



Trait d'Union

La lettre de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Corse

éditorial

Il faut faire vivre la Sécurité sociale !

La cour des comptes, dans son rapport annuel sur la Sécurité Sociale, qui vient d'être publié, est sans concession pour l'Etat, les assurés sociaux et les médecins.

Le déficit, une fois de plus, est jugé «sans précédent». Il se monte à 13,2 milliards d'Euros pour 2004.

La succession de dispositifs préparés dans la hâte, sans véritable concertation, non évalués, semble rester sans effet.

Un seul succès franc a été enregistré : celui de la campagne de presse menée par l'Assurance Maladie pour modifier le comportement des français en matière de consommation d'antibiotiques, qui aurait permis une économie annuelle de 150 millions d'Euros.

On voit donc bien que les comportements des assurés et des médecins peuvent être modifiés si l'on s'en donne les moyens.

Ce constat devrait nous rendre moins pessimistes et nous convaincre qu'il faut continuer à se battre pour que notre Sécurité Sociale vive, nous qui en bénéficions doublement en tant que médecins conventionnés ou pas et en tant qu'assurés sociaux.

Dr Marie-Dominique BATESTI
Secrétaire générale de l'URML

La Cour des comptes épingle la Sécu...

Le 8^e rapport annuel de la Cour des Comptes stigmatise le déficit de la sécurité sociale (13,2 milliards d'euros) et les actions "décevantes" sur les comportements des professionnels de santé et des assurés.

"Le régime général (salariés) connaît un déficit sans précédent" et les politiques de santé de ces dernières années n'ont pas "modifié en profondeur les comportements". Sans appel, le constat de la cour des comptes est d'autant plus préoccupant qu'il conduit à la conclusion que l'objectif, fixé par la réforme de l'assurance maladie -un retour à l'équilibre de la branche maladie en 2007- semble "difficile à atteindre". De fait, "pour la première fois", toutes les branches (maladie, famille, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse) sont déficitaires.

Si 2004 a vu ralentir la croissance des dépenses "de près de 2 milliards d'euros", ce n'est pas dû à la réforme de l'assurance maladie mais à des effets "mécaniques", précise le rapport qui cite la fin de la montée en charge de l'accord de réduction du temps de travail (ARTT) dans les hôpitaux et les revalorisations d'honoraires médicaux. Parallèlement, la cour note "l'échec" des tentatives du gouvernement et de l'assurance maladie à modifier les comportements. Certes, les campagnes pour réduire la consommation d'antibiotiques des

Français ont permis 150 ME d'économie par an, mais les revalorisations tarifaires des professionnels de santé ont coûté depuis 1998 plus de 2 milliards d'euros sans que "ni l'objectif financier ni celui de santé public ne soient atteints".

Et les magistrats d'épingler radiologues et biologistes, "dont les rémunérations sont de loin les plus élevées du secteur". "Le changement des comportements est un objectif majeur" conclut le rapport, car, concernant les consultations, le niveau et le contenu des prescriptions, "la France affiche un niveau de consommation souvent très supérieur à ses voisins. En 2004, la CNAMTS a chiffré entre 5 et 6 milliards d'euros le montant des dépenses d'assurance maladie non justifiées, soit la moitié d'un déficit annuel". Regrettant la "réticence" de l'assurance maladie à sanctionner les médecins, la cour plaide pour des contrôles accrus des professionnels de santé.

	2003	2004
Ondam voté	123,5	129,7
Ondam réalisé	124,6	130,4
Vieillesse	140,5	147
Famille	43,4	45,3
Déficit	-11,5	-13,2

chiffres en milliards d'Euros

sommaire

Sécurité sanitaire

Evolution des cancers de la thyroïde entre 1984 et 2004 page 2

Pollution du Vazzio

Un problème majeur de santé publique page 4

Information médicale

De nouvelles relations entre médecins et patients page 6

Permanence des soins

Un compromis difficile à mettre en oeuvre page 9

Urgences

Enquête sur le Centre 15 d'Ajaccio page 11

Fiche technique

AT : sanctions contre les abus de prescriptions page 11

Cancer de la thyroïde : évolution de 1984 à 2004

Dix-neuf ans après le survol de l'Est de la France par le nuage radioactif de Tchernobyl, il est toujours difficile de lui imputer l'augmentation de fréquence des cancers thyroïdiens.

Ni les études épidémiologiques menées depuis 1986 par l'Observatoire Régional de la Santé et l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IPSN), ni la campagne de mesure du césium lancée sur l'île en 2000, ne permettent à ce jour, par manque de puissance statistique et de données individuelles, d'évaluer avec pertinence les conséquences sanitaires sur la population de Corse des expositions aux rayonnements ionisants qui ont suivi l'explosion du réacteur N°4 de la centrale nucléaire.

Plusieurs travaux publiés, tels que celui du Dr Francis Cervetti, médecin à la CPAM de Corse-du-Sud (Trait d'union N° 28), concluent à une incidence en Corse de cancers de la thyroïde très supérieure à la moyenne nationale : 17 pour 100 000 de 1997 à 2002 contre 4,5 et 2,5 pour 100 000 en 1995 et en 1985 sur le continent. Mais aucun rapport officiel n'établit un lien entre la catastrophe et la recrudescence sur le territoire national, des pathologies thyroïdiennes (thy-



Ajaccio, janvier 2002.
Journée d'information sur les conséquences de Tchernobyl.

roïdites de Hashimoto, cancers de la thyroïde). Observée depuis trente ans, cette dernière est généralement mise sur le compte des progrès du dépistage. L'étude que réalise le Dr Sophie Fauconnier en collaboration avec l'Association française pour la recherche thérapeutique anti-cancéreuse (A.R.T.A.C.) a pour but, d'une part, de répertorier un maximum de cas de cancers de la thyroïde en interrogeant par questionnaire tous les médecins endocrinologues et d'autre part, d'analyser l'évo-

lution des circonstances diagnostiques depuis 1984 afin d'étudier la valeur des arguments avancés.

Elle vise à construire en Corse, où les pluies ont été les plus importantes pendant le passage, du 1er au 5 mai 1986, des masses d'air polluées, une base d'informations cohérentes, sûres et objectives, sur les publics qui ont subi une irradiation due aux dépôts radioactifs et consommé des aliments contaminés.

Chiffres contradictoires pour la majorité des enfants présents en Corse entre mai et juin 86

Selon les services de l'Etat, les doses délivrées à la thyroïde n'ont pas dû, pour la majorité des enfants présents en Corse en mai et juin 1986, dépasser la dose moyenne de ceux de l'Est de la France où les dépôts ont été similaires, soit 10 mSv. Or, la mesure en Balagne, en juillet 1986, de la charge thyroïdienne en iode d'un garçon de 13 ans s'élève à 18,5 mSv. Chez un adolescent de la côte orientale, la plus exposée aux particules ionisantes, elle aurait pu dépasser 50 mSv, voire atteindre 150 mSv en supposant une consommation quotidienne de produits laitiers (de chèvre et de brebis) plus importante. L'absence de surveillance dans cette zone de la

contamination de la chaîne alimentaire, le défaut de mesure in vivo et d'étude détaillée des habitudes nutritives locales, ne permettent pas de conforter cette hypothèse. Mais on peut s'appuyer sur des chiffres alarmants, ceux d'une analyse de lait de Corse fortement contaminé (plus de 10 000 becquerels par litre, la norme étant à 500 bq/l) et ceux de la radioactivité du sol, passés de 13 bq/m² en mai 86 contre 11 000 à 25 000 bq/m² en avril 2001, pour souligner la nécessité d'actualiser les données sur les cancers de la thyroïde. Et d'améliorer les connaissances sur leurs facteurs de risques, ainsi que la surveillance de la population.

La réponse du Dr Francis Cervetti

Le Dr Francis Cervetti, médecin contrôleur de la CPAM de Corse du Sud, apporte les précisions suivantes.

Ce dossier sur les cancers de la thyroïde en Corse, fait état d'une étude du Service médical d'Ajaccio (Caisse nationale d'Assurance maladie) concluant à une incidence en Corse de la maladie "très supérieure à la moyenne nationale." Cette citation, reprise dans d'autres journaux, est une interprétation partielle et partielle d'un texte dont toute la finalité était d'expliquer et de relativiser les données rapportées.

Au risque de lasser le lecteur, il n'est peut-être pas inutile de résumer à nouveau la problématique et clore le débat à notre niveau. Le travail auquel il est fait référence restituait une information médico-sociale simple, à savoir le nombre d'assurés porteurs d'un cancer de la thyroïde et bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) en Corse du Sud. L'autre information importante était de mettre en évidence l'intérêt de ces ALD, conjointement à d'autres systèmes de données, comme élément d'alerte intégré dans un système épidémiologique plus vaste de surveillance nationale des cancers thyroïdiens. Reflétant indirectement et imparfaitement la réalité du terrain, l'incidence des ALD ne donne évidemment pas l'incidence réelle de la maladie ni la preuve d'un lien direct avec le nuage radioactif de 1986. L'évaluation donnée dans l'étude, tentation à laquelle il était difficile de ne pas céder, était une simple extrapolation arithmétique, signalée comme telle, avec les limites inhérentes à ce genre d'exercice, en aucun cas une réalité épidémiologique bien établie. L'article cité disait précisément ceci : "Rien, à ce stade, ne permet donc de conclure à une anomalie majeure de l'incidence des cancers thyroïdiens en Corse du Sud, encore moins à un effet "Tchernobyl".

Désert épidémiologique

L'étude des ALD ne comble pas le désert épidémiologique existant depuis toujours en Corse : sans registre des cancers, sans expertise épidémiologique sérieuse, impossible de conclure à des données d'incidence et de causalité indistinctes. Rappelons que l'INVS et l'IPSN (Institut de Protection et de Sécurité Nucléaire) dans une étude fondamentale parue en 2000, n'ont pu établir ce lien.

La Collectivité territoriale a demandé en 2000 aux services de l'État et à l'ORS (Observatoire régional de la Santé) la réalisation d'une étude épidémiologique en Corse. Le Service médical de la CNAMTS a contribué à cette recherche : toutes les données concernant les ALD accordées pour cancers de la thyroïde de 1997 à 2002 pour les deux départements de Corse ont été transmises pour exploitation en 2004 à la Cire (Cellule interrégionale d'épidémiologie), antenne de l'INVS à Marseille.

La discrétion persistante de ces autorités sanitaires tient sans doute à la lenteur indispensable à leurs recherches, mais on comprend qu'elle puisse susciter en parallèle d'autres projets épidémiologiques. On ne peut que souhaiter le succès aux uns et aux autres.

Mercredis des généralistes

Cette année encore, l'URML de Corse organise en collaboration avec le département de F.M.C. de la Faculté de Médecine de Marseille, plusieurs formations dispensées en visioconférence entre la Timone et les sites de l'Union. L'URML prend en charge les frais liés à cet enseignement post-universitaire gratuit pour les généralistes. En fin d'année, une attestation de participation qui comptera pour la F.M.C. personnelle de chaque participant, sera délivrée conjointement par la Faculté de Marseille et l'URML.

Calendrier

chaque mercredi : 19H15-21H00

35 14/09/05 Pr. SELIZ JF.
Recherche de sang dans les selles.

37 28/09/05 Pr. ALESSI MC.
Un bilan de coagulation.

39 12/10/05 Pr. DUSSOIL B.
Un bilan rénal.

43 23/11/05 Pr. ZANDOTTI C.
Des examens virologiques.

46 14/12/05 Pr. GRANIEL B.
Des tests immunologiques.

82 11/01/06 Pr. DISDIER P.
Maladies systémiques et MG.

84 25/01/06 Pr. MICHEL G.
Diagnostic d'adénopathies de l'enfant.

52 08/02/06 Pr. CONTE MEMOLX
Bilan phosphocalcique.

88 08/03/06 Pr. BROUQUI P.
Biotox et plan varicelle.

57 29/03/06 Pr. AGOSTINI G.
Un scanner thoracique.

59 12/04/06 Pr. GIRARD N.
Une IRM neurologique.

61 10/05/06 Pr. MUNDLER O.
Un PET Scan.

64 31/05/06 Pr. TRIGLIA JM.
Une mesure de l'audition.

66 14/06/06 Pr. KERBAULIE
Une oxymétrie de pouls.

Les médecins sont priés de s'inscrire en entourant les numéros des formations qui les intéressent et en renvoyant ce bulletin à l'URML. En cas d'annulation d'une séance, ils pourront ainsi être prévenus.

Nom

Prénom

Tel

Fax

URML-Corse

Villa Mèrimée
9 Cours Grandval
20000 Ajaccio
FAX 04.95.51.33.43

Un problème majeur de santé publique



La polémique engagée depuis quelques mois autour des pollutions dégagées par la centrale du Vazzio a poussé les responsables d'EDF et des services officiels à reconnaître qu'il est désormais nécessaire d'agir pour trouver des solutions !

Le plan régional de santé publique dit P.R.S.P 2005-2010 prévoit dans la partie Santé-Environnement, de répondre à trois objectifs majeurs :

- Garantir un air et boire une eau de bonne qualité;
- Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers;
- Mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes).

Le constat

De nombreuses études épidémiologiques montrent que la pollution atmosphérique notamment en milieu urbain constitue l'un des facteurs de risques sanitaires (cancers, insuffisances respiratoires,

maladies cardio vasculaires, asthmes) liés à l'environnement.

Ainsi, on admet qu'il existe :

- Un doublement de la prévalence des maladies allergiques respiratoires depuis 20 ans;
- 14% des couples consultent pour des difficultés à concevoir lesquelles difficultés pourraient être liées à des expositions à des substances toxiques pour la reproduction;
- 7 à 20% des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux;
- Près d'un million de travailleurs seraient exposés à des substances cancérigènes.

Face à ce constat qui reproduit les données strictement officielles des services de l'Etat et les objectifs prioritaires, la

garantie d'un air de bonne qualité nous interpelle d'autant plus que la loi de 1996 sur la qualité de l'air postulait déjà « le droit à chacun de respirer un air qui ne nuise pas à sa santé » et prévoyait un plan régional de la qualité de l'air élaboré par le préfet au plus tard fin 98 ainsi que des mesures de la qualité de l'air par une association indépendante, au plus tard en janvier 2000.

Qu'en a-t-il été ? Dans le cadre des transferts de compétences, l'Etat s'est déchargé en demandant à la CTC de mettre en place un plan régional pour la qualité de l'air : création de Qualitair en octobre 2003 début de fonctionnement en... 2005 ! Mais ce plan non opposable et non contrai-

gnant, pose la question de son intérêt. Dans notre région, la qualité de l'air des deux agglomérations principales est directement liée à l'activité des deux centrales thermiques du Vazzio pour Ajaccio et de Lucciana pour Bastia. Ces deux sites ont pour caractéristique commune de fonctionner avec des carburants fossiles (fuel lourd depuis 1981 pour le Vazzio) avec pour conséquence, le rejet dans l'atmosphère de :

Poussières ou particules en suspension (PS) : qui selon leur taille pénétreront plus ou moins les voies aériennes supérieures, les alvéoles puis le système cardio-vasculaire ;

Composés organiques volatils (C.O.V) :

- hydrocarbures dont les effets vont de la simple gêne olfactive aux risques d'effets mutagènes et cancérogènes (benzène);
- métaux lourds : cancérogènes par accumulation à long terme.

Au-delà des limites

L'émission des C.O.V. et des P.S. est réglementée mais il est à noter que ces substances sont rejetées dans l'atmosphère avec une densité supérieure aux valeurs limites autorisées. **L'émission de dioxyde d'azote (les NOX) se fait en Corse sans restriction. Alors que pour le reste de la France, la valeur limite d'émission est fixée à 1900 milligrammes par m3 d'air, la Corse bénéficie d'une "dérogation" : il n'y a pas de limite d'émission du NO2. Cette "dérogation spéciale Corse" cessera au 31.12.05 par arrêté préfectoral.**

La centrale du Vazzio est reconnue comme l'établissement industriel le plus polluant de France pour les NOX dans un classement émanant du ministère de l'écologie. Lucciana figure quant à elle en bonne place (20^{ème}). Les capteurs enregistrent fréquemment des taux de 6000 à 7000 µg/m3 soit deux à trois

fois supérieurs à la valeur limite d'émission Légale sur le continent. L'Institut de Veille Sanitaire (IVS) nous apprend que chaque fois que le niveau d'émission de NO2 s'accroît de 10µg/m3, le nombre de décès pour motif cardio vasculaire attribuable exclusivement à la pollution s'accroît de 1,2%. Pour les capteurs du secteur géographique de la Gravona (périphérie ajaccienne) cela se traduirait par une élévation significative des taux de mortalité cardiovasculaire et respiratoire.

Dès que l'émission de NO2 atteint 200µg/m3, les effets nocifs sont prévisibles et une information du public est rendue obligatoire, le seuil d'alerte étant fixé à 400 µg/m3. Or, le rapport de la DSS en date du 8 octobre 2004 confirme que ces seuils sont quotidiennement dépassés. Les autres sources de pollution (transports, origine agricole, centrales d'enrobage) ne sont pas responsables de ces variations. Les NOX ont également

des répercussions sur l'environnement en provoquant des pluies acides.

Un problème à traiter d'urgence

La pollution industrielle qui existe depuis 1981 à Ajaccio est due exclusivement à la centrale thermique du Vazzio. Ses effets sur le long terme sont loin d'être connus pour notre région qui ne peut, eu égard à sa faible démographie avoir recours à un registre des cancers. Il nous apparaît indispensable d'obtenir la mise en œuvre de solutions techniques appropriées par les autorités de tutelle : mise en place de pots catalytiques aux sept moteurs de la centrale du Vazzio dans un délai raisonnable. Ce problème de santé publique est une urgence à traiter avant que la judiciarisation médicale ne vienne mettre en cause pouvoirs publics et pollueurs... car les lois existent pour tous et doivent être respectées par tous...

Dr Jean Mattei, pneumologue

Les mesures ont confirmé le caractère très polluant de la centrale...

La pollution générée par la centrale du Vazzio est-elle avérée ?

Depuis la législation sur l'air (1996), les industries polluantes doivent réaliser des mesures et les publier. Cela a confirmé le caractère très polluant de la centrale du Vazzio. Les polluants nocifs émis par les centrales ont des valeurs limites d'émission (VLE). La quantité d'oxydes d'azote (NOx) au Vazzio est très supérieure aux VLE. Fait regrettable pour la Corse, EDF bénéficie d'une dérogation (décembre 2000) pour franchir ces seuils limites!

Quels peuvent être les effets sur la santé de la pollution de l'air ?

Cette pollution peut s'avérer mortelle. C'est officiel, confirmé, chiffré. Selon

le programme de surveillance Air et Santé (engagé dans neuf grandes villes de France), les taux de décès varient selon le niveau de pollution. Une hausse des taux de polluants de 10 microgrammes par mètre cube d'air accroît de 1% le risque de mortalité en cas d'exposition de courte durée. Ce risque est encore plus élevé lors d'une exposition prolongée (5 jours). La pollution agit comme un facteur aggravant pour certaines pathologies : elle peut accélérer de trois semaines le décès d'un patient souffrant de troubles respiratoires et de plusieurs un mois celui d'un patient atteint de troubles cardiovasculaires ! Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, "trois millions

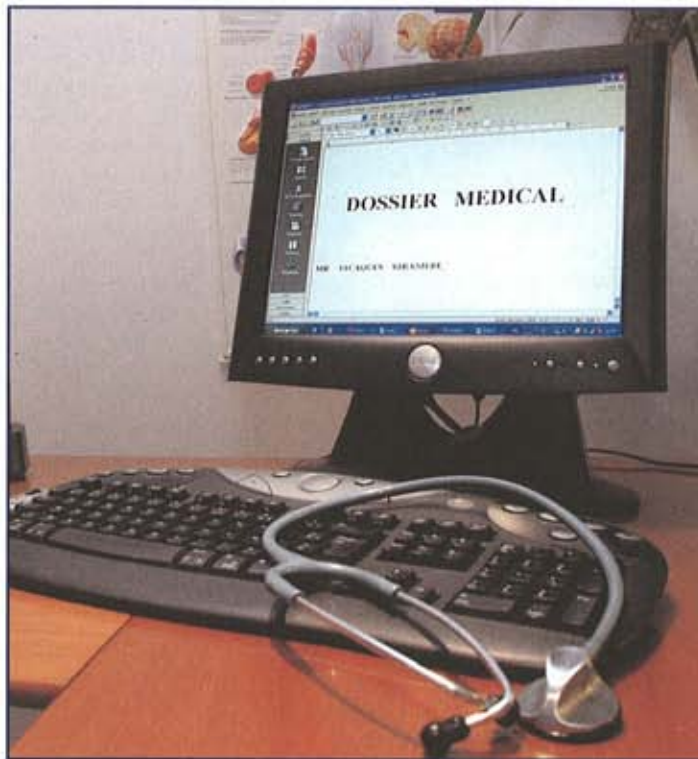
de personnes meurent chaque année dans le monde, sous l'effet de la pollution atmosphérique, soit 5 % des décès".

Que penser de la mise aux normes de la centrale du Vazzio ?

Selon les services de l'état, "la mise en oeuvre courant 2003 du procédé de dénitrification et d'un module de réduction catalytique sélective se sont avérés probants", il a donc été demandé d'étendre ce mécanisme de filtrage aux six moteurs restant, avant fin 2006. Dans la mesure où la mise en place d'une alternative à la centrale du Vazzio n'est pas envisageable à court terme, on ne peut que souhaiter l'accélération de cette installation.



De nouvelles relations entre médecin et patient



Cette intervention a été présentée aux 65èmes journées du Groupe d'Etude et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires (GERHNU) les 20 et 21 mai 2005 par le Dr Marie-Dominique Battesti, avec la collaboration du Dr Francis Cervetti.

L'information médicale sur le patient

Le dossier médical a subi une remodelisation depuis la loi du 4 mars 2002. La loi du 4 mars 2002 a autorisé l'accès direct du patient à son dossier médical. La médiation par un médecin est toujours possible mais non obligatoire, l'article L1111-7 du code de la santé publique disposant que "Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne".

Entre le dossier médical personnel (DMP) et la loi relative aux droits des malades, la filiation ne fait aucun doute.

C'est en s'appuyant sur ces nouveaux droits des patients que le Pr. Marius Fieschi dans

un rapport établi en mai 2003 a proposé "sa culture du partage". Le ministre de la santé a repris l'essentiel du rapport Fieschi en passant des "données partagées" au "dossier médical partagé" ou au "dossier médical personnel". Dans son rapport, le Pr. Fieschi proposait :

"Les établissements de santé, les professionnels libéraux d'un bassin de population, déposeront à "l'adresse qualité santé" de chaque patient, chez un hébergeur agréé, les informations dont ils disposent sur les patients dont ils ont la charge. Ce dépôt d'informations, identifiées et authentifiées, participe au système d'information de communication qui complète les systèmes d'informations existants".

L'interconnexion des systèmes informatiques devant permettre d'éviter le problème de

double saisie, le principe du libre accès étant acquis et le stockage des données chez un hébergeur autorisé, il ne reste plus qu'à franchir le pas. C'est ce que fait la loi relative à l'assurance maladie (loi du 13 août 2004) en fournissant un cadre législatif au DMP. Les textes suivants extraits des articles L 161-36-1 et 36-2 résument en quelques phrases les caractéristiques essentielles du DMP.

- "Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L 1111-8 du code de la santé publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L 1111-8 du même code, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins". "Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L 1111-8 du même code.

- "Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L 1110-4 et L 1111-2 du code de la santé publique, et selon les modalités prévues à l'article 1111-8 du même code, chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et théra-

peutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge". Sensibilisée au dossier médical informatisé dès 2001, l'URML de Corse participe au groupe de travail inter-URML. Guépard créé en 2004 dont l'axe prioritaire de travail est le dossier médical partagé. Elle suit très attentivement les avancées de ce dossier capital qui va bouleverser la configuration de la relation médecin/malade traditionnelle.

Pour comprendre l'enjeu de cette information à ce stade, il faut revenir au patient et s'interroger sur la manière dont il fera sienne cette information très technique, incompréhensible dans la plupart des cas. Les problèmes soulevés par le DMP sont à cet égard très importants. En ce qui concerne le risque d'atteinte à la confidentialité, argument toujours mis en avant, celui-ci fait actuellement l'objet de toutes les attentions pour rendre ce risque minimal. L'accès du système étant verrouillé par le patient, devra-t-il lui-même hiérarchiser le niveau de confidentialité, ou cela sera-t-il laissé à l'appréciation du médecin traitant ? Les patients seront-ils suffisamment avertis pour ne pas se laisser intimider ni dominer par la technicité de ce nouvel outil ? Sauront-ils résister aux pressions sociales de toute sorte (employeurs, assurances privées). Ces questions nous semblent essentielles.

Ce dossier personnel sera partagé avec qui ? Avec les professionnels de santé ? Avec les caisses ? Aura-t-on d'autres alternatives ?

La finalité de ce DMP n'est pas seulement individuelle, pour cela le dossier du médecin y suffirait. C'est clairement un bénéfice collectif qui est attendu dans l'organisation et la qualité des soins (la loi d'août 2004 y fait référence). Le DMP pourrait devenir aussi un outil de rationalisation des coûts avec toutes les contraintes et les limites que ce type d'outil présente.

L'information médicale du patient

L'information médicale du patient est un devoir du soignant, reconnu comme fondamental par les juges depuis longtemps. La jurisprudence a confirmé que le devoir d'information s'enracine dans le principe constitutionnel de protection de la dignité de l'individu. Depuis l'arrêt Hédelin du 25/02/97 de la Cour de Cassation, la nécessité d'informer le patient a été clairement réaffirmée. Qu'on en juge : Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation et, le médecin entrant dans cette catégorie, **est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prou-**

ver qu'il a exécuté cette obligation". La loi du 4 mars 2002, reprend ce principe et introduit un changement notable dans la mesure où l'information du patient n'est plus une simple obligation pour les médecins, mais se trouve élevée au rang de droit fondamental.

Cette loi accroît de façon très significative le contenu et l'étendue de l'information à délivrer. Le patient doit être informé des améliorations et des risques (graves et fréquents) attendus d'un traitement et de son coût. Cette information doit être fournie au cours d'un entretien individuel ou en présence de la personne de confiance choisie par le patient. L'article 1111-2 du code de la Santé Publique exige que "les médecins informent les malades des risques nouveaux dont ils auraient eu connaissance une fois la relation de soins achevée, sauf s'il apparaît impossible de retrouver le patient". La personne de confiance fait son apparition dans l'article 1111-6 du code de Santé Publique, elle est désignée par écrit. Elle doit être proposée au malade lors de toute hospitalisation (article 1111-6 du code de Santé Publique), elle est temporaire, sauf demande expresse du patient (pas de sanction prévue en cas de carence).

En cas de litige il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé... Cette preuve peut être apportée par tout moyen".

Nous voyons bien que dorénavant le médecin va avoir le souci de se prémunir du risque d'être accusé d'une mauvaise ou insuffisante information délivrée au patient. Les sociétés savantes proposent des modèles d'information pour certains examens ou traitements qui vont être délivrés au patient sous forme papier.

Réflexions et interrogations sur l'information médicale

Il semble acquis que le DMP appartient au patient, qu'il est hébergé par un tiers. C'est le patient qui autorisera le médecin consulté à pénétrer dans son dossier (en connectant simultanément sa carte vitale et la carte CPS du médecin).

Désormais le patient est maître du jeu et il va établir avec le médecin des relations basées sur l'échange et la négociation...une révolution !

« Nous voyons bien que le patient est devenu un acteur des soins parce qu'il est dorénavant en mesure de discuter ce qui lui est proposé, voire même de le contester », comme le dit le Pr. Dominique Thouvenin qui poursuit :

« On peut donc au travers des solutions récentes adoptées rendre compte des changements intervenus dans cette relation ; elles signalent le passage d'un modè-

le à un autre : le professionnel sachant n'est plus celui qui décide à la place de l'autre, compte tenu de ses compétences et de ses connaissances, mais celui qui doit transférer au patient les informations dont il dispose pour permettre à ce dernier de prendre une décision. Cependant, l'accès direct à toute une série d'informations médicales, par le biais des médias et en particulier d'Internet va contribuer à transformer ce second modèle, le patient confrontant les informations qu'il a glanées avec celles dont dispose le médecin ».

L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Corse a voulu, trois ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002 tenter d'appréhender le niveau de connaissance des médecins libéraux de cette loi et réaliser une première évaluation du retentissement de ces nouvelles dispositions sur leur pratique.

Pour cela une enquête anonyme a été réalisée en mars 2005. Le 8 mars 2005 un courrier a été adressé à tous les confrères auquel était joint un questionnaire anonyme qui se voulait restreint pour ne pas décourager les médecins surchargés de travail et sollicités régulièrement. (612 questionnaires envoyés, 137 retours).

Sur les 137 fiches exploitées, les trois quarts des médecins disent ignorer la loi, mais une grande majorité (plus des 4/5èmes) déclare donner une bonne information aux patients.

Sur ces 137 médecins, 15 ont fait l'objet d'une procédure de la part de leurs patients. En tout, 24 procédures sont signalées, 40 médecins seulement sur 137 estiment que la loi a eu un effet favorable sur la relation médecin/patient. Tous les autres estiment, soit qu'elle n'a aucun effet, soit qu'elle a eu un effet négatif.

Le Haut Comité de la santé publique en 2002 nous mettait déjà en garde : « L'enjeu de l'information...risque de renforcer l'instrumentalisation du patient et le légalisme, par une réaction de défense du corps médical, au détriment de la relation de soin et de la nécessaire confiance qui doit naître dans cette relation ». C'est bien ce que l'on constate. Il est nécessaire d'informer les médecins sur tous les aspects de la loi du 4 mars 2002. Pour cela l'URML de Corse envisage des formations de FMC sur ce thème.

Il nous apparaît essentiel de nous préoccuper de protéger les médecins libéraux des procédures intempestives et injustifiées, génératrices de défiance permanente, d'énormes gâchis financiers et, au final, du danger réel de désengagement des médecins d'une profession décidément impossible à pratiquer. C'est à ce travail que se consacre la commission

Inter URML "Réconcilier Droits et Soins" à laquelle participe l'Union corse. La principale proposition issue de cette commission, appuyée par les syndicats des spécialistes les plus concernés (gynécologues, chirurgiens et anesthésistes) est la création d'un fond national d'assurance, 2ème section de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), destiné à couvrir la quasi-totalité des préjudices subis par les patients, à l'occasion des fautes civiles médicales, hors fautes reconnues inexcusables ou intentionnelles. Il n'y a pas d'autre solution à notre avis pour desserrer l'étau juridique pesant sur la relation thérapeutique.

En ouvrant au patient un droit d'accès direct aux informations médicales le concernant, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a opéré une véritable petite révolution, dont les médecins n'ont sans doute pas pris à ce jour toute la mesure.

C'est à partir de ce constat que nous formulons des interrogations sur l'avenir de la relation médecin/malade. L'ère du patient "confiant" sa santé à un médecin tout puissant et omniscient est révolue. Autrefois, le médecin, du haut de son piédestal et de sa quasi-impuissance thérapeutique, prenait à sa charge les interrogations, les angoisses et les aveuglements de ses patients.

Il doit compter aujourd'hui avec les contraintes d'une technicité triomphante, mais froide et envahissante, de la rationalisation des coûts et du poids des assurances, mais surtout de l'autonomisation des sujets et de leur désir de savoir.

Voyons l'aspect positif de cette évolution : livré à sa solitude, et face à la complexité des procédures, le médecin souhaite naturellement partager le poids des décisions les plus difficiles, en équipe, et avec le patient. Il n'y a rien là-dedans que de normal et d'avantageux pour tous.

Mais gardons-nous des caricatures qui voudraient nous présenter le « patient prototype » émergent comme un partenaire qui, après avoir pris connaissance de ses données personnelles dans son DMP et glané des informations pertinentes dans les espaces santé sur Internet, devrait être prêt à participer aux décisions médicales et à gérer lui-même son "capital santé".

L'ère annoncée de ce patient devenu un consommateur parfaitement éclairé, l'ère du client-roi, dans un système contractuel à la "Darty", réducteur et déprimant, nous semble une utopie, symétrique dans ses énoncés à celle du marché dont elle pourrait bien partager également les inconvénients et les limites.

L'information due au patient suffit-elle à en faire dans toutes les circonstances un

Enquête d'opinion sur l'information médicale

Analyse du questionnaire médecins anonyme

137 retours sur 612 envois

Donnez-vous des informations claires et compréhensibles au malade avant tout examen médical ou chirurgical lui faisant courir des risques ?

108 Oui 29 Non

Donnez-vous des informations claires et compréhensibles après tout examen, traitement médical ou chirurgical ?

106 Oui 31 Non

Demandez-vous le consentement du malade avant tout examen, traitement ou intervention pouvant lui faire courir des risques ?

108 Oui 29 Non

Pensez-vous que l'apport d'information avant, après, ainsi que la demande de consentement, soit une obligation légale pour le médecin ?

112 Oui 25 Non

Confiez-vous leur dossier médical aux malades qui le demandent ?

123 Oui 14 Non

Pensez-vous que transmettre le dossier médical aux patients soit une obligation légale ?

106 Oui 31 Non

Avez-vous informé vos patients de leurs droits en matière de santé ?

43 Oui 94 Non

Connaissez-vous le texte de la loi du 4 mars 2002 qui traite des droits des malades ?

58 Oui 85 Non

Selon-vous, à qui appartient le dossier médical ?

54 Au médecin traitant
109 Au malade
0 à la CPAM

Quelles modifications la loi du 4 mars 2002 a apporté à votre pratique professionnelle ?

29 Amélioration
38 Détérioration
70 Aucune

A votre avis, quelles sont les conséquences de la loi sur la relation médecin/malade ?

40 Rapprochement
56 Défiance
41 Aucune

Depuis la parution de la loi du 4 mars 2002, avez-vous été l'objet d'une procédure initiée par l'un de vos malades ?

15 Oui 122 Non

2 médecins X 3 fois
5 médecins X 2 fois
8 médecins X 1 fois

co-gestionnaire éclairé de sa santé ? On voit bien que non, car d'une part, l'information est difficile à comprendre (comment expliquer facilement la balance des risques entre l'éventualité d'une trisomie 21 et l'amniocentèse ?) et que, d'autre part, l'information dans sa sécheresse ne résume pas tout le processus décisionnel pour le patient. Les publicitaires ont compris cela bien avant nous, à leur manière, et pour leurs intérêts qui ne sont pas toujours ceux des consommateurs. Laissons leur cette problématique qui n'est absolument pas la nôtre.

La vraie question nous semble celle-ci : comment faire accéder nos patients à une véritable maîtrise de leurs choix, dont nous savons qu'ils résultent d'émotions et de contradictions humaines pas toujours conscientes et qu'il nous faut du temps pour les laisser venir au jour ?

Il nous faut aussi encore plus de ce qui a toujours été au cœur de la relation thérapeutique, l'écoute et la confiance, et

cette empathie sans laquelle aucun de nos conseils n'aurait de poids. La liberté des patients dans le système de soins se paiera au prix du temps passé par les médecins à les éclairer et à les écouter. Nous ne serons pas quittes, pour remplir notre devoir d'information, de formalités administratives, fussent-elles prises en charge par le meilleur système collectif d'assurances possible. Demandons-nous également si les conditions actuelles de travail et la démographie médicale telle qu'elle s'annonce pour les dix ans à venir ne seront pas l'obstacle le plus sérieux pour remplir cette tâche fondamentale. La relation médecin/malade reste essentielle et ne se résume pas à ses aspects réglementaires. Elle est la conjonction de la subjectivité de deux individus dans une demande d'aide et de protection. Elle engage l'enjeu vital, sa valeur est anthropologique, il nous faut à tout prix la préserver par delà l'évolution des mœurs, des lois et des sociétés.

Un compromis difficile à mettre en oeuvre



La PDS n'est réalisable que si la complémentarité public/privé est admise par tous les acteurs.

Le volontariat des médecins libéraux n'est viable que si la PDS est rendue attractive.

En novembre 2001, à l'initiative d'un syndicat représentatif, face à la stagnation des honoraires et aux tergiversations du gouvernement en place, les généralistes libéraux voulant aussi exprimer leur inquiétude devant la baisse de la démographie médicale et protester contre la pénibilité accrue de la Permanence Des Soins (PDS), déclenchent une grève des gardes. En 2002, à l'issue de six mois de conflit après que la Corse ait lancé le mouvement pour la revalorisation du C et du V, celle-ci est obtenue. Reste le problème de plus en plus épineux de la PDS, éludé par les institutionnels. Au cours des deux dernières années, on a vu naître dans chaque région des associations de médecins libéraux axées sur la PDS et la régulation médicale. Plusieurs décrets sont parus et la convention dans l'avenant n°4 du 1er juin 2005, organise cette PDS. En Corse, deux associations départementales se créent : l'ADOPS 2A (Pdt: Dr Grisoni), l'ADOPS 2B (Pdt: Dr Pierre Castellani) et l'ARMEL

Corse (Association de Régulation de la Médecine Libérale Corse). De son côté, le CODAMUPS (Comité d'Organisation De l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins) tarde à se mettre en place et ce n'est qu'à la demande de l'URML, de l'ADOPS et du Conseil de l'Ordre que les comités départementaux du CODAMUPS ont été constitués. Les médecins libéraux et les institutionnels y participent... Mais la représentation telle qu'elle est fixée par décret est peu équitable : 5 représentants des médecins (Conseil de l'ordre, ADOPS, CSMF, MG) pour 15 administratifs (DSS, URCAM, CPAM, SDIS, Hospitalisation publique et privée, ambulances privées, SAMU, Centre 15). A ce jour, l'avenant n°4 du 1er juin 2005 a l'ambition de réorganiser la PDS. Le décret du 7 avril 2005 prévoit **d'une part le principe du volontariat du médecin libéral**, d'autre part, une réorganisation des secteurs d'astreinte, adaptable en fonction des horaires et des périodes de l'année.

La régulation préalable des demandes de soins doit être assurée par le Centre 15 en interconnexion avec les associations de régulation médicale, quand elles existent. Par courrier du 11 avril 2005, le ministre de la solidarité, de la santé de la famille et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie ont informé les partenaires conventionnels de leur volonté de redéfinir dans les meilleurs délais les secteurs de PDS afin de mieux prendre en compte les besoins de la population, l'offre de soins existante, ainsi que les caractéristiques propres à chaque département. Ils ont précisé que cette redéfinition serait assurée à l'issue d'une concertation menée par les préfets au sein du CODAMUPS et **devrait notamment permettre, en application du décret précité, d'obtenir une mutualisation des secteurs après minuit d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale, dès lors que cette nouvelle organisation garantit une PDS en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit.**

Le 27 juin 2005, le **CODAMUPS de Corse du Sud** se réunit, l'ADOPS 2A fait des propositions concrètes : Une organisation capable de répondre tant de manière quantitative que qualitative aux besoins de soins non programmés en dehors des ouvertures des cabinets médicaux suppose :

- **Une régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) public ou privé.** Un appel sur deux aboutit à un conseil médical.
- **La PDS étant une notion spécifique** différente de l'aide médicale urgente, une régulation libérale des appels interconnectée avec le SAMU dans le cadre d'une convention approuvée par le préfet (art 8732 et 734 du décret du 07.04.2005) et mise en place conformément à l'article 2 de l'avenant N° 4 signé par les représentants syndicaux et le directeur de l'UNCAM : financement de la rémunération du régulateur, de la formation indemnisée dans le cadre de la FMC ainsi que la prise en charge de la RCP des médecins régulateurs.

- **L'objectif de la PDS** doit tendre vers la visite zéro. C'est-à-dire que des moyens doivent être mis en oeuvre pour déplacer le malade et non plus le médecin. En effet, le « temps médical » ne consiste pas en la couverture de distances kilométriques exorbitantes pour des professionnels dont l'activité moyenne hebdomadaire est de loin supérieure à 55 heures et dont la médiane d'âge les place dans une tranche où l'astreinte pénalisera les patients du lendemain en l'absence de tout repos récupérateur (les directives européennes et le droit du travail sont là

pour nous rappeler l'iniquité et le danger de telles pratiques auxquelles on associera l'épuisement à l'origine de situations pouvant être dramatiques.

- **Il faudrait donc mettre à disposition** du médecin régulateur, les moyens (VSL, voir ambulances), pour déplacer le patient si nécessaire au cabinet du médecin d'astreinte, gage d'une prise en charge médicale optimisée.

- **La visite à domicile doit devenir l'exception** en dehors des nécessités incontournables (rôle primordial du médecin régulateur).

- **Les médecins ruraux qui s'engagent dans la pratique de l'AMU** doivent bénéficier d'une compensation financière et de moyens spécifiques (cf. cahier des charges de la PDS rurale remis en séance du précédent CODAMU.)

- **La mutualisation des secteurs doit s'accompagner de la mutualisation des astreintes en milieu rural où le moindre départ ou la maladie d'un médecin risque de désorganiser complètement l'offre de soins.** Une PDS attractive doit permettre d'offrir au médecin les moyens de se faire remplacer.

- **La mutualisation des secteurs concédée (14 au lieu de 21) avec une PDS de douze heures effectives ne peut être admise que dans le cadre défini ci-dessus.**

- **La régulation libérale devra être régionale.**

La réunion du 27 juin 2005 nous éclaire parfaitement sur l'état d'esprit des institutionnels qui consiste à assurer la PDS au moindre coût en réduisant les secteurs à un nombre minimum. En effet la DSS propose une sectorisation à 10 secteurs

alors que l'ancienne sectorisation était de 21 secteurs en hiver et 23 en été. Les médecins libéraux font une contre proposition « raisonnable » : 14 secteurs l'hiver et 15 secteurs l'été, sans diminution du nombre de secteurs après minuit. Cette cartographie a été mûrement réfléchie conjointement par le Conseil de l'Ordre et les syndicats. Les institutionnels veulent passer à 5 secteurs après minuit ! Il s'agit là d'une proposition irréaliste et dangereuse sur laquelle les médecins libéraux n'ont pas voulu céder. Les médecins libéraux, après quatre heures de discussions, se sont donc décidés à quitter la réunion. Le 25 juillet 2005, nous apprenons par la presse locale que le Préfet aurait enfin arrêté la nouvelle sectorisation...

Nous avons confirmation par téléphone de la parution de l'arrêté préfectoral n°051030 du 21 juillet 2005 fixant les secteurs de garde pour la médecine libérale 2A. Cet arrêté vient de nous parvenir, il est extrêmement succinct et se contente de fixer les limites des 15 secteurs d'été (les communes de Vico et de Coggia constituent coté plage un secteur à part entière pendant les deux mois d'été). Cette convention expire le 31 octobre 2005 et devra être renouvelée au delà. Cet arrêté ne précise en rien le rôle primordial de la régulation médicalisée ni les moyens mis en oeuvre. Elle ne précise pas les horaires où cette PDS libérale peut se réaliser selon les secteurs et le nombre de volontaires, par secteur. Il laisse au Conseil de l'Ordre, la tâche ardue de résoudre ce problème.

Dr Sauveur Merlenghi

Chronique du CODAMUPS de Corse du sud depuis mai 2004

De nombreuses réunions du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires ont eu lieu, au cours desquelles les débats assez vifs ont toujours tourné à un affrontement entre l'Hospitalisation publique et la médecine libérale. Et pour cause ! Les statistiques fournies ont toujours été contestées par les libéraux : elles ne reflètent pas la réalité du terrain. Malgré la volonté d'avancer sur la PDS et la présentation de multiples projets élaborés par l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins des Médecins Libéraux de la

Corse du Sud (A.D.O.P.S. 2A) et l'Association de Régulation de la Médecine Libérale en Corse (A.R.M.E.L.-Corse) la puissance publique n'a eu de cesse de réfuter la pertinence et l'utilité de ces projets jugés trop onéreux. Alors que parallèlement, on tolère à l'hôpital d'Ajaccio un déficit de 38 millions euros avec une gestion plus qu'approximative pointée par le rapport de l'IGAS...

Afin que chacun puisse mesurer la mauvaise foi des administratifs dans ce dossier, nous publions sur le site internet de l'URML (www.urml-corse.org), le rapport d'inspection du Centre 15, qui vient d'être

rédigé par Mme le médecin inspecteur régional de santé publique. Elle aurait inspecté les Urgences du 18 au 21 août 2005...

Ce rapport, paradoxalement, conclut à l'efficacité de la régulation du Centre 15 de l'hôpital d'Ajaccio et à la nécessité de nouveaux moyens pour que le Centre fonctionne bien ! Des incohérences sont relevées... Ainsi, il est demandé un médecin régulateur supplémentaire et du matériel dont un réseau SSU codé, "les appels ne pouvant pas être enregistrés", tandis que page 1, il est fait état de l'écoute des bandes d'enregistrement des mois de juillet et août 2005 ! Nous savons tous que l'enregistrement est obligatoire pour les raisons médico-légales évidentes. Que l'on accuse les médecins pompiers de

vénalité à travers les difficultés qu'il y a à les joindre, c'est toucher le fond de la mauvaise foi et de la malhonnêteté intellectuelle. Trop c'est trop ! Que l'on refuse des moyens aux libéraux fustigés au passage, que l'on constate le "Bon fonctionnement d'un service" alors que tous les médecins libéraux de Corse du sud savent d'expérience que la régulation médicale du Centre 15 au centre hospitalier d'Ajaccio n'existe pas, relève de la gageure. Il semble que la participation des médecins libéraux à une régulation externalisée à 3C de l'heure soit exclue au mépris de l'avenant n°4 de la convention médicale et du décret du 7 avril 2005. Cela ne peut être que directement dicté par le refus de voir des médecins libéraux participer directement à la régulation.

Le point sur la formation des médecins habilités

L'ANAES a lancé la formation de médecins habilités, fin 2001, pour répondre au décret de décembre 1999. Fin juillet 2005, 16 groupes de médecins ont été formés, soit 644 MH couvrant 20 régions.

Certains médecins habilités de cette période vont être amenés à choisir si ils exercent actuellement un mandat électif ordinal ou à une URML, en raison des

incompatibilités retenues (voir la décision de la HAS).

La première génération de médecins évaluateurs de Corse est en formation. Elle se déroule en quatre temps :

1 - Réunion régionale de lancement à l'URML avec documents à lire et autoévaluation à réaliser par chaque médecin en cours de formation. celle-ci

porte sur le référentiel "Dossier".

2 - Séminaire N° 1 les 23, 24 et 25 septembre 2005 : cadre général de l'EPP - Priorité à l'analyse d'un matériel d'auto-évaluation - Réflexion sur l'engagement dans une démarche qualité - Travail sur les écarts et les mesures d'amélioration - Préparation à la visite sur site et son deuxième temps qui aborde

l'analyse de situations cliniques.

3 - Temps intermédiaire : les médecins habilités se visitent entre eux.

4 - Séminaire N° 2 les 21, 22 et 23 octobre 2005 : retours sur les visites sur site. EPP en groupe. Mise en situation. Comptendu d'EPP.

Fiche technique

A.T : sanctions contre les abus de prescriptions

La réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 dispose de moyens juridiques permettant d'accroître l'efficacité des contrôles, d'harmoniser les pratiques de prescriptions et d'agir contre les arrêts de travail non justifiés médicalement.

Depuis deux ans, les caisses d'assurance maladie ont intensifié le contrôle des prescriptions d'arrêts de travail, dont l'augmentation moyenne annuelle a été de 9,2 % au cours de la période 1999-2003. Selon un rapport de l'Inspection générale sanitaire et sociale, il semblerait que 6 % d'entre-elles soient médicalement injustifiées.

Cela représente un coût : 340 millions d'euros sur les 5,1 milliards versés au titre des indemnités journalières, lesquelles participent pour 5,7% au total des dépenses de l'Assurance maladie. Dans ce contexte, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a modifié les règles relatives aux interruptions de travail et prévu des moyens juridiques pour

sanctionner les fraudes.

Obligations pour le prescripteur et l'assuré

Les nouveaux textes encadrent davantage les pratiques du professionnel de santé, puisque désormais, sauf exceptions réglementaires, « l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant ». Sur ce volet, des référentiels médicaux de prescription des indemnités journalières seront mis à la disposition des médecins et le contrôle des prescripteurs importants sera accru.

En cas d'abus, une pénalité financière dont « le montant est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale », soit une amende maximale de 5 032 euros, pourra être prononcée à l'encontre du médecin dans le cadre d'une commission paritaire.

Les obligations de l'assuré sont éga-

lement renforcées. L'article 27 de la loi modifie par exemple les heures de sortie autorisées : dorénavant le médecin traitant pourra accorder trois heures de sortie consécutives au patient, qu'il déterminera en fonction de sa pathologie et de sa situation particulière.

Par ailleurs, le service du contrôle médical aura la possibilité de contrôler et de convoquer les assurés en se fondant sur la fréquence des prescriptions d'arrêts de travail. Lorsque l'arrêt maladie a duré plus de 21 jours, après un congé maternité ou une absence pour accident de travail de plus de 8 jours, le salarié doit subir une visite médicale de « reprise » avec le médecin du travail pour retrouver son emploi. Enfin, la loi permet de suspendre les indemnités journalières si l'assuré se soustrait au contrôle de la Sécurité sociale, voire de demander le remboursement de sommes indûment perçues.

Journée de formation de la Société Corse d'Etudes Freudiennes

Notre société, comme l'Association Lacanienne Internationale à laquelle elle est rattachée, se préoccupe de la transmission et du maintien (de la réanimation ?) des cliniques psychiatriques et psychanalytiques. (Cf. le Journal Français de Psychiatrie aux éditions Erès). Une part notable de nos activités y est consacrée, mais il manquait jusqu'alors un enseignement consacré à l'enfant. Ce manque est comblé !

Le Pr. Misès nous fait l'honneur et l'amitié de nous faire travailler ce domaine. Il viendra une fois par trimestre présenter l'enregistrement vidéo d'un enfant, qu'il commentera et livrera à la discussion. On sait que l'on doit au Pr. Misès, une conception psycho dynamique antithétique d'une nosologie des espèces morbides utile à la seule prescription de médication. C'est aussi grâce à son action que la pédopsychiatrie a échappé, en France, au cataclysme DSMique. Tout cela dit assez le prix que nous attachons à son enseignement.

La première séance aura lieu :
le 22 octobre 2005
de 9h30 à 12h30
à l'hôtel Castel Vecchio,
Rte d'Alata - Ajaccio.

Vous y êtes invités. La participation aux frais sera de 20 Euros.

Trait d'Union

est édité par
l'Union Régionale des
Médecins Libéraux
de la Corse

Villa Mérimée
9 Cours Grandval
20 000 Ajaccio
tel 04.95.51.33.33
fax 04.95.51.33.43

8, rue Miot
20200 Bastia
tel 04.95.30.83.53

Restez connectés :
Urml.Corse@wanadoo.fr
www.URML-Corse.org

Rédaction
Dr Marie-Dominique
Battesti

Comité de Lecture
Dr Gérard Olivieri
Dr Sauveur Merlenghi
Dr J-C Casanova
Dr François Agostini

conception :

MédiaSud News
agence de presse

4, rue Arène
20000 Ajaccio
tel 04.95.50.10.00
fax 04.95.21.62.83

2, rue Saint Jean
20200 Bastia
tel 04.95.34.17.13
fax 04.95.31.59.27

Assemblée générale de l'URML

Au cours de l'AG du 1er octobre, l'URML a voté à l'unanimité, une participation financière au plan de financement de la Transmission des Données aux Unions (TDU). Le plan prévoit 650 000 E. La participation s'élève à 12 500 E pour les Unions ultramarines (dont la notre), à 25 000 E pour les Unions de taille moyenne et de 50 000 E pour les grandes unions.

Responsabilité médicale

L'URML de Corse organise avec la Faculté de Médecine de Marseille, une Attestation d'Etudes sur le thème de la Responsabilité Médicale. Les médecins intéressés sont priés de s'inscrire rapidement car l'organisation de cette formation dépend du nombre de participants.

Journée "allaitement maternel"

La 2ème journée "allaitement maternel" organisée par le Conseil général de la Corse du Sud, se déroulera à la fin octobre à Ajaccio. Le thème retenu pour l'année 2005 est "l'un contre l'autre". Les personnes intéressées peuvent joindre le Dr Florence Louiset, médecin responsable de la PMI au 04 95 29 13 96.

Vazzino : info de dernière minute

Nous venons d'apprendre qu'EDF a attaqué l'arrêté préfectoral mettant fin à la dérogation qui lui permet de polluer sans aucune limite le golfe d'Ajaccio et la vallée de la Gravona...

Attestation d'Etudes Hématologie générale

L'URML a mis en place avec la Faculté de Médecine de Marseille, une attestation d'études destinée aux médecins généralistes et spécialistes, sur l'hématologie générale. Enseignant responsable : Pr. COSTELLO.

- | | |
|----------|--|
| 06/10/05 | Complications des chimiothérapies et gestion par le médecin traitant. |
| 03/11/05 | Comment explorer une anomalie de la numération plaquettaire ? |
| 01/12/05 | Conduite rationnelle de l'exploration d'une anémie. |
| 05/01/06 | Orientations diagnostiques devant une anomalie de numération des leucocytes. |
| 02/02/06 | Conduite à tenir pratique devant une adénopathie superficielle. |
| 02/03/06 | Mise au point pratique sur les syndromes myéloprolifératifs. |
| 06/04/06 | Découverte d'un pic d'aspect monoclonal à l'électrophorèse sérique. |
| 04/05/06 | Nouvelle technique d'exploration en hématologie et médecin traitant. |
| 01/06/06 | Thérapeutiques innovantes, anticorps monoclonaux, immunomodulateurs, inhibiteurs du signal, inhibiteurs du protéasome. |