



CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA HAUTE-VIENNE
DE L'ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Haute-Vienne

n° 35

septembre 2026

DOSSIER (P.8)

EHPAD : mode d'emploi

**Le vieillissement
au quotidien**



**Dossier Handicap :
La protection juridique
des Majeurs**

p. 18



**Infos pratiques :
La vaccination des
professionnels de
santé**

p. 30



**Infos pratiques
Déontologie :
Focus sur les articles
11, 12 et 23**

p. 32



sommaire



SITE INTERNET

Retrouvez toutes les informations et publications sur le site Internet du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins en vous connectant sur :

www.conseil87.ordre.medecin.fr

ou en flashant le QRcode ci-dessous



Publication du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins

Directeur de la publication :
Dr Thierry BOËLY, Président du CDOM 87.

Rédacteur en chef :
Dr Dominique MOREAU.

Commission info et bulletin,
site communication :
Drs François BERTIN, Pierre BOURRAS,
Bouchra DAHMANI, Catherine DE BLOMAC,
Éric DENES, Yves FEYFANT, Dominique MOREAU

19, rue Cruveilhier 87000 Limoges
Tél. 05 55 77 17 82

E-mail : cd.87@ordre.medecin.fr

Conception et réalisation :
Graphik-Studio : admi@graphik-studio.com

Crédits photographiques :

© Shutterstock : Pages : 1-5-8-14-18-24-25-28-31-32-33

34-35-36-37 - Pierre Bourras : Page 38 - Généré par IA : Page 30.

■ Édito	p. 3
■ Exercice professionnel	p. 4
■ Hommages	p. 6
■ Numéros utiles	p. 7
■ Dossiers	
EHPAD : MODE D'EMPLOI	p. 8-17
HANDICAP : LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS VULNÉRABLES	p. 18-27
■ Pharmacovigilance	p. 28
■ Infos pratiques	
• Vaccination des professionnels de santé	p. 30
• Un peu de déontologie	p. 32
■ Témoignages	
• Le Médecin conseil d'assurance	p. 36
• La Protection maternelle et infantile (PMI)	p. 37
■ Histoire	
• Histoire : Le Tour d'abandon de l'hospice de Limoges	p. 38
■ Agenda	p. 40

Erratum ! Bulletin n°34

Une erreur s'est glissée dans le dernier bulletin papier n°34, à la page 27, dans un des schémas illustrant l'article consacré aux opioïdes. Il convient de lire 10 mg de morphine et non 100 mg. Nous vous prions de bien vouloir nous en excuser.

Pour rappel, règles d'équianalgésie :

				
50 mg Tramadol®	=	60 mg codéine	=	10 mg morphine



édito

Dr Thierry BOËLY

Président du Conseil départemental
de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins

Chères consœurs, chers confrères,

A travers ce nouveau numéro de notre bulletin ordinal, nous avons souhaité aborder plusieurs sujets qui, chacun à leur manière, témoignent des transformations profondes de notre exercice médical et des responsabilités qui nous incombent au quotidien.

La médecine ne se limite pas à la prise en charge clinique ; elle participe pleinement aux enjeux de société, à la protection des personnes et à la préservation des valeurs qui fondent notre profession.

Nous avons souhaité consacrer une place importante au secteur médico-social à travers un guide pratique destiné aux médecins sur le fonctionnement des EHPAD. Nombre d'entre vous sont amenés à intervenir dans ces établissements ou à collaborer avec leurs équipes. Comprendre leur organisation, mesurer les difficultés spécifiques rencontrées par les structures rurales, améliorer la coordination entre les différents acteurs de soins et appréhender l'évolution du rôle du médecin coordonnateur constituent aujourd'hui des enjeux majeurs. Dans un contexte de vieillissement démographique la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendra de notre capacité collective à construire des parcours de soins cohérents, humains et adaptés aux réalités du terrain.

Enfin, ce bulletin aborde la protection des majeurs et le fonctionnement des mesures de tutelle. Ces situations concernent de plus en plus fréquemment notre pratique. Elles placent le médecin dans une position essentielle : celle d'un professionnel qui accompagne la vulnérabilité tout en veillant au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Une meilleure connaissance des dispositifs juridiques permet de sécuriser nos interventions et de renforcer le dialogue avec les familles et les acteurs judiciaires.

Ces thématiques ont un point commun : elles rappellent que notre métier repose autant sur l'expertise médicale que sur la responsabilité, la coordination et l'attention portée aux plus fragiles.

Je remercie chaleureusement les auteurs et contributeurs de ce numéro pour leur engagement et leur travail. J'espère que ces contenus vous apporteront des éclairages utiles dans votre exercice quotidien.

Je vous souhaite une excellente lecture.

TABLEAU Du 1^{er} décembre 2025 au 1^{er} juillet 2026

PRIMO-INSCRIPTIONS

En Médecine générale

Dr BOSC Pierre, le 3 décembre 2025
 Dr BOUCHKOUR Zakaria, le 1^{er} juillet 2026
 Dr BRAUDEL Edouard, le 3 décembre 2025
 Dr CATHALIFAUD Anne, le 3 décembre 2025
 Dr CHLELA Aurore, le 3 décembre 2025
 Dr CHOTIN Etienne, le 3 décembre 2025
 Dr DA COSTA Elsa, le 1^{er} juillet 2026
 Dr DEGUEURSE Lélien, le 14 janvier 2026
 Dr DELILLE Angélique, le 4 février 2026
 Dr DUGAS Timothée, le 16 décembre 2025
 Dr GENOT Morgane, le 14 janvier 2026
 Dr HENNEQUIN Clara, le 14 janvier 2026
 Dr JAMILLOUX Léa, le 3 juin 2026
 Dr LANARD Clara, le 3 juin 2026
 Dr NICOLAÏ Lisa, le 3 décembre 2025
 Dr PASCAUD Tiphaine, le 3 décembre 2025
 Dr PRUNIERES Florian, le 1^{er} avril 2026
 Dr QUERRIOUX Hélène, le 30 avril 2026
 Dr REGIS Chloé, le 14 janvier 2026
 Dr ROYER Mathilde, le 1^{er} avril 2026
 Dr SALEIX Virgile, le 14 janvier 2026
 Dr TAYEM FOTIEU Patrick, le 14 janvier 2026

En Anesthésie réanimation

Dr RAYGNIER Pierre, le 3 décembre 2025

En Gériatrie

Dr LAURENT Mérydith, le 30 avril 2026
 Dr LE BIVIC Jean, le 30 avril 2026
 Dr PITAULT Clémentine, le 30 avril 2026

En Médecine cardio-vasculaire

Dr BOUTALEB Amine-Mamoun, le 1^{er} avril 2026
 Dr BUACHE Jessica, le 3 juin 2026

En Neurologie

Dr LE PICHON Alexandre, le 1^{er} juillet 2026

En Ophtalmologie

Dr ATEs Emilie, le 14 janvier 2026
 Dr VAN ACKER Grégoire, le 14 janvier 2026

En Pneumologie

Dr DOUADI Saffiedine, le 30 avril 2026

En Psychiatrie

Dr BATSCH Thomas, le 30 avril 2026
 Dr SAUMADE Ariane, le 30 avril 2026

En Gynécologie médicale

Dr POIRÉ Camille, le 31 octobre 2025

En Rhumatologie

Dr BORDIER Gabriel, le 30 avril 2026
 Dr LOUPRET Thibaud, le 30 avril 2026

RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr BIRKEL Chloé, le 6 mai 2026
 Dr BONNAUD Lucie, le 6 mai 2026
 Dr COLLINS Claire, le 14 janvier 2026
 Dr BRUNO Frédéric, le 14 janvier 2026
 Dr LAVAYSSIERE Jean-Luc, le 1^{er} juillet 2026

En Anatomie et cytologie pathologiques

Dr MESTUROUX Laura, le 1^{er} janvier 2026

En Biologie médicale

Dr GARROT Edouard, le 3 décembre 2025

En Cardiologie et maladies vasculaires

Dr BADREDDINE Atef, le 1^{er} avril 2026

En Dermatologie-vénéréologie

Dr GRASSI Marco, le 6 mai 2026

En Endocrinologie Diabétologie Nutrition

Dr LANG Elsa, le 3 décembre 2025

En Gynécologie-obstétrique

Dr DESPOUT-MURAT France, le 1^{er} juillet 2026

En Ophtalmologie

Dr FANTINI Amandine, le 1^{er} juillet 2026

En Médecine Urgence

Dr PAULET Domitille, le 1^{er} juillet 2026

Praticien Hospitalier CH Esquirol

Dr COLLINS Claire, le 14 janvier 2026

Remplaçant salarié

Dr BRUNO Frédéric, le 14 janvier 2026

En Urologie

Dr ALI BENALI Nadia, le 4 mars 2026

Retraités :

Dr HUNIN Daniel (médecin du travail),
 le 3 juin 2026
 Dr VILLATE Dominique (anesthésiste),
 le 3 juin 2026

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr ALIMIM Roland

Parti le 5 décembre 2025

Dr AUBOIROUX MARIE

Partie le 6 janvier 2026 dans les Pyrénées-Atlantiques

Dr BAUDOIN Maxime

Parti le 15 décembre 2025

Dr BESSOLES Rébecca

Partie le 22 décembre 2025 dans le Tarn-et-Garonne

Dr BIARD Simon

Parti le 6 janvier 2026 en Gironde

Dr BLONDEL Marine

Partie le 17 janvier 2026 en Corrèze

Dr COULIER Béatrice

Partie le 2 avril 2026 en Corrèze

Dr DANTHU Clément

Parti le 1^{er} novembre 2025 dans le Pacific Sud

Dr DEMONGEOT Franck

Parti le 1^{er} février 2026 en Charente-Maritime

Dr EL OUAFI Zhour

Partie le 1^{er} novembre 2025 dans le Pacific Sud

Dr FLOIRAT Albane

Partie le 7 février 2026 en Dordogne

Dr FOULI Taoufik

Parti le 1^{er} décembre 2025

Dr GASNIER Amandine

Partie le 8 janvier 2026 dans les Alpes-Maritimes

Dr JOUSSAIN Sophie

Partie le 2 mars 2026 dans les Pyrénées Atlantiques

Dr JUGLARD Clément

Parti le 24 avril 2026 en Corrèze

Dr LEDAN Christine

Partie le 1^{er} janvier 2026 en Charente-Maritime

Dr MAHI Bobdela

Parti le 29 avril 2026 en Corrèze

Dr MARTIN DE LASSALLE Elisabeth

Partie le 9 décembre 2025

Dr NICOLAÏ Lisa

Partie le 10 janvier 2026 à la Réunion

Dr PAPONNO-SAGNE Selapouenobon

Parti le 16 mai 2026 dans le Lot-et-Garonne

Dr PINELLI Cécile

Partie le 10 janvier 2026 en Gironde

Dr PIRY Paul

Parti le 1^{er} mai 2026 en Indre-et-Loire

Dr SALEIX Virgile

Parti le 27 juin 2026 dans l'Hérault

Dr TERKI Amina

Partie le 16 avril 2026 dans les Alpes-Maritimes

Dr THERME Jean-François

Parti le 11 décembre 2025

Dr VAILLENDET Valérie

Partie le 6 janvier 2026 en Gironde

Dr VINCENT-VIRY Emma

Partie le 30 mai 2026 dans le Tarn

TABLEAU Du 1^{er} décembre 2025 au 1^{er} juillet 2026

QUALIFICATIONS

(Commission nationale de 1^{ère} Instance)

Médecine vasculaire

Dr VORONIN Daniel,

Radiologie et imagerie médicale

Dr HUMMEL Vincent,

Gynécologie médicale

Dr BOILEAU Nathalie,

• **DESC GROUPE 2 QUALIFIANT :**

En chirurgie viscérale et digestive

Dr ROUX DAVID Alexi,

M.I.R. Médecine intensive-réanimation

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite
et conservent une activité

Dr AISSAOUI Jamal Abdennassar, le 1^{er} avril 2026

Dr CHASSAC GEROUARD Liliane, le 1^{er} avril 2026

Dr DE SAMIE Chantal, le 1^{er} avril 2026

Dr LAMBERT Jean-Michel, le 1^{er} janvier 2026

Dr MERVILLE Hervé, le 1^{er} janvier 2026

Dr OSTYN Emmanuel, le 1^{er} avril 2026

Dr PFENNIG Didier, le 1^{er} janvier 2026

Dr REMENIERAS Jean-Jacques, le 31 mars 2026

Dr RENAUDIE Pascal, le 1^{er} janvier 2026

Dr RESTOUX Claire, le 1^{er} avril 2026

Dr RIOUALLON Alain, le 1^{er} janvier 2026

Dr SALOMON Jean-Luc, le 1^{er} janvier 2026

Dr SZOPINSKI-VIRONDEAU Véronique,

le 1^{er} janvier 2026

Font valoir leurs droits à la retraite
sans conserver d'activité

Dr BARONNET Agnès, le 30 mai 2026

Dr BOUILLET Geneviève, le 1^{er} décembre 2025

Dr CHARLES Marie-Noëlle, le 1^{er} janvier 2026

Dr DEPRADE Jean-Luc, le 1^{er} janvier 2026

Dr FAVEREAU Jean-Pierre, le 2 mai 2026

Dr GANDARA Francisco, le 1^{er} janvier 2026

Dr GOUTIER Monique, le 1^{er} avril 2026

Dr PAGNON Isabelle, le 1^{er} avril 2026

Dr PATUREAU-MIRAND, le 1^{er} février 2026

Dr PINELLI Cécile, le 3 décembre 2025

Dr SALLOUM Guy, le 1^{er} avril 2026

DÉCÈS

DR BARTHE DOMINIQUE, le 16 mai 2026

DR BIAUSSAT YVES, le 6 mars 2025

DR COLAS JEAN-PIERRE, le 31 mai 2026

DR DIB RACHID, le 31 octobre 2025

DR DUFÉTELLE JEAN-PIERRE, le 26 février 2026

PR DUMAS MICHEL, le 8 novembre 2025

DR JEANTAUD CATHERINE, le 24 janvier 2026

DR LAJOUX JEAN-LOUIS, le 25 décembre 2025

DR PARNEIX YVES, le 20 mars 2026

DR PICOT DOMINIQUE, le 9 mai 2026

DR POTARD GABRIEL, le 2 février 2026

DR POURRET JEAN-PIERRE, le 6 mars 2026

DR TRIAU JACQUES, le 28 février 2026

dans les Côtes d'Armor

DR TUFFERY MARIANNE, le 20 décembre 2025

DR VALADOUX GUY, le 1^{er} avril 2026

DR WEPPE ROBERT, le 4 janvier 2026

RADIATION

Pour convenance personnelle

Dr GANDOIS Georgette

Dr LEBLOYS Yves

Dr LEGARÇON Patrice

Dr LIORET Nicole

Dr PICAT René

Dr ROGER Nicole

Dr TESSIER Roger

Dr TIA Sieng



Professeur Michel DUMAS (1934-2025) Neurologue

Le Professeur Michel Dumas nous a quittés le 8 novembre 2025 à Limoges (France). Universitaire à la vision universelle, il est né à Bamako (Mali) en 1934. Il a passé une bonne partie de son enfance à Dakar (Sénégal) où il devint Interne des Hôpitaux, avant d'être nommé professeur et de succéder



au Professeur Henry Collomb comme chef du premier service de neurologie en Afrique francophone sub-saharienne. Le Pr. Collomb fut le créateur de la neuropsychiatrie en Afrique francophone. Deux de ses élèves, parmi ses premiers, eurent la charge d'y développer la neurologie à côté de la psychiatrie : Pr Christian Giordano à partir d'Abidjan (Côte d'Ivoire) et Pr Michel Dumas, à partir

de Dakar.

Le Professeur Dumas rejoint Limoges en 1976, pour prendre en charge le Service de Neurologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire et à la Faculté de Médecine. Après quelques années de pratique, l'idée lui vint de la diversifier et de la partager avec d'autres régions du monde, par le biais de la recherche, de formations supérieures et/ou complémentaires et des échanges internationaux. C'est ainsi que naquit l'Institut d'Épidémiologie et de Neurologie Tropicale (IENT), en décembre 1981.

Les premières thématiques furent relatives à l'Afrique avec notamment la neuro-infectiologie comme la trypanosomiase puis les maladies liées au virus HTLV-1. Les laboratoires limougeaux de microbiologie, de parasitologie et d'autres, apportèrent une puissante collaboration en lien avec les équipes africaines de neurologie et de santé publique.

L'IENT et le Service de Neurologie de Limoges commencèrent à recevoir leurs premiers stagiaires africains dès 1983. Ces médecins, biologistes, techniciens, diplômés de santé publique et d'autres domaines viennent alors de tous les pays Africains francophones et de quelques pays anglophones, puis progressivement d'Asie du Sud-Est et d'Amérique Latine.

Les débuts de l'Institut ne furent pas faciles : manque de bureaux, de locaux d'accueil pour les stagiaires, de financements et de personnel. Des volontaires engagés et fidèles assurèrent les premières tâches nécessaires à son fonctionnement. Le Professeur Michel Dumas, par un travail acharné et avec conviction, diplomatie, négociations et sacrifices, parvint progressivement à l'ancrer avec leur soutien au sein des Facultés de Médecine et de Pharmacie, et plus largement de l'Université de Limoges et l'appui d'autres institutions Françaises (comme l'Académie de Médecine, dont il était membre correspondant).

Les résultats de recherche obtenus, la qualité des ressources humaines formées dans plusieurs spécialités utiles aux pays d'origine, firent croître progressivement la réputation de l'IENT à travers le monde.

Depuis ses premiers enseignements grâce à ses fonctions à Dakar et les collaborations avec certaines universités françaises et africaines, via leurs Facultés de Médecine et le Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement supérieur, les corps professoraux africains et le nombre de spécialistes en neurosciences cliniques et autres, ne cessa d'augmenter. Il a contribué directement ou par la suite, via ses anciens élèves, à la formation de six générations d'agrégés de neurologie et d'environ 400 neurologues africains pour toutes les sous-régions. Ceux-ci sont formés maintenant sur plusieurs sites universitaires africains. Ces résultats ainsi que ceux des recherches diversifiées sur des thématiques riches, avec plusieurs équipes du monde entier, furent consacrés par la World Federation of Neurology qui décerna au Professeur Michel Dumas, en novembre 2012 la médaille pour "Services rendus à la Neurologie internationale". Au-delà de la neurologie, il a également contribué à faire émerger à Limoges une filière de santé publique autour de l'épidémiologie tropicale, avec des formations ouvertes aux médecins et non médecins, accueillant de nombreux étudiants étrangers.

Son décès est une grande perte pour la neurologie mondiale. Les diverses reconnaissances officielles nationales et internationales qui ont émaillé sa vie professionnelle, s'ajoutent aux témoignages de toutes les personnes qui ont connu Michel Dumas : rigueur, organisation, ouverture d'esprit, fidélité en amitié et sens élevé des relations humaines et de la famille au sens large du terme.

Son héritage est résumé en deux mots : utilité et générosité. Il lègue une autre grande leçon, le caractère ouvert et pluridisciplinaire de tout ce qu'il entreprenait. Il avait l'art de réunir les compétences, de faire confiance et de donner à chacun sa place dans une œuvre collective.

Toute la communauté internationale lui rend un hommage sincère et appuyé. À travers l'Institut d'Épidémiologie et de Santé Mondiale - Michel Dumas (IESM-MD) de Limoges et son unité de recherche, son œuvre se poursuit. La transmission qu'il a patiemment construite continue d'inspirer de nouveaux projets, de nouvelles coopérations et de nouvelles générations de médecins, de chercheurs et d'étudiants.

Pr François Bonnaud

*Doyen honoraire de la Faculté de médecine,
Université de Limoges,*

Pr Amadou Gallo Diop

*Directeur Général de la Recherche et de l'Innovation
au Ministère de l'Enseignement Supérieur de Dakar, Sénégal.
(département neurosciences),*

Pr Pierre-Marie Preux

*Chef de service de IESM-MD, Faculté de médecine,
Université de Limoges.*



NUMÉROS UTILES

THÈME	SERVICE	N° APPEL
URGENCES MÉDICALES	SAMU	15
	Pompiers	18 ou 112
	Police	17
	Appel d'urgence pour les personnes en situation de handicap	114
	Standard CHRU Dupuytren	05 55 05 55 55
	Urgences Polyclinique de Limoges - Chénieux	05 55 45 40 00
	Urgences obstétriques Émailleurs - Colombier	05 55 43 39 16
	SOS Médecins	05 55 33 20 00
	Centre Anti-Poison	05 56 96 40 80
	Pharmacie de garde	3237
	Cellule de réponse et d'orientation psychiatrique 24h/24 - 7j/7	05 44 19 01 62
URGENCES SOCIALES	Urgences sociales (Accueil des Sans Abris)	115
	SOS Femmes	05 55 79 01 02
	Aide SIDA	05 55 06 18 19
	SIDA Info Service	0 800 840 840
URGENCES DÉCÈS	Décès en ville - Numéro d'accueil et d'écoute - 24H/7J SOS	3012
FAMILLE	Association de Prévention, du Psychotrauma chez l'Enfant en Limousin (APPEL)	06 52 59 50 87
	Allô Enfance En Danger	119
	Protection de l'enfance	0800 45 11 52
	Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED) (Lundi à vendredi de 9h à 17h15)	05 55 05 68 05
	Violences intra familiales sexistes et sexuelles	3919
	Violences conjugales	05 55 79 89 03
	Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)	05 44 00 16 55 05 44 00 11 84
	Permanence tribunal en cas de violences conjugales ou d'informations préoccupantes	05 87 19 34 27
SENIORS	Plateforme urgences gériatriques (7J/7 de 8h30 à 18h30)	06 14 40 81 39
	SOS Personnes âgées maltraitées	0 892 680 118
	Plateforme nationale d'écoute	3977
ADDICTIONS	Drogue Info Services	0 800 23 13 13
	Écoute cannabis	0 811 91 20 20
	Écoute alcool	0 811 91 30 30
HANDICAP	Sourds et malentendants Contact (visio-interprétation téléphonique à distance) :	05 35 00 16 23
	Par SMS :	06 10 01 68 73
GÉNÉRAL	ESEA - E-Santé Nouvelle-Aquitaine (carte CSP)	05 64 090 090
	Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne (CDOM87)	05 55 77 17 82





EHPAD : GUIDE PRATIQUE À L'USAGE DES MÉDECINS

Le vieillissement au quotidien

Dr Catherine De Blomac

Conseillère ordinaire

Médecin coordonnateur d'EHPAD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) occupent une place centrale dans la prise en charge des personnes âgées fragiles pour répondre à leurs besoins dans les territoires où ces établissements sont implantés.

Les EHPAD sont des structures complexes, au carrefour du social, du médical.

Pour les médecins, en comprendre le fonctionnement interne et les contraintes financières sont indispensables afin d'assurer une prise en charge cohérente et de qualité.

La collaboration entre médecins traitants, équipes soignantes et médecins coordonnateurs permet d'améliorer de manière significative le quotidien des résidents.

La Coordination médicale est parfois complexe du fait de la multiplication d'intervenants libéraux, pouvant entraîner un risque de fragmentation du parcours.

Viellissement de la patientèle : une réalité déjà structurante en Haute-Vienne, au cœur du lien ville-EHPAD

En Haute-Vienne, le vieillissement de la population n'est plus une projection démographique : il constitue désormais une réalité quotidienne pour l'ensemble des médecins. **La part des patients âgés de 75 ans et plus s'impose comme un marqueur structurant de l'activité médicale, en ville comme à l'hôpital, mais aussi dans le lien croissant avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).**

En médecine générale, ces patients représentent près d'un cinquième de la patientèle. Leur suivi, souvent complexe, dépasse largement le cadre de la consultation classique. Il s'inscrit de plus en plus dans une prise en charge partagée avec les EHPAD, où résident les patients les plus fragiles. Le médecin traitant y conserve un rôle central pour le suivi clinique de ses patients.

Du côté des spécialités, la dynamique est similaire. Certaines disciplines, particulièrement sollicitées pour les pathologies chroniques et dégénératives, interviennent régulièrement en appui des structures médico-sociales, contribuant à limiter les hospitalisations et à améliorer la qualité des prises en charge sur place.

À l'hôpital, la place des patients de 75 ans et plus est prépondérante. Une part significative des admissions concerne des résidents d'EHPAD, mettant en lumière les enjeux de continuité des soins entre ces structures et les services hospitaliers. La fluidité des parcours, la pertinence des hospitalisations et le retour en établissement constituent aujourd'hui des points de vigilance majeurs.

Dans ce paysage, le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD apparaît comme déterminant (voir ci-contre). Véritable trait d'union entre les médecins libéraux et les équipes soignantes, il contribue à structurer la prise en charge médicale des résidents. Par son action, il favorise la cohérence des interventions, la diffusion des bonnes pratiques et la qualité du suivi au long cours. Son positionnement est essentiel pour garantir une articulation efficace entre les différents acteurs, dans un contexte où la complexité des situations ne cesse de croître.

Les EHPAD apparaissent ainsi comme un maillon essentiel de l'organisation territoriale des soins. Ils concentrent les situations les plus complexes, nécessitant une coordination étroite entre médecins libéraux, équipes soignantes, spécialistes et hôpital. Cette articulation, encore perfectible, est pourtant déterminante pour répondre aux besoins croissants liés au vieillissement. Cette évolution interroge directement nos modes d'exercice.

Elle souligne la nécessité de renforcer les coopérations ville/EHPAD, de structurer les temps médicaux dédiés et de soutenir les dispositifs de coordination. Elle pose également la question de l'attractivité de ces prises en charge, exigeantes mais essentielles pour garantir le bon accompagnement des résidents.

Plus qu'un enjeu quantitatif, le vieillissement de la patientèle est un défi organisationnel et collectif. En Haute-Vienne, il se joue désormais en grande partie dans notre capacité à construire des liens solides et durables entre médecine de ville, EHPAD et hôpital.

Ce défi appelle des réponses concrètes, coordonnées et pérennes tenant compte des évolutions technologiques et sociétales qui sont en marche pour répondre aux attentes des résidents et de leurs familles.

Pour mieux comprendre le fonctionnement d'un EHPAD et le rôle du médecin coordonnateur, consultez les infographies aux pages 10 à 13.

L'IMPORTANCE DU RÔLE DES MÉDECINS COORDONNATEURS DANS L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME



En favorisant la continuité des soins :
échanges réguliers avec l'équipe soignante, visites planifiées, anticipation des décompensations.



En optimisant les prescriptions :
éviter la polymédication, réévaluer régulièrement les traitements.



En renforçant la prévention :
détection précoce des troubles cognitifs, prévention des chutes, lutte contre la dénutrition.



En participant au Projet d'Accueil Personnalisé :
intégrer les attentes du résident et des familles.



En contribuant à la réflexion éthique :
limitation ou arrêt des traitements, directives anticipées.

.../...

■ COMPRENDRE LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD

L'ORIGINE



L'origine des EHPAD est multiple, des hospices et hôpitaux aux institutions religieuses en passant par l'action du patronat ou du mouvement social. Mais l'acte de naissance des EHPAD modernes repose dans la conjonction de 2 lois :



la loi du
31/12/1970
portant réforme
hospitalière



la loi du
30/06/1975
relative
aux institutions
sociales et
médico-sociales

Elles ont contribué à l'émergence d'un secteur social et médico-social autonome distinct du secteur sanitaire.

LES ÉTABLISSEMENTS



Un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est une structure-médico-sociale destinée à accueillir des personnes âgées dépendantes ne pouvant plus rester à domicile en sécurité.

IL ASSURE 3 MISSIONS FONDAMENTALES

1

**L'HÉBERGEMENT
DES PERSONNES**

comprenant
le logement,
la restauration,
l'entretien
du linge
et l'animation.



2

**L'ACCOMPAGNEMENT
DE LA PERTE
D'AUTONOMIE**

par l'intervention
de l'équipe de soins,
l'organisation d'acti-
vités de stimulation
et de prévention.



3

**LES SOINS MÉDICAUX
ET PARAMÉDICAUX**

qui sont réalisés
par des
professionnels
de santé salariés
et/ou libéraux.



LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD REPOSE PRINCIPALEMENT SUR



Le CASF (socle juridique)
Code de l'Action Sociale
et des Familles,



2002

La loi 2002-2 (droits des usagers).
La loi du 02 janvier 2002 garantit
à toute personne prise en charge
par les établissements et Services
Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS)
le respect des droits fondamentaux,



2015

La loi ASV de 2015, Loi relative
à l'Adaptation de la Société au
Vieillessement de la population



**Des décrets de tarification
et d'évaluation**



Le référentiel HAS :
www.has-sante.fr



Les EHPAD relèvent du Code de l'action sociale et des familles, ce qui les distingue juridiquement des établissements sanitaires.

.../...

LES ACTEURS DE L'EHPAD

LE DIRECTEUR OU LA DIRECTRICE



Il est responsable du fonctionnement global de l'établissement.

Ses missions principales :

- Gestion administrative et financière
- Management des équipes
- Garantie de la qualité de l'accompagnement des résidents
- Application des lois et réglementations
- Relations avec les autorités de tutelle (ARS, Conseil départemental)
- Mise en œuvre du projet d'établissement



LE MÉDECIN COORDONNATEUR



- Conseille la direction de l'établissement pour la décision d'accueil d'un nouveau résident
- Avec le concours de l'équipe de soins, élabore et met à jour le projet de soins des résidents et le projet d'Accueil Personnalisé (PAP).
- Encadre l'équipe soignante en collaboration avec le cadre infirmier ou l'infirmière coordonnatrice et coordonne les interventions des professionnels libéraux.
- Définit avec les équipes soignantes les besoins de chaque résident et formalise ou valide les protocoles de soins adaptés
- Contribue à l'évaluation de la dépendance (outil AGGIR) et de la charge en soins (outil PATHOS).
- Participe à la rédaction du projet d'établissement.

Le médecin coordonnateur n'est pas le médecin traitant du résident.

LE MÉDECIN TRAITANT



- Suit le résident comme un patient vivant dans un domicile collectif.
- Prescrit les traitements, examens et orientations nécessaires.
- Travaille en lien avec l'infirmière référente, l'équipe soignante et le médecin coordonnateur.



L'ÉQUIPE SOIGNANTE



- Cadre de santé/Infirmier(ère) de coordination
- Infirmier(ères)
- Aides-soignants(es)
- Aides médico-psychologiques (AMP)
- Accompagnants éducatifs et sociaux (AES)

Ils assurent :

- Les soins quotidiens
- L'aide à la toilette, aux repas, aux déplacements
- Le suivi de l'état de santé des résidents



L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE



- Psychologue
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Kinésithérapeute
- Diététicien-ne
- Animateur-trice
- Assistant-e social-e

Leurs objectifs : maintenir l'autonomie, le bien-être et la vie sociale des résidents.



LE PHARMACIEN RÉFÉRENT



- Pharmacien de l'officine qui délivre les médicaments à l'établissement



OU

- Pharmacien de la PUI (Pharmacie à Usage Interne)



LES SERVICES SUPPORTS



- Personnel hôtelier (restauration, entretien)
- Maintenance
- Accueil et administration
- Gestion des ressources humaines
- Service de sécurité



COMPRENDRE LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD

LES INSTANCES INTERNES

CONSEIL DE LA VIE SOCIALE (CVS)

■ Représentants des résidents, familles et personnels. Le CVS a été créé par la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de renforcer les droits des résidents hébergés dans les établissements médico-sociaux.

C'EST UNE INSTANCE ÉLUE QUI REPRÉSENTE L'ENSEMBLE DES PERSONNES VIVANT, TRAVAILLANT OU PARTICIPANT À LA VIE D'UN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL.

Composition du CVS :

- Deux représentants des personnes accompagnées
- Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée par l'établissement
- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées
- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées
- Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs
- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement
- Un représentant des professionnels employés par l'établissement
- Un représentant de l'établissement de l'organisme gestionnaire
- Le médecin coordonnateur
- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante

AUTRES COMMISSIONS INTERNES



Commissions, restauration, animation, bientraitance...



Commission de coordination gériatrique

COMMISSION DE COORDINATION GÉRIATRIQUE

Instance présidée par le médecin coordonnateur qui se réunit une à deux fois par an.



Direction de l'établissement



Professionnels de santé salariés et/ou libéraux



Pharmacien référent



Représentants du CVS

CETTE COMMISSION EST NOTAMMENT CONSULTÉE SUR LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT, LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT, LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ MÉDICALE.

.../...

LE FINANCEMENT

■ Un EHPAD fonctionne avec trois budgets distincts :

• LE TARIF HÉBERGEMENT :

Payé par le résident (ou ses proches / aides sociales).



Couvre logement, restauration, animations, charges hôtelières.

• Montant fixé par le département ou libre selon statut (public/privé).

• LE TARIF DÉPENDANCE



Défini en fonction du GIR (Groupe Iso-Ressources, de 1 à 6).

Plus la dépendance est forte (GIR 1-2), plus le tarif est élevé.

Partiellement financé par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

• LE TARIF SOINS



Financé par l'Assurance maladie.

Repose sur le PATHOS pour évaluer la charge en soins.

Couvre dépenses des personnels soignants salariés, médicaments en Liste I/II, dispositifs médicaux récurrents, examens courants.

LES AUTORITÉS DE TUTELLE

■ Un EHPAD est soumis à un double contrôle :



• ARS (Agence Régionale de Santé)
→ soins



• Conseil départemental →
accompagnement social
et dépendance

**Ils signent avec l'établissement
un CPOM (Contrat Pluriannuel
d'Objectifs et de Moyens).**

CHIFFRES CLÉS DES EHPAD EN LIMOUSIN

■ Les données ci-dessous sont issues des estimations disponibles (ARS, DREES, FINESS) et permettent de situer le poids et les spécificités des EHPAD dans l'ancien périmètre régional du Limousin.

INDICATEUR	ORDRE DE GRANDEUR
Nombre total d'EHPAD	≈ 119 établissements
Capacité d'accueil	≈ 9 400 places
Répartition départementale	Corrèze ≈ 45 Creuse ≈ 31 Haute-Vienne ≈ 43
Statut des établissements	Majorité d'EHPAD publics et privés non lucratifs
Résidents en perte d'autonomie (GIR 1 à 4)	≈ 85% des résidents
Dépendance lourde (GIR 1-2)	≈ 55% des résidents

Ces éléments illustrent un niveau de dépendance élevé des résidents, impliquant une coordination médicale renforcée et une adaptation constante des prises en charge.

DÉCRET N° 2025-897 DU 4 SEPTEMBRE 2025 CONCERNANT LES MÉDECINS COORDONNATEURS EN EHPAD

Il faut retenir 2 points :

- **La création du statut de l'IDEC (infirmier d'état coordonnateur).**
- **L'évolution du métier de médecin coordonnateur (formation et missions)**

Concernant la formation du médecin coordonnateur, le *Décret n°2025-897 du 4 septembre 2025* est venu ajouter un diplôme universitaire à la liste des diplômes déjà existants pour exercer en qualité de médecin coordonnateur. Il s'agit du « diplôme interuniversitaire national de médecine de la personne âgée ».

Ce diplôme vient donc compléter la liste des diplômes initialement mentionnés à l'article D312-157 alinéa 1^{er} code de l'action sociale et des familles.

Dès lors, pour devenir médecin coordonnateur il convient de bénéficier de l'un des diplômes mentionnés à l'article D312-157 alinéa 1^{er} code de l'action sociale et des familles.

Nous précisons que ces diplômes ne sont pas cumulatifs.

L'article D312-157 alinéa 1^{er} susmentionné dispose : « Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou d'un diplôme interuniversitaire national de médecine de la personne âgée ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. L'attestation mentionnée à l'alinéa précédent est délivrée, après une formation conforme à un programme pédagogique fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes âgées ».

Pour les médecins déjà en exercice non titulaires des diplômes requis : il appartiendra au Conseil départemental de l'Ordre des médecins d'apprécier, au cas par cas, la situation de ces praticiens au regard de leur parcours, de leurs compétences et de leur expérience professionnelle.

Pour les médecins non titulaires des diplômes requis souhaitant signer un contrat de médecin coordonnateur avec un EHPAD : conformément à l'article D.312-159-1 du code de l'action sociale et des familles, ces médecins devront s'engager à suivre la formation exigée et en apporter la preuve au Conseil départemental.

Mme Frédérique Boudrie

Assistante du CDOM

À cet égard, un délai raisonnable de trois ans pourrait leur être accordé, dans la continuité du régime antérieurement applicable.

Le *Décret n°2025-897 du 4 septembre 2025* est venu ajouter un diplôme universitaire à la liste des diplômes déjà existants pour exercer en qualité de médecin coordonnateur. Il s'agit du « diplôme interuniversitaire national de médecine de la personne âgée ».

Ce diplôme vient donc compléter la liste des diplômes initialement mentionnés à l'article D312-157 alinéa 1^{er} Code de l'action sociale et des familles.

Dès lors, pour devenir médecin coordonnateur il convient de bénéficier de l'un des diplômes mentionnés à l'article D312-157 alinéa 1^{er} du Code de l'action sociale et des familles. En effet, et le CNOM insiste, ces diplômes ne sont pas cumulatifs.

Il ressort :

Il appartient aux conseils départementaux de veiller à ce que les médecins coordonnateurs qui transmettent leur contrat de travail remplissent les exigences réglementaires susmentionnées. A défaut, ils ne peuvent exercer en qualité de médecin coordonnateur.

Concernant les évolutions des missions du médecin coordonnateur :

- La création d'un suivi médical par le médecin coordonnateur : Le médecin coordonnateur peut assurer le suivi médical des résidents qui le souhaitent, et réaliser pour ceux-ci des prescriptions médicales.

Il est par ailleurs notifié que le contrat du médecin coordonnateur doit bien distinguer le temps de présence consacré au suivi médical des résidents de son rôle distinct de médecin coordonnateur.

- La création du recours temporaire à la télé coordination : Il est créé un alinéa sur le recours temporaire à la télé coordination : « En cas d'impossibilité pour l'établissement de disposer du temps de coordination prévu à l'article D. 312-156, l'exercice des missions énumérées au I peut, pour une durée limitée, être assuré par un médecin coordonnateur intervenant de façon dématérialisée, dans les conditions prévues par un arrêté du ministre chargé des personnes âgées. L'agence régionale de santé est préalablement informée par l'établissement. »

L'arrêté mentionné, visant à définir les conditions d'intervention dématérialisée du médecins coordonnateurs, n'est pas encore entré en vigueur.

- Élaboration d'un programme de prévention en sus du projet général de soins
- Suppression de l'élaboration d'un dossier type de soins

QUE FAIRE DU 4 SEPTEMBRE 2025 ?

Depuis la création de la fonction de Médecin Coordonnateur, de nombreux décrets ont régi ce métier :



DÉCRET N° 2025-897
du 4 septembre 2025



DÉCRET N° 2024-779
du 9 juillet 2024



DÉCRET N° 2019-714
du 5 juillet 2019



ARTICLE L.313-12
du Code de l'action
sociale et de famille

LE DÉCRET LE PLUS RÉCENT DU 4 SEPTEMBRE 2025 :

Le Décret n° 2025-897 réorganise la fonction de Médecin Coordonnateur et redéfinit les rapports hiérarchiques Médecin Coordonnateur / directeur et Médecin Coordonnateur / Infirmier Diplômé d'État Coordonnateur dont les missions sont développées dans ce même document.

Dr Stephan Meyer

Vice-président MCOOR, vice-président SGGLNA

Mme Christelle Barreau,

Infirmière Coordonnatrice, membre du bureau SGGLNA

Ainsi, l'Infirmier Diplômé d'État Coordonnateur devient le responsable des soins dans toutes ses dimensions et le Médecin Coordonnateur réaffirme son rôle de Directeur des soins au sein des établissements.

De plus, une nouvelle mission est élaborée « Le médecin coordonnateur peut assurer le suivi médical des résidents qui le souhaitent, et réaliser pour ceux-ci des prescriptions médicales. ». Cette nouvelle mission doit impérativement se réaliser sur un temps dédié, complémentaire de celui de la coordination. Ce temps de suivi de résidents ne doit en aucun cas se substituer aux autres missions de coordination.

L'association MCOOR, « Association Nationale des Médecins Coordonnateurs », a participé à l'élaboration de cette nouvelle mission et avait recommandé un contrat séparé de Médecin prescripteur à celui du Médecin Coordonnateur qui, pourtant continuerait, sur son temps de présence, à assurer sa fonction de prescription en cas d'urgence.

Si cette situation n'a pas été retenue, il est important de se replacer dans le contexte de désertification médicale, et de souligner qu'en aucun cas, les Médecins Coordonnateurs ont pour objectif de supplanter les Médecins référents des résidents de leurs actions au sein des établissements.

Cependant, de plus en plus souvent bon nombre d'entrées de résidents en EHPAD se font sans Médecin Traitant, en raison de la désertification médicale. Ce n'est que dans ce cas que le Médecin Coordonnateur assure la fonction de Médecin Traitant.

Les résidents entrant en établissement sont de plus en plus polypathologiques et dépendants, le rôle du binôme Médecin Coordonnateur/Infirmier Coordonnateur offre une garantie de prise en soins optimisée gériatrique dans les EHPAD.



SPÉCIFICITÉS D'UN EHPAD RURAL ET COORDINATION DES ACTEURS DE SOINS

Les EHPAD situés en milieu rural présentent des particularités qui influencent fortement l'organisation des soins et les relations humaines au sein de l'établissement. Dans ce contexte, la coordination entre les différents acteurs apparaît comme un élément central de la qualité de la prise en charge.



Sur le chemin d'un EHPAD rural...

■ Un environnement humain favorisant la coordination

Dans un EHPAD rural, les résidents sont souvent originaires de la région. Ils peuvent se connaître ou partager des relations communes. Beaucoup conservent leur médecin traitant, et une partie de leur famille réside encore à proximité.

Le personnel est également issu des communes voisines. Il n'est pas rare que des liens de voisinage ou familiaux existent avec les résidents, ou que les professionnels connaissent leur histoire de vie. Ce tissu relationnel préexistant favorise les échanges, la circulation de l'information et, par conséquent, une meilleure coordination autour du résident.

■ Une organisation médicale propice au travail en réseau

Les médecins traitants sont généralement peu nombreux et interviennent dans un nombre limité d'EHPAD. Ils développent ainsi une bonne connaissance des équipes et des pratiques de l'établissement. Leur présence régulière et leur accessibilité facilitent les échanges avec les professionnels et renforcent la continuité des soins.

Cette stabilité permet une coordination fluide entre les intervenants médicaux et paramédicaux, élément essentiel dans la prise en charge de patients souvent polypathologiques.

■ Le médecin coordonnateur : pivot de la coordination

Dans ce contexte, le médecin coordonnateur occupe une place centrale. Sa mission principale est d'assurer la coordination entre l'ensemble des acteurs intervenant auprès des résidents.

Dr Pierre Bourras

Vice-Président du CDOM

Médecin coordonnateur d'EHPAD

Il organise le travail de l'équipe soignante, veille à la cohérence des pratiques et favorise la communication entre les professionnels. Il peut également intervenir en tant que médiateur en cas de tensions, contribuant ainsi à maintenir un fonctionnement harmonieux de l'établissement.

En lien étroit avec les médecins traitants, il participe aux décisions médicales importantes et s'assure de leur compréhension et de leur cohérence au sein de l'équipe.

■ Une coordination élargie aux résidents et aux familles

La coordination ne se limite pas aux professionnels. Elle inclut également les résidents et leurs familles.

Le médecin coordonnateur joue un rôle essentiel d'explication et d'accompagnement. Il veille à rendre compréhensibles les décisions médicales, qu'il s'agisse de la réalisation d'exams, d'une hospitalisation ou de l'orientation vers des soins palliatifs. Cette démarche favorise l'adhésion des familles, limite les incompréhensions et contribue à instaurer un climat de confiance.

■ Un travail d'équipe au service de la qualité des soins

Le médecin coordonnateur soutient et accompagne les équipes, notamment à travers la formation et les échanges de pratiques. Il peut organiser des retours d'expérience ou des réunions de type RMM, favorisant ainsi une dynamique collective d'amélioration continue.

Il participe activement aux transmissions et aux réunions pluridisciplinaires, lieux essentiels de coordination où s'élaborent les décisions concernant la prise en charge des résidents.

■ Anticipation et coordination des parcours de vie

La coordination s'exprime également dans l'anticipation des situations complexes. Le médecin coordonnateur veille à préparer les équipes et les familles aux évolutions de l'état de santé des résidents, notamment en fin de vie.

Il facilite le recours aux partenaires extérieurs (gériatres, psychiatres, équipes de soins palliatifs), en lien avec les médecins traitants, afin d'assurer une prise en charge adaptée et cohérente.

Il coordonne également le projet d'accueil personnalisé et organise le recueil des directives anticipées et de la personne de confiance, éléments essentiels d'une prise en charge respectueuse des souhaits du résident.

CONCLUSION

En EHPAD rural, la qualité de la prise en charge repose largement sur la capacité des acteurs à travailler ensemble. Le médecin coordonnateur, en tant que pivot de cette organisation, joue un rôle déterminant dans la mise en lien des professionnels, des résidents et des familles. Par cette fonction de coordination, il garantit la cohérence, la continuité et l'humanité des soins.

Dr Dominique Moreau
Conseillère ordinaire

« NOUS NE SOMMES PAS TOUS DES VIEUX CONS ! »



Apparemment nous ne pouvons lire « Les aventures de Tintin » que de 7 à 77 ans mais que se passe-t-il au-delà ? Car à 77 ans on est déjà vieux !

Le très (trop) impétueux XXI^e siècle nous montre que nous ne sommes plus bons à rien dans une société hyperconnectée et hyperlibérale. Mais prenons un peu de la lenteur de nos seniors pour s'arrêter et réfléchir. Quid de nos Anciens ? Nous avons tant à apprendre de leur sagesse. Ce n'est pas pour rien que les philosophes et les artistes leur dédient pensées et réflexions. Alors, plongeons ensemble dans l'art de vieillir et pourquoi pas de bien vieillir !



LECTURE

Simone de Beauvoir (essai)

<https://www.gallimard.fr/catalogue/la-veillee/9782070444151>

- Première parution en 1970
Collection Folio essais (n° 654)
- Parution : 06-02-2020
Folio Gallimard
ISBN 9782070444151



ERIC SALCH (bande dessinée)

<https://www.dargaud.com/bd/residence-autonomie-bda5495130>

- Date de parution : 19.05.2023
Collection : Hors Collection Dargaud
ISBN/EAN : 9782505118459



MUSIQUE

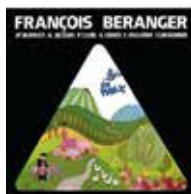
Jacques Brel : « les vieux »

https://www.youtube.com/watch?v=Vpuf05pmJ0E&list=RDVpuf05pmJ0E&start_radio=1



François Béranger : « Le vieux »

https://www.youtube.com/watch?v=Qfeh8_7dnr0&list=RDQfeh8_7dnr0&start_radio=1



PODCASTS

La vieillesse ce joyeux naufrage

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-la-veillee-ce-joyeux-naufage>

1. La retraite n'est pas une défaite

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/la-retraite-n-est-pas-une-defaite-7609120>

2. Vieillir : l'âge des possibles

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/vieillir-l-age-des-possibles-8810898>

3. Fatigue des corps

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/fatigue-des-corps-6805446>

4. La mort, dernière aventure

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/la-mort-derniere-aventure-7819795>

Série Vieillir (radio France)

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-vieillir>

1. La vieillesse est-elle une maladie ?

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-chemins-de-la-philosophie/la-vieillesse-est-elle-une-maladie-2829336>

2. « La vieillesse »

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-chemins-de-la-philosophie/la-vieillesse-de-simone-de-beauvoir-1560429>

3. Les naufrages du grand âge avec Régis Jauffret

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-chemins-de-la-philosophie/les-naufages-du-grand-age-avec-regis-jauffret-4563218>

4. L'élixir de longue vie d'Honoré de Balzac

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-chemins-de-la-philosophie/l-elixir-de-longue-vie-d-honore-de-balzac-3310546>





LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS VULNÉRABLES

La participation des élus du CDOM87 au colloque « protection juridique des majeurs » qui s'est déroulé le jeudi 6 novembre 2025 à Isle nous a donné l'occasion de nous documenter dans un domaine juridique complexe et l'opportunité d'approfondir nos connaissances. Il s'agit de changer notre regard pour mieux accompagner les personnes protégées et de faire respecter leurs droits.



Dr Yves Feyfant
Conseiller ordinal

■ PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

La participation des élus du CDOM 87 au colloque « *protection juridique des majeurs* » qui s'est déroulé le jeudi 6 novembre 2025 à Isle nous a donné l'occasion de nous documenter dans un domaine juridique complexe et l'opportunité d'approfondir nos connaissances.

Il s'agit de changer notre regard pour mieux accompagner les personnes protégées et de faire respecter leurs droits.

Ce document n'a pas la prétention de vous proposer une formation juridique mais se contente de vous donner les grandes lignes dans ce domaine qui n'est pas de votre quotidien. Nous vous proposons de compléter nos connaissances avec un article réalisé en collaboration avec une association professionnelle reconnue dans notre département, à savoir l'UDAF 87 suite à nos entretiens dans les locaux de notre siège (Union départementale des associations familiales de la Haute-Vienne)*.

* Rapporteur : Dr FEYFANT Yves, élu ordinal.

Sources de l'article : site du CNOM et service-public.gouv.fr

■ PERSONNE MAJEURE PROTÉGÉE ET LES TEXTES (Code civil juin 2024)

DÉFINITION

Les majeurs protégés sont les personnes qui sont dans l'impossibilité de pourvoir seules à leurs intérêts en raison de l'altération soit de leurs facultés mentales, soit de leurs facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté, et qui bénéficient à ce titre d'une mesure de protection juridique résultant soit d'un mandat de protection future, soit d'une décision de justice.

REGISTRE NATIONAL DES MESURES DE PROTECTION

La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 crée, au plus tard fin 2026, un registre national dématérialisé des mesures de protection, regroupant les mesures de sauvegarde de justice, de curatelle, de tutelle et d'habilitation familiale ainsi que celles relatives aux mandats de protection future ayant pris effet et aux désignations anticipées (*C. civ., art. 427-1*).

QUELS SONT LES DROITS DU MAJEUR PROTÉGÉ ?

Quelle que soit la mesure de protection mise en œuvre, le majeur protégé se voit reconnaître certains droits fondamentaux concernant la protection de son logement (*C. civ., art. 426*), les actes strictement personnels (*C. civ., art. 458*) et le droit au respect de sa vie privée et de son intimité (*C. civ., art. 459*), des droits en matière d'actes à caractère personnel tels que le mariage (*C. civ., art. 460*), le PACS (*C. civ., art. 461*), les donations ou le testament (*C. civ., art. 470 et 476*).

■ QUEL EST L'OBJET DES MESURES DE PROTECTION ?

La mesure a pour objet à la fois la protection de la personne et celle de ses intérêts patrimoniaux. Mais elle peut être limitée expressément à l'une de ces deux missions par le juge ou par le mandat de protection future (*C. civ., art. 425*).

■ QUI PREND LA DÉCISION DE PROTECTION ?

A la lumière du Code de santé publique, la protection peut être demandée au juge des contentieux et de la protection (fonction des juges des tutelles) par une personne qui maintient avec le majeur à protéger des liens stables

Habituellement c'est le procureur de la république qui saisit ce juge. Ce dernier peut être aussi saisi par une demande. Il décide de son degré de protection en s'appuyant sur une expertise médicale constatant l'état de santé de la personne vulnérable. Il désigne la personne chargée de sa protection (membre de la famille, proche, membre d'une association tutélaire)/

BREF HISTORIQUE

Le cadre légal des mesures de protection a des racines anciennes du temps des grecs puis des romains, mais c'est **le code civil de 1804** qui sera novateur dans le domaine du devoir de protection et de promotion de l'avenir ; suivront **la loi sur les aliénés du 30 juin 1838** pour la création du curateur à la personne et du mandataire spécial.

La loi du 3 janvier 1968 va réformer le droit des incapables majeurs, créer le juge des tutelles et créer les 3 régimes de protection judiciaire que nous venons de définir plus haut.

La loi du 5 mars 2007 fait suite au rapport FAVARD (magistrat) avec la création du mandataire judiciaire à la protection du majeur (MJPM).

Ce MJPM est un professionnel assermenté qui exerce le suivi de personnes majeures protégées, dans le cadre du mandat judiciaire qui le désigne.

L'article 415 du code civil rappelle les droits fondamentaux et les libertés individuelles du majeur protégé sous réserve d'hospitalisation sous contrainte ou de décision pénale.

La loi du 23 mars 2019 donne droit à la personne protégée de se pacser, de divorcer, de voter. La notion de « représentant légal » disparaît.

La devise du magistrat Thierry FOSSIER nous dit de : PROTÉGER SANS DIMINUER. Il ne faut plus dire « SOUS » tutelle mais « EN » tutelle.

.../...

■ QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE POUR UNE PERSONNE MAJEURE ?

HABILITATION FAMILIALE

En cas d'absence de conflit familial le juge peut désigner un ou plusieurs membres de la famille de la personne en vue d'exercer une mesure d'habilitation familiale.

Cette mesure prévoit l'assistance ou la représentation de la personne, pour l'ensemble des actes de la vie civile ou seulement pour un ou plusieurs actes.

Son avantage : la personne désignée n'a pas de comptes à rendre au juge des Tutelles pendant l'exercice de la mesure.

Elle est prononcée pour une durée de 10 ans maximum.

Toute personne qui envisage la mise en place d'une mesure en faveur d'un proche, ou qui a été désignée par le juge dans le cadre d'une habilitation familiale, peut faire appel au service d'Information et Soutien aux Tuteurs Familiaux afin d'être guidée. **En Haute-Vienne, l'ISTF est porté conjointement par l'ALSEA et l'UDAF 87.**

Toutes personnes souhaitant des informations sur les mesures de protection peuvent joindre le service au 05.55.10.53.38 ou par mail à istf87@gmail.com.

SAUVEGARDE DE JUSTICE - MESURE TEMPORAIRE

Elle est prononcée souvent en attente de la mise en place d'un régime de protection durable (valable 1 an à compter du dépôt de la requête au juge des tutelles).

La personne en sauvegarde de justice conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, même vendre ou donner ses biens, à l'exception des actes confiés au mandataire spécial s'il en a été désigné un par le JCP (Juge des contentieux de la protection).

Fréquemment, le mandataire spécial est désigné pour « recevoir le courrier de la personne, percevoir ses ressources et payer les charges courantes ». Tout autre acte doit être spécifiquement prévu dans la décision.

Le fait pour une personne d'être placée en sauvegarde de justice (même sans désignation d'un mandataire spécial) permet de faire annuler les actes effectués pendant cette période et qui l'auraient lésée.

CURATELLE - MESURE D'ASSISTANCE

La personne a seulement besoin d'être assistée et contrôlée dans les actes les plus importants de la vie civile (actes de disposition du patrimoine : vente immobilière, souscription d'un prêt, acceptation d'une succession...).

La personne reste le principal acteur des actes réalisés. Mais en imposant la double signature du majeur protégé et du curateur pour la réalisation des actes importants, ce régime permet d'éviter tout dérapage ou influence malhonnête.

Le rôle du curateur est d'informer la personne sur les actes qui la concerne et de la guider dans sa prise de décision.

Il est habilité à percevoir les capitaux perçus par la personne et en décide, avec la personne protégée de son utilisation.

La curatelle peut être simple ou renforcée.

Si elle est simple : la personne gère seule ses comptes courants, perçoit ses ressources et règle ses dépenses, elle peut utiliser un chéquier... Elle réalise seule ses démarches administratives.

Si elle est renforcée, alors le curateur est autorisé à percevoir les ressources de la personne sur un compte qu'il fait seul fonctionner. Il assure le règlement des charges et reverse à la personne son excédent budgétaire (tout ce qui reste à la fin du mois).

La mesure peut enfin être aménagée : le juge prévoit que la personne fera des actes sans l'assistance de son curateur (ex : payer seule son loyer, gérer un compte professionnel...) ou inversement.

TUTELLE - MESURE DE REPRÉSENTATION

Elle concerne les personnes dont l'altération des facultés mentales ou l'altération des facultés corporelles l'empêchant d'exprimer sa volonté, nécessitent une représentation continue dans les actes de la vie civile.

Cela signifie que le tuteur agit en son nom et signe seul les documents juridiques, sauf les cas où l'autorisation du juge des tutelles est requise (vente du domicile principal de la personne protégée par exemple).

LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE

Il permet à une personne (mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir être chargées de veiller sur sa personne et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire seule (mandat pour soi-même).

Un mandat de protection future peut être confié à une personne de sa famille ou à un ami proche.

Cette protection permet, également, à toute personne d'organiser la protection de son enfant (mandat pour autrui) mineur ou majeur pour lequel une tutelle ou une curatelle pourra être ouverte, dans le cas où le mandant ne pourrait le faire lui-même à la suite d'un accident ou d'une maladie. Ce dispositif tente de répondre aux préoccupations des parents de personnes handicapées qui souhaitent s'assurer du devenir de leur enfant.

Le mandant doit être majeur ; il peut toutefois faire l'objet d'une mesure de curatelle.

Il peut également être mineur émancipé.

Le mandat de protection future peut porter soit sur la protection de la personne, sur celle de ses biens, ou sur les deux.

Le mandat de protection future est un contrat libre : le mandant choisit à l'avance quelle sera l'étendue des pouvoirs du (ou des) mandataire(s).

Il s'exerce en principe à titre gratuit, mais le mandant peut prévoir une rémunération ou une indemnisation du mandataire.

L'activité du mandataire est soumise au contrôle d'une personne désignée dans le mandat de protection future (en général un notaire).

Les actes sur les biens que le mandataire peut réaliser sans autorisation du juge diffèrent selon le type de mandat de protection future : notarié ou sous seing privé.

Ainsi, seul le mandat notarié permettra la réalisation d'actes de disposition sur le patrimoine.

Le principe de subsidiarité doit s'appliquer de sorte qu'une mesure tutelle ne peut être prononcée que si une curatelle est insuffisante.

Ainsi, si la procuration sur le compte d'une personne peut suffire à la protéger, si l'application des règles des régimes matrimoniaux est suffisamment sécurisante, alors il n'y aura pas lieu à ce que soit prononcée une mesure plus contraignante.



Vous pouvez retrouver l'ensemble de ces dispositifs sur la vidéo de 6 mn disponible sur : <https://youtu.be/PUsqLTsQsS4>

Citons d'autres procédures de protection judiciaire : l'accès aux comptes, la procuration bancaire.



Accessible sur le site web :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/sites/default/files/documents/Flyer-tuteurs.pdf>

ou en flashant le QR Code ci-dessus

Flyer de l'ISTF (Information et Soutien aux Tuteurs Familiaux) pour communiquer auprès des tuteurs

FICHE PRATIQUE

sur le fonctionnement de la tutelle, les responsabilités du tuteur, et les procédures à suivre.

1 FONCTIONNEMENT DE LA TUTELLE

- Le tuteur représente la personne protégée dans tous les actes de la vie civile, sauf exceptions prévues par la loi.
- Sa mission est gratuite et sous le contrôle du juge des tutelles, visant à protéger les intérêts de la personne tout en favorisant son autonomie.
- Un subrogé tuteur peut être désigné pour surveiller les actions du tuteur et intervenir en cas de conflit d'intérêts.

6 GESTION FINANCIÈRE

- Le tuteur gère les comptes bancaires de la personne protégée, perçoit les revenus, et règle les dépenses.
- Il doit établir un budget annuel, définir les modalités de retrait, et informer le juge en cas de difficultés.
- Les actes conservatoires et d'administration peuvent être réalisés sans autorisation préalable, tandis que les actes de disposition nécessitent l'approbation du juge.

2 PRISE DE FONCTION

- À la réception du jugement, le tuteur doit informer les organismes financiers et administratifs de la mesure de protection, modifier les comptes existants, et établir un inventaire du patrimoine.
- L'inventaire doit être soumis au juge dans des délais spécifiques : trois mois pour les biens meubles corporels et six mois pour les biens meubles incorporels et immeubles.
- Il est essentiel de vérifier la couverture d'assurance de la personne protégée.

7 ACTES INTERDITS ET AUTORISÉS

- Le tuteur ne peut pas réaliser des actes d'aliénation gratuite, exercer une profession au nom de la personne protégée, ou acheter ses biens sans autorisation.
- Les actes nécessitant l'autorisation du juge incluent la vente de biens, la souscription d'assurances, et la gestion de comptes de placement.

3 OBLIGATIONS ANNUELLES

- Chaque année, le tuteur doit établir un compte de gestion retraçant les opérations financières de l'année précédente, incluant les ressources, dépenses, et mouvements d'épargne.
- Les pièces justificatives pour les opérations importantes doivent être annexées, et le compte doit être transmis au tribunal avant le 31 mai.
- En cas de patrimoine modeste, le juge peut dispenser le tuteur de soumettre le compte à approbation, mais un compte doit tout de même être établi.

8 PROTECTION DE LA PERSONNE

- Le tuteur doit informer la personne protégée sur sa situation et respecter son autonomie dans les décisions personnelles, tant que son état le permet.
- La personne protégée peut voter et prendre des décisions concernant sa santé, avec le tuteur intervenant uniquement en cas de désaccord.

4 ÉVÉNEMENTS À SIGNALER

- Le tuteur doit informer le greffe de tout changement de résidence, décès de la personne protégée, ou événements importants de sa vie.
- Il peut demander à être déchargé de ses fonctions pour diverses raisons, en proposant un remplaçant si possible.
- Des modifications de la mesure de protection peuvent être demandées si l'état de santé de la personne protégée change.

9 FIN DE FONCTION

- Les fonctions du tuteur prennent fin par l'expiration de la mesure, le décès de la personne protégée, ou son remplacement.
- En cas de décès, un acte de décès doit être transmis au greffe, et un dernier compte de gestion doit être établi et transmis dans les meilleurs délais.
- Dans les trois mois suivant la fin de la mesure, le tuteur doit remettre les documents nécessaires au nouveau tuteur ou aux héritiers.

5 RENOUVELLEMENT DE LA MESURE

- La tutelle est généralement limitée à cinq ans, et le tuteur doit demander un renouvellement six mois avant la fin de la mesure.
- Si l'état de la personne protégée ne montre pas d'amélioration, une demande de prolongation pour une durée supérieure peut être faite, accompagnée d'un certificat médical.

10 CONTACTS UTILES

- Pour des informations supplémentaires, le tuteur peut consulter le site du Ministère de la Justice, contacter le Service d'Information et de Soutien aux Tuteurs Familiaux, ou le greffe du tribunal.

■ LA MISE EN PLACE DE LA MESURE DE PROTECTION

Seul un médecin inscrit sur la liste des médecins habilités par le Procureur de la République (*article 431 du Code Civil*) peut rédiger le Certificat Médical Circonstancié requis par la loi pour ouvrir un régime de protection. Le médecin inscrit peut être de toute spécialité ou généraliste.

Ce même CMC sera nécessaire si le régime de protection devait être aggravé (ex : transformation de la curatelle en tutelle).

Ce CMC est réglementé par l'article 1219 du CPC.

Il doit « **décrire avec précision l'altération des facultés du majeur à protéger ou protégé** » et « **donner au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération** ».

Il doit en outre préciser les « **conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel** ».

Le certificat indique enfin « **si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté** ».

Le certificat est remis par le médecin au requérant sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles.

Il est essentiel qu'il ne soit pas envoyé par voie dématérialisée afin d'éviter de garantir la confidentialité.

Le coût de ce certificat est aussi réglementé : il est de 160 € HT (+ les frais de déplacement) et est à la charge de la personne à protéger.

Les mesures sont en général prononcées pour 5 ans (au-delà si l'état de santé de la personne n'est pas susceptible d'amélioration selon les données acquises de la science)

L'habilitation familiale est quant à elle prononcée pour 10 ans maximum.

Les mesures doivent être révisées avant leur échéance afin qu'elles ne deviennent pas caduques.

Pour cette révision, le juge doit être destinataire :

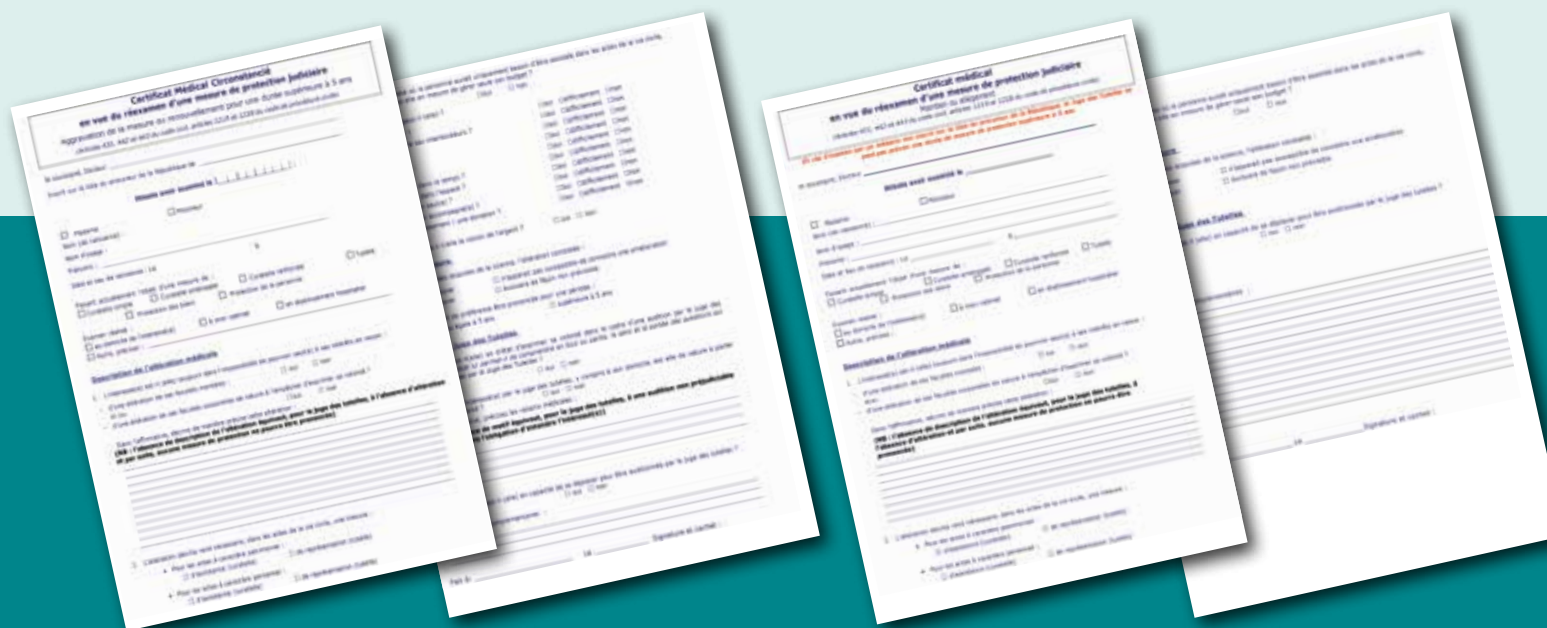
■ **D'un certificat d'un médecin** pas forcément inscrit (médecin traitant, psychiatre, gériatre...) si la mesure est maintenue en l'état, allégée ou supprimée.

■ **D'un certificat médical circonstancié d'un médecin** inscrit si elle doit être aggravée.

Au moment de la révision de la mesure, deux possibilités existent concernant le certificat médical :

■ **S'il s'agit d'un renouvellement à l'identique de la mesure ou d'un allègement** : le médecin traitant est sollicité pour réaliser un certificat médical non circonstancié, au prix d'une consultation,

■ **S'il s'agit d'une aggravation, ou d'un renouvellement de la mesure de protection pour plus de 5 ans**, alors le certificat sera circonstancié et réalisé par un médecin inscrit sur la liste habilitée par le procureur de la République, et appliquera le tarif d'un CMC comme à l'ouverture de la mesure.



■ Certificat médical circonstancié



Accessible sur le site web :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/sites/default/files/documents/Certificat-me%CC%81dical-%20circonstance.pdf>

ou en flashant le QR Code ci-contre

■ Certificat médical non circonstancié



Accessible sur le site web :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/sites/default/files/documents/Certificat-me%CC%81dical-non-%20circonstance.pdf>

ou en flashant le QR Code ci-contre

LES DROITS FONDAMENTAUX

Bien que protégé par une mesure de protection, le majeur dispose de droits fondamentaux. Il s'agira alors de lui laisser le libre choix concernant son lieu de vie, sa santé et son entourage ainsi que de la façon dont disposer de son argent.

■ Le logement

L'alinéa 1 de l'article 459-2 du code civil est clair : « La personne protégée choisit le lieu de sa résidence ».

La personne protégée choisit donc son lieu de vie et donne son consentement pour toute modification de celui-ci quel que soit sa mesure de protection.

En cas de difficultés ou de désaccord sur le lieu de vie, le juge sera interpellé pour donner l'autorisation du choix du lieu de vie soit à la personne protégée soit à son mandataire judiciaire.

Dans le cas d'une intégration dans un EHPAD, l'avis préalable du médecin est requis même dans le cas où l'entrée en établissement est sollicitée par la personne.

Aussi, un avis médical peut être demandé au médecin traitant concernant la capacité ou non de la personne à rester ou retourner à domicile. Il s'agira alors de répondre à l'article 426 du code civil portant sur des actes de disposition. Il est possible que dans le cadre de la mesure, il soit demandé afin de permettre la résiliation d'un bail à la suite d'une entrée en établissement ou à l'inverse permettre un retour à domicile après une institutionnalisation et dans ce cas pouvoir réaliser les démarches nécessaires et la mise en place d'un étayage à domicile adapté.

AVIS MÉDICAL
EN VUE D'UN ACTE DE DISPOSITION
PORTANT SUR LE LOGEMENT
D'UNE PERSONNE SOUS MESURE DE PROTECTION
(art. 426 du Code civil)

Le médecin certifie le présent avis médical en vertu de son rôle de médecin traitant ou de médecin de l'établissement accueillant ou devant accueillir la personne protégée.

Je soussigné(e), Docteur _____
Ancien avec examen le _____

Monsieur / Madame (Nom, Prénom) : _____
Né(e) le _____ à _____
Demeurant : _____

Depuis le _____
Faisant l'objet d'une mesure de protection exercée par l'UDAF n° : _____
☐ tutelle ☐ curatelle simple ☐ curatelle simple ☐ sauvegarde de justice

Aviser que l'état de santé et les conditions de vie actuelle de la personne protégée sont compatibles avec :
☐ le maintien à son domicile ☐ le retour à son domicile

ÉVENTUELLES OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

Fait le : _____
Nom, Prénom et signature

REMARQUE : Les membres de la personne protégée doivent être entendus et en disposition avant que possible, les personnes et objets à solliciter pour la personne protégée doivent être connus à sa disposition.

Avis
médical
pour le
logement



Accessible sur le site web :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/sites/default/files/documents/Demande-logement.pdf>

ou en flashant le QR Code ci-contre



■ L'argent

En curatelle simple, la personne protégée maintient la gestion courante de ses comptes bancaires mais elle n'assure plus seule la gestion des comptes et autres produits d'épargne. Elle pourra placer ou retirer des fonds de son épargne qu'avec l'accord du mandataire.

Pour les autres mesures, le mandataire perçoit les ressources et les utilise à l'entretien du Majeur et au paiement des factures. Pour cela, il récupère à l'ouverture de la mesure le compte courant de la personne protégée ou en ouvre un nouveau.

Par ailleurs, toute personne protégée dispose d'argent sur un compte nommé communément « compte d'argent de vie » ou « compte de mise à disposition d'espèces ». Sur ce compte sera versé l'excédent budgétaire après le règlement des charges et dépenses incompressibles. Il est remis soit en une seule fois, soit selon des modalités définies avec la personne (par exemple 50 euros par semaine, 150 à la quinzaine etc...).

Une fois cet argent remis, la personne protégée en dispose comme bon lui semble. Le mandataire n'a pas d'avis à donner sur la façon dont elle le dépense.

Pour les personnes en établissements, il est possible de leur laisser usage d'une carte bleue, d'ouvrir quand cela est possible des comptes dans les boutiques rattachées ou bien de leur mettre à disposition des espèces. Ces modalités sont définies avec le mandataire selon les possibilités dont il dispose.

Que faire face à une dépense jugée excessive, compulsive ou liée à une addiction (alcool, jeu, drogue etc...) ?

Toute la difficulté sera de respecter la liberté individuelle de la personne protégée relative à son argent et ses choix de vie tout en préservant sa sécurité.

Ici, un étayage éducatif peut venir aider la personne protégée à redéfinir ses projets : le médecin traitant peut être alors sollicité pour un certificat médical pour la MDPH, par exemple.

Ainsi qu'en cas de désaccord sur le déblocage d'un fond avec le mandataire, le juge des tutelles pourra être saisi par la personne protégée par voie de courrier.

■ La santé

En matière de santé, ***l'article R4127-42 du code de la santé publique et l'article 459 du code civil*** sont les références.

De façon générale, quel que soit le niveau de mesure de protection, si la personne protégée a la capacité d'exprimer sa volonté et de donner un consentement éclairé en lien avec la compréhension des informations données par le médecin, elle n'a pas besoin d'avoir l'autorisation de son mandataire pour faire valoir ses choix. Elle peut donc refuser des soins comme les accepter. En curatelle, la personne peut demander que les informations soient transmises à son mandataire et demander son soutien dans la prise de décision. En tutelle, l'information devra être donnée au mandataire même si elle a la capacité de décider seule car en cas de désaccord, le mandataire ou la personne protégée pourra saisir le juge.

Si le refus de soin laisse penser qu'il vient d'une altération du comportement, une intervention médicale et/ou médico-sociale peut se justifier afin d'évaluer les troubles et les prises en charge possibles et redéfinir la capacité de la personne à pouvoir prendre la décision de soin ou non.

Dans le cas où la personne protégée ne peut exprimer son consentement, les informations en lien avec l'intervention médicale ou le protocole de soin proposé devront être données au mandataire pour que celui-ci donne son accord.

L'autorisation du mandataire ne peut être sollicitée seulement s'il exerce une mesure de protection intégrant la protection de la personne.

Le mandataire veillera autant que possible à faire valoir les intérêts et choix de la personne protégée.

Lors d'une urgence à domicile, les règles communes s'appliquent : faire appel au 15 et assurer les soins en vue de préserver autant que possible la vie de la personne en danger médical.



.../...

Des outils d'informations...

Un flyer et une fiche pour vous aider à comprendre la protection juridique des majeurs.

PROCÉDURE

```

graph TD
    A["Certificat médical circonstancié réalisé par un médecin expert inscrit sur la liste établie par le Procureur de la République, coût à la charge du majeur à protéger"] -- et --> B["Une requête établie par un membre de la famille, un proche, un allié"]
    A -- et --> B
    B --> C["Audition par le Juge des Contentieux de la Protection :  
► Du requérant/tiers  
► Du majeur à protéger selon son état de santé"]
    C --> D["Décision du Juge après avis du Procureur de la République"]
    D --> E["► Degré de protection  
► Clauses particulières  
► Désignation du ou des mandataires en charge de la mesure de protection"]
    D --> F["Envoi de la décision en AR :  
► au majeur protégé,  
► aux requérants,  
► et au mandataire désigné"]
    F --> G["Acceptation par les 3 parties destinataires"]
    F --> H["Refus par une des parties destinataires"]
    G --> I["Mise en place de la mesure de protection selon le jugement.  
Désignation d'un préposé d'établissement, mandataire privé ou associatif, famille."]
    H --> J["Recours par les parties dans un délai de 15 jours auprès du greffe du Tribunal. La contestation ne peut porter que sur le choix du mandataire et/ou sur les pouvoirs confiés."]
  
```

COM-DS-041 C - 11/01

© Freepik

Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges
2, avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex

Tél. : 05 55 05 55 55

www.chu-limoges.fr

LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE A DESTINATION DES PERSONNES MAJEURES

Une telle mesure peut être instituée préalablement à l'organisation d'un régime de protection durable ou mise en œuvre pour le majeur atteint d'une altération provisoire de ses facultés personnelles.

► La curatelle est un régime d'assistance

Elle permet de protéger une personne qui a seulement besoin d'être assistée et contrôlée dans les actes les plus importants en imposant la double signature : celle du majeur protégé et du curateur.

► La tutelle est un régime de représentation

Elle permet de protéger la personne en la représentant de façon continue dans la plupart des actes de la vie civile, tant au niveau de ses biens que de sa personne. Les actes importants sont réalisés avec l'autorisation du Juge des Contentieux de la Protection.

LES ALTERNATIVES À LA MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

► Le mandat de protection future

Il consiste en un contrat établi par la personne ayant toutes ses facultés afin de pré-désigner les personnes qui seront en charge de sa protection dans le cas d'une altération future de ses facultés intellectuelles.

► L'habilitation familiale

Depuis 2016, un mandat judiciaire familial est à la disposition des familles confrontées à l'affaiblissement d'un proche « hors d'état de manifester sa volonté », sans avoir à envisager une protection judiciaire comme la sauvegarde de justice, la curatelle ou la tutelle. Elle est ordonnée par le Juge qui en définit les limites d'intervention.

► La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

Elle est destinée à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale (comme pour la gestion administrative et du budget) et qui perçoivent des prestations sociales. Un contrat est signé avec le Conseil Départemental et un travailleur social ou un mandataire peut être en charge du suivi de la MASP.

Tout renseignement complémentaire pourra vous être donné par les assistants du service social du CHU et par les mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

► Etablir un rapport d'ouverture à remettre au Juge, détaillant la situation financière, sociale, administrative et familiale du majeur protégé,

► rendre un inventaire des biens mobiliers et immobiliers du majeur protégé dans les 3 mois qui suivent sa nomination,

► établir un budget dans les 6 mois qui suivent sa nomination,

► adresser au greffe du Tribunal un rapport annuel de suivi de gestion, appelé compte de gestion,

► demander au Juge son accord pour signer tout acte de disposition et en faire un rapport d'exécution.

LE FINANCEMENT DE LA MESURE

► Le coût du certificat médical est fixé par décret, il est à la charge du majeur protégé.

► Les mesures familiales sont gratuites au titre de l'entraide familiale, sauf en cas de patrimoine important à gérer.

► Les mesures exercées par un professionnel ont un coût fixé par décret en fonction des revenus du majeur protégé.

ADRESSES UTILES

Tribunal Judiciaire
Cité Judiciaire
Service de la Protection des Majeurs
23 place Winston Churchill
87000 LIMOGES
Tél. : 05 87 19 35 74

Service social du CHU
2 avenue Martin Luther King
87042 LIMOGES cedex
Tél. : 05 55 05 60 11
(secrétariat du service social)

Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
Centre de Gérontologie Chastaingt
2 rue Henri de Bournazel
87038 LIMOGES cedex
Tél. : 06 11 83 75 74
Tél. : 05 55 05 87 65

Accessible sur le site web :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/sites/default/files/documents/Flyer-2.pdf>

ou en flashant le QR Code ci-contre

Bulletin de l'Ordre des Médecins - Conseil départemental de la Haute-Vienne N°35

[sommaire](#)



Nous remercions chaleureusement le CHU de Limoges de nous avoir aimablement autorisés à diffuser ces documents dans le cadre de notre article sur la protection juridique des majeurs.

DROITS DES USAGERS
FICHE REFLEXE N°1
Mise à jour : mai 2022

Les majeurs protégés : quelles conséquences sur la prise en charge ?



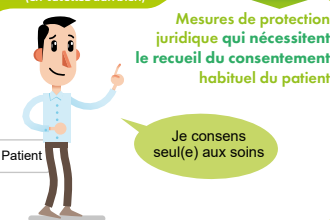
CHANGEMENT DE TERMINOLOGIE DEPUIS L'ORDONNANCE DU 11 MARS 2020

La curatelle devient « une mesure de protection juridique avec assistance ».
La tutelle devient « une mesure de protection juridique avec représentation ».
Le tuteur/curateur devient « la personne chargée de la mesure de protection ».

Définition du majeur protégé : Personne majeure bénéficiant d'un régime de protection juridique car elle se trouve dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée de ses capacités physiques et/ou psychiques. **Ainsi, il appartient désormais aux médecins prenant en charge le patient de constater l'aptitude du majeur protégé à exprimer sa volonté.**

Les conséquences sur sa prise en charge sont différentes selon la mesure de protection juridique :

- Sauvegarde de justice
- Mesure de protection juridique avec assistance (ex- curatelle simple ou renforcée)
- Mesure de protection juridique avec représentation relative à ses biens (ex- tutelles aux biens)



L'habilitation familiale ou encore la procuration générale

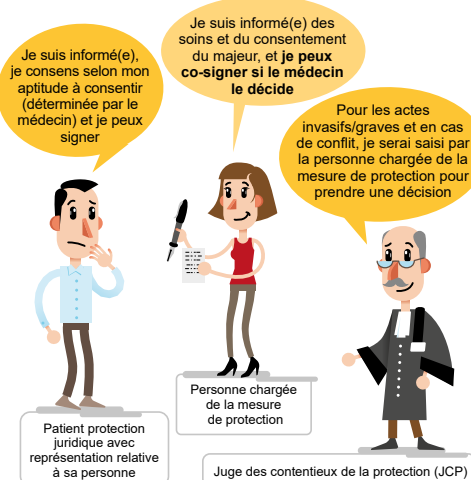
Nécessitent le jugement ou l'ordonnance du JCP afin de s'assurer de la capacité du patient à donner un consentement libre et éclairé

je consens seul(e) en fonction de l'habilitation donnée



Protection juridique avec protection relative à la personne (qui protège l'intégrité physique et/ou psychique)

Mesure de protection juridique qui nécessite des modalités adaptées et obligatoirement une copie du jugement



POUR LES MAJEURS SOUS MESURE DE PROTECTION :

Toujours demander la copie du jugement car il précise la durée de la mesure et son étendue. Parfois, la mesure de protection est limitée dans le temps ou dans la nature des actes concernés. En cas de doute, contacter le service des relations avec les usagers.

Exemple d'actes pour lesquels la personne chargée de la mesure de protection saisira le juge des contentieux et de la protection avant de donner son consentement :

chirurgie, anesthésie générale, recherche biomédicale, prélèvement de moelle osseuse, stérilisation à visée contraceptive etc.



Direction des parcours patient,
de la qualité - gestion des risques
et des relations avec les usagers



prise en charge ?

santé car l'urgence fait

ment à l'anesthésie et/ou à intervenir. Que faire ?

ut donc tenter d'obtenir le me chargée de la mesure impossible, le patient doit er les causes de l'incident.

ais a semble-t-il des fa-

sentement libre et éclairé

uations devront être envi-

sans informer ni recueillir

peuvent être différer sans te nécessaire après avoir

ie. Je ne sais pas si le

le week-end et les jours

ce des relations
les usagers

et 56 172

ers@chu-limoges.fr

REGLEMENTATION

L1111-2 al. 2 CSP

L1111-4 al. 5 CSP

com- L1111-2 III al. 6 & 7 CSP

armée L1111-4 al. 1 & 4 CSP

ins. L1111-2 III al. 6 & 7 CSP

com- L1111-2 III al. 6 & 7 CSP

ce de L1111-4 al. 8 CSP

e sys- L1111-4 al. 8 CSP

com- L1111-2 III al. 6 & 7 CSP

ion à L1111-4 al. 8 & 9 CSP

sonne L1111-2 III al. 6 & 7 CSP

L1111-4 al. 8 & 9 CSP



Accessible sur le site web :

https://conseil87.ordre.medecin.fr/sites/default/files/documents/Affiche_0.pdf

ou en flashant le QR Code ci-contre



MÉNINGIOME ET PROGESTATIFS : CE QUI CHANGE POUR LA CONTRACEPTION

Le méningiome est une tumeur développée à partir des méninges, le plus souvent à croissance lente.

Dr Flora Charbonneau
Pr Marie-Laure Laroche

Centre Régional de Pharmacovigilance de Limoges

Sur le plan clinique, il peut être découvert fortuitement ou se révéler par une symptomatologie neurologique progressive :

céphalées persistantes, crises d'épilepsie (nouvelles ou aggravées), déficit neurologique focal (faiblesse d'un membre, troubles du langage), troubles visuels, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs.

Les progestatifs de synthèse sont des substances capables de se lier aux récepteurs de la progestérone et de reproduire l'effet de l'hormone naturelle sur l'endomètre.

C'est une famille hétérogène (dérivés de la progestérone, de la testostérone, etc.), utilisée en contraception (seuls ou associés à un œstrogène), en gynécologie (endométriose, fibromes...), et dans d'autres indications.

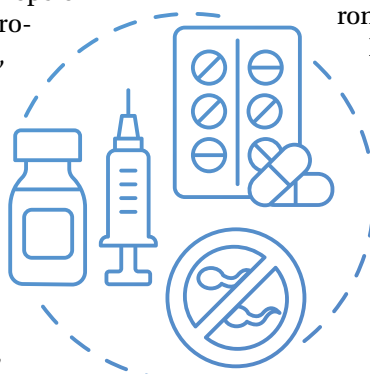
Progestatifs et sur-risque de méningiome

Pour plusieurs progestatifs (acétate de cyprotérone, chlormadinone, nomégestrol, médrogestone, médroxyprogestérone), le risque de méningiome **augmente avec l'âge, la dose et la durée d'exposition.**

Les femmes sous ces progestatifs doivent être suivies de manière régulière par IRM, et une IRM doit être envisagée en cas de signes évocateurs **pendant ou après** un traitement progestatif, y compris si l'arrêt remonte à plusieurs années.

Le diagnostic de méningiome doit conduire à **l'arrêt définitif du progestatif**, avec **orientation neurochirurgicale** pour déterminer si une intervention chirurgicale est nécessaire ou non.

Des données suggèrent une **stabilisation voire une régression de méningiomes** après arrêt du progestatif.



Nouvelles données sur les progestatifs contraceptifs (décembre 2024)

Une étude cas-témoins à partir des données du système national des données de santé (SNDS) a évalué le risque de méningiome intracrânien, associé à l'utilisation des contraceptifs oraux : désogestrel seul, et lévonorgestrel seul ou combiné à éthinylestradiol. Les résultats montrent :

- pas de sur-risque de méningiome pour les femmes utilisant une contraception contenant du lévonorgestrel seul ou combiné à l'éthinylestradiol ;
- augmentation très faible du risque de méningiome associée au contraceptif oral au désogestrel seul, notamment chez les femmes de plus de 45 ans ou en cas d'utilisation prolongée (> 5 ans), soit 1 cas pour 17 000 femmes exposées plus de 5 ans (risque bien inférieur à celui associé à cyprotérone (1 cas sur 40), chlormadinone (1 cas sur 76) ou nomégestrol (1 cas sur 173)).

Nouvelles recommandations ANSM (avril 2025) : ce qu'il faut faire en pratique

Les contraceptifs concernés par ces recommandations sont les pilules à base de désogestrel seul ou combiné, et l'implant à l'étonogestrel (Nexplanon®) (dérivé actif du désogestrel).

- 1 **Réévaluer la contraception au moins une fois par an.** Le désogestrel ne doit pas être utilisé comme traitement hormonal de la ménopause.
- 2 **Informers les femmes** > 45 ans ou sous désogestrel depuis > 5 ans de la très faible augmentation du risque.
- 3 **Pas d'IRM systématique** sous désogestrel (contrairement aux progestatifs à risque « important »). Faire une IRM cérébrale : si symptômes évocateurs, ou à l'instauration du désogestrel si exposition antérieure > 1 an à un ou plusieurs progestatifs à risque.
- 4 En cas de découverte de méningiome : arrêt de la contraception progestative et orientation neurochirurgicale.

Risque de méningiome selon les traitements progestatifs

EXISTENCE D'UN RISQUE

RISQUE IMPORTANT

- **Ac. de cyprotérone**
Androcur et génériques
- **Ac. de chlormadinone**
Lutéran et génériques
- **Ac. de nomégestrol**
Lutényl et génériques
- **Médrogestone**
Colprone
- **Ac. de médroxyprogestérone**
Depo Provera

RISQUE FAIBLE

- **Désogestrel**
Antigone, Optimizette, Elfasette, Cerazette et génériques
Combiné : Desobel, Mercilon, Varnoline et génériques
- **Etonogestrel**
Nexplanon

ABSENCE D'UN RISQUE

ABSENCE DE RISQUE

- **Progestérone**
Utrogestan et génériques
- **Dydrogestérone**
Duphaston
- **Lévonorgestrel**
Microval
Combiné : Femseptevo, Asterluna, Leeloo, Lolistrel, Ludéal, Optilova, Optifril, Adepal, Daily, Trinordiol et génériques
DIU : Mirena, Donasert, Kyleena et Jaydess

RISQUE INCONNU À CE JOUR

- **Diénogest**
Sawis, Endovela Dimetrum, Erynja et génériques
Combiné : Misolfa, Oedien, Qlaira
- **Drospirénone**
Slinda
Combiné : Drovelis, Drosipibel, Jasmine, Jasminelle, Phizoe, Yaz et génériques
- **Gestodène**
Combiné : Carlin, Harmonet, Minesse, Minulet, Perleane et génériques
- **Norgestimate**
Combiné : Femi, Naravela, Optikinzy, Triafermi, Trinara

1. Roland N, Kolla E, Baricault B, Zureik M, Weill A. Contraception orale progestative et risque de méningiome intracrânien. Une étude cas-témoins à partir des données du système national des données de santé [Internet]. 2024 déc. Disponible sur :

[file://srv.fic.indiv.chu.fr/Utilisateurs/016428/Downloads/20241219-rapport-epiphare-contraception-meningiome.pdf](https://srv.fic.indiv.chu.fr/Utilisateurs/016428/Downloads/20241219-rapport-epiphare-contraception-meningiome.pdf).

2. ANSM. Progestatifs et risque de méningiome : recommandations pour limiter ce risque. ANSM. 12/06/2025. Disponible sur :

<https://ansm.sante.fr/actualites/progestatifs-et-risque-de-meningiome-recommandations-pour-limiter-ce-risque>.

3. ANSM. Contraception et risque de méningiome : nouvelles recommandations. ANSM. 10/04/2025. Disponible sur :

<https://ansm.sante.fr/actualites/contraception-et-risque-de-meningiome-nouvelles-recommandations>.



Pour toute question portant sur le diagnostic d'une pathologie iatrogène médicamenteuse ou sur la déclaration d'un effet indésirable médicamenteux, n'hésitez pas à contacter le Centre Régional de Pharmacovigilance et d'Information sur les médicaments de Limoges (pharmacovigilance@chu-limoges.fr; 05 55 05 67 43).



LA VACCINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Comme tous les adultes vivant en France, les professionnels de santé sont soumis à des recommandations vaccinales.

L'originalité de leur situation réside dans le fait d'une part que certaines vaccinations leur sont rendues obligatoires, et, que d'autre part, certaines vaccinations leur sont recommandées au titre de la vaccination altruiste. Ce texte ne traite que de vaccinations obligatoires ou recommandées chez des personnes en bonne santé, d'autres vaccinations ou d'autres schémas vaccinaux pouvant être recommandées chez des personnels de santé en raison de soins médicaux.

Les vaccinations obligatoires, dont le taux de couverture vaccinale est très élevé : elles visent à prévenir des infections graves et, à l'exception du tétanos, transmissibles, à l'aide de vaccins très efficaces. Elles protègent contre :

- **la diphtérie** (risque d'asphyxie par atteinte laryngée)
- **le tétanos** (infection justifiant des soins de réanimation, encore bien présente dans des régions, qui tendent à se raréfier, où la couverture est déficiente)

Pr Jean-François Faucher

Chef de service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Limoges

- **la poliomyélite** (dont les formes les plus graves entraînent des paralysies irréversibles) ; objectif d'éradication par l'OMS

L'immunisation contre ces 3 valences DTP se pratique à dates fixes : 25 ans, 45 ans et 65 ans

- **l'hépatite B**, qui peut évoluer vers une hépatite chronique, source de carcinomes hépatocellulaires et de cirrhoses

Le calendrier vaccinal présente un algorithme qui permet de distinguer les situations qui permettent de conclure à une immunisation contre l'hépatite B, en prenant en compte notamment le titrage des Ac anti-HBs. Les personnes non répondeuses à la vaccination malgré des injections complémentaires (correspondant généralement à un total de 6 doses, sauf cas particuliers) seront soumises à une surveillance au moins annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B.

Il est aussi important (vaccinations recommandées) de s'assurer que les professionnels de santé sont immunisés :

- **contre la rougeole** (personnels nés avant 1980 non vaccinés + sans antécédent certain de rougeole : en formation, à

l'embauche ou en poste en priorité au contact de sujets à risque de rougeole grave : 1 dose. Pour ceux nés après 1980 : 2 doses comme pour la population générale)

■ **contre la varicelle** (personnels + étudiants des filières médicales et paramédicales sans antécédents certains de varicelle + séronégativité, à l'embauche ou en poste en priorité au contact de sujets à risque de varicelle grave)

La vaccination par le BCG peut être exceptionnellement recommandée pour les personnels en contact répété avec des patients tuberculeux et tout particulièrement ceux à risque de tuberculose multirésistante.

À ces vaccinations, s'ajoutent des vaccinations recommandées contre des infections en général sans réelle gravité pour les professionnels de santé, mais transmissibles et susceptibles d'être transmises à des patients parfois très fragiles ; l'enjeu de la vaccination pour le professionnel de santé devient principalement la protection des patients. Il s'agit de la vaccination dite altruiste.

La vaccination altruiste s'inscrit dans la déontologie des soins : "... J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité..." *(extrait du serment d'Hippocrate, selon le texte revu par l'Ordre des médecins en 2012)* :

■ **la vaccination contre la coqueluche**, qui est recommandée chez tous les adultes dans le cadre du cocooning, et aussi chez les professionnels de santé : professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins, professionnels soignants dans leur ensemble, y compris dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les étudiants des filières médicales et paramédicales. Les personnes travaillant en contact étroit et répété avec les nourrissons âgés de moins de 6 mois (maternité, service de néonatalogie et de pédiatrie) devraient être vaccinées en priorité en raison du risque de coqueluche grave chez les nourrissons. La vaccination contre la coqueluche est nécessairement combinée avec les valences DTP (diphtérie-tétanos-polio). En cas de résurgence de la coqueluche, comme cela est survenu en 2024, un rappel vaccinal est recommandé à tous les professionnels de santé dont le dernier rappel remonte à il y a plus de 5 ans, afin de stimuler l'immunité.

■ **La vaccination antigrippale**, dont l'efficacité est imparfaite en regard d'une tolérance excellente, et dont la contrainte réside dans le fait qu'une injection annuelle est indiquée à l'automne. On estime que le risque de faire une grippe (et donc de devenir un contaminateur potentiel) est réduite d'environ 30% par un simple geste vaccinal.

La vaccination antigrippale est critiquable dans cette mesure où son efficacité est bien en-deçà de l'efficacité des vaccinations obligatoires, mais dans la mesure où sa tolérance est excellente, cette vaccination demeure un choix raisonnable (bénéfice modeste mais démontré, au prix d'un risque insignifiant)

■ **La vaccination contre le covid**, dont la contrainte réside dans le fait qu'une injection annuelle est indiquée à l'automne.

Les données de couverture vaccinale chez les professionnels de santé sont fondées en partie sur des données déclaratives. Elles nous apprennent que la vaccination altruiste ne fait pas toujours recette chez les professionnels de santé, et c'est bien dommage, ce d'autant que la vaccination altruiste est recommandée à l'ensemble de l'entourage des personnes les plus fragiles.

Les médecins ont un rôle à jouer dans l'émulation à la vaccination altruiste, en se faisant vacciner contre la grippe et le covid, et en le faisant savoir, au détour d'une conversation sur le sujet, non seulement aux patients, mais aussi à leur entourage, dont les personnels de santé paramédicaux. Le témoignage d'un professionnel, c'est déjà une parole de professionnel.

MÉMENTO VACCINAL DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les vaccinations obligatoires



Diphtérie



Tétanos



Poliomyélite



Hépatite B

Les vaccinations recommandées



Rougeole



Varicelle



Coqueluche



Grippe



Covid

Un peu de déontologie ça ne peut pas faire de mal...

Dr François BERTIN

Conseiller départemental
Trésorier adjoint du CDOM

■ ARTICLE 11 : DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.

Cet article reprend les termes de la prière de Maïmonide (XII^e siècle) : « Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Éloigne de moi, ô Dieu, l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier... »

1 COMPÉTENCE MÉDICALE

La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" : le médecin a le devoir de s'informer des progrès de la médecine nécessaires à son activité.

La compétence est la première exigence de la morale professionnelle. Elle suppose non seulement un savoir aussi large que possible, mais aussi une bonne adaptation à l'exercice de l'activité médicale.

Cette obligation de compétence est devenue de plus en plus difficile à satisfaire en raison de la complexité croissante de la médecine. Malgré cela, le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit qu'il est responsable et il doit être conscient des lacunes de son savoir, lacunes qui peuvent avoir des conséquences vitales pour ses patients. Dans cette éventualité, l'appel au concours d'un confrère fait partie du professionnalisme.

2 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

La notion globale est celle de « développement professionnel continu » qui, pour un médecin, comprend l'évaluation de ses pratiques, l'estimation de sa propre compétence, et la formation qui permet de corriger les lacunes.

La mise en place du développement professionnel continu ne peut se comprendre que si l'on part de la conception de compétence médicale et de son actualisation nécessaire. La validation de cette compétence passe par l'évaluation des pratiques professionnelles, le développement professionnel continu permettant l'adaptation permanente de cette compétence et la pertinence des pratiques.

Devoir déontologique, le développement professionnel continu, légalement obligatoire, fait désormais l'objet d'une vérification régulière pour l'ensemble des médecins (libéraux, hospitaliers, salariés).

De grands principes doivent être respectés :

- la pertinence des actions : elles doivent concourir toutes à l'amélioration des pratiques professionnelles et doivent pouvoir être évaluées ;

- l'équité des exigences : tout médecin, quel que soit son mode d'exercice et l'endroit où il réside, doit pouvoir accéder à des actions de formation, variées et adaptées ;

- l'indépendance des formations : les formations sont financées par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu pour les médecins libéraux et par les employeurs pour les médecins hospitaliers et salariés.

Les organismes qui souhaitent proposer des programmes de développement professionnel continu doivent déposer une demande d'enregistrement auprès de l'organisme gestionnaire. Une commission scientifique indépendante évalue les programmes proposés par ces organismes.





Le code de déontologie médicale constitue un référentiel essentiel pour le médecin dans l'exercice de sa profession

3 ÉVALUATION DES PRATIQUES

Cette évaluation fait partie intégrante du développement professionnel continu.

L'article 11 prévoit que tous les médecins participent à l'évaluation des pratiques professionnelles. L'évaluation incluse par le DPC est prévue par groupe, il est vivement recommandé que le médecin inscrive aussi sa propre pratique dans cette démarche. C'est pourquoi les acteurs actuels du DPC prévoient de faire figurer l'évaluation de la pratique comme une action faisant partie des efforts de formation permanente. Différentes techniques ont été proposées dans ce but. Ce mouvement rejoint l'évolution des objectifs des promoteurs du dispositif, qui après une première étape d'évaluation des structures hospitalières, voit ses tâches s'orienter aussi vers l'évaluation des pratiques.

Les actions de DPC organisées par groupe de médecins, comme les groupes de pairs, multiplient les occasions d'accéder à un tel auto-examen. La survenue d'incidents dans le cadre de l'exercice professionnel doit amener le conseil départemental à proposer au médecin de se soumettre à une évaluation de sa pratique.

En établissement de santé, s'ajoute aux évaluations individuelles, une évaluation du dispositif d'organisation de l'équipe de soins.



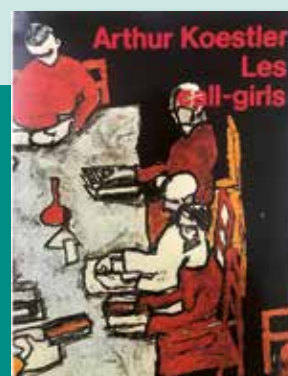
Sans vouloir remonter le temps jusqu'à ce philosophe du XII^e siècle, Talmudiste, méta-physicien, théologien, médecin de cours et astronome, influenceur des mondes arabo-musulmans et chrétiens, que Thomas d'Aquin surnommait « l'aigle de la Synagogue », le sujet de la formation médicale continue, entre serpents de mer et marronniers de la presse médicale, semble se remettre en place actuellement.

En effet, les 52 référentiels de certification périodique pour les sept professions de santé à ordre - dont les médecins - sont parus au journal Officiel le 27 février. Chacun d'entre eux comportent plusieurs dizaines de propositions d'actions, organisées en quatre axes.

- 1 Actualiser ses connaissances et compétences.
- 2 Renforcer la qualité de ses pratiques professionnelles.
- 3 Améliorer sa relation avec les patients.
- 4 Mieux prendre en compte sa santé personnelle.

D'autre part, je ne résiste pas au plaisir de vous recommander un classique des classiques dans l'ouvrage d'Arthur Koestler de 1973 : les call-girls.

Les éditions se sont succédées bien sur, il est paru en 10-18/ domaine étranger soit donc une littérature de poche mais que vous ne trouverez pas en roman de gare, et non il vous faut regambader en la belle librairie indépendante : Papel et Tégument et probablement le commander, mais ça vaut le coup, n'en doutez pas...



Les call-girls d'Arthur Koestler
Éditions 10/18 - 1999

Un peu de déontologie ça ne peut pas faire de mal... (suite)

■ ARTICLE 12 : CONCOURS APPORTÉ À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Il participe aux actions de vigilance sanitaire. La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.

Le rôle et les responsabilités du médecin ne se limitent pas aux actes accomplis dans l'intérêt de personnes considérées individuellement. Celles-ci appartiennent à une collectivité pour laquelle les responsables de la santé publique peuvent proposer des mesures générales en vue de protéger ou de promouvoir la santé. Ce contact direct d'un médecin avec le public appelle de la précaution et de la prudence.

① OBJECTIFS

Il peut s'agir :

- de mesures préventives générales destinées à améliorer l'environnement, éviter les carences, accroître la résistance aux maladies infectieuses, etc. ;
- d'éducation sanitaire pour informer la population des risques encourus pour sa santé dans la vie courante ;
- de campagnes de dépistage dont l'objectif varie selon l'âge des personnes, leur activité professionnelle ou le lieu de leur domicile.

Éducation sanitaire et promotion de santé représentent une notion plus large que celle de santé publique. C'est une démarche de santé dans l'intérêt collectif, qui implique une large participation de la population elle-même, notamment des associations, des clubs, des groupements d'enfants, de sportifs, de personnes âgées, etc. ; des élus locaux ; mais aussi de l'ensemble des professionnels de santé.

Personne ne peut mieux que le médecin, inséré dans un environnement urbain ou rural, mesurer l'impact des facteurs de risque pour la santé de ses concitoyens, et prodiguer grâce à son expérience professionnelle les avis et les conseils permettant d'approcher l'objectif ambitieux de l'OMS qui définit la santé comme un "état de complet bien-être physique, mental et social" (1946).

② MOYENS

La connaissance de l'état de santé de la population nécessite que des informations sur la prévalence des maladies, la fréquence des handicaps, l'émergence d'une épidémie soient connues des responsables de santé publique, de manière aussi précise et rapide que possible.

Un certain nombre de dispositions législatives ou réglementaires imposent aux médecins de communiquer aux mairies, aux agences régionales de santé, aux médecins-conseils des caisses d'assurance maladie, aux responsables de département de l'information médicale (DIM) des établissements de santé, des informations tantôt nominatives, tantôt anonymes : certificat de décès, maladies à déclaration obligatoire, résumé de synthèse clinique, etc.

Les études épidémiologiques, telles que les cohortes, qui font appel à des traitements automatisés, exigent la communication d'informations médicales nominatives. Des précautions particulières s'imposent pour le recueil, la transmission des données et leur traitement informatique.

La CNIL a également adopté une recommandation relative aux registres du cancer renforçant notamment les conditions d'information des personnes concernées.

Le médecin rédacteur aura le souci de l'exactitude des renseignements ainsi communiqués, de leur mode de transmission et du maintien de leur confidentialité, surtout lorsqu'ils sont nominatifs. L'anonymisation des données, dès leur collecte, se révèle la solution idéale, dans la mesure où l'identité des personnes n'est pas indispensable pour éviter les doubles comptes, assurer le suivi de la maladie ou pour contrôler l'efficacité à long terme d'une thérapeutique.

Ce souci de préserver l'intimité des personnes par l'anonymat et la vigilance pour y contribuer, doivent être la règle habituelle, surtout lorsque le médecin participe sur une base volontaire à la réalisation de registres de maladies ou d'enquêtes épidémiologiques.



Concours apporté à la protection de la santé ?

Quelle belle cause que celle-ci ! et là, j'ai une vraie pépite à vous indiquer.

On est tous confrontés dans nos différentes spécialités à des articles présentant telle ou telle recherche, originale et merveilleuse, mais si l'on regarde bien, si l'on attend la suite de publications de cette même équipe, peu de choses ou bien une autre publication sur une thématique différente mais toujours originale et merveilleuse !

Mais là, c'est très différent en effet :

Pierre Weill, dans son ouvrage « une seule santé », paru chez Actes Sud en 2008 (et oui déjà en 2008), nous livre le récit de ses recherches sur les 30 années passées à étudier les liens entre la mauvaise santé des sols, des animaux et celles des hommes qui s'en nourrissent. Il s'agit ici d'une thématique suivie, volontaire et qui débouche sur de réelles recommandations, un travail suivi, des travaux à suivre, je l'assure...



Une seule santé de Pierre Weill
Actes Sud - 2008

■ ARTICLE 23 : COMPÉRAGE

Tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morale est interdit.

Cet article, qui vise les médecins et les autres professionnels de santé, interdit toute entente illicite qui entacherait la liberté et l'indépendance professionnelle des médecins et porterait ainsi atteinte au libre choix des patients.

Cet article concerne toutes les formes de compérage, notamment avec d'éventuels pourvoyeurs et "rabatteurs" de clientèle.

Les professionnels de santé, installés dans les mêmes locaux, qu'un médecin ont un statut de salarié du médecin ou un exercice libéral. Dans cette dernière éventualité, le médecin se doit d'éviter le risque de compérage, d'autant plus que le double statut libéral pourrait le favoriser. Cette situation devient encore plus exposée lorsqu'il s'agit de deux conjoints exerçant leur profession respective sans contrat.

Il peut y avoir compérage sans versement d'argent, mais avec coalition d'intérêts. Le Conseil d'État a jugé que la pratique

consistant, pour un médecin, à attester et facturer, à titre habituel, l'exécution d'actes en réalité effectués par un tiers, en l'espèce un chirurgien-dentiste, constitue une pratique de "compérage" au sens des dispositions du code de déontologie médicale : « *Le caractère habituel de cette activité est de nature à autoriser la qualification de compérage de celle-ci sans qu'il soit besoin de rechercher si le requérant en retirait un bénéfice* ».



À NOTRE SANTÉ !

Ça sonne comme un apéro barbecue autour de la piscine entre compères qui se partagent le gâteau et cela peut rebuter au premier abord...

Mais à y voir plus en profondeur c'est fort différent, bien au contraire l'alerte porte sur l'information qui oriente le libre choix de tous.

Ainsi dans son sous titre : la lutte contre le changement climatique n'est pas celle que vous croyez, l'auteur Kévin Jean, de « A notre santé » parue chez Payot nous livre à partir d'une littérature scientifique actuelle tous les liens qui existent entre changement climatique et santé, sous l'angle des conséquences de l'inaction mais aussi et surtout des bienfaits que nous pouvons attendre de l'action environnementale.

Bonne lecture et meilleurs choix...



À notre santé ! de Kévin Jean
Payot - 2020

Certains de nos confrères ont des compétences particulières moins connues. Nous vous les présenterons au fur et à mesure, voici les deux premières.

1

LE MÉDECIN CONSEIL D'ASSURANCE

Dans le cadre de son travail auprès de l'assureur, bien que dépendant d'une hiérarchie sur le plan administratif, le médecin conseil d'assurance est soumis, bien entendu, au Code de Déontologie et demeure le garant du secret médical.

De plus, et c'est une évidence, il doit pouvoir travailler en toute indépendance, d'où l'importance fondamentale du contrat qui lui est proposé (qu'il soit salarié, à temps plein ou partiel, ou même vacataire). Il est, pour le moins, titulaire du Diplôme de Réparation Juridique du Dommage Corporel et même du CAPEDOC (certificat d'aptitude à l'expertise en dommage corporel) et a également une solide expérience de l'expertise médicale.



■ lors de la souscription d'un contrat (en particulier en assurance prévoyance, pour un prêt personnel ou professionnel), il analyse le questionnaire de santé et évalue le risque. S'il estime que ce dernier n'est pas aléatoire, mais qu'il existe un risque aggravé de santé (ce qui peut influencer sur le coût du contrat et même entraîner des exclusions dans les garanties) et qu'il a besoin de pièces médicales complémentaires (en particulier dans le cadre de la convention AERAS), il peut les solliciter, mais exclusivement auprès de l'intéressé lui-même, qui peut se les procurer auprès de son médecin traitant (dans le cadre de la Loi Kouchner de mars 2002). Bien évidemment, il n'a absolument pas à prendre contact directement avec le médecin traitant (et réciproquement). Il peut également, afin d'avoir un avis définitif, diligenter un examen auprès d'un médecin expert (généraliste ou spécialiste), demander la réalisation d'examens complémentaires.

Dr Michel Barris

Médecin retraité - Ancien expert auprès des assurances

In fine, il communiquera sa décision à l'assureur (uniquement de manière administrative, sans aucun élément d'ordre médical) qui pourra ainsi tarifier le contrat.

■ après une déclaration d'accident ou de maladie (selon le contrat souscrit), l'assureur étant tenu de provisionner le dossier, il sera amené à faire une évaluation de l'état de santé de l'assuré, en fonction des pièces médicales qu'il a à sa disposition.

Il peut proposer une indemnisation adaptée (en déterminant, par exemple, en cas de séquelles mineures d'un accident de la voie publique, les souffrances endurées, un éventuel dommage esthétique, selon les indications du barème adéquat). Si le cas est plus complexe, il va missionner, afin de mieux évaluer l'état réel de l'assuré, un médecin expert. Ce dernier établira, en toute indépendance, un rapport destiné au seul médecin conseil de l'assureur, permettant une évaluation complète et définitive de l'état de santé de l'assuré, l'assureur pouvant alors faire une offre d'indemnisation, selon les garanties du contrat souscrit.

■ Il travaille au sein d'une équipe de gestionnaires spécialisés et habilités, qu'il doit former au respect du secret médical (chaque membre de cette équipe attestant, par écrit, avoir reçu une formation en ce sens), car il ne doit communiquer, bien évidemment, comme cela a déjà été indiqué, aucune information médicale à l'assureur, mais uniquement des conclusions administratives.

■ Il doit également veiller scrupuleusement au respect des procédures : bureaux accessibles aux seules personnes autorisées, éventuelle boîte aux lettres dédiée, boîtes mails sécurisées, avec cryptage, protection des données informatiques, etc ...

■ Il est souvent amené à coordonner l'activité médicale de l'assureur (en donnant, par exemple, son avis sur de futurs contrats envisagés par ce dernier), à collaborer à des revues spécialisées, à intervenir dans des colloques, auprès d'associations de médecins spécialistes en expertise.

■ **Cas particulier** : le médecin conseil en Responsabilité Civile médicale, qui a pour mission de réaliser la gestion médico-légale du dossier (en lien avec les équipes juridiques) et d'accompagner le professionnel de santé mis en cause.

EN CONCLUSION

**2 maîtres mots toujours fondamentaux quel que soit l'exercice :
indépendance et secret médical**

2

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

La Protection maternelle et infantile (PMI) est un service créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui constitue aujourd'hui un pilier de la politique familiale et de santé publique en France.

Elle a pour mission de protéger les femmes enceintes et les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. À sa création, elle avait pour but de lutter contre la mortalité infantile, mais elle a désormais d'autres missions qui relèvent de la prévention et qui sont définies par le Code de la santé publique.

Ces missions principales concernent la bonne mise en œuvre des politiques de santé publique de prévention pour les femmes enceintes et les enfants jusqu'à 6 ans, l'organisation de l'activité des centres de santé sexuelle ou CSS (anciens centres de planification), et l'autorisation, le contrôle et le suivi des modes d'accueils collectifs ou individuels du jeune enfant (crèches, assistantes maternelles).

La PMI participe aussi à l'évaluation et au suivi médical des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Les médecins de PMI sont des médecins généralistes, ou pédiatres qui exercent leur métier dans le cadre de missions de prévention et d'orientation.

Dr Sophie Guerineau
Médecin PMI

Pour cela ils effectuent des consultations de nourrissons, en binôme avec des puéricultrices. Ils proposent et réalisent les vaccinations obligatoires dès l'âge de 2 mois. Ces consultations ont lieu dans les Maisons du département (MDD) qui sont réparties sur tout le territoire haut-viennois.

Ils sont présents au niveau des écoles maternelles en petite et moyenne sections, notamment pour la réalisation du bilan de santé en école maternelles (BSEM). Il s'agit de proposer l'examen obligatoire dès 4 ans à tous les enfants scolarisés du département.

Ils peuvent aussi intervenir dans le cadre des missions des CSS, en réalisant des consultations de prévention en santé sexuelle, contraception, information et dépistages des IST.

Les médecins travaillent sur un secteur géographique déterminé par la répartition des MDD et sont responsables de ce secteur. Ils peuvent être recrutés comme titulaires ou contractuels de la fonction publique. Les temps de travail sont variés (complet, non complet), et l'exercice en vacation est possible. Il y a actuellement 8 postes de médecins de PMI dont plusieurs sont à pourvoir.

Les médecins de PMI peuvent participer à la formation des internes en médecine générale en les accueillant en stage.

EN CONCLUSION

Bien que recentrée sur les premières années du jeune enfant et son entourage, la PMI offre une activité médicale variée, réalisée au sein d'une équipe polyvalente regroupant des métiers médicaux, paramédicaux et sociaux, mais aussi en lien avec les partenaires des structures du milieu sanitaire et médico-social.





LE TOUR D'ABANDON DE L'HOSPICE DE LIMOGES

Dr Pierre BOURRAS

Vice-Président du CDOM

Qu'est-ce qu'un Tour d'abandon d'enfants ?

Ces tours d'abandon consistaient en un cylindre ouvrant sur l'extérieur d'un bâtiment, comme un tambour de porte. Les mères mettaient l'enfant dans le cylindre et tournaient celui-ci pour que l'enfant accède à l'édifice puis sonnaient une cloche pour que les personnes à l'intérieur en soient averties. Ce bâtiment était avant la révolution, un édifice religieux ; il sera ensuite adossé à un hospice.

■ HISTORIQUE DES TOURS D'ABANDON

On attribue au pape Innocent III, effrayé par le nombre de nourrissons jetés dans le Tibre à Rome, la création des tours d'abandon d'enfant en 1204.

Leur arrivée en France est attestée en 1638 à Paris sous l'influence de saint Vincent de Paul et à Bordeaux en 1717.

Le 19 janvier 1811, un décret de Napoléon impose la création de tours d'abandon d'enfants dans un hospice dans chaque département. Ils seront 251 en France à leur apogée.

Ils disparaîtront progressivement à la fin du XIX^e siècle.

En Allemagne, le premier tour d'abandon moderne voit le jour dans le district d'Altona de Hambourg le 11 avril 2000, après qu'on a retrouvé en 1999 plusieurs bébés abandonnés qui étaient morts d'hypothermie.

■ LE TOUR D'ABANDON DE L'HOSPICE DE LIMOGES

La première mention sur le « registre des enfants trouvés, exposés, abandonnés ou orphelins pauvres » de ce qui pourrait être rapproché d'un tour remonte au 25 août 1808 l'enfant est dit exposé dans « la boîte des enfants trouvés ».

Dans les années qui suivent, on lit aussi « le tour », « la boîte » ou « le Boëtte ».

Sur le registre figurent : l'âge estimé de l'enfant, son sexe, ses vêtements (chemise, « drappe » ou drap ou drapeau, bourrasse, « beguinette », brassière, rubans), et éventuellement un billet sur lequel est inscrit si l'enfant est baptisé (avec son prénom) ou non. Parfois des renseignements sur le lieu d'origine, voire le nom de la mère, exceptionnellement le nom du père, encore plus rarement la cause de l'abandon (couple de comédiens dramatique de passage ne pouvant se charger de l'enfant).

Toujours sur le registre, la destination de l'enfant : décédé rapidement à l'hospice, gardé à l'hospice, confié à une nourrice dont est précisé le nom et l'adresse et qui doit en théorie habiter à plus de 15 Kms, les éventuels changements de nourrices et bien souvent la mort de l'enfant à court terme.

Entre 1814 et 1857 le nombre d'enfants exposés au tour de l'hospice variera peu.

Un pic de 51 enfants est observé vers 1833. En 1845, les effectifs se situent ensuite entre 30 et 38 enfants par mois, avant d'amorcer une lente diminution jusqu'à leur disparition.

Pour la France à la même période, l'annuaire de la Haute-Vienne donne les chiffres de 1 enfant trouvé pour 1000 habitants. Il note également que ce nombre d'enfants trouvés a été stable entre 1797 et 1837 avec un pic autour des années 1832. Le taux de mortalité des enfants trouvés est effroyable jusqu'à 90%, pour une mortalité infantile à environ 20%.

Le dernier acte d'enfant exposé dans le tour des enfants trouvés date du 14 mai 1857.

■ ASPECTS JURIDIQUES

Le décret du 19/01/1811 prévoit trois catégories d'enfants recueillis par les hospices :

- les enfants trouvés, nés de père et de mère inconnus et exposés dans un lieu public ou déposés à l'hospice dans le tour,
- les enfants abandonnés, nés de parents connus, mais « *délaissés sans qu'on sache ce que les père et mère sont devenus, ou sans qu'on puisse recourir à eux* »,
- les orphelins pauvres, admis parce qu'ils restent sans ressources après le décès de leur père et mère ou de leurs tuteurs.

Selon le *Journal des commissaires de police* de 1865, le dépôt d'un enfant dans le tour d'un hospice ne constitue pas un délit, dès lors que la mère ne se retire qu'après avoir vérifié que l'enfant a effectivement été pris en charge par un préposé de l'hospice.

■ LES CAUSES D'ABANDON D'ENFANTS

Vaste sujet de réflexion depuis la nuit des temps. Les causes, la tolérance ou l'interdiction morale ou juridique de cette pratique sont infinies : civilisations, culture, pays, guerres, famines, influences religieuses, importance d'un enfant en fonction de la mortalité infantile, tolérance ou non d'enfant nés avec handicap ou malformation, tolérance ou non (aussi bien civilisationnelle que politique ou religieuse) des enfants nés « hors mariage », surpopulation...

En France, le débat qui a animé pendant plusieurs siècles la question de la protection des enfants abandonnés favorisait-il l'immoralité ?

Sur le sujet des « tours d'abandon » aux vues de la période considérée, il paraît bien que la misère soit considérée comme la cause essentielle.

« *Tu vois bien que nous ne pouvons plus nourrir nos enfants ; je ne saurais les voir mourir de faim devant mes yeux, et je suis résolu de les mener perdre demain au bois* »,
Le Petit Poucet de Charles Perrault.



Procès-verbal d'une enfant abandonnée en 1808



Procès-verbal de la dernière exposition d'enfant au tour d'abandon

POUR EN SAVOIR PLUS

1) Archives départementales de la Haute Vienne (consultable sur leur site Internet).

3 X 75*... *Registre des enfants trouvés, exposés du 1^{er} août 1844 au 7 septembre 1860 et des enfants abandonnés et orphelins pauvres admis à l'hospice de Limoges du 18 janvier 1856 au 31 décembre 1861. 1844-1861.*

3 X 76*... *Registre des enfants trouvés, abandonnés ou orphelins pauvres, admis à l'hospice de Limoges et des enfants se cours. 30 avril 1846 - 17 avril 1857.*

2) *Annuaire du département de la Haute Vienne de 1839, Bargeais Éditeur Imprimeur à Limoges.*

3) *Les tours d'abandon pour nouveaux nés : Les dossiers de l'obstétrique, Mai 2009*

4) *Les enfants abandonnés et leurs nourrices à Limoges au XVIII^e siècle, Jean-Claude Peyronnet.*

Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine - Année 1976 23-3 pp. 418-44.

AGENDA

SAISIES DE DOSSIERS

■ 35 Saisies de dossiers faites par les conseillers et le Bureau, qui ont eu lieu au CH DUPUYTREN, au CH ESQUIROL, à la Clinique CHÉNIEUX, à la Clinique des Émailleurs, au CH de SAINT-JUNIEN, au CH de SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE.

RENDEZ-VOUS DU PRÉSIDENT

RDV du Président Docteur Thierry BOËLY :

- **1^{er} décembre 2025** : Visio organisé par l'ARS sur les tensions hospitalières, en présence du Docteur Thierry BOËLY, Président.
- **09 décembre 2025** : Rencontre avec Mme Claude DUBOIS-SOULAS, Directrice du CH Esquirol, accompagnée de son assistante, Mme Caroline TANTY, en présence des Docteurs Thierry BOËLY, Président et Marie DUCLOS, Secrétaire générale.
- **11 décembre 2025** : Journée d'échanges au siège du Conseil National, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président du Conseil national, en présence du Docteur Thierry BOËLY, Président.
- **19 décembre 2025** : Invitation au Conseil de juridiction au Tribunal Judiciaire de Limoges, en présence du Docteur Thierry BOËLY, Président
- **16 janvier 2025** : Vœux de M. Émile-Roger LOMBERTIE, Maire de Limoges, à l'Hôtel de Ville, en présence des Docteurs Thierry BOËLY, Président et Marie DUCLOS, Secrétaire générale.
- **23 février 2026** : Réunion COPIL PTSM en présence du Docteur Thierry BOËLY, Président.
- **05 mars 2026** : Réunion Préfecture avec M. Maurice BARATE, Préfet de la Haute-Vienne, en présence des Docteurs Thierry BOËLY, Président, Marie DUCLOS, Secrétaire générale et Éric ROUCHAUD, Vice-Président.
- **28 mars 2026** : Assemblée générale CNOM en présence des docteurs Thierry BOËLY, Président, Marie DUCLOS, Secrétaire générale et Véronique BAZANAN, Trésorière.
- **20 juin 2026** : Assemblée Générale du CROM en visio, présence du Docteur Thierry BOËLY, Président.

AUTRES RÉUNIONS

- **03 décembre 2025** : Comité de pilotage ODPE en présence du Docteur Bouchra DAHMANI.
- **06 décembre 2025** : Assemblée générale du CROM en visio en présence du Docteur Pierre BOURRAS, Vice-Président.
- **10 décembre 2025** : Réseau de prévention des violences sexuelles, rencontre avec le Docteur Frédérique MEISSONNIER, Responsable du CRI au CDOM.
- **11 décembre 2025** : Commission Paritaire Locale des Médecins de la Haute-Vienne, en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.
- **15 décembre 2025** : Réunion de présentation de l'Ordre avec les docteurs Juniors, en présence des docteurs François BERTIN et Yves FEYFANT, conseillers et Madame Christelle CHANCELLE, Secrétaire.
- **17 décembre 2025** : Comité de pilotage de l'ONSM (Observatoire National de la Sécurité des Médecins) constitution par le Bureau du CNOM, nomination du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président et membre de ce comité.
- **18 décembre 2025** : Réunion CODAMU-PS en présence du Docteur Clément BOURGAIN, pour le CDOM, les Docteurs Loïc PICOU et Mickaël FRUGIER, pour les URPS.
- **23 décembre 2025** : Réunion CPTS en visio.
- **12 janvier 2026** : Rencontre au CDOM87, avec l'ARS, M. Olivier THENAILLE, Directeur général, Mme Marie-Noëlle BROSSARD, Directrice générale adjointe, Mme Bérangère DAVID, chargée de Missions-Pôle animation territoriale et parours, la CPAM, Mme Sandrine PELLEGRINI, Responsable du Département Gestion du Risque-Relations avec les Professionnels de Santé-Direction Régulation Santé et Mme Pauline BRUGERIE, responsable Adjointe Gestion du Risque-Direction des Offres de Soins, les URPS, Docteur Mickaël FRUGIER, en présence des Docteurs Thierry BOËLY, Président et Marie DUCLOS, Secrétaire générale, Mme Christelle ROULIERE, Secrétaire, des Docteurs Loïc PICOU, Clément BOURGAIN, Patrick MILLET et Fabienne DESCHAMPS, conseillers.
- **13 janvier 2026** : Comité Ville-Hôpital, ordre du jour proposé par la médecine de ville en présence des Docteurs Éric ROUCHAUD, Vice-Président, Christian PETIT et Loïc PICOU, conseillers.
- **19 janvier et 02 février 2026** : Réunions de présentation de l'Ordre avec les docteurs Juniors, en présence des docteurs François BERTIN et Yves FEYFANT, conseillers.
- **10 mars 2026** : Réunion CPTS en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, responsable de la Commission de la PDSA.
- **12 mars 2026** : Réunion CPL en présence du Docteur Éric ROUCHAUD Vice-Président.
- **12 mars 2026** : Copil Forum Santé Territoires Limousin Périgord en présence du Docteur Jean-Marie ROUSSIE.
- **21 mars 2026** : Assemblée générale du CROM en présence du Docteur Thierry BOËLY en visio.
- **24 mars 2026** : Réunion Comité Ville/Hôpital
- **25 mars 2026** : Suite rencontre le 15 janvier 2026 avec le Docteur DUCROIX-ROUBERTOU, organisation soirée Bon Usage des Antibiotiques (BUA) au Palais des Sports de Beaublanc, en présence du Docteur Marie DUCLOS, Secrétaire générale, Fabienne DESCHAMPS et Éric DENES conseillers.
- **30 mars 2026** : Réunion Entraide
- **31 mars 2026** : CLAV VIFSS-Personnes majeures, vision des actions menées sur le territoire, invitation de Madame Sophie RAIX, Déléguée départementale à l'égalité femmes hommes, violences intrafamiliales à la Préfecture en présence du Docteur Yves FEYFANT, conseiller.
- **21 avril 2026** : Réunion CTS en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.
- **23 avril 2026** : Réunion professionnelle sur les soins oncologiques de support, le CROM est le relais de cette information.
- **29 avril 2026** : Journée de formation au CROM, Trésorier et secrétaire en charge des inscriptions en présence des docteurs Marie DUCLOS, Secrétaire générale, Véronique BAZANAN, Trésorière et Madame Christelle ROULIERE, Secrétaire.
- **29 avril 2026** : Réunion sur les Dérives sectaires à la préfecture, en présence des Docteurs Yves FEYFANT et Florent HURE, conseillers.
- **30 avril 2026** : Rencontre du réseau de prévention des violences sexuelles sur mineurs au CH Esquirol à la demande du Docteur Frédérique MEISSONNIER, responsable du CRI en présence des docteurs Éric ROUCHAUD, Vice-Président et Yves FEYFANT, conseiller.
- **19 mai 2026** : Réunion Comité Ville/Hôpital.
- **04 juin 2026** : Comité de pilotage de l'ODPE en présence du Docteur Bouchra DAHMANI.
- **04 juin 2026** : Réunion CODAMU-PS Transport sanitaire en présence du Docteur Clément BOURGAIN, conseiller.

■ **05 juin 2026** : Assises de la protection de l'enfance à l'Espace Jean Gagnant, en présence du Docteur Véronique BAZANAN Trésorière.

■ **09 juin 2026** : Sécurité des médecins, visio en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **16 juin 2026** : Réunion Comité Ville-Hôpital, salle du SAMU en présence du Docteur Dominique CAILLOCE.

■ **16 juin 2026** : Réunion OVSS (Observatoire des Violences Sexuelles) à la Préfecture en présence du Docteur Yves FEYFANT, conseiller.

■ **17 juin 2026** : Réunion de la CAL (Commission Activité Libérale) au CHU en présence du Docteur Yves FEYFANT, conseiller.

■ **25 juin 2026** : Réunion CTS en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **25 juin 2026 et 30 juin 2026** : Réunion COPIL SAS 87 visio en présence des Docteurs Thierry BOËLY, Président, Fabienne DESCHAMPS et Clément BOURGAIN.

