

5^e génération, mais sept des dix souris de la 6^e génération étaient atteintes. Parmi elles, cinq portaient des tumeurs dans lesquelles le virus fut identifié.

Il est inutile de multiplier les exemples qui montreraient encore l'existence d'étroites analogies entre virus et particules cellulaires normales.

Lorsque nous extrayons une particule d'acide désoxyribonucléique d'une bactérie, tel un pneumocoque, un bacille de Pfeiffer ou un cocco-bacille de Bordet et Gengou, que nous l'introduisons dans une autre bactérie de la même espèce, mais appartenant à une race distincte, nous conférons héréditairement à cette dernière certains caractères du germe donneur, en même temps que la capacité de reproduire l'acide désoxyribonucléique inducteur spécifique. Lorsque nous cultivons ensemble deux souches différentes convenables du bacille du côlon, nous pouvons isoler de la culture mixte des recombinaisons, c'est-à-dire des organismes chez lesquels on retrouve un mélange des caractères propres aux deux souches originales et qui, de plus, sont, à leur tour, capables de transmettre ces caractères lors d'autres tentatives de recombinaison. Lorsqu'enfin nous soumettons certaines bactéries, telle *Salmonella typhimurium*, à l'action d'un bactériophage tempéré, provenant d'une souche distincte de la même espèce, nous pouvons voir que les survivants lysogènes possèdent certains caractères de la souche donneuse qui leur ont été transduits; ils les

transmettent à leurs descendants et peuvent les transduire à leur tour.

Tous ces phénomènes sont interprétés en termes de génétique, ce qui en fournit une image très cohérente sans aucun doute. Il serait toutefois très possible de les décrire aussi en termes d'infection par des virus, ceux-ci rejoignant ainsi ces organites cellulaires normaux que sont les gènes ou groupes de gènes.

RÉFÉRENCES

(Limitées à quelques publications et traités où l'on trouvera une bibliographie détaillée.)

1. J. G. CARR. — *In Symp. sur : Interaction of viruses and cells*, 6^e Congr. int. Microbiol., Rome, 1953, Fond. E. Paterno éd., 1953, p. 97.
2. A. CLAUDE. — *Science*, 1937, 85, 294; 1938, 87, 467; 1939, 90, 213; *Physiol. Rev.*, 1933, 13, 246; *Cancer Res.*, 1947, 7, 421.
3. L. DMOCHOWSKI. — *In The nature of virus multiplication*, Cambridge University Press, 1953, p. 293.
4. A. GRATIA. — Nature des ultra-virus, in C. Levaditi et P. Lépine (éd.). Les ultra-virus des maladies humaines, Maloine, Paris, 2^e éd., 1948, vol. 1, p. 111-185.
5. S. E. LURIA. — *General Virology*, John Wiley and Sons, Inc., New York, 1953.
6. A. LWOFF. — *Bact. Rev.*, 1953, 17, 269.
7. R. E. SHOPE. — *In The dynamics of virus and Rickettsial infections*, The Blakiston Company, Inc., New York, 1953, p. 125.
8. M. WELSCH. — *Bruxelles médical*, sous presse.
9. M. WELSCH. — Journées thérapeutiques de Paris, 1955, Doin éd., sous presse.
10. M. WELSCH, G. CAVALLO et P. CANTELMO. — *Rev. belge Pathol. Méd. expériment.*, 1953, 22, 241.

Courrier de la Revue Médicale de Liège

Ne pourrait-on améliorer le système de contrôle médical de l'Assurance Maladie-Invalidité pour les incapacités de travail ?

Quelle que soit l'opinion qu'il professe au sujet des récents arrêtés réformant l'A. M. I., le médecin ne peut que souhaiter une collaboration effective avec le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité et les organismes assureurs. Pareille collaboration est évidemment indispensable tant dans l'intérêt du malade que dans celui des mutuelles. Nous allons montrer que cette collaboration n'est pas possible dans le régime actuel pour les incapacités de travail.

Quand un malade est déclaré inapte au travail, il remet à son médecin traitant un formulaire « certificat d'incapacité de travail » (délivré par son organisme assureur). Ce formulaire « doit être remis ou envoyé par la poste dans les 24 heures de sa date à la mutualité... »; c'est toujours le malade qui est chargé de cet envoi. Tous les modèles de certificats de ce type consistent en documents découverts (feuille volante ou carte-postale). Dans ces conditions, le médecin ne peut donc y indiquer un diagnostic précis et confidentiel; pour des raisons bien évidentes, certains diagnostics ne peuvent être communiqués tels quels aux malades, ni livrés à la connaissance d'indiscrets. Dans ces conditions, il est, de plus, bien difficile que le médecin traitant collabore efficacement au dépistage des paresseux récalcitrants.

DOSSIER N°

Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité

130/38 Mutuelle SAINT-LÉONARD
BEYNE-HEUSAY Entré le

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Je soussigné, docteur en médecine, déclare que
M. né le
adresse

N° d'immatriculation :

atteint de (x)

est incapable de travailler depuis le 195

Son incapacité aura une durée probable de

..... sait — ne sait pas se déplacer.

....., le 195

Cachet du
médecin

Signature du médecin,

(1) Ce certificat ne peut être remis aux victimes d'un accident de travail, celui-ci ne donnant pas lieu à indemnisation à charge de l'assurance maladie-invalidité.

TRÈS IMPORTANT : Ce certificat doit être remis ou envoyé par la poste dans les 24 heures de sa date à la mutualité, faute de quoi la date de la remise sera considérée comme date de début de l'incapacité.

Le système est tellement déficient que les organismes assureurs eux-mêmes n'y font pas confiance. Ils ont recours à des infirmières visiteuses dont la compétence est évidemment limitée. Ils convoquent les malades à un service de contrôle. En d'autres termes, tout se passe comme si le médecin traitant était incapable de renseigner lui-même le service contrôle sur la maladie, la période approximative d'incapacité de travail, la date à laquelle une convocation au contrôle pourrait être fixée.

Quelques exemples vécus :

1. Une malade atteinte de phlébite à la jambe gauche. Le certificat spécifie ce diagnostic et atteste l'incapacité de déplacement pendant 4 à 6 semaines. La malade est convoquée au contrôle à trois reprises, à une semaine d'intervalle et ce, nonobstant le passage de l'infirmière visiteuse. Chaque convocation fut l'occasion bien compréhensible d'une demande de visite à domicile justifiée par la néces-

sité de remplir un nouveau certificat (donc trois visites supplémentaires et inutiles, à charge de l'organisme assureur...).

2. Un malade atteint de tuberculose pulmonaire évolutive : diagnostic que le médecin ne peut rendre public. Il faut donc bien recourir à un euphémisme : « affection respiratoire — inapte au travail — ne peut se déplacer ». Avant que la cure sanatoriale ne soit en train, 15 certificats ont dû être rédigés pour justifier l'absence du malade convoqué au contrôle.

3. Un malade entre dans la clinique de sa mutuelle pour sympathectomie. Le certificat mentionne « intervention chirurgicale — ne peut se déplacer — inapte au travail pour 4-6 semaines ». Trois jours après l'intervention (dans la clinique de la mutuelle), le malade est convoqué (à domicile) au service de contrôle...

On pourrait multiplier les exemples. Et n'oublions pas le cas des paresseux. Pas question de les renvoyer de la consultation : ils changeront de médecin. Pas question de renseigner la mutuelle par leur intermédiaire. La mutuelle faisant en fait confiance à ses infirmières visiteuses (qui peuvent être abusées par les déclarations du farceur) et à son service de contrôle, il faut un certain temps avant que l'abus ne soit repéré. Chaque consultation non motivée par des affections évidentes vaut toujours à celui qui la demande, un congé inutile de quelques jours : aux frais de l'organisme assureur.

La réforme à introduire est simple. Les certificats d'incapacité de travail devraient être conçus suivant le modèle des certificats de décès. Ils devraient comporter un pli fermé qui ne pourrait être ouvert que par le service de triage de l'organisme assureur. Le médecin serait ainsi devant ses responsabilités — vis-à-vis de sa conscience, du malade et de la mutuelle —, et il pourrait exercer son devoir. Ses diagnostics étant dûment précisés, ses prescriptions étant claires et motivées, une collaboration directe et honnête s'établirait entre lui et le médecin contrôleur. Les convocations pourraient se faire désormais à bon escient. Les vrais malades ne seraient plus dérangés d'une façon qu'ils tiennent à juste titre pour vexatoire. Les resquilleurs seraient convoqués immédiatement; les semi-resquilleurs seraient surveillés (il serait possible au médecin d'inscrire des mentions comme la suivante sur le volant secret du certificat « diagnostic en suspens, à convoquer dans X jours après les examens » ou bien « inapte au travail ce 10 novembre. A convoquer immédiatement »).

On notera que cette réforme diminuerait les charges des organismes assureurs et les difficultés de leurs services de contrôle.

Marcel Leclercq.
Beyne-Heusay.

Revue de la littérature médicale internationale

J.-R. Tittley. — *L'arthrite cervicale. Son action neuro-vasculaire.* « Bull. Assoc. des Médecins de Langue Française du Canada : l'Union Médicale du Canada », 1955, 86, 187-196.

L'auteur rappelle l'anatomie du sympathique cervical avec ses centres intra-médullaires et ses

centres périphériques de relais, et ses trois chaînes périphériques, la chaîne classique avec ses trois ganglions cervicaux supérieur, moyen et inférieur, la chaîne cervicale superficielle sur le bord externe du scalène antérieur, la chaîne cervicale profonde qui accompagne l'artère vertébrale : il précise les