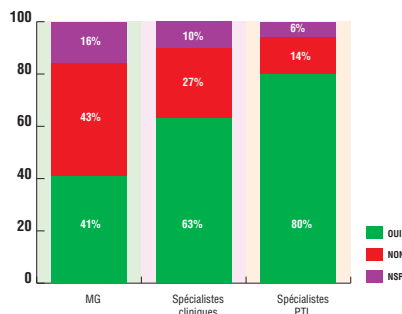
Si secteur 1 :



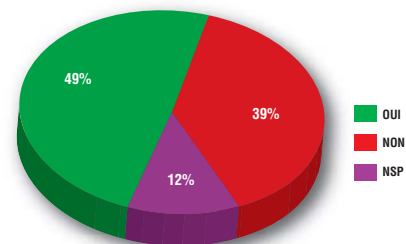
Si secteur 2 :



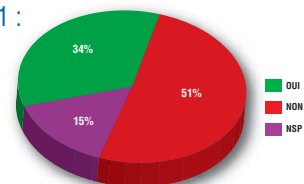
Par spécialité :



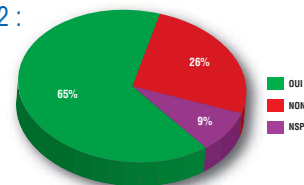
**Q 9 : Pensez-vous que l'avenant 8 menace la qualité des soins ? (n=1 330).**



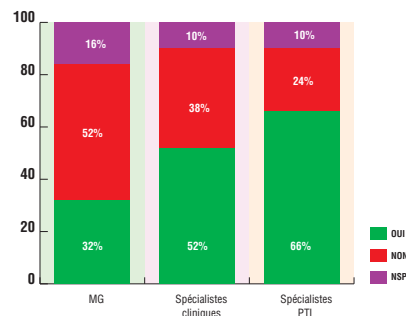
Si secteur 1 :



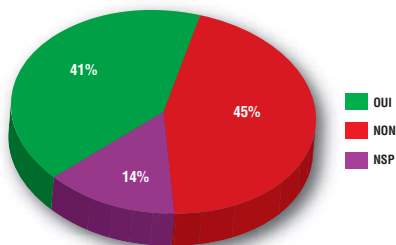
Si secteur 2 :



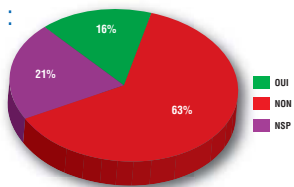
Par spécialité :



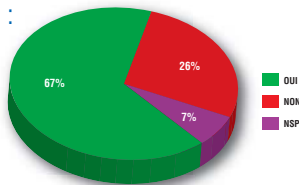
**Q 10 : Pensez-vous que l'avenant 8 menace l'équilibre financier de votre exercice personnel à court ou à moyen terme ? (n=1 324).**



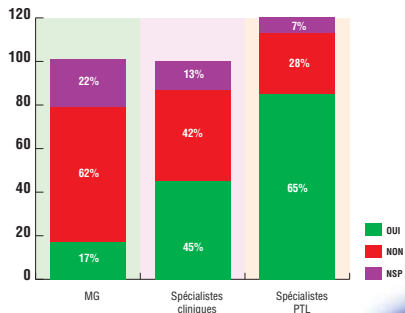
Si secteur 1 :



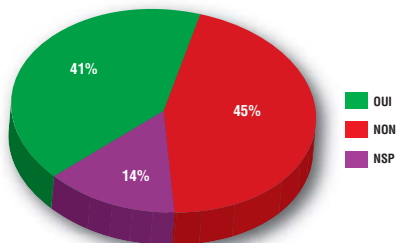
Si secteur 2 :



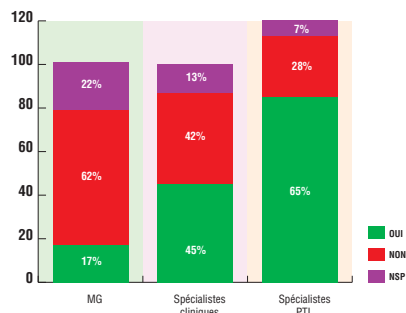
Par spécialité :



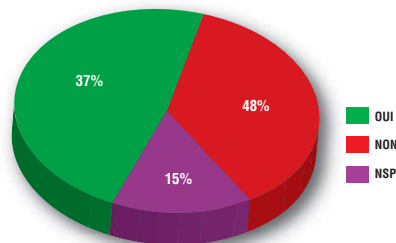
**Q 11 : Si vous estimez ne pas être concerné par l'avenant 8, pensez-vous qu'il puisse menacer des confrères correspondants qui s'occupent de vos patients ? (n=1 175).**



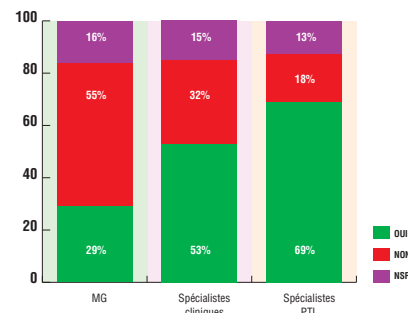
Par spécialité :



**Q 12 : Si vous estimez ne pas être concerné par l'avenant 8, pensez vous qu'il puisse menacer un jour votre exercice personnel ? (n=1 154).**



Par spécialité :





## GROUPES QUALITÉ : PACA, UNE RÉGION À PART ?

par le Dr Paul FREDENUCCI, coordonnateur des Groupes Qualité en PACA,  
membre du COFIL national des Groupes Qualité.

Toutes les régions impliquées dans la démarche Groupes qualité ont obtenu un financement jusqu'en juin 2015, partiellement ou totalement attribué par le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

L'ARS PACA refusant d'accorder une nouvelle contribution financière depuis octobre 2013, seule l'URPS ML PACA n'est plus en mesure de poursuivre cette activité.

### LES GROUPES QUALITÉ, UNE MÉTHODE D'ÉCHANGES DE PRATIQUE ET D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE QUI A FAIT SES PREUVES

Relire dans le journal de l'Union n° 41, paru en octobre 2012, pages 4 et 5, l'article du Dr Rémy SEBBAH, secrétaire de l'URPS ML PACA :  
"De la qualité...mais à quel prix ???"

Les Groupes qualité (GQ) ont débuté en Bretagne en 2001. Ces groupes d'échange de pratiques ont été instaurés par les URPS ML en partenariat avec l'Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé (ARS). Ils permettent aux médecins généralistes libéraux d'une même zone géographique de se rencontrer chaque mois pour développer une démarche réflexive sur leurs pratiques autour de thèmes issus d'une bibliothèque nationale, choisis par le comité de pilotage régional comprenant des élus de l'URPS et de représentants de l'AM et de l'ARS.

Une des spécificités des GQ est de permettre aux médecins généralistes participants une autoévaluation anonymisée à partir du suivi d'indicateurs, de comparer leur pratique avec celle des autres membres de leur groupe, de leur groupe avec les autres GQ régionaux et la moyenne de l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la région, constituant le groupe témoin (GT).

9 régions sont impliquées dans cette démarche. Elle regroupe 2000 médecins généralistes répartis dans 200 GQ. En PACA les GQ sont à l'œuvre depuis 2010. Actuellement 193 médecins généralistes sont accueillis dans 21 GQ.

L'évaluation externe réalisée en Bretagne par CEMKA-EVAL en février 2010, consultable sur le site de l'URPS Bretagne, met en exergue "un taux de 90% de satisfaction des médecins participants, un impact globalement positif sur la qualité des soins en référence aux indicateurs du profil générique". L'efficacité est significative avec un

écart moyen de prescription en pharmacie inférieur à 34,46€ par patient.

En PACA les médecins des GQ ont cessé de se réunir depuis novembre 2013. Et pourtant après plus de 3 années d'activité tous les lignotants étaient au vert :

- Appropriation par les médecins participants du concept GQ avec un taux de participation de 90% aux réunions.
- Volonté des groupes de poursuivre les réunions exprimée par les animateurs
- Evaluation interne très satisfaisante comme en témoigne l'analyse des profils de restitution
- Résultats des audits significatifs voire hautement significatifs (encadré 1).

En 2013, l'URPS ML PACA a sollicité auprès du Département d'Analyse et Traitement de l'Information (DATIM) de la DRSM Sud Est une évaluation sur les thèmes suivants traités par les GQ en PACA : cystite, diabète, asthme, médicaments à visée gastrique, hypertension artérielle et pharmacie.

Le rapport est présenté sous forme de graphes représentant l'évolution des indicateurs au sein des GQ et du groupe témoin. (encadré 2). L'auteur du rapport mentionne page 19 "d'une manière générale, cette évaluation montre des résultats en faveur du dispositif des groupes qualité".

Reçu le 17 décembre 2013 l'intégralité du rapport sera consultable prochainement sur le site de notre Union.

Malgré ces évaluations apportant la preuve de la pertinence de la démarche Groupes Qualité et, malgré la position prise par les autres ARS, Guadeloupe comprise, seule l'ARS PACA a mis fin à sa contribution financière.

D'autres alternatives ont été proposées en complément du financement par le FIR, elles n'ont pas été retenues.

### 1. Financement du FIQCS national (Fonds d'Interventions pour la Qualité et la Coordination des Soins) pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée (PA).

Il s'agit d'un problème de santé publique, retenu comme objectif prioritaire dans la loi de santé publique du 9 août 2004.

Suivant le rapport de la HAS de 2006, la iatrogénie serait



**Encadré 1**

**RESTITUTION DE L'AUDIT SUR LES ULCÈRES DE JAMBE À PRÉDOMINANCE VEINEUSE**

1<sup>ère</sup> période de recueil : février 2013 / 2<sup>ème</sup> période de recueil : juillet 2013

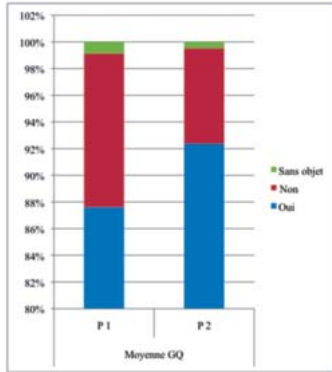
**Lecture des graphiques :**

Pour ces questions, 2 modalités de réponse étaient possibles : oui ou non.

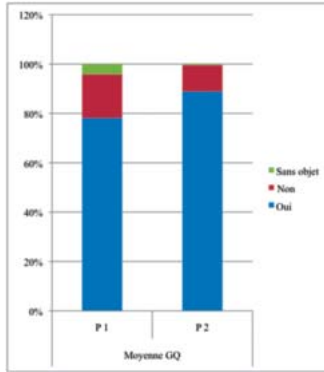
L'audit a porté sur 1 à 5 patients par médecin à chacune des deux périodes. Les histogrammes indiquent la proportion de patients pour lesquels les médecins ont répondu de façon positive à la question.

Les histogrammes "moyenne des GQ" ne tiennent compte que des médecins ayant répondu aux deux périodes d'audit, de façon à rendre compte le plus objectivement possible de l'évolution dans le temps.

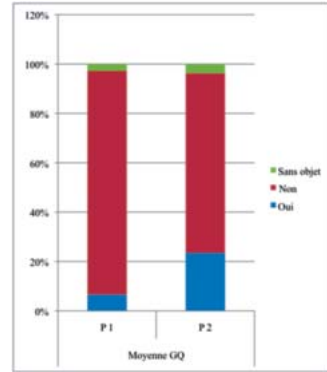
Question n°1 : Avez-vous recherché des antécédents de thrombose veineuse profonde chez vos patients atteints d'ulcère de jambe?



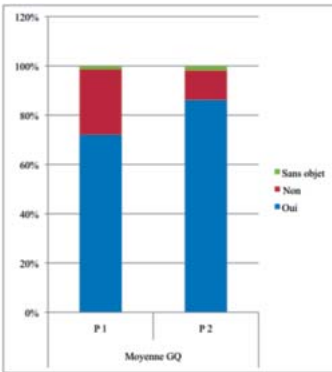
Question n°2 : Avez-vous recherché les facteurs de risque d'une artériopathie oblitérante chez vos patients atteints d'ulcère de jambe?



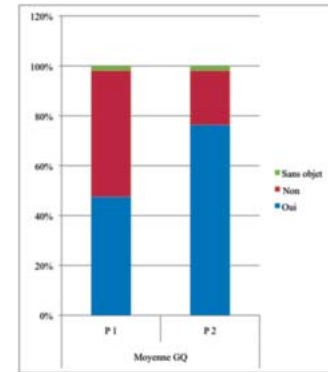
Question n°3 : Avez-vous mesuré l'index de pression systolique chez vos patients atteints d'ulcère de jambe?



Question n°4 : Avez-vous prescrit un échodoppler veineux chez vos patients atteints d'ulcère de jambe?



Question n°5 : Avez-vous recherché la date de la dernière vaccination antitétanique chez vos patients atteints d'ulcère de jambe?



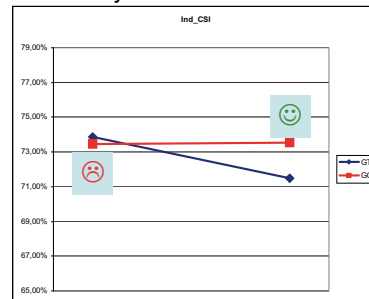
**Encadré 2**

A titre d'exemple, un indicateur du rapport d'évaluation de l'Assurance Maladie est présenté : Patients ayant un traitement de fond à base de corticostéroïde inhalé (sens attendu ↗).

Il permet d'illustrer la présentation des résultats à laquelle sont habitués les médecins des groupes qualité : Mesure en valeur mais aussi en évolution, et confrontation aux résultats d'un groupe témoin (ensemble des médecins généralistes de la région PACA hors médecins des groupes qualité).

**Indicateur n°1**

Patients ayant un traitement de fond à base de corticostéroïde inhalé (sens attendu : ↗)



	Ind_CSI
GT	-2,39%
GQ	0,10%

Evolution GQ/GT ☺

Commentaire : Pour un niveau de départ quasi similaire, les GQ marquent une très légère progression (attendue) alors que l'on observe une décroissance pour le GT.

## GROUPES QUALITÉ : PACA, UNE RÉGION À PART ? (SUITE)



responsable de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de 20% chez les plus de 80 ans alors que 40% des événements médicamenteux seraient évitables.

Le surdosage et les interactions médicamenteuses sont les principales causes. Les plus de 80 ans représentent 3,4% de la population et 11,9% des dépenses médicales. Les plus de 65 ans consomment plus de 40 % des médicaments et représentent environ 20 % de la population (INSEE, janvier 2011).

La morbi-mortalité, en particulier chez les plus de 80 ans est proportionnelle au nombre de médicaments prescrits et aux comorbidités associées.

**Une convention de financement au titre du FIQCS a été signée le 19 juillet 2013 entre la Fédération française des groupes qualité (FFGQ) et la CNAMTS** avec pour objet *“l'établissement d'une liste de médicaments préférentiellement adaptés à la prescription chez les personnes âgées qui doit contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et au bon usage du médicament par une meilleure prescription des médecins de 1er recours intégrés dans la démarche des groupes qualité”*.

Cette contribution permet d'assurer la tenue de 3 réunions dans les régions où le FIR ne pourrait pas financer la totalité des 10 séances annuelles. Une somme de 516 045 € a été allouée.

Cette liste prend en compte les principales pathologies. Elle est l'aboutissement de 6 mois de travail. Elle a été élaborée par le COPIL de la FFGQ, constitué en majeure partie de médecins généralistes, coordonnateurs régionaux des GQ, assistés d'experts gériatres, pharmacologues et pharmaciens. La méthodologie a été validée par la HAS.

Un code de couleur permet de proposer un choix médicamenteux lors de l'initiation d'un traitement chez la PA. En vert les médicaments sélectionnés pour leur rapport bénéfice/risque, en orange ceux imposant la prudence, en rouge enfin ceux potentiellement inappropriés pour lesquels une autre molécule doit être préférée en raison essentiellement de leur toxicité hépatique et/ou rénale. Il ne s'agit pas d'un Vidal en réduction mais d'un outil facilitateur.

Cette liste n'est pas opposable aux médecins et le coût des molécules n'a pas été pris en considération. Avant sa diffusion aux médecins généralistes, elle sera testée dans les “groupes

qualité” pour apprécier sa faisabilité et l’adhésion des médecins généralistes. L’appropriation de cette liste par les médecins des GQ sera mesurée à partir du taux de leurs prescriptions et d’une autoévaluation anonymisée suivant le mode de fonctionnement habituel des GQ.

Pour avoir contribué à l’élaboration de cette liste et mesuré tout son intérêt il me paraît regrettable de ne pas la “tester” en PACA.

Lors du séminaire du 21 mars 2013, le Directeur de la DRSM Sud Est *“proposait de poursuivre le financement des groupes qualité à condition que les réunions portent sur l’établissement d’une liste de médicaments pour les personnes âgées”*.

Cette proposition n’a pas été retenue par le bureau de l’URPS ML PACA pour les 2 raisons suivantes :

*“La difficulté d’établir ces listes sans recours à des experts et la démarche qui ne lui paraît être dans l’esprit de la charte des groupes qualités”* (cf CR du séminaire).

Ces 2 obstacles ont depuis été levés avec la participation d’experts gériatres et pharmacologues à l’élaboration des listes et la signature de la convention entre la CNAMTS et la FFGQ suivant la charte des GQ.

## 2. L’OE-DPC GQ.

Lors de l’AG de notre URPS d’octobre 2012, l’adhésion à l’OE DPC groupes qualité avait été votée, afin de mettre en place ce mode de financement pour les GQ de la région PACA.

C’est une facilitation offerte aux participants des GQ pour valider tout ou partie de leur DPC après inscription sur le site [mondpc.com](http://mondpc.com) ; l’agrément est en cours, le numéro d’attribution et l’accord de la HAS sont donnés. Il est précisé que l’OE-DPC GQ

n’a pas vocation à offrir ses services à d’autres confrères non membres des GQ ni à empêcher ses membres à participer à des actions de DPC d’autres organismes.

Le médecin participant aux GQ a la possibilité de faire soit une seule formation de 3 demi-journées, la 2<sup>o</sup> étant réalisée avec un autre organisme engagé, soit de faire 2 formations pour un total de 6 demi-journées.

Le DPC au sein des GQ se déroule en 3 temps sous forme d’audit autour d’un thème choisi par l’URPS en collaboration ou non avec l’ARS. Lorsque le thème le permet il est possible de compléter l’audit par l’analyse des profils de restitution issus des données de l’AM suivant la pratique habituelle des GQ.

Hormis la région Bretagne financée en totalité par son ARS et la région PACA, les autres URPS, quelque soit leur sensibilité syndicale, ont adhéré à cette proposition.

### En pratique tout reste possible :

**Le financement des 10 réunions GQ en 2014 reste réalisable en PACA sous réserve d’adhérer au programme suivant:**

- OE-DPC GQ : 3 à 6 réunions
- FIQCS : 3 réunions
- FIR, l’ARS prenant à sa charge les réunions restantes, soit 1 à 4, ce qui devrait rester possible malgré les contraintes budgétaires actuelles. Un minimum par rapport au budget alloué par les ARS aux autres régions.

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](http://www.urps-ml-paca.org)**

# LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET LE SIGNALEMENT SANITAIRE

par le Dr Francis CHARLET, Médecin inspecteur de santé publique

**Les médecins libéraux, généralistes en particulier, constituent des éléments très importants dans la remontée des signaux sanitaires et le déclenchement éventuel de mesures correctives individuelles ou collectives, parfois de grande ampleur.**

## Pourquoi signaler :

- Afin de détecter les pathologies émergentes, les bactéries multi-résistantes,
- Pour faciliter la détection et la gestion d'épidémies et mettre en place des mesures d'isolement et des actions de prophylaxie (antibiotiques, vaccins),
- Parce que la réglementation l'impose (exemples : maladies à déclaration obligatoire, infections nosocomiales...).

## Confidentialité

Le secret "médical" (secret professionnel) est la règle mais l'article 226-14 du code

pénal prévoit que cette disposition n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Plusieurs dispositions réglementaires prévoient l'obligation de signaler (Art L1413-15 - menaces imminentes pour la santé ; art L1413-14 - infection nosocomiale ou événement indésirable grave lié à des soins; art L3113-1 - maladies à déclaration obligatoire)...

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

## Modalités pratiques

L'ARS Paca a mis en place une plateforme régionale de réception et de gestion des

signaux sanitaires de la région.

Les remontées de signaux peuvent se faire par téléphone, télécopie ou mèl:

**Tél : 04 13 55 8000**

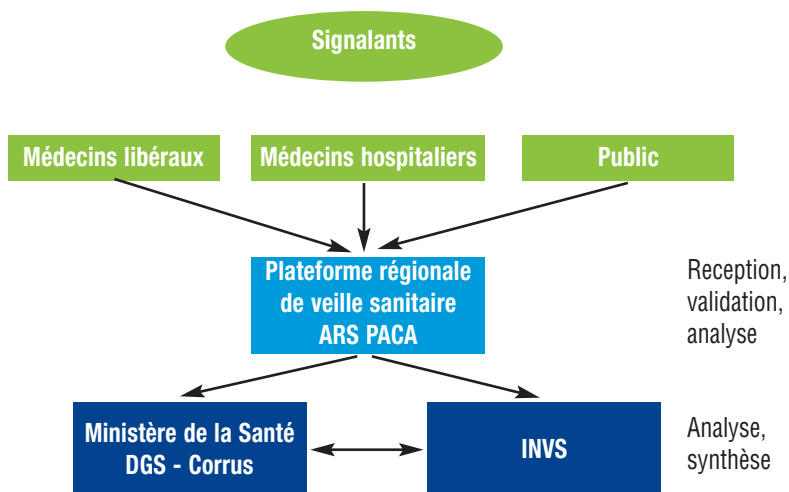
**Télécopie : 04 13 55 83 44**

**mèl : ARS13-ALERTE@ars.sante.fr**

Pour les signaux ou événements importants, il est demandé de doubler les télécopies ou mèls d'un appel téléphonique.

Ces signaux sont réceptionnés et gérés par la plateforme de l'ARS PACA en heures ouvrées. Hors heures ouvrées des astreintes sont organisées pour assurer une réception, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Pour l'avenir (cf. rapport Grall), il est envisagé de solliciter des signalements de la part des patients eux-mêmes et de donner un rôle accru de l'échelon régional.



## Principaux signaux qui relèvent de la plateforme régionale ARS

Maladies à déclaration obligatoire  
Infections nosocomiales  
Événements indésirables graves liés aux soins  
Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé  
Tensions hospitalières  
Événements indésirables survenant en établissement médico-social  
Risques infectieux en établissements médico-sociaux

# EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT UN RELAIS UTILE POUR LES MÉDECINS DE VILLE

par le Dr Pierre RICHEZ, Allergologue Référent de l'Ecole de l'Asthme de Marseille

Que le Praticien de terrain soit généraliste ou spécialiste, il a des journées de plus en plus chargées. Malgré cela, il arrive à consacrer à chacun de ses patients le temps nécessaire pour établir un diagnostic et proposer un traitement avec toutes les informations nécessaires.

Cependant, il arrive souvent que le patient atteint d'une maladie chronique ne soit plus observant. Nous connaissons tous les conséquences de ces comportements ! C'est ainsi que l'Association Asthme et Allergies a favorisé en France Métropolitaine et Outre-Mer la création de plus de cent Ecoles de l'Asthme avec mission de pratiquer l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Ainsi, à Marseille, il existe (depuis 1999 !) un Centre d'ETP, autorisé par l'ARS-PACA, dont tous les services rendus sont gratuits. Il est hébergé à l'Hôpital Sainte-Marguerite, tout en étant indépendant de l'AP-HM. Ce Centre, Ecole de l'Asthme de Marseille (EAM), est ouvert à tous les patients (enfants, adolescents et adultes) concernés par l'asthme et les allergies.

Il est proposé à ces patients différents ateliers (séances individuelles ou collectives) :

- Connaissance de la maladie,
- Connaissance des traitements,
- Gérer son habitat,
- Gérer son souffle,
- Gérer son stress,
- Savoir utiliser son plan d'action personnalisé écrit,
- etc.

Auparavant, le patient, adressé par son médecin, est reçu en séance individuelle pour établir un **"diagnostic éducatif"** qui permet de mieux cerner les habitudes, les croyances, l'environnement et surtout les projets du patient. Ainsi, il nous sera plus facile de rebondir pour l'aider à retrouver des objectifs qu'il croyait perdus à jamais.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels de santé bénévoles (Médecins retraités, MK, Pharmaciens) et d'une Psychologue, formée à l'ETP et Responsable de l'EAM.

Une Conseillère Médicale en Environnement Intérieur (CMEI) peut être sollicitée par tout médecin pour enquête de l'habitat (Acariens, Moisissures et autres allergènes, ainsi que les COV comme le Formaldéhyde, etc).

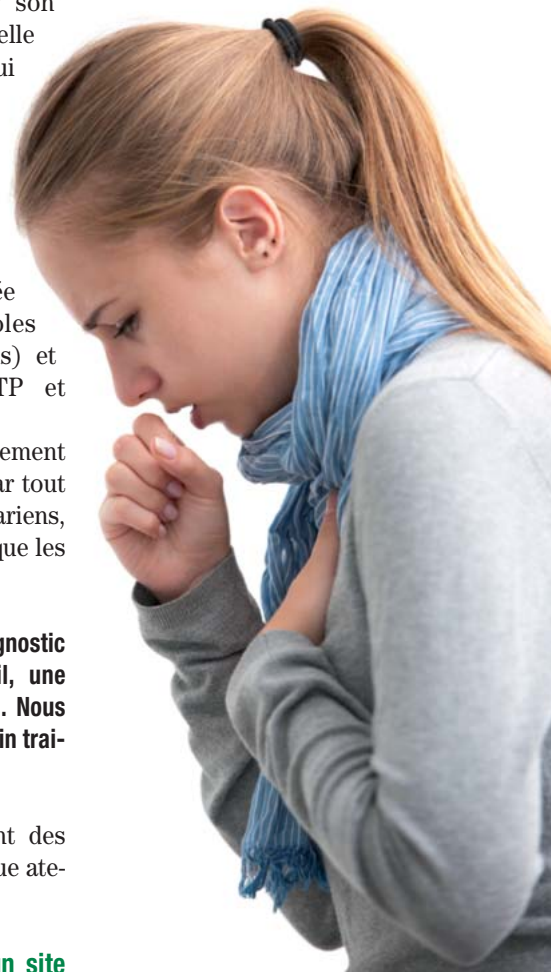
**Dans notre Centre de Marseille : ni diagnostic médical ni traitement, mais un accueil, une écoute, une information et une formation. Nous sommes donc un relais utile pour le médecin traitant.**

Celui-ci est d'ailleurs tenu au courant des résultats constatés, évalués après chaque atelier d'ETP.

**L'Association Asthme et Allergies a un site de référence : [www.asthme-allergies.org](http://www.asthme-allergies.org) et un N° vert : 0 800 19 20 21**

## CONTACT :

**ECOLE de l'ASTHME de MARSEILLE**  
**Hôpital Sainte-Marguerite**  
**270, Bd de Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE**  
**Madame Aurore LAMOUREUX-DELAY**  
**Psychologue, Responsable du Centre d'ETP**  
**Tél. : 04 91 91 96 06**  
**Courriel : [ecole.asthme@orange.fr](mailto:ecole.asthme@orange.fr)**





## LE CUMUL RETRAITE-EMPLOI DES MÉDECINS LIBÉRAUX

par le Dr Jean-Claude Abadie, Pôle de santé, Gassin (83520)  
et M. Frédéric Barrel, Directeur technique de NEOVIA Retraite.

### Savez-vous qu'il est possible de percevoir tout ou partie de ses retraites et de poursuivre une activité professionnelle ?

Retour sur les évolutions du dispositif du cumul retraite-emploi et les changements à venir avec le projet de la réforme des retraites :

#### Un peu d'histoire...

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, il fallait cesser toutes activités professionnelles salariées ou non-salariées pour percevoir une retraite. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, on ne doit cesser que l'activité relevant du régime dont on demande à percevoir la retraite.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les médecins retraités peuvent, sous conditions, percevoir l'intégralité de leur retraite tout en continuant une activité professionnelle et ce, sans limitation de revenus professionnels.

La réforme des retraites en cours d'adoption, prévoit à nouveau de modifier les règles du cumul emploi-retraite à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2015**.

**Aujourd'hui, un médecin libéral né en 1952 qui arrive à l'âge légal de la retraite, soit 60 ans et 9 mois, a plusieurs possibilités :**

1. Il peut ne demander à percevoir que ses retraites des régimes salariés, sans modifier son statut, ni limiter ses revenus professionnels libéraux.
2. Il peut demander à percevoir l'intégralité de ses retraites et poursuivre son activité libérale sans limite de revenu professionnel. Pour bénéficier de ce cumul emploi-retraite dit libéralisé, il faut toutefois satisfaire à 3 conditions :
  - avoir atteint l'âge légal de la retraite (dans cet exemple : 60 ans 9 mois).
  - réunir le nombre de trimestres permettant d'ouvrir droit à la retraite à taux plein (164 trimestres pour les personnes nées en 1952).
  - demander à percevoir l'intégralité de ses retraites. Cela suppose dans cet exemple de percevoir les retraites CARMF Complémentaires et ASV avec un abattement définitif de 20 ou 25 %.
3. A défaut de satisfaire aux 3 conditions énoncées ci-dessus, il peut percevoir les retraites CARMF en continuant

son activité libérale sous réserve de limiter ses revenus professionnels au Plafond de la Sécurité Sociale (37 032 €, en 2013).

Dans les faits, ce médecin né en 1952 pourra, s'il désire continuer son activité libérale, ne prendre que ses retraites salariées, à taux plein s'il réunit le nombre de trimestres nécessaires, ou sinon à taux minoré. La date d'effet de ses retraites de la CARMF sera à déterminer en fonction du montant de chacune des pensions, de son âge, et de la date prévisible de cessation d'activité.

**Si aujourd'hui, il est encore possible de percevoir une partie de ses retraites et de poursuivre une activité professionnelle relevant d'un autre régime, sans modifier son statut, ni limiter ses revenus, demain ce ne sera plus le cas.**

#### Les changements à venir...

**A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015**, le texte de la réforme des retraites en cours (article 12) prévoit :

Extrait :

- "de mettre fin à la notion de groupes de régimes, la liquidation d'une pension, dans n'importe quel régime, **supposera de mettre fin à l'ensemble de ses activités.**"

- "de généraliser le principe de cotisations non génératrices de droits nouveaux à la retraite, quel que soit le régime dont est pensionné l'assuré et quel que soit l'âge auquel il a liquidé ses pensions."

Résultat, vous pourrez comme aujourd'hui faire du cumul emploi-retraite libéralisé, en remplissant les conditions suivantes : **avoir l'âge du taux plein (65 – 67 ans) ou réunir le nombre de trimestres nécessaires permettant d'ouvrir droit à la retraite à taux plein, et avoir demandé à percevoir l'intégralité de ses retraites.**

**En revanche, demander à ne percevoir uniquement que ses retraites salariées ne sera plus envisageable.**

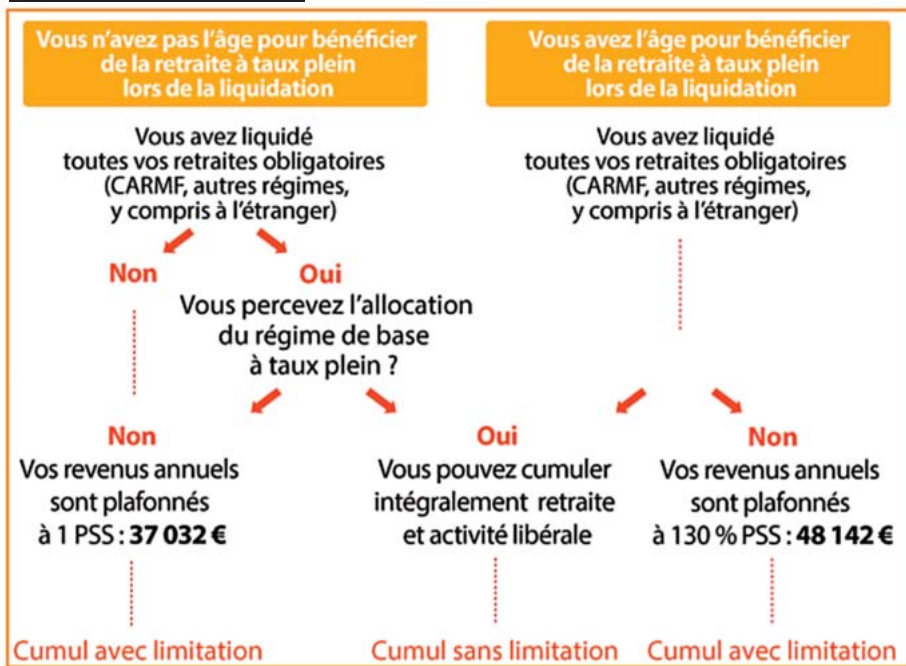
En effet, cette liquidation partielle aurait des conséquences dissuasives sur l'activité libérale (cessation et limite de revenus professionnels), ainsi que sur le montant des retraites de la CARMF puisque les cotisations seraient désormais versées à perte, sans générer de nouveaux droits.

## Notre conseil :

Pour les personnes nées avant mai 1954 (âge légal pour 1954 : 61 ans et 7 mois), il sera indispensable de se poser la question de l'intérêt de demander à percevoir tout ou partie des retraites avant la mise en application des nouvelles règles de cumul emploi-retraite.

Pour les autres, il sera malgré tout intéressant de chiffrer le montant exact des différentes retraites pour définir à quelle date le montant des retraites salariées devient supérieur à l'abattement subit par la retraite complémentaire CARMF, et ainsi de déterminer à quelle date les demander.

Tableau-1-(source CARMF)



## Formalités

### Le médecin retraité doit informer par LRAR:

- Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- Le centre des Impôts
- La CARMF
- L'URSSAF
- Vérifier ses conditions de cessation d'activité
- Etablir un contrat de travail ou de remplacement
- Conserver son assurance RCP.

### 1. Informer le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :

Règlement de la cotisation complète en cas de poursuite d'une activité, par exemple de remplacements. La cotisation réduite n'est acceptée qu'en dehors de toute activité, hormis les soins donnés à sa famille.

### 2. Informer le centre des Impôts

Déclarer les dates de début d'activité et demander l'exonération de la Contribution Economique Territoriale ; elle est nulle la première année de reprise d'activité et en cas d'exercice dans certaines zones sous médicalisée. Son exonération permet d'éviter le paiement de la cotisation à la CARMF.

*Pour les remplaçants :* elle n'est pas due la première année.

*L'année suivante :* la base d'imposition est réduite de moitié.

Et pour les 2 années suivant l'année de reprise d'activité : la base d'imposition est calculée, pour les professions libérales, d'après les recettes réalisées au cours de cette même année, ajustées pour correspondre à une année entière.

Il est nécessaire de contacter votre inspecteur des impôts pour vous faire exonérer du paiement de cette taxe en lui expliquant qu'en réglant cette somme minimale, la

CARMF vous réclamera une somme très importante.

### 3. Informer La CARMF, en suivant des règles simples et légales pour faire baisser les cotisations (cf infra)

### 4. Informer L'URSSAF

Demander son immatriculation à l'URSSAF et parallèlement contacter la CPAM en indiquant les dates exactes de remplacement. Le passage au secteur 1 permet une économie appréciable sur toutes les cotisations, y compris celles de la CARMF.

### 5. Vérifier ses conditions de cessation d'activité (cession de clientèle avec clause de restriction géographique d'exercice médical ?).

### 6. Etablir un contrat de remplacement : on trouvera dans le site de l'Ordre des modèles de contrat type de remplacement ou d'autres activités.

## LE CUMUL RETRAITE-EMPLOI DES MÉDECINS LIBÉRAUX (SUITE)

## 7. L'assurance R.C.P. est obligatoire même pour une activité réduite.

**Important :**

Un médecin en instance de retraite qui envisagerait de reprendre, à court terme, une activité médicale libérale doit conserver son assurance responsabilité civile professionnelle.

La souscription d'un nouveau contrat lors de cette reprise d'activité libérale entraînerait une augmentation considérable de la prime d'assurance du fait de l'accroissement - présumé par les assureurs - du risque lié à l'âge.

D'autres compagnies offrent des conditions particulières telles que la couverture automatique du remplaçant.

## Comment annuler ou réduire les cotisations obligatoires :

**1. La CARMF**

Les retraités effectuant des remplacements peuvent demander à être dispensés des cotisations CARMF s'ils ne sont pas assujettis à la CET et que leur revenu net est inférieur à 11 000 €.

Ne jamais effectuer un remplacement à cheval sur 2 trimestres sous peine d'avoir à être affilié sur 2 trimestres au lieu d'un seul et régler une cotisation majorée.

En cas de remplacement sur une période courte, de 10 à 15 jours par trimestre, l'affiliation à la CARMF et, par conséquent la cotisation, n'est pas exigée.

Ne pas dépasser le plafond de revenu de la SS. (Plafond annuel de sécurité sociale : 37 032 € en 2013 (36 372 € en 2012).

Pour les remplacements, il faut opter pour le secteur 1, en le signalant à la CPAM. Même s'il remplace un confrère du secteur 2, le retraité peut s'inscrire au secteur 1. Ceci n'intéresse pas ceux qui poursuivent une activité réduite dans leur propre cabinet et qui souhaitent rester au secteur 2.

**Régime invalidité-décès**

Les médecins en cumul retraite / activité libérale ne cotisent plus au régime invalidité-décès. Le médecin et sa famille ne bénéficient plus de certaines prestations du régime invalidité-décès : indemnités journalières, rente invalidité, capital décès.

Si le revenu net de l'activité est inférieur à 11.500 €, demander la dispense des cotisations.

**Dispense d'affiliation**

Les médecins peuvent demander à être dispensés d'affiliation à la CARMF en cas de non assujettissement à la contribution écono-

mique territoriale (CET) sous réserve que leur revenu professionnel non salarié ne dépasse pas celui ouvrant droit à une dispense d'affiliation au régime ASV (11 500 € en 2013). Ces revenus sont contrôlés chaque année et si le médecin devait être imposé de manière rétroactive à la CET ou dépasser le plafond de revenus, un arriéré de cotisations lui serait envoyé. A ce rappel de cotisations s'ajouteraient les majorations de retard qui courent automatiquement à compter de la date d'échéance réglementaire.

**Le décret n°2007-581 du 19 avril 2007 a modifié les règles de calcul des cotisations CARMF.**

Recettes nettes < à 11 500 € = pas de cotisation ASV à la CARMF

1° année de reprise d'activité après 2 ans de liquidation de la retraite: idem

Secteur 1 : cotisation 3 fois moindre si elle est due.

Pour les remplaçants: si exonération de la CET et recettes < 11 500€: pas de cotisation CARMF

Exercice court dans un trimestre : pas de cotisation CARMF

Participation aux gardes : n'influe pas sur le plafond

**Précisions sur la notion d'exercice court au cours d'un trimestre:**

*L'affiliation ou la radiation intervient au premier jour du trimestre civil qui suit la date de début ou de fin de l'activité. En conséquence, si les remplacements sont limités sur des périodes définies, entrecoupées d'interruptions importantes, il est possible de limiter l'affiliation sur des trimestres. Si cela se produit régulièrement, l'affiliation est prononcée par la CARMF.*

*A titre d'exemple : les remplacements ont débuté en janvier et se sont terminés fin mars. S'il n'y a pas reprise d'activité au cours du trimestre suivant, l'affiliation ne sera pas prononcée.*

**Exemples de cotisations 2013  
(en fonction des revenus 2011) -(source CARMF)**

Exemples de cotisations 2013 (en fonction des revenus 2011)				
Régimes	20 000 €	60 000 €	80 000 €	185 160 €
Base (provisionnel)	1 950 €	3 585 €	3 947 €	5 851 €
Complémentaire	1 860 €	5 580 €	7 440 €	12 054 €
ASV				
Part proportionnelle et d'ajustement :				
secteur 1	660 €	1 647 €	1 707 €	2 022 €
secteur 2	1 980 €	4 940 €	5 120 €	6 066 €
<b>Secteur 1</b>	<b>4 470 €</b>	<b>10 812 €</b>	<b>13 094 €</b>	<b>19 927 €</b>
<b>Secteur 2</b>	<b>5 790 €</b>	<b>14 105 €</b>	<b>16 507 €</b>	<b>23 971 €</b>



Par la suite les cotisations sont calculées sur les revenus estimés comme pour les médecins en exercice.

1<sup>ère</sup> année de reprise d'activité après 2 ans de liquidation de la retraite : idem

Exercice court dans un trimestre : Pas de cotisation CARMF

Participation aux gardes : n'influe pas sur le plafond

Activité salariée : n'influe pas sur le plafond

Sur demande du médecin, les cotisations des régimes de Base et Complémentaire pourront maintenant être calculées sur le revenu estimé pour l'année en cours, et régularisées deux ans après (y compris le régime Complémentaire), quand les revenus définitifs seront connus.

Cette mesure constitue une première avancée, mais la cotisation ASV demeure une charge importante (1 200 € pour un secteur I, 3 600 € pour un secteur II). Aussi, pour favoriser la reprise ou la poursuite d'activité libérale, la CARMF a proposé au Ministère l'instauration d'une dispense progressive de la cotisation du régime ASV de 25, 50, 75 et 100 % en fonction de tranches de revenus en deçà d'un seuil (prévu à 24 000 €).

Cette proposition n'a pas encore reçu l'agrément du Ministère.

## 2. L'Ordre des Médecins

Pas d'exonération prévue. La cotisation est complète comme pour un médecin en exercice.

## 3. Les Cotisations sociales

Les cotisations sociales sont dues à partir d'un seuil de revenus libéraux (détails).

Les cotisations sont calculées trimestriellement (voir les taux). Pour les trimestres de début d'activité, les montants sont réduits au prorata du nombre de jours d'activité au cours du trimestre.

## 4. La Contribution économique territoriale

Elle n'est pas due la 1<sup>ère</sup> année de reprise après 2 ans de retraite. Exonération si le titulaire est installé dans une ZFU depuis moins de 5 ans.

## Le cumul est-il intéressant ?

Pour aider le médecin dans son choix, la CARMF a publié sur son site une simulation très précise en détaillant les quatre situations possibles :

### Exemple :



- médecin de 65 ans, marié,
- sans enfant à charge (deux parts fiscales),
- 80 000 € de bénéfices non commerciaux (BNC),
- seul revenu d'activité du ménage,
- exercice en secteur 1,
- cotise depuis 30 ans à la CARMF.

En 2013, le montant de ses cotisations sociales s'élève à 23 010 €. Il doit s'acquitter de 12 867 € d'impôts.

Son revenu net s'élève à 67 133 €.

De plus, il aura acquis cette année :

- 481,60 points dans le régime de base,
- 6,18 points dans le régime complémentaire,
- 29,95 points dans l'ASV,

générant un supplément de retraite de 1 138 € bruts, soit 1 057 € nets.

Il aura donc 66 ans l'année prochaine et se demande s'il doit prendre ou non sa retraite.

4 possibilités :

- 1) Poursuite de l'activité sans retraite
- 2) Poursuite de l'activité et retraite
- 3) Retraite seule
- 4) Retraite et activité réduite

Voir tableau 3 page suivante.

## Quelle est l'utilité pour un praticien qui envisage le cumul emploi-retraite de faire au préalable une expertise retraite ?

Savez-vous qu'il existe de nombreuses possibilités de cumuler la perception de vos pensions avec la poursuite d'une activité professionnelle.

Mais comment déterminer les bonnes dates de départ auprès des différents régimes ? Faut-il envisager un cumul emploi-retraite partiel ou total ? Et sous quelles conditions ? Aurez-vous intérêt à faire un rachat pour partir plus tôt ou pour augmenter le montant de vos retraites ? Quel rachat devrez-vous effectuer si plusieurs sont possibles ?

La date de départ en retraite, le montant des pensions, les modalités de cumul emploi-retraite, ou encore l'intérêt d'effectuer ou non un rachat de trimestres, tous ces éléments dépendent avant

Tableau-3-(source CARMF)

4 hypothèses	1 Poursuite de l'activité sans retraite	2 Poursuite de l'activité et retraite	3 Retraite seule	4 Retraite et activité réduite
BNC (Revenus d'activité)	80 000 €	80 000 €	0 €	46 633 €
Retraite nette	-	32 410 €	32 410 €	32 410 €
<b>Cotisations sociales (taux 2013)</b>				
CARMF	13 814 €	13 094 €		9 219 €
Assurance maladie (CNAMTS) (0,11 %)	88 €	88 €		51 €
Allocations familiales	1 222 €	1 222 €		388 €
CSG et CRDS (7,5 % + 0,5 %)	7 610 €	7 552 €		4 503 €
CFP (Formation professionnelle)	91 €	91 €		91 €
CURPS (Union régionale) (0,50 %)	185 €	185 €		185 €
<b>Cotisations sociales sur retraite brute</b> CSG, CRDS, CASA (6,6 % + 0,5 % + 0,3 %)	-	2 590 €	2 590 €	2 590 €
<b>TOTAL Cotisations sociales</b>	<b>23 010 €</b>	<b>24 822 €</b>	<b>2 590 €</b>	<b>17 027 €</b>
<b>Impôts</b>	<b>80 000 €</b>	<b>110 177 €</b>	<b>30 177 €</b>	<b>76 810 €</b>
Assiette IR	80 000 €	80 000 €		46 633 €
- dont bénéfice (revenus activité)		30 177 €	30 177 €	30 177 €
- dont retraite (CSG déductible à 4,2 % puis abattement fiscal à 10 % = 4 823 €)				
<b>Montant impôt/revenu (2 parts)</b>	<b>12 867 €</b>	<b>21 920 €</b>	<b>1 547 €</b>	<b>11 910 €</b>
<b>Revenu réel (après impôts : 1<sup>re</sup> année)</b>	<b>67 133 €</b>	<b>90 490 €</b>	<b>30 863 €</b>	<b>67 133 €</b>
	Il poursuit son activité sans prendre sa retraite. Il conserve le même rythme de 80 000 € de revenus. Chaque année cotisée lui rapporte un supplément de retraite de 1 053 € nets. S'il avait validé plus de 160 trimestres, une majoration de 0,75 % se serait ajoutée sur l'intégralité de la retraite du régime de base.	Il poursuit son activité et demande sa retraite. Ses revenus professionnels sont inchangés et s'élèvent à 80 000 €, auxquels s'ajoutent 32 410 € nets de retraite. Il lui reste après charges et impôts 90 490 €. Ses cotisations CARMF ne viendront pas augmenter le montant de sa retraite qui, une fois liquidée, ne peut être recalculée.	Il prend sa retraite et cesse totalement son activité. Il perçoit une retraite nette de 32 410 € (35 000 € bruts). Après prélèvements et impôts, il lui reste 30 863 € nets correspondant à ses trente ans cotisés.	Il prend sa retraite et poursuit une activité réduite. Ses revenus réels sont identiques à l'hypothèse. Son BNC doit s'élever à 46 633 €, auquel s'ajoutent 32 410 € de retraite. Il lui reste après charges et impôts 67 133 €. Ses cotisations CARMF ne viendront pas non plus augmenter sa retraite. Le médecin peut conserver le même revenu en maintenant la moitié de son activité.

tout de la carrière et de sa bonne prise en compte par les différentes caisses de retraite.

Reconstituer cette dernière avec le plus grand soin est donc un préalable obligatoire à n'importe quel conseil sérieux concernant la retraite. Et cela est d'autant plus vrai dans le cas des professions libérales médicales dont les parcours professionnels sont souvent atypiques et concernent plusieurs régimes de retraite. Les contrôles sont longs, les recours complexes, et sans une connaissance approfondie de la réglementation et des modes de fonctionnement des caisses, il est bien difficile de faire valoir ses droits.

Une expertise retraite permet de faire une reconstitution

exhaustive de vos droits, d'évaluer vos pensions selon les différentes modalités envisageables, de combiner tous les scénarios possibles et de calculer leur coût et leur rentabilité à différentes dates, ceci, afin de vous conseiller au mieux de vos intérêts et de vous permettre d'organiser en douceur la transmission ou la cessation de votre activité.

#### Références :

- site des médecins retraites poursuivant une activité : [www.medecin-retraite-actif.com/](http://www.medecin-retraite-actif.com/)
- [CARMF.fr](http://CARMF.fr)
- [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)

# COMMENT BIEN PRÉPARER SON DÉPART À LA RETRAITE ?

Cette fiche a été réalisée par

CAISSE D'ÉPARGNE  
PROVENCE-ALPES-CORSE  
LA BANQUE. NOUVELLE DÉFINITION.



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

La Caisse d'Épargne est la banque de tous les professionnels de la santé. Quels que soient leurs motifs ou leurs besoins, elle les accompagne en leur proposant à son équipe dédiée.

CAISSE D'ÉPARGNE  
LA BANQUE. NOUVELLE DÉFINITION.



## 1. Etape préalable : Estimer le montant de sa future retraite à la date de départ souhaitée

Depuis 2003, chaque assuré dispose d'une information individuelle sur sa retraite. Ce relevé de situation individuelle (relevé de trimestres et de points) récapitulant les droits acquis est envoyé aux assurés l'année de leur 35, 40, 45 ou 50 ans. L'estimation indicative globale de la future retraite est adressée aux assurés l'année de leurs 55 ou 60 ans. En fonction de l'estimation, quelles solutions existe-t-il pour compléter son niveau de retraite et assurer son train de vie futur ?

**Premier cas : vous ne justifiez pas du nombre de trimestres d'assurance requis à la date à laquelle vous souhaitez cesser d'exercer.**

**Solution : Racheter des trimestres**

Si vous ne justifiez pas du nombre de trimestres d'assurance requis (tous régimes de base confondus) pour bénéficier de la retraite de base à taux plein, vous avez la possibilité d'effectuer un rachat afin d'obtenir cette allocation sans minoration ou avec une minoration réduite.

### Que pouvez-vous racheter ?

#### • Dans la limite de 4 trimestres

Avant 2004, si le médecin était âgé de moins de 40 ans lors de son affiliation, il était exonéré de la première année de cotisations. Le coût d'un trimestre au titre de cette période varie en 2013 de 767 € à 1 463 €. Ce rachat doit être effectué avant le 31 décembre 2015.

#### • Dans la limite de 12 trimestres

- Les années d'études supérieures, si le médecin n'a pas été affilié à un régime de retraite pendant celles-ci. Ce rachat s'effectue auprès du premier régime d'assurance vieillesse dont il a relevé après l'obtention de son diplôme.
- Les années au titre desquelles le médecin a acquis moins de quatre trimestres par an du fait d'une dispense pour insuffisance de revenus.

### A quel coût ?

Le coût du rachat est fonction d'un barème annuel qui tient compte :

- de l'âge atteint à la date de la présentation de la demande de rachat,
- de la moyenne des revenus salariés et non-salariés des trois années précédant la date de demande du rachat,
- de l'option choisie.

**Deuxième cas : vous justifiez du nombre de trimestres requis mais le montant perçu est inférieur au train de vie futur souhaité.**

**Solution : Compléter sa retraite grâce à d'autres revenus**

Les solutions pour compléter ses revenus au moment de la retraite et assurer le train de vie souhaité sont variées, à prévoir plus ou moins tôt et avec des objectifs complémentaires : défiscalisation et développement du patrimoine. Mais l'anticipation reste le maître mot.

## 2. Quels leviers pour développer ces revenus complémentaires ?

LEVIER  
1

### VOS LOCAUX PROFESSIONNELS

Plusieurs solutions existent et chacune présente des avantages. Pour faire votre choix, un examen approfondi de votre projet d'acquisition est nécessaire. Il doit prendre en compte, outre les aspects fiscaux, les considérations financières, familiales et patrimoniales.



Devenir propriétaire de votre local professionnel vous permet de rester maître de votre outil de travail. Vous assurez une stabilité d'exercice et une réserve foncière et/ou des revenus locatifs.

Niveau d'anticipation



(Plus de 10 ans)

• **Acquérir le local en votre nom propre et le maintenir dans votre patrimoine privé.** Dans ce cas, il ne pourra pas être amorti et les charges d'acquisition (frais d'acquisition, intérêts d'emprunt, frais d'acte...) ne pourront pas être déduites des bénéfices. Seules les charges correspondant à l'utilisation professionnelle du local (frais d'entretien...) seront déductibles.

• **Acquérir le local en votre nom propre et l'inscrire dans votre actif professionnel.** C'est le mode d'achat le plus courant car il permet de déduire de ses revenus professionnels tous les frais d'acquisition et l'amortissement. Pour bénéficier de ces avantages fiscaux, le local doit être enregistré sur le registre des immobilisations. Un local professionnel s'amortit généralement au taux de 3,5 % par an et sur une durée comprise entre 20 et 30 ans.

• **Acquérir le local par l'intermédiaire d'une SCI créée avec un ou plusieurs associés.** Cette solution est souvent envisagée en cas d'installation en groupe car elle permet de réaliser un investissement immobilier plus important dépassant la capacité financière de chacun. Il n'est pas obligatoire que les parts de SCI soient détenues par ceux qui exerceront dans le local. Il peut s'agir de membres de la famille. La constitution d'une SCI permet aussi de dissocier, sur le plan juridique et sur le plan fiscal, le patrimoine professionnel du patrimoine privé.

## LEVIER 2 VOTRE 1<sup>ER</sup> SALARIÉ (OU VOTRE CONJOINT COLLABORATEUR OU ASSOCIÉ NON SALARIÉ)

Les dispositifs d'Épargne salariale sont désormais ouverts à toutes les entreprises quels que soient leur statut juridique et leur taille, à partir du moment où elles emploient un salarié minimum.



- Le gain est triple : constitution d'une épargne en partie défiscalisée, avantages fiscaux et sociaux, motivation et fidélisation de votre(vos) salarié(s)
- En tant que profession libérale, vous pouvez vous-même profiter de ces dispositifs ainsi que votre conjoint collaborateur ou associé non salarié.



Niveau d'anticipation



(Déblocage des premiers fonds après 5 ans sauf cas dérogatoires)

L'épargne salariale est une façon efficace de motiver et de fidéliser vos salariés, mais aussi (et surtout) de bénéficier pour vous-même d'avantages fiscaux et sociaux très attractifs.

Par exemple, pour un abondement de 8 887 € par an (qui est le plafond 2013) :

- vous bénéficiez d'une **économie de cotisations sociales** de 4 444 € par an (hypothèse d'un taux à 50 %)
- vous bénéficiez d'une **économie d'impôt sur le revenu** de 2 666 € par an (hypothèse d'une tranche du barème de l'IR à 30 %)
- vous **percevez 8 887 € exonérés d'impôt** sur le revenu (après déblocage)

A noter : les professions libérales disposent d'une solution spécifique d'Épargne Salariale, l'ES-PL, accord de branche signée avec l'UNAPL qui les dispense de l'accord des salariés pour souscrire au dispositif.

## LEVIER 3 VOS CHARGES DÉDUCTIBLES

Pour vous constituer une retraite complémentaire, vous pouvez également bénéficier des solutions "Retraite" disponibles dans le cadre de votre activité, tel que le dispositif **Madelin**.



- les cotisations retraites sont déductibles du bénéfice imposable
- Possibilité de choisir entre différents types de rente (rente réversible pour protéger vos proches, rente par paliers pour moduler le niveau de vos revenus dans le temps...)
- Fiscalité avantageuse sur les rentes.



Niveau d'anticipation



(5/10 ans minimum)

Ce type de contrat est réservé au travailleur non salarié non agricole (TNS NA), âgé de moins de 65 ans ainsi qu'à son conjoint collaborateur (marié(e) ou pacsé(e)) à jour de leurs cotisations auprès de leurs régimes obligatoires d'assurance vieillesse et maladie.

L'épargne retraite ainsi constituée sera versée au plus tôt à partir de l'âge légal de départ à la retraite sous forme de rente viagère.

## LEVIER 4 VOTRE FONDS LIBÉRAL

La cession ou la transmission de votre cabinet peut représenter une part non négligeable de votre patrimoine retraite.



Différents mode de cession/ transmission existent (vente de la patientèle, cession de titres d'une holding de SEL par exemple avec les SPF-PL, donation-partage ...). N'hésitez pas à en parler à votre banquier ou à votre expert-comptable.



Niveau d'anticipation



(Se préparer au moins 5 ans avant)

L'évaluation de la patientèle est difficile ; il y a bien des usages par profession, mais ceux-ci doivent être modulés en fonction de nombreux critères. En première approche, les "usages en vigueur", permettent de donner un ordre de grandeur. Les valeurs de cessions constatées, pour les différentes professions libérales de santé, sont par exemple pour les médecins généralistes : 25 à 50 % du chiffre d'affaires moyen des 3 dernières années.

Bien évidemment, il existe également la possibilité de souscrire des solutions à titre privé.

Certaines solutions d'épargne financières sont spécialement conçues pour se constituer à titre privé un capital en vue de la retraite.

Elles permettent à partir du départ à la retraite de bénéficier d'une rente versée à vie ou des revenus d'un capital placé (contrat d'assurance vie, PERP, SCPI immobiliers locatifs, achat nu propriété...)

### POUR EN SAVOIR PLUS :

Réunion d'information sur "Préparation de sa retraite : comment anticiper ?" dans les locaux de l'URPS le 18/02/2014 à 19h30. Vous découvrirez comment réunir les avantages liés au patrimoine, à la défiscalisation et à la préparation de la retraite et pourrez poser vos questions aux spécialistes de la Caisse d'Épargne.

Inscription par mail : [contact@urps-ml-paca.org](mailto:contact@urps-ml-paca.org)

Posez d'ores et déjà vos questions : [professionliberale@cepac.caisse-epargne.fr](mailto:professionliberale@cepac.caisse-epargne.fr)



## MÉDECINS LIBÉRAUX : "À VOS MASQUES !"

par le Dr Jean-Baptiste GASC, Généraliste à Marseille



Depuis l'apparition en novembre 2012 en Arabie Saoudite d'un nouveau coronavirus et 6 mois plus tard d'un nouveau virus aviaire en Chine A / H7N9, le Plan National d'Octobre 2011 de Prévention et de lutte contre une pandémie grippale a dû être décliné en urgence, sous l'égide de l'ARS, dans les régions et les départements.

A côté des mesures qui seront prises concernant le recueil et le signalement des cas, l'évaluation de la pathogénicité, de l'organisation du système de santé et du système sociétal, les mesures de prévention de la contamination en milieu de soins s'avèrent essentielles.

Une de ces mesures de prévention parmi beaucoup d'autres est le port du masque anti projection.

### Un rappel sur ces masques paraît nécessaire :

Il existe 2 types de masques : les masques dits "chirurgicaux" et les masques dits "FFP" liés à 2 types de transmission d'agents pathogènes aéroportés :

- la transmission par "aérosols" : ce sont des particules qui sont inférieures à 5 microns, transportées par des poussières, dans le cas de varicelle, rougeole, tuberculose, par exemple) et,
- la transmission par "gouttelettes" : particules supérieures à 5 microns transportées par la salive, la toux, les éternuements, dans le cas de méningocoque, VRS, grippe par exemple .

**Le masque "chirurgical" :** usage dans le cas de transmission par "gouttelettes" agit lors de l'**EXPIRATION**, il capte les gouttelettes de salive ou de sécrétions bronchiques et évite leur propagation. Par contre, il protège le sujet sain qui le

porte des sujets infectés uniquement en cas de transmission "gouttelettes".

En aucun cas il ne protège le sujet sain qui le porte en cas de transmission "aérosols".

**Le masque "FFP" utilisé pour la transmission par aérosols, agit à l'INSPIRATION**, grâce à un filtre plus ou moins puissant. Il protège également si transmission par "gouttelettes".

**Le masque "chirurgical" :** sous l'égide d'une directive Européenne 93/42/CEE, doit être marqué CE sur l'emballage. Il est fait en textile non tissé multicouches. Des essais déterminent son efficacité en mesurant le nombre de particules émises par un sujet malgré le port du masque.

Il en existe 4 types, le type 1 le moins performant est recommandé pour une utilisation de longue durée (la respiration étant plus facile)

Les autres types sont plus performant pour les produits gazeux, ce qui n'est pas le cas en cas de pandémie grippale.

Ils doivent être renouvelés toutes les 3 heures.

**Le masque "FFP" :** sous l'égide d'une directive Européenne 89/686/CEE, marqué EN 149/2001. Il est plus sophistiqué, il assemble entre deux couches de polypropylène une couche filtrante en textile non tissé et dispose parfois d'une soupape expiratoire pour un meilleur confort.

Depuis 2009 la dénomination est "demi masque".

Il en existe trois sortes suivant une efficacité croissante : le **FFP 1** (utilisé dans les professions exposées aux poussières, doit retenir au moins 80% des particules), le **FFP 2** dans le secteur de la

santé (SRAS, grippe, coronavirus, doit retenir au moins 94 % des particules) et le **FFP 3** utilisé pour l'amiante essentiellement (doit retenir 99 % des particules). L'efficacité dépend de la force du filtre et du degré de fuite au visage.

Pour le masque "chirurgical" bien supporté : étanchéité au visage faible, pour le masque "FFP" mal supporté : étanchéité au visage forte mais à condition de respecter les consignes d'une bonne mise en place : bien l'appliquer sur les ailes du nez pour qu'il soit étanche, ne pas le toucher pour qu'il ne se décharge pas électriquement, le jeter une fois usé.

Quelque soit le masque "chirurgical" ou "FFP", l'air expiré n'est pas filtré et ne protège pas des gaz ou vapeurs. Ils doivent être changés souvent (entre 4 et 8 heures) et particulièrement le FFP2 qui, de plus, est très mal toléré (respiration difficile) et il faut savoir qu'un masque mal mis n'est plus sécuritaire.

### En conclusion :

Le masque est un élément des mesures de prévention parmi d'autres, mais essentiel.

Le choix du masque dépend donc du type de transmission (gouttelettes ou aérosols), mais surtout de la gravité de l'affection.

Dans le cadre d'une future pandémie dont la gravité ne peut être connue, il serait utile que tous les professionnels de santé détiennent des masques FFP2 et disposent de masques chirurgicaux à délivrer à tout toussueur présent dans sa salle d'attente.



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

par le Dr Richard BOVET, Généraliste à TOULON.

Suite de l'article paru dans le numéro 44 du Journal des Médecins Libéraux PACA.

## ELEMENTS D'ORDRE MEDICO-LEGAL RELATIFS AUX ACCIDENTS OU MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

### A. La guérison

La guérison suppose le retour à l'état antérieur, c'est-à-dire la disparition de tout état pathologique dû à l'accident de service. Les soins ne sont plus nécessaires, et il ne subsiste pas de séquelles.

Cependant, il s'agit toujours d'une guérison apparente. Le dossier pourra toujours être réouvert.

### B. La consolidation

La consolidation : c'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus, en principe nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente, consécutif à l'accident sous réserve de rechute ou de révisions possibles.

### Rechute d'accident de travail ou de maladie professionnelle reconnue imputable au service

La rechute se définit comme l'aggravation d'une lésion entraînant pour la victime la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire.

Pour qu'il y ait rechute, il faut et il suffit qu'il y ait :

- une aggravation des séquelles de l'accident de service ou l'apparition d'une nouvelle lésion imputable à l'accident de service ou à la maladie professionnelle.
- nécessité d'un traitement médical. Une augmentation des séquelles entraîne une augmentation du taux d'invalidité. La rechute donne droit à la prise en charge des frais médicaux engagés. Elle se termine par une guérison ou par une consolidation.

L'avis d'un médecin expert agréé est obligatoirement demandé pour le rattachement de la rechute à l'accident ou à la maladie et sur la modification éventuelle du taux d'invalidité.

Le même dossier que pour la demande de reconnaissance d'accident ou de maladie professionnelle et

- 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)
- demande formulée par l'agent décrivant les circonstances de la rechute ainsi que la déclaration des témoins éventuels
- **certificat médical de rechute ou de prolongation** mentionnant les blessures
- tous les arrêts, les prolongations et/ou les soins
- reconnaissance par l'employeur de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie professionnelle

PIÈCES  
A FOURNIR

## Temps partiel thérapeutique après un accident de service ou une maladie reconnus imputables au service

Temps partiel thérapeutique accordé pour une période de trois ou six mois renouvelable. Sa durée est fixée à un an maximum

### PIÈCES A 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.)
- Courrier de l'agent à l'autorité administrative
- Certificat médical du médecin traitant
- Avis du médecin du travail

**Un certificat médical final doit être produit obligatoirement lors d'un accident, d'une maladie professionnelle ou d'une rechute d'accident ou de maladie professionnelle.**

Ce certificat indique l'une des trois mentions suivantes :

- Guérison avec retour à l'état antérieur
- Guérison avec possibilité de rechute ultérieure
- Consolidation avec séquelles

Dans ce dernier cas, l'agent présente une invalidité permanente partielle au titre de laquelle il peut solliciter une allocation temporaire d'invalidité.

## Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) - Révision quinquennale

L'allocation est attribuée aux fonctionnaires maintenus en activité qui justifient d'une invalidité permanente résultant :

- a) Soit d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 10 % ;
- b) Soit de l'une des maladies d'origine professionnelle énumérées par les tableaux mentionnés à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale ;
- c) Soit d'une maladie reconnue d'origine professionnelle dans les conditions mentionnées aux alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

Les fonctionnaires justifiant se trouver dans les cas prévus aux b et c ne peuvent bénéficier de cette allocation que dans la mesure où l'affection contractée serait susceptible, s'ils relevaient du régime général de sécurité sociale, de leur ouvrir droit à une rente en application des dispositions du livre IV dudit code et de ses textes d'application.

**La demande d'allocation doit, à peine de déchéance, être présentée dans le délai d'un an à compter du jour où le fonctionnaire a repris ses fonctions après la consolidation de la blessure ou de son état de santé.**

- Lettre de saisine de l'autorité administrative et/ou
- Fiche signalétique complétée et datée (nom – prénoms - date de naissance – adresse - situation de famille emploi – échelon - date de titularisation, etc.)
- Courrier de l'agent à l'autorité administrative
- Rapport médical d'ATI effectuée par un médecin agréé. En outre, l'expert doit évaluer le ou les taux d'incapacité permanente partielle (IPP) et, s'il y a lieu, le(s) taux préexistant(s)

### PIÈCES A FOURNIR

#### Révision quinquennale

Les taux attribués initialement sont revus au bout de 5 ans

L'administration doit obligatoirement provoquer à l'issue de chaque période quinquennale un contrôle médical effectué par un médecin agréé et lorsqu'une modification dans l'état du bénéficiaire est constatée. L'allocation est maintenue après l'admission à la retraite ou la radiation des cadres, mais il y a cristallisation du taux d'invalidité atteint au moment de la cessation des fonctions. La commission apprécie une dernière fois l'état de la victime et fixe le taux d'invalidité définitif qui ne pourra être l'objet de révision ultérieure.

## LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Aptitude aux fonctions - Reclassement**

Les fonctionnaires et les agents non titulaires, dont l'état de santé est altéré et ne leur permet plus d'exercer leurs fonctions, peuvent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail conforme à leur état physique et, lorsque cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement professionnel pour inaptitude physique.

**PIÈCES  
A FOURNIR**

- Lettre de saisine de l'autorité administrative et/ou
- Fiche signalétique complétée et datée (nom – prénoms - date de naissance – adresse - situation de famille - emploi – échelon - date de titularisation, etc.)
- Courrier de l'agent à l'autorité administrative sollicitant le reclassement professionnel
- Fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent
- Fiche de poste proposée pour le nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées
- Avis du médecin de prévention sur la proposition du poste de reclassement
- Avis du médecin traitant.

**Retraite pour invalidité****Condition d'attribution**

Le fonctionnaire qui, par suite d'invalidité, se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions et qui n'a pu être reclassé dans un autre emploi, peut être radié des cadres par anticipation sur l'âge normal de la retraite et obtenir une pension civile d'invalidité.

L'invalidité doit avoir été contractée ou aggravée pendant une période d'acquisition de droits à pension, en qualité de fonctionnaire titulaire.

La radiation des cadres peut être prononcée soit à la demande du fonctionnaire, soit d'office. Dans ce dernier cas, cette mesure intervient après l'expiration des droits statutaires à congés de maladie. La demande doit être formulée au moins 6 mois avant la date souhaitée pour l'admission à la retraite.

La réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, le taux d'invalidité qu'elles entraînent et l'incapacité permanente à l'exercice des fonctions sont appréciés par la commission de réforme qui émet un avis au vu d'une expertise réalisée par un médecin agréé généraliste ou spécialiste.

**L'agent doit être dans l'impossibilité absolue et définitive de continuer à exercer ses fonctions et toutes fonctions.** Pour les personnes justifiant de moins de 25 ans d'ancienneté, le comité médical doit être saisi avant la commission de réforme pour statuer sur l'inaptitude totale et définitive.

**PIÈCES  
A FOURNIR**

Le même dossier que pour la demande de reconnaissance d'accident ou de maladie professionnelle et

- Lettre de saisine de l'autorité administrative et/ou
- Fiche signalétique complétée, datée et signée (nom – prénoms - date de naissance – adresse - situation de famille - emploi – échelon - date de titularisation, etc)
- Courrier de l'agent à l'autorité administrative
- Rapport d'expertise médicale comportant le(s) taux d'invalidité permanente partielle (IPP en fonctions du barème du code des pensions de retraite)
- Attestation relative au reclassement de l'agent établie par l'employeur qui doit être visée par la commission.



## ALLOCATION D'INVALIDITÉ TEMPORAIRE (AIT)

L'allocation d'invalidité temporaire ne doit pas être confondue avec l'allocation temporaire d'invalidité

Le fonctionnaire se trouvant à l'expiration de son congé de longue maladie ou de longue durée en état d'invalidité temporaire est placé en position de disponibilité d'office pour maladie.

Le droit correspondant lui est ouvert dans l'hypothèse où :

- le fonctionnaire est atteint d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail
- le fonctionnaire n'est pas en mesure de reprendre immédiatement ses fonctions, ou d'être mis ou admis à la retraite avec une pension civile d'invalidité.

Ces deux conditions sont vérifiées sur le fondement d'une expertise d'un médecin agréé.

La Commission de Réforme se prononce sur un classement de la victime dans l'un des trois groupes suivants :

- 1<sup>er</sup> groupe** : invalide capable d'exercer une activité rémunérée,
- 2<sup>ème</sup> groupe** : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque,
- 3<sup>ème</sup> groupe** : invalide absolument incapable d'exercer une profession et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

## Montant de l'Allocation d'Invalidité Temporaire

Pour les invalides du 1<sup>er</sup> groupe, l'allocation est égale à la somme des éléments suivants :

- 30 % du dernier traitement indiciaire et des primes et indemnités (sauf celles liées à l'exercice des fonctions ou qui consistent en remboursements de frais),
- 30 % de la moitié (ou des 2/3 si le fonctionnaire a au moins 3 enfants à charge) de l'indemnité de résidence, la totalité du supplément familial de traitement (SFT).

Pour les invalides des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> groupes, le taux de 30 % est porté à 50 %.

Pour tous les invalides, la somme de 30 % (ou 50 %) du dernier traitement indiciaire, des primes et indemnités et de la moitié ou des 2/3 de l'indemnité de résidence ne peut pas dépasser 30 % (ou 50 %) du plafond de sécurité sociale. Et pour les invalides du 3<sup>ème</sup> groupe, cette somme (éventuellement plafonnée) est majorée de 40 %.

A l'issue des droits statutaires à traitement ou de service de l'indemnité de coordination, l'agent **qui ne peut reprendre ses fonctions ni être admis à la retraite et est atteint d'une maladie réduisant au moins des 2/3 de sa capacité de travail** peut être reconnu en état d'invalidité temporaire ouvrant droit à l'allocation d'invalidité temporaire.

Le taux d'invalidité doit être égal ou supérieur à 25%

Une demande doit être adressée à la CPAM dans un délai d'un an à l'expiration des droits à traitement ou indemnité.

L'allocation cesse d'être attribuée dès que l'agent est replacé en position d'activité ou mis à la retraite et en tout état de cause, à l'âge de 60 ans.

L'incapacité du fonctionnaire à l'exercice de ses fonctions ayant été reconnue par la commission de réforme, l'administration procède à sa mise à la retraite pour invalidité, dans les conditions prévues à l'article L. 39 (1) du code des pensions, et l'allocation temporaire d'invalidité cesse d'être servie en même temps que le traitement d'activité. Elle est remplacée à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite par la rente viagère d'invalidité de l'article L. 39 (1) du code des pensions.

### Pièces à fournir

- Lettre de saisine de l'autorité administrative et/ou
- Fiche signalétique complétée, datée et signée (nom – prénoms - date de naissance – adresse - situation de famille - emploi – échelon - date de titularisation, etc.)
- Courrier de l'agent à l'autorité administrative
- Avis de la caisse primaire d'assurance maladie définissant la classification de l'invalidité (groupe 1, groupe 2 ou groupe 3).

## SECRET MÉDICAL ET PROFESSIONNEL

### ARTICLE 5 DE LA LOI N°55-356 DU 3 AVRIL 1955

Nonobstant les dispositions légales relatives au respect du secret professionnel, les médecins et les organismes chargés d'assurer un service public détenteurs de renseignements médicaux ou de pièces médicales susceptibles de faciliter l'instruction d'une demande de pension formulée au titre du code des pensions civiles et militaires d'invalidité sont autorisés à communiquer ces renseignements et ces pièces ou ampliation de celles-ci, aux postulants à pension eux-mêmes tenus au secret professionnel, chargés de l'instruction de leur demande lorsque les dits services les requièrent.

### ARTICLE 31 DU DÉCRET 2003-1306 DU 26 DÉCEMBRE 2003

La caisse nationale des dépôts peut à tout moment obtenir la communication du dossier complet de l'intéressé y compris les pièces médicales.

**Lettre du ministère de la fonction publique et des réformes administratives du 27 juillet 1989**

L'article L31 du code des pensions civiles et militaires est une disposition législative expresse qui délègue les médecins du secret professionnel pour l'instruction des demandes de pension d'invalidité et leur prescrit de communiquer les renseignements de nature à permettre utilement l'examen des droits des fonctionnaires concernés.

L'examen utile des dossiers des intéressés ne peut être fait que si celle-ci dispose des rapports d'expertises dans leur intégralité. Le secrétaire de la commission de réforme ne peut retrancher pour satisfaire à la déontologie médicale certains passages des rapports d'expertise étrangers à leur objet.

En revanche, il peut à titre préventif, rappelés aux médecins agréés

## LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

chargés des expertises que ces informations superfétatoires n'ont pas à figurer dans leurs rapports ou solliciter une nouvelle rédaction conforme à leur objet.

### Lettre du conseil national de l'ordre des médecins du 1<sup>er</sup> septembre 1989,

Conformément à l'ARTICLE 5 DE LA LOI N°55-356 DU 3 AVRIL 1955 et de l'article 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite, que les médecins détenteurs de renseignements médicaux utiles à l'instruction d'une demande de pension doivent les communiquer sur leur demande aux services administratifs.

### Liens utiles

CNRACL (Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales)

<https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=accueilfond&cf=cnr>

Caisse des dépôts et consignations

[www.pensions.bercy.gouv.fr](http://www.pensions.bercy.gouv.fr) à la rubrique "espace professionnel"

<http://www.caissedesdepots.fr/activites/gerer-les-regimes-de-retraite/les-principaux-regimesgeres>.

## TEXTES REGLEMENTAIRES

1. code du travail, articles R.236-23 à R.236-39 : dispositions particulières applicables aux établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique et aux syndicats interhospitaliers en matière d'hygiène et de sécurité

2. code du travail, articles R.242-1 à R.242-24 : dispositions particulières applicables aux établissements mentionnés à l'article L.792 et aux syndicats inter-hospitaliers du code de la santé publique en matière de médecine du travail

3. code de la Sécurité Sociale (articles D.712-44 à D.712-47) : dispositions applicables aux stagiaires de l'Etat

4. code de la Sécurité Sociale (articles D.172-1 à D.172-10) : dispositions relatives à la coordination entre le régime général et les régimes spéciaux en matière d'assurances maladie, maternité, invalidité, décès

5. code pénal (articles 226-13, 226-14, 432-11, 441-8 et 441-9 : dispositions applicables en matière de secret professionnel)

6. loi n° 64-1339 du 26 décembre 1964 portant réforme du code des pensions civiles et militaires et annexes portant constitution du code des pensions civiles et militaires (partie législative et réglementaire : dispositions relatives à l'invalidité)

7. loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires

8. loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat

9. loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale

10. loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (articles 104 à 108 : dispositions relatives aux emplois permanents à temps non complet)

11. Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

13. Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites

14. décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de Sécurité Sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements n'ayant pas le caractère industriel ou commercial

15. décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 bis de l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative

au statut général des fonctionnaires

16. décret n° 63-1346 du 24 décembre 1963 relatif à l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales

17. décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (dispositions relatives à l'invalidité) Abrogé par le décret 2003-1306 du 26.12.03 sauf article 16 bis et 16 ter.

18. décret n° 77-812 du 13 juillet 1977 relatif au régime de Sécurité Sociale des agents stagiaires des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial

19. décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

20. décret n°84-960 du 25 octobre 1984 portant application de l'article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat

21. décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 pris en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

22. Décret n° 84-1103 du 10 décembre 1984 pris pour l'application de l'article 119-III de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité

23. décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

24. Décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

25. décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat

26. décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés maladie des fonctionnaires

27. décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour

l'application de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime de congés maladie des fonctionnaires territoriaux

28. décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale

29. décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière

30. décret n° 89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raison de santé

31. décret n° 91-155 du 9 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de hospitalière

32. décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet

33. Décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France

34. décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

35. décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics

36. Décret n° 95-1018 du 14 septembre 1995 fixant la répartition des fonctionnaires territoriaux en groupes hiérarchiques en application de l'article 90 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale

37. décret n° 97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière

38. décret n°2000-1020 du 17 octobre 2000 modifiant le décret n°65-773 du 9 septembre 1965 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse

nationale de retraites des agents des collectivités locales (dispositions relatives à l'invalidité)

39. Décret n° 2001-654 du 19 juillet 2001 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels des collectivités et établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale

40. Décret n°2003-1305 du 26 décembre 2003, modifiant le code des pensions civiles et militaires de retraite

41. Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003, relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales.

42. Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière

43. circulaire FP4 n° 1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service

44. arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie

45. arrêté du 30 juillet 1987 relatif à la liste indicative des maladies pouvant ouvrir droit à un congé de longue maladie (régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux)

46. arrêté du 1<sup>er</sup> août 1988 relatif à la liste indicative des maladies pouvant ouvrir droit à un congé de longue maladie pour les agents de la fonction publique hospitalière

47. arrêté du 5 juin 1998 relatif aux commissions départementales des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

48. arrêté du 28 août 1998 fixant la rémunération des membres des comités médicaux prévus par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986

49. arrêté du 28 août 1998 relatif à la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986

50. Arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

# LA PERTINENCE DES ACTES : NOUS SOMMES TOUS CONCERNÉS !

par le DR Philippe SAMAMA, Cardiologue à Carpentras (84)

**Un concept ancien, qui devient d'actualité avec la parution d'un guide méthodologique destiné aux agences régionales de santé, des objectifs régionaux déclinés aux différents établissements de santé et qui feront l'objet de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.**

## Un concept ancien qui devient d'actualité

L'intérêt de la réalisation d'actes pertinents c'est-à-dire adaptés aux besoins du patient, n'est pas nouveau, mais elle connaît un regain d'intérêt en ce début 2014.

Il est sorti un rapport de l'Académie de médecine en avril 2013 dont le titre est "améliorer la pertinence des stratégies médicales" et qui dénonce, de son point de vue, les dérives dans le domaine de la biologie, radiologie, chirurgie, etc...

La caisse nationale d'assurance-maladie n'est pas en reste et elle a fait paraître en juillet 2013 un rapport en pointant du doigt les pathologies dans lesquelles des économies semblent possibles (chirurgie de l'obésité, thyroïdectomie, traitement du cancer de la prostate, cholécystectomie, intervention O.R.L., chirurgie du canal carpien, de la cataracte, de la pose des prothèses de hanche,...) et en pathologie médicale, la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive, et le traitement des plaies chroniques.

### Pourquoi ce regain d'intérêt ?

Dans un contexte économique difficile, avec un ONDAM qui reste bas, il n'est pas possible de jouer encore sur la tarification qui est déjà sous-évaluée et il apparaît aux yeux des gouvernants une source d'économie de santé par le biais d'une meilleure pertinence des soins, ce qui sous-entend une diminution de certains actes "qui ne seraient pas pertinents", cette démarche pilotée au niveau national et appliquées par les ARS se veut donc vertueuse et économique... elle a un écho favorable au niveau des politiques, toujours sur le thème d'un gaspillage au niveau des actes médicaux, tout en reconnaissant la difficulté d'accès aux soins de certains territoires de santé.



## Parution d'un guide méthodologique destiné aux agences régionales de santé

Ses références exactes sont les suivantes :

*INSTRUCTION N° DGOS/R5/2013/44 du 4 février 2013 relative au guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins.*

Il s'agit d'un guide de 66 pages, qui se compose de deux parties. La première partie présente la démarche nationale, elle détaille les leviers mobilisés à destination d'une mise en œuvre par les

professionnels concernés

Cette mise en œuvre devant se faire sur des thématiques ciblées. La déclinaison à une démarche régionale se fera selon un dispositif de pilotage qui respectera un plan d'action régional, la relation avec les établissements de santé se faisant sur le mode d'un dialogue de gestion. Ce dialogue de gestion implique un suivi des plans d'actions.

La seconde partie concerne plus particulièrement la méthodologie et les outils utilisables dans la démarche régionale d'améliorer la pertinence des soins.

### Sur quoi repose le concept d'actes non pertinents ?

L'approche retenue en premier abord n'est pas une analyse fine et exhaustive des indications de chaque acte, mais une approche statistique.

On utilise pour cela le "taux de recours".

C'est la base du raisonnement.

**Définition du taux de recours brut de l'ensemble des classes d'âge : nombre de séjours par territoire et par type de regroupement de population dans ce territoire.**

Ce taux peut être ajusté et devenir standardisé ; les taux de recours sont standardisés par sexe et par tranche d'âge (de 5 ans). Ils sont exprimés en nombre de séjours pour 1 000

habitants et concernent les séjours consommés par les habitants d'un territoire de santé quel que soit le lieu de l'hospitalisation.

#### Facteurs pouvant expliquer des variations du taux de recours :

Les taux de recours sont fonction de nombreux facteurs, notamment :

- populationnels (démographiques, épidémiologiques, etc.),
- professionnels (pratique professionnelle elle-même fonction de paramètres individuels ou locaux, organisationnels, géographiques, démographiques, etc.),
- liés à l'organisation de l'offre de soins et notamment à l'articulation ville -hôpital.

C'est pour cela que toute interprétation doit être prudente, car ces taux vont ensuite être comparés par rapport à un taux de recours national, et au sein même de la région on fera des comparaisons entre le taux de recours du territoire et le taux de recours régional.

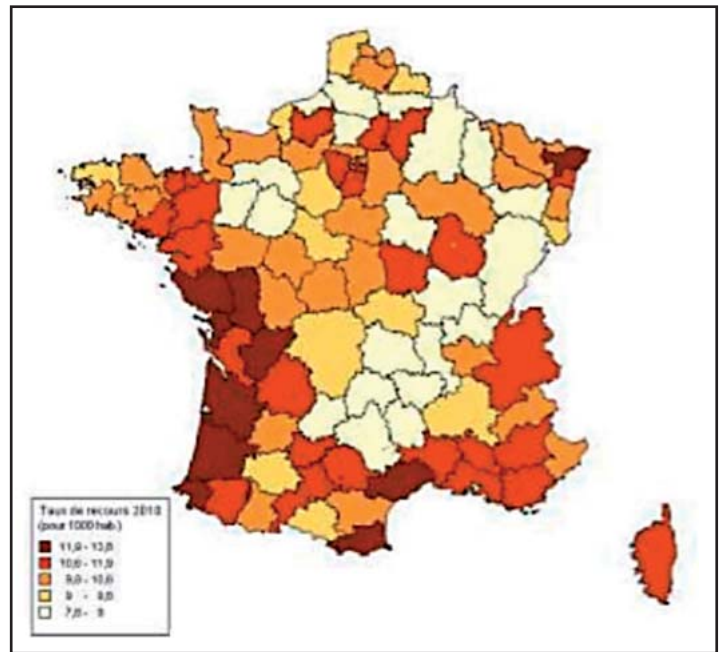
Il existe un organisme en France qui travaille de façon très précise sur les taux de recours. Il s'agit de **l'ATIH, l'Agence de Traitement de l'Information Hospitalière**, qui dispose de l'ensemble des données issues de la cotation des établissements de santé et qui peut donc pour un acte donné établir une cartographie régionale ou nationale.

Par exemple pour l'intervention de la cataracte, l'ATIH a établi différents tableaux de synthèse dont nous présentons deux extraits :

Tableau de l'évolution des taux de recours avec dispersion des valeurs				
Taux de recours	2007	2008	2009	2010*
Moyenne	9,0	9,3	9,8	10,3
Ecart-type	1,5	1,6	1,6	1,5
Minimum	5,9	5,9	6,4	7,5
q 1	7,9	8,2	8,9	9,3
Médiane	8,8	9,3	9,8	10,3
q 3	9,9	9,9	10,4	10,9
Maximum	14,4	17,5	16,7	17,6
Coefficient de validation	0,2	0,2	0,2	0,1

( q1 et q3 représentant le premier et troisième quantiles)

Cela peut être aussi présenté par une carte de France de façon plus parlante en montrant les variations du taux de recours



A partir de l'analyse des taux de recours, l'agence régionale de santé détermine s'il existe des établissements où les taux de recours paraissent anormalement élevés sans explication apparemment satisfaisante, sur des thèmes prédéterminés au niveau national et déclinés au niveau régional.

La seconde étape fait appel pour des plans d'actions, à l'instance régionale de dialogue, ou à la mise en place d'un dialogue de gestion avec l'établissement de soins concernés.

#### 1) L'instance régionale de dialogue

Dans notre région elle réunit des représentants de l'agence régionale de santé, des fédérations hospitalières, de l'assurance-maladie, des unions régionales des professionnels de santé, de la conférence régionale sanitaire et de l'autonomie, et des représentants des commissions médicales d'établissement.

Cette instance a travaillé sur le sujet des **endoscopies digestives**, et étudié la **pertinence de l'association coloscopie gastroscopie** ainsi que les **conditions de réalisation des endoscopies**.

Il a émergé un consensus pour noter que le recours à la coloscopie ou l'association gastro et coloscopie ne paraissait pas toujours pertinente par rapport au référentiel actuellement disponible et un retour d'information a été fait aux professionnels de santé par le biais d'une lettre de synthèse, en indiquant à chaque établissement de santé où il se situait par rapport à la moyenne régionale.

## 2) Le dialogue de gestion

Il sera mis en place en cas d'atypie remarquée sur un établissement de santé. Il s'agit d'une rencontre tripartite

- ARS ;
- Directions des établissements concernés dont le directeur des soins ;
- Professionnels de santé : président de commission ou de conférence médicale d'établissement (CME), représentants médicaux des spécialités concernées (médecins, pharmaciens, biologistes, ...).

Les étapes seront les suivantes :

### 1. Exposé des données du diagnostic régional et de l'ES :

l'ARS communique les données statistiques, les référentiels, ...

### 2. Échange sur les facteurs explicatifs possibles :

si tout est expliqué par des facteurs environnementaux ou épidémiologiques, l'action s'arrête là, sinon il est mis en place un plan d'action, car il est considéré qu'il s'agit là d'un problème comportemental.

### 3. Identification des actions à mettre en œuvre :

elles peuvent être très variables, diffusion des référentiels nationaux ou éventuellement régionaux, organisation de benchmark, mise en place d'un registre de suivi de l'activité, mission d'accompagnement par des professionnels de santé extérieurs, réunions de concertation pluridisciplinaires pour des situations complexes, réalisation d'études au dossier par les professionnels de santé ou l'ARS.

### 4. Contractualisation ARS-ES sur le plan d'actions acté suite à ce dialogue.

Depuis la disparition des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), les objectifs sont plutôt fixés en pourcentage évolution par le biais d'indicateurs de pilotage d'activité.

On fait une projection de la consommation de soins compte tenu de facteurs démographiques à cinq ans, et ensuite on propose aux établissements ayant des activités atypiques un pourcentage d'évolution sur les cinq années à venir.

Et en cas d'échec de cette contractualisation, même si la logique est de passer d'une logique "OQOS-sanction" à une logique "indicateurs de pilotage - dialogue de gestion", les motifs d'écarts (positifs ou négatifs) doivent être identifiés.

Une phase de dialogue doit s'engager entre l'ARS et l'établissement pour établir si le dépassement revêt un caractère potentiellement indu, et les leviers existants, tels que la réalisation d'études au dossier par l'ARS ou la CNAMTS ou la mise sous accord préalable, pourront être mobilisés.

Cette présentation simplifiée a pour but d'informer les professionnels de santé de la démarche qui est actuellement en cours sur un grand nombre d'actes définis comme prioritaires.

Il faut savoir que l'agence régionale de santé PACA elle-même doit contractualiser avec le national et atteindre des objectifs en termes de diminution des taux de recours anormalement élevés.

En chirurgie en particulier, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire fait l'objet de toutes les attentions.

Il est clair que la finalité de toutes ces démarches reste essentiellement économique.

Les difficultés restent la mise en place de référentiel précis, élaboré par les sociétés savantes, consensuelles qui à terme sont les seuls outils scientifiques disponibles pour évaluer la pertinence des actes sans sombrer dans le simple délit statistique. La haute autorité de santé travaille à l'élaboration de ces référentiels.

L'URPS Médecins libéraux PACA est à votre disposition pour toute information complémentaire concernant ce sujet et pour vous apporter toute l'aide possible en cas de difficultés.

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](http://www.urps-ml-paca.org)**

## UN PROBLÈME ÉMERGENT DE SANTÉ PUBLIQUE : LES PUNAISES DE LIT.

Les punaises de lits ne transmettent pas de maladie à l'homme mais sont responsables de nuisances. Elles peuvent occasionner des troubles du sommeil, de l'anxiété, un isolement social, etc.

Téléchargez la plaquette d'information sur :

[www.urps-ml-paca.org](http://www.urps-ml-paca.org)

Rubrique : "Actualités"

ou sur :

<http://www.ars.paca.sante.fr/Punaises-de-lit.129620.0.html>

## MALADIES RARES ?



Les maladies rares concernent plus de 3 millions de personnes en France.

Télécharger la plaquette d'information sur :

[www.urps-ml-paca.org](http://www.urps-ml-paca.org)

Rubrique : "Actualités"

## MONOXYDE DE CARBONE : 237 PERSONNES INTOXIQUÉES EN PACA EN 2012

La région PACA est l'une des 4 régions les plus touchées en France.

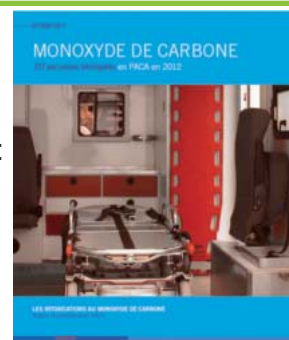
Une brochure est annexée à cette revue. Vous la trouverez également sur notre site internet ainsi que :

- la fiche de signalement
- le bilan 2013 de la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

Lire la suite sur

[www.urps-ml-paca.org](http://www.urps-ml-paca.org)

Rubrique : "Actualités"



## MELIERE : SIGNALEZ VOS CAS DE CANCERS "ATYPIQUES"

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](http://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.

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT À PROXIMITÉ D'UN PRESSING

Les pressings peuvent générer des concentrations de perchloréthylène élevées dans les locaux voisins. Compte tenu des effets toxiques de ce solvant, une nouvelle réglementation a été mise en place en décembre 2012 visant à interdire progressivement l'utilisation du perchloréthylène : interdiction d'implanter de nouvelles machines utilisant du perchloréthylène depuis mars 2013, changement échelonné des anciennes machines d'ici 2022 avec respect de prescriptions techniques. En parallèle, une surveillance des habitations a été mise en place.

### Surveillance des habitations

Pour qui ?

Toute personne habitant près d'un pressing peut demander une mesure de la concentration de perchloréthylène dans son logement, en particulier si elle y détecte des odeurs anormales de solvants ou si elle se plaint de troubles de la santé.

#### Par qui ?

Les demandes d'intervention doivent être adressées à la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal). Celle-ci fera intervenir un laboratoire qui réalisera des mesures de perchloréthylène dans le logement et le pressing.

Les frais sont à la charge du Ministère du développement durable.

#### Quelles actions ?

Si des concentrations en perchloréthylène supérieures à 1 250 µg/m<sup>3</sup> – valeur d'action rapide définie par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) – sont mesurées dans le logement, des mesures correctrices et un suivi devront être mis en place par l'exploitant.

Par ailleurs, un suivi médical sera proposé aux occupants du logement.

### Prise en charge médicale

#### Pourquoi ?

L'exposition au perchloréthylène peut causer différents symptômes : irritation des voies respiratoires ou des yeux, vertiges, nausées, maux de tête, pertes de mémoire, somnolence.

En cas d'expositions fréquentes et intenses, comme chez les salariés des pressings, perchloréthylène peut être toxique pour le système nerveux et les reins. Il est classé cancérigène probable pour l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer (Circ).

#### Par qui ?

En cas d'un dépassement de la valeur d'action rapide, la Dreal informera l'Agence régionale de santé (ARS) en lui communiquant les coordonnées des personnes concernées ainsi que les résultats des mesures environnementales.

L'ARS orientera le patient vers son médecin traitant qui sera destinataire d'un courrier l'informant de la procédure à suivre.

#### Quels examens ?

Le médecin traitant procédera à :

- un interrogatoire du patient pour documenter la durée et la rythmicité de l'exposition domestique au perchloréthylène et pour rechercher des expositions professionnelles ou extra professionnelles à d'autres agents neurotoxiques (solvants, métaux lourds, oxyde de carbone, alcool, médicaments psychotropes),
- un examen clinique à la recherche de plaintes évocatrices de troubles mentaux organiques (détérioration intellectuelle, troubles de l'humeur, et de la personnalité) :



- asthénie,
- fatigabilité augmentée,
- insomnie,
- somnolence diurne,
- céphalées,
- troubles de la mémoire ou de la concentration,
- idées dépressives,
- irritabilité,
- hyperémotivité,
- diminution de la libido.

Quand au moins 4 de ces symptômes subjectifs sont rapportés par le patient, la recherche de signes objectifs d'atteinte neurologique centrale par des tests psychométriques est recommandée.

La recherche d'une atteinte rénale tubulaire (mesure de l'excrétion urinaire d'une protéinurie de faible poids moléculaire : alpha-1-microglobulinurie ou retinol-binding protéinurie, plutôt que bêta-2-microglobulinurie, cette dernière se conservant mal dans les urines de pH acide) ou glomérulaire (mesure de la microalbuminurie).

Le dosage du perchloréthylène sanguin (biomarqueur spécifique de l'exposition au perchloréthylène).

Si le patient peut être orienté vers un laboratoire de biologie médicale (LABM) de proximité pour réaliser le prélèvement sanguin du perchloréthylène, des conditions de prélèvement spécifiques doivent toutefois être respectées et l'analyse sanguine de perchloréthylène doit être réalisée par un laboratoire spécialisé ayant des capacités analytiques permettant de mesurer les concentrations retrouvées en population générale qui sont plus faibles que celles observées en contexte professionnel.

Un courrier destiné au laboratoire sera ainsi remis au patient.

#### Prise en charge

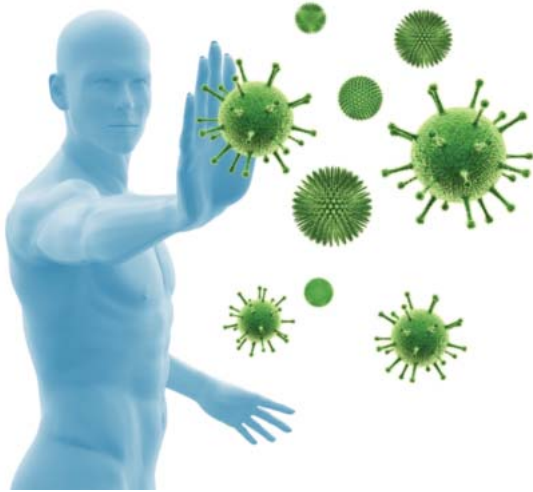
La consultation médicale ainsi que les analyses urinaires entrent dans le cadre du parcours de soin classique pris en charge par l'Assurance maladie.

Le prélèvement et le dosage du perchloréthylène, actes hors nomenclature, sont pris en charge de façon spécifique par l'ARS.

#### Quelles suites ?

En cas de taux sanguins dépassant 10 µg/l de perchloréthylène ou de signes d'atteinte rénale ou neurologique, une nouvelle consultation médicale sera proposée au patient. Le médecin traitant pourra éventuellement orienter son patient vers le Centre de consultation de pathologie professionnelle de l'hôpital de la Timone à Marseille.

Le médecin traitant informera en retour l'ARS des résultats du suivi médical.



## EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION A VIRUS GRIPPAL VARIANT

### RENFORCER LES MESURES BARRIÈRES



1- Mettre un masque au minimum chirurgical et si possible FFP2.

2- Mettre des lunettes de protection.



3- Proposer au patient suspect d'infection par ces virus de porter un masque chirurgical et vérifier que son masque est correctement mis.



4- Disposer d'une solution hydroalcoolique dans la salle d'attente et demander au patient de réaliser un geste d'hygiène des mains jusqu'à sa prise en charge.

5- Isoler si possible le patient des autres patients en attente de consultation.



6- Réaliser un geste d'hygiène des mains par friction avec un soluté hydroalcoolique ou savon liquide.

7- Porter des gants durant son examen clinique.

8- Contacter directement le **Centre 15** si l'état clinique du patient le justifie et le point focal régional de l'ARS au **04 13 55 80 00** afin de classer le cas.

#### Pour toute information :

Dossiers thématiques / pandémie grippale :

<http://www.anism.sante.fr>

Pratiques médicales et grippe :

[www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)

Thérapeutique grippe :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

<http://www.risques.gouv.fr> [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

