



Conseil départemental
de la Haute-Vienne

Bulletin de l'ORDRE DES MÉDECINS

87 n° 2

FÉVRIER 2007

Conseil départemental de la Haute-Vienne

Sommaire

■ Éditorial

■ Vie du Conseil

- Résultat des élections au Conseil Régional p. 2
- Inscriptions, transferts, retraites, décès, qualifications p. 2 / 3
- Agenda p. 3

■ Exercice professionnel

- Certificats médicaux et plaintes p. 4 / 5
- Assurance professionnelle du médecin p. 6
- Analyse et contrôle du système des soins "les missions du service du contrôle médical" p. 6/7
- Médecins en difficulté p. 8
- Médicaments génériques p. 8 / 9

■ Vie des commissions

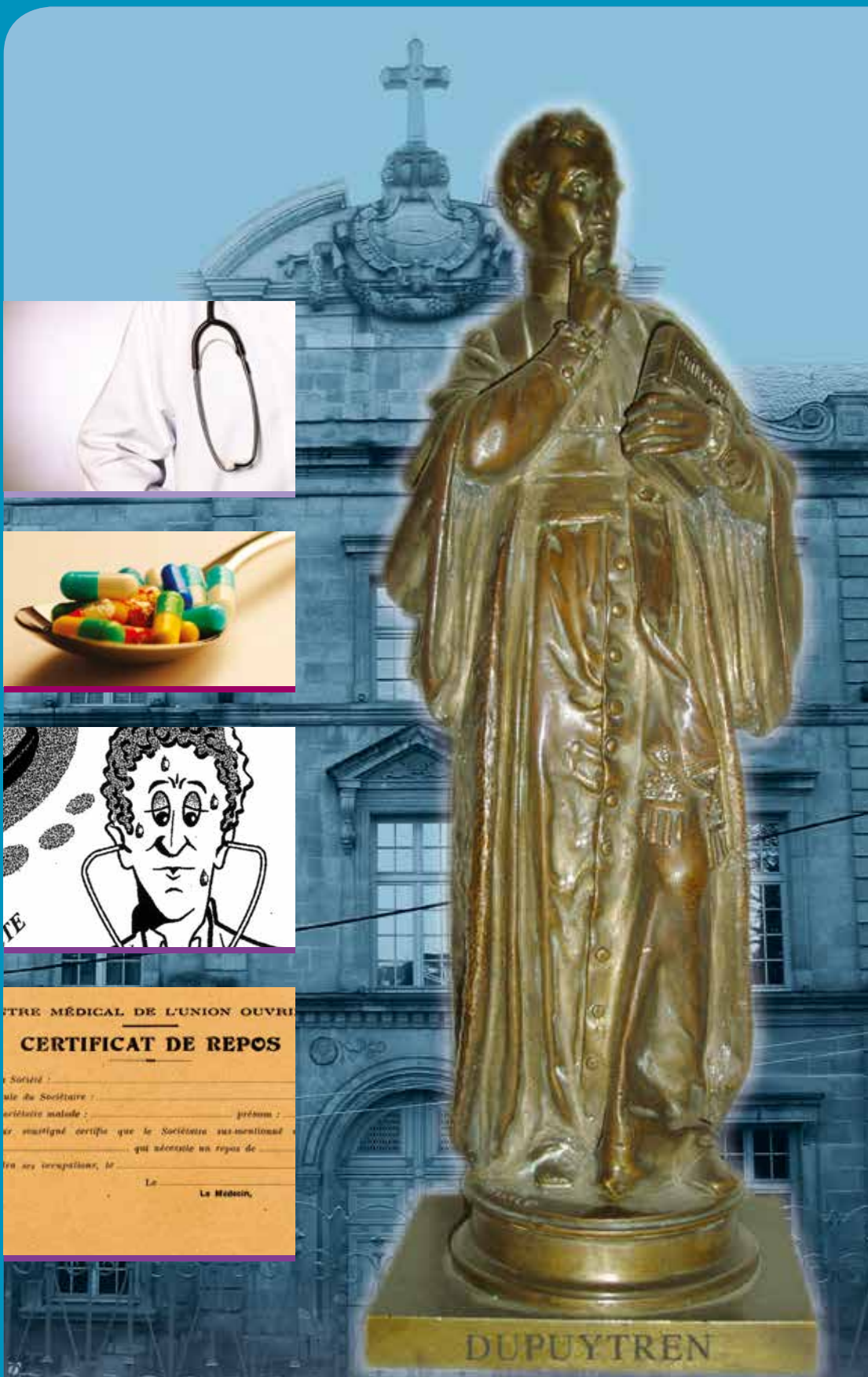
- Permanence des soins p. 10-13
 - Enquête de satisfaction
 - Ordigard p. 13
- Entraide p. 13
 - Différentes formes d'entraide

■ Circulaires du Conseil National de l'Ordre

- SARL Médica Europe p. 14
- Qualification de médecins spécialistes en médecine générale p. 14

■ Informations pratiques

- Grippe aviaire p. 15
- Relations médecin-industrie p. 16
- Généralistes enseignants p. 17
- Site Web p. 18
- Femmes victimes de violences p. 18
- Allaitement p. 18
- Déontologie et praticiens hospitaliers p. 19
- Dossiers médicaux p. 19
- Rappel des demandes de remplacement p. 19
- Amicale des médecins retraités du Limousin p. 20



éditorial



Dr François ARCHAMBEAUD

■ Tout peut changer, même le Conseil de l'Ordre.

En effet, cette institution si souvent décriée en raison de la faiblesse de son pouvoir auprès des décideurs, de sa distance et de son manque d'intérêt vis à vis des difficultés de terrain et que l'on dit arc-boutée sur ses certitudes et figée dans son fonctionnement, est en train d'évoluer.

Le nouveau Conseil Régional vient d'être élu, il est représentatif des divers modes d'exercice de la médecine : publique et privée, spécialiste et généraliste.

Il va représenter les médecins auprès des instances régionales administratives qui seront ainsi mieux renseignées sur les difficultés de la profession avec une optique plus fine centrée sur les réalités locales.

■ Nouveau aussi, sera le rôle que le Conseil régional est amené à jouer dans la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, devenues obligatoires en étant, de par la loi, gestionnaire des organismes de formation et garant de la formation des médecins.

La chambre disciplinaire de 1^{re} instance est, elle aussi, entièrement restructurée ; elle est présidée par un magistrat et le plaignant perd son statut de témoin, il devient partie.

Il pourra donc faire appel des décisions prises mais pourra aussi, éventuellement, être condamné en cas de procédure abusive.

La mission préalable de conciliation du Conseil départemental, avant tout dépôt de plainte, se trouve par ailleurs renforcée.

Bien d'autres nouveautés ont été obtenues au prix d'un engagement fort du Conseil de l'Ordre. Il en est ainsi de la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité à part entière, de la reconnaissance d'une mission de service public donné à la permanence des soins, de la prise en compte du samedi après midi comme période d'astreinte.

■ Par ailleurs, la mise en route du logiciel ordinal ORDIGARD obtient la satisfaction des utilisateurs et facilite la gestion des tableaux de garde sur le plan national.

Enfin, la nouvelle mission d'accompagnement des confrères dans le cadre des faillites judiciaires est attribuée au Conseil départemental.

■ Si tout cela est nouveau, c'est bien toujours dans le but de renforcer l'égalité et la solidarité entre les médecins afin qu'ils puissent assurer au mieux le service des patients, ce qui est notre éthique médicale et qui, malgré tous ces bouleversements, demeure et s'en trouve même renforcée.

➤ Résultat des élections au Conseil Régional

Vous trouverez, ci-dessous les résultats des élections pour le nouveau Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

Les conseillers régionaux de chacun des trois départements ont été élus respectivement par les membres titulaires de leurs conseils départementaux.

Le Conseil Régional, ainsi élu, a formé son Bureau.

Le Conseil Régional maintenant constitué, il reste à élire la chambre disciplinaire de 1^{re} Instance : 4 membres titulaires et 4 membres suppléants seront élus au sein du Conseil Régional lui-même et 4 membres titulaires et 4 membres suppléants seront élus parmi des candidats, membres ou anciens membres de l'Ordre, qu'ils soient ou qu'ils aient été titulaires ou suppléants.

Ces différentes désignations se feront dans les semaines et les mois à venir. Nous ne manquerons pas de vous tenir au courant dans un prochain bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne.

Ont été élus, pour le département de la Haute-Vienne :

Titulaires

Dr Michel BARRIS - Pr J-Marie BONNETBLANC

Dr Joël MALGOUYARD - Pr Claude PIVA

Pr Philippe TAPIE

Suppléants

Dr Marcel CARRIER - Dr Gérard COLIN

Dr Mazen ELKADI - Dr Christian LAFLEUR

Dr François-Pierre SAVY

Composition du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin

Président Dr Michel BARRIS

Vice-Président et Secrétaire général

Dr Joël MALGOUYARD

Treasorier Dr Pierre GOUDEAUX (Corrèze)

Membres Titulaires Pr Jean-Marie BONNEBLANC

Dr Pascal BOURNEL (Corrèze) - Dr Michel MILAIRE

(Corrèze) - Pr Claude PIVA - Pr Philippe TAPIE

Dr Jean VRIGNEAUD (Creuse)

Membres Suppléants Dr Marcel CARRIER

Dr Gérard COLIN - Dr Mazen ELKADI

Dr Christian LAFLEUR - Dr Rémi MAGHIA

Dr François ROUSSELOT - Dr François-Pierre SAVY.

INSCRIPTIONS AU TABLEAU

Du 14/09/2006 au 31/01/2007

Dr BARBOU des COURIERES Cécile
médecine générale - Médecine
humanitaire - 15/11/2006

Dr BOISSEAU Pierre-André
chirurgie générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr BOIVIN Laetitia
ophtalmologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 13/12/2006

Dr BOUNICAUD David
gynécologie-obstétrique
CHU Dupuytren à Limoges
15/11/2006

Dr BOUVRON Bruno
médecine générale - Centre Hospitalier
de Saint-Junien - 15/11/2006

Dr BREGEAUD Delphine
médecine générale - Centre Hospitalier
de Saint-Junien - 15/11/2006

Dr CIBLAC Nicolas
médecine générale - remplaçant
15/11/2006

Dr COUSSOT Carine
médecine générale - remplaçant
15/11/2006

Dr DEVILLE François
médecine générale - remplaçant
17/01/2007

Dr DRUTEL Anne
endocrinologie et maladies métabo-
liques - CHU Dupuytren à Limoges
13/12/2006

Dr FLOUCAUD Dominique
chirurgie orthopédique
Attaché Centre Hospitalier
de Saint-Junien 17/01/2007

Dr GALISSIER Bertrand
chirurgie générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr MAGNE Gérard
médecine générale - 14, allée Seurat
à Limoges - 11/10/2006

Dr MARBOUTY-ROUX Caroline
radiodiagnostic et imagerie médi-
cale CHU Dupuytren à Limoges
15/11/2006

Dr MASSON Geoffrey
biologie médicale - CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr MATOS Hélène
médecine générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr MAVEYRAUD Laurent
médecine générale - La Chénaie
à Verneuil-sur-Vienne - 17/01/2007

Dr MOREAU Laurence
médecine générale

Inspection Académique à Limoges
11/10/2006

Dr MUCKE Frédérique

pathologie cardio-vasculaire
CHU Dupuytren à Limoges - 11/10/2006

Dr OLLIAC-DUFLOS Christine

médecine générale - remplaçant
15/11/2006

Dr OUDOT Caroline

pédiatrie - CHU Dupuytren Limoges
11/10/2006

Dr PETELLAT Fabien

ophtalmologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr REBEYROTTE-BOULEGUE Isabelle

médecine physique et de réadaptation
Hôpital de jour Baudin - 17/01/2007

Dr ROUBERTOU Sophie

pneumologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr SEILLAN Sébastien

gastro-entérologie et hépatologie
CHU Dupuytren à Limoges - 15/11/2006

Dr STUIT Amélie

médecine physique et de réadaptation
CHU Dupuytren à Limoges - 15/11/2006

Dr STUIT Luc

néphrologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 13/12/2006

Dr THOMAS Gérard

médecin retraité - 17/01/2007

Dr VAN EUNEN Sandrine

médecine générale - remplaçant
13/12/2006

Dr VERGNOLLES Vincent

oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale CHU Dupuytren
à Limoges - 15/11/2006

Dr VILLACEQUE Marc

cardiologie et maladies vasculaires
CHU Dupuytren à Limoges - 15/11/2006

Dr WALOCHA Delphine

médecine du travail - C.H.Esquirol
à Limoges - 15/11/2006

QUALIFICATIONS

Du 14/09/2006 au 31/01/2007

Dr FAURE Patrick-Alain

neurochirurgie - CHU Dupuytren
à Limoges

Dr MOREAU Michel

médecine du travail - A.I.S.T. à Limoges

DÉPARTS

Du 14/09/2006 au 31/01/2007

Dr ALAUX Grégory transfert
vers le Tarn-et-Garonne

Dr BOUMEDIENE Abdalia transfert
vers le Morbihan

Dr CARICLET Noëlle

transfert vers la Seine-et-Marne

Dr CIBLAC Nicolas

transfert vers la Marne

Dr COMBES Carine

transfert vers le Tarn

Dr COMET Jean-Philippe

transfert vers le Tarn

Dr COSTE Cédric transfert vers le Rhône

Dr de BRUNANCHON Pierre transfert

vers le Gard

Dr EBERHARDT Céline transfert vers

le Rhône

Dr FANKAM Fauposi transfert vers

les Hauts-de-Seine

Dr FISCHER-LOKOU David transfert

vers le Bas-Rhin

Dr LACHATRE Frédéric transfert vers

les Pyrénées-Atlantiques

Dr SERVANTIE Rémi transfert vers

la Corrèze

Dr TOURNEBEUF Laurence transfert

vers la Creuse

Dr VIREVIALLE Marie-Hélène transfert

vers la Haute-Corse

Dr WALKER Philippe transfert vers

La Réunion

RETRAITÉS

Du 01/10/2006 au 31/01/2007

Dr FARGEAUD Jean-Claude

médecin généraliste à Aix-sur-Vienne
le 01/01/2007

Dr GRIMAUD Dominique - médecin

généraliste Santé scolaire à Limoges
le 01/01/2007

Dr MAURICE-HORELLOU Marie-

France - anesthésiste réanimateur
au CHU Dupuytren à Limoges
le 01/10/2006

Dr MEYNIER Jean-Claude - cardiologue

à Limoges - le 01/01/2007

Dr PRADEL Gilles - Chirurgie urologique

à Limoges - le 01/01/2007

DÉCÈS

Du 01/10/2006 au 31/01/2007

Dr DESPLANCHES Simone

le 03/10/2006

Dr ROUDIER Jean-Pierre le 01/07/2006

Dr VARLIETTE Albert le 25/10/2006

Dr WINTZENRIETH Bayard

le 28/01/2007 ■

L'agenda du Conseil Départemental

- Le 26 octobre 2006 rencontre au Conseil Départemental avec le Dr Pascale TOURAINE, Présidente de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.
- Le 9 novembre 2006 à 10 h 30 les Docteurs ARCHAMBEAUD et BLEYNIE ont été reçus par M^{me} MOTTET, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales.
- Le 9 novembre 2006 à 18 h, le Dr ROUSSELOT, Conseiller National, représentant la région Limousin, a rencontré les membres du Bureau du Conseil Départemental.
- Le 15 novembre 2006, le Dr ARCHAMBEAUD a reçu les médecins préalablement à leur inscription au Tableau.
- Le 28 novembre 2006 les Docteurs ARCHAMBEAUD, BLEYNIE, BONNAUD et JACQUET ont participé à une réunion sur la Permanence des Soins à l'URML.
- Le 30 novembre 2006, le Dr BOURRAS s'est rendu à la Journée d'Éthique à Paris.
- Le 1^{er} décembre 2006 à 18 h, le Dr ARCHAMBEAUD a représenté le Conseil Départemental à la Préfecture, lors de la remise des insignes de Chevalier de la Légion d'Honneur au Professeur Jean-Paul ADENIS.
- Le 7 décembre 2006 à 19 h, rencontre entre les Docteurs BLEYNIE et CAILLOCE au sujet du logiciel de gestion des tableaux de garde « ordigard ».
- Le 16 décembre 2006 le Dr BARIAUD a participé à la réunion des trésoriers organisée au Conseil National de l'Ordre des Médecins à Paris.
- Le 18 décembre 2006, le Dr LEROY a participé, à la Préfecture, à la cérémonie au cours de laquelle a été signée la convention en faveur des femmes victimes de violences
- Le 12 janvier 2007, le Docteur ARCHAMBEAUD a représenté le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins au Tribunal de Grande Instance à l'occasion de la rentrée solennelle de la Cour d'Appel.
- Le 12 janvier 2007, le Dr ARCHAMBEAUD a représenté le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins lors de la cérémonie des vœux à la Préfecture.
- Le 26 janvier 2007 les Docteurs ARCHAMBEAUD et BLEYNIE ont rencontré Mr le Préfet au sujet de la Permanence des Soins.

Les certificats

Dr Annie MARCHAND



En prévention de plaintes déposées par des patients, sur les conseils, souvent, de leur avocat : petits conseils pour l'élaboration de certificats (en prenant, par exemple, un certificat pour coups et blessures).

A - RAPPELONS

1 - le secret médical est d'ordre public. Il est absolu et aucune autorité, aucun individu, pas même le malade ne peut délier le médecin.

2 - le secret professionnel n'empêche pas la rédaction et la délivrance de certificats médicaux, mais ceux-ci doivent toujours être remis à l'intéressé et à lui seul (sauf pour les mineurs, remis aux parents ou tuteur légal de la victime).

3 - dans la majorité des cas, le certificat ne doit reproduire que **les constatations réelles faites par le médecin**.

B - QUE DOIT-ON TROUVER DANS UN CERTIFICAT ?

Trois parties plus ou moins explicites selon l'importance du certificat :

Après l'identité :

■a) toujours le nom, le prénom, le ou les titres du médecin qui établit le certificat, ainsi que son adresse, la date du jour de l'examen et celle de la délivrance du certificat (qui généralement coïncident, mais pas toujours).

Le support du certificat étant le papier à en-tête du médecin.

■b) le nom, le prénom et l'adresse, ainsi que la date de naissance de la personne qui est examinée ; si le médecin n'est pas le médecin traitant, et que l'identité est incertaine, le médecin restera prudent et rédigera en ces termes :

« ...avoir examiné une personne de sexe... qui dit se nommer... et demeurer... » (reportant ainsi sur le demandeur la responsabilité de ses déclarations).

On notera ensuite les trois parties du certificat :

1 - ce qui est allégué par le patient : c'est le récit de ce qui est arrivé, les symptômes qu'il dit éprouver ou avoir

éprouvés ; le médecin les transcrit mais attention : **au conditionnel !**

« le malade déclare avoir... il ressentirait des douleurs... » l'usage **du conditionnel, des guillemets** dans tout ce qui est récit ou doléances doit servir d'avertisseur pour l'autorité qui lira les écrits du médecin : le malade reste responsable de ses allégations.

2 - ensuite ce qui est constaté par le médecin

- signes cliniques détaillés (ne pas oublier de latéraliser à droite ou à gauche la lésion atteignant le membre supérieur ou inférieur, en particulier...)
- les résultats d'investigations paracliniques qui donnent au certificat maintenant un **caractère objectif qui engage la responsabilité du médecin** pour d'éventuelles constatations futures

3 - enfin les conséquences médico-légales seront énoncées, découlant de l'examen :

« ces lésions entraînent une ITT (incapacité totale temporaire) de... » (ne correspondant pas forcément à l'arrêt de travail). L'ITT fait référence à l'incapacité, pour le blessé, d'effectuer les gestes élémentaires de la vie, **besoin de l'aide d'un tiers** pour vivre à son domicile. La durée de l'ITT est, **en général, différente** de celle de l'arrêt de travail, la victime pouvant reprendre ses activités personnelles, sans pour autant pouvoir reprendre son travail.

(rappelons :

ITT < 8 jours = tribunal de police
ITT > 8 jours = tribunal correctionnel pour les coups et blessures volontaires).

On peut aussi émettre des réserves sur l'évolution ou l'évolutivité possible de ces blessures.

■c) à qui remettre le certificat ?

Le certificat est remis en **mains propres au demandeur** (exceptions : certificat de naissance, de décès, internement, hospitalisation ou contrôle et expertise).

L'Ordre des Médecins recommande de terminer le certificat par la formule : « **certificat délivré à la demande de l'intéressé et remis en mains propres ce jour, le.... pour valoir ce que de droit** » et de **faire signer le demandeur après cette déclaration** (ainsi ce dernier ne pourra accuser le médecin de violation du secret professionnel).

■d) le certificat doit être rédigé en deux exemplaires

- un pour le patient
- et un double à conserver dans le dossier du patient afin, qu'en cas de perte, le médecin ne reproduise de mémoire et s'éloigne de la vérité, permettant ainsi, en toute bonne foi, d'établir un « faux » ou un certificat de complaisance.

■e) l'objet des plaintes est bien souvent

1 - le reproche fait au médecin de s'être immiscé dans la vie privée par son certificat, par des « appréciations personnelles » ou « interprétations tendancieuses », ou de cautionner les allégations du patient en relatant les paroles et les faits, sans utiliser le conditionnel, ce qui peut être interprété comme « un certificat de complaisance ».

2 - Lorsque le certificat n'a pas été remis en mains propres, permettant ainsi la divulgation des informations et rompant le secret professionnel.

3 - Lorsque le certificat est ré-établi ultérieurement, de mémoire, avec un souvenir imprécis des éléments de l'examen, rendant le certificat inexact « faux ».

Rappelons que, autant que faire se peut, il est préférable d'établir le certificat à tête reposée. Pour tout certificat, il n'y a pas d'urgence. Le certificat devant être complet, exact, précis, sans aucune allégation qui n'ait été vérifiée par le médecin.

Exemple de certificat, rédigé de façon désintéressée et en toute bonne foi, dans le but unique de venir en aide au patient. Il a cependant été à l'origine d'une plainte avec participation d'avocat de la partie adverse.

	<p>Docteur François Z. Médecine Générale</p> <p style="text-align: right;">1/09/200.</p>
<i>Le médecin doit relater des faits précis</i>	<i>Je soussigné certifie connaître et suivre médicalement depuis début 2001 environ, C. B. née le ainsi que sa mère, Mme A. C. née le</i>
<i>Le médecin s'immisce dans la vie privée</i>	<i>J'ai demandé à Mme C. un compte-rendu de l'avocat de son mari, compte-rendu que j'ai lu en présence de Mme C. et de Coraline, cette dernière a été étonnée de nombreux « sous entendus » ou « mensonges » retrouvés.</i>
<i>Les allégations ou appréciations doivent être au conditionnel</i>	<i>Coraline est : « je cite » consciente que sa maman a été fatiguée et un peu triste, mais elle n'a, a priori, pas manqué de tendresse ou de calins ; elle a beaucoup parlé avec sa mère, surtout depuis quelques années, par contre Coraline est bien souvent allée chez les Docteurs D. (orthophoniste) E. (médecin généraliste) F. (pédiatre) etc, avec sa maman contrairement à ce qui est dit dans le compte-rendu de l'avocat.</i>
<i>N'utilisez les guillemets que pour les allégations du patient</i>	
<i>Le médecin ne l'a pas constaté lui-même, ce sont les allégations du patient : prise de parti...</i>	
<i>Aparté hors sujet mais confirme la nécessité de rédaction du certificat au calme - la tête "froide" !</i>	<i>En tant que médecins « actifs et parfois débordés », on est facilement sollicités, pour faire des certificats finalement « évasifs » pour se débarrasser « d'un problème » ou d'un « homme plutôt collant », car nous faisons beaucoup de social !</i>
<i>Confraternité - déontologie !</i>	<i>Je ne critique pas mes confrères, mais il est très facile « d'arrondir les angles » pour faire plaisir au « patient qui est en face », j'en ai moi-même été consciente et concernée et on ne se rend pas compte de la portée de tels certificats...</i>
<i>Imprécision</i>	
<i>Conditionnel nécessaire</i>	<i>Les seules fois où j'ai vu Monsieur C., 2 fois je crois, c'était pour me faire comprendre que sa femme était folle et incapable de gérer ses enfants, voire dangereuse...</i>
<i>Hors sujet</i>	<i>Il m'a même mis dans ma boîte aux lettres des courriers ne m'intéressant pas pour la maison de repos où est allée son épouse, ou, un courrier de A. B. (pédiatre au CHU) sur la fragilité de Coraline, qui ne me permettent pas de conclure sur l'incapacité de Mme C. à être maman.</i>
<i>Le certificat médical n'a pas à rendre compte de l'état d'âme du médecin ni de son jugement</i>	
<i>Grief personnel</i>	<i>(Ce qui m'a insupporté, c'est que Monsieur C. me met dans ma boîte aux lettres ces courriers avec en en-tête... la Mairie de Limoges, donc c'est moi qui paye les enveloppes de Monsieur C.)</i>
<i>Quel est le but du certificat ? À qui est-il destiné ?</i>	<i>Je me permets de vous donner mon avis : ce monsieur s'est marié avec une femme peut-être fragile psychologiquement, mais a priori non dangereuse pour sa fille (je ne connais pas le garçon).</i>
<i>Jugement personnel, élément passionnel et partisan</i>	
<i>Jugement impérieux</i>	<i>Ce Monsieur C... au lieu d'aider son épouse, la déstabilise encore plus, et l'a « enfoncée », car devant une femme « faible », « psychiatrique », et qui n'a pas de moyen financier (car il valait mieux qu'elle reste à la maison et qu'elle ne travaille pas) il est beaucoup plus facile de gagner !</i>
	<i>Je pense qu'il est urgent d'entendre Coraline, et ne pas écarter plus longtemps sa mère... pour Coraline au moins...</i>
	<i>Signature</i>

- QUESTIONS :**
- Quel est le motif du certificat ?
 - Quelles sont les observations objectives décrites par le médecin ?
 - Le certificat a été remis à qui ? Pour quoi faire ?
 - Date et lieu de rédaction du certificat ?
 - Nombre de « je » et de « me » soulignant le manque d'objectivité d'un tel certificat.

Assurance professionnelle du médecin

PRÉVOYANCE DU MÉDECIN (et de son entourage)

Faire le point : une nécessité

Dossier réalisé avec l'aide du Concours Médical (mai 2006) Dr. Eric ROUCHAUD

■ ...« les médecins vivent bien » peut-être... !! Mais les frais de fonctionnement de leurs cabinets sont importants et courent toujours en cas de « pépin de santé ».

■ se prémunir, surtout en l'absence de « capital de sécurité » ou de « deux salaires » est nécessaire pour éviter, ou limiter, les situations catastrophiques, pour soi, son conjoint ou sa descendance.

■ Deux volets :

- les indemnités journalières (I. J.)
- l'invalidité et le décès.

■ Plusieurs organismes sont spécialisés dans la prévoyance des médecins : MACSF, MÉDICALE DE FRANCE, AMPLI - MUTUELLE DU MÉDECIN, etc...

■ Les contrats bénéficient de la Loi Madelin : le professionnel libéral peut déduire une partie des cotisations de ses impôts (à condition que les prestations soient servies sous forme de rente et la souscription effectuée dans un contrat groupe).

Les I.J. et garanties frais professionnels

La CARMF verse des I.J. de 85,00 € à partir du 91^e jour d'incapacité totale de travail due à une maladie ou un accident (44,20 € au bout d'un an si le bénéficiaire a plus de 60 ans).

La plupart des organismes proposent une garantie d'indemnisation avant le 90^e jour, souvent à partir du 3^e jour, parfois dès le 1^{er} jour d'arrêt (MACSF si accident).

L'adhérent choisit le montant des I.J. (de 7,50 € à plus de 400,00 € selon les contrats), avec durée de franchise à déterminer avec souplesse selon ses besoins pour faire face aux frais généraux permanents (loyers, charges, salaires, cotisations, etc...)

Il existe des « garanties frais professionnels » (de 8 à 460,00 € pendant un an à la Médicale de France).

L'invalidité

La pension CARMF est calculée en fonction de la durée d'affiliation du médecin. Elle est servie s'il est reconnu « atteint d'une maladie ou victime d'un accident

entraînant une invalidité totale et définitive rendant l'exercice de sa profession totalement impossible » (rente annuelle d'invalidité CARMF : 15981,00 € pour un célibataire + 10 % si trois enfants, etc...)

La plupart des organismes d'assurance, indemnisent l'adhérent dès qu'il persiste un taux d'invalidité supérieur à 33 % (25 % à la Médicale de France). Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité.

Plusieurs contrats proposent également un « capital en cas d'invalidité » pour compenser la perte de profession et/ou faciliter la reconversion du médecin

Ce capital est à distinguer du capital décès et invalidité totale et définitive.

Il est possible, par ailleurs, de souscrire des garanties « pension du conjoint » ou « rente d'éducation » (en général jusqu'à 21 ans, souvent 25 ou 28 ans si poursuite d'études).

A noter qu'il existe des possibilités de protection en dehors des organismes d'assurances (tontine, Œuvre du Don au Décès, etc...).

Il est nécessaire de comparer entre eux les contrats (coût, garanties, exclusions...) et de réévaluer périodiquement sa situation.

Les besoins et la fiscalité du médecin évoluent au cours de sa vie :

- Un prêt finançant un logement ou un cabinet, garanti par une assurance, est déjà une protection (en particulier en début de carrière)
- Une déductibilité n'a pas la même signification pour un foyer fiscal à plusieurs parts, enfants faisant de longues et coûteuses études, ou un préretraité ayant constitué une cagnotte et conjoint à revenus propres confortables.

Réévaluer est donc le maître mot, renégocier, remettre en concurrence. Mais il faut savoir que « changer de crémerie » nécessite souvent un nouveau questionnaire médical (parfois synonyme d'exclusions, de délais de carence, etc...). Quelques heures de loisirs sacrifiées pour comparer, et parfois quelques migraines...



L'Assurance maladie a pour vocation de garantir à chacun le libre accès à des soins de qualité tout en veillant à l'utilisation qui est faite du système de santé. Aussi minoritaires soient-ils, les comportements abusifs et a fortiori frauduleux nuisent à ce bien collectif et pénalisent l'ensemble des acteurs du système. Ils doivent faire l'objet de mesures efficaces et appropriées.

A cette fin, l'article L. 315-1 du Code de la Sécurité Sociale précise la mission du service du contrôle médical (SCM) concernant l'analyse du système de soins.

Cette mission concerne à la fois :

- les professionnels de santé dispensant des soins aux assurés sociaux (alinéa 4)
- et l'activité des établissements de santé (alinéa 3).

L'alinéa 2 prévoit en outre que « le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations ».

Dans la conduite de l'ensemble de ces missions la Loi prévoit que «... la procédure d'analyse d'activité se déroule dans le respect des droits de la défense...».

Présentation du Service du contrôle médical de la Haute-Vienne

Dix sept professionnels de santé¹ exercent au sein du SCM de la Haute-Vienne :
- 13 médecins dont le chef de service
- 2 chirurgiens dentistes
- 2 pharmaciens.

À leurs côtés travaillent 38 personnels administratifs dont 2 cadres.

L'essentiel de ces personnels sont regroupé sur le site principal hébergé dans les locaux de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) avenue Jean Gagnant à Limoges. Il existe un Centre secondaire dans lequel exerce à temps plein un technicien du SCM et, à raison de deux jours par semaine, un médecin conseil.

¹ Tous inscrits auprès des Ordres professionnels dont ils relèvent.

Analyse et contrôle du système de soins : les missions du service du contrôle médical

Dr Yann DUMAS *Médecin-Conseil Chef de Service*

Organisation générale des contrôles

Les interventions du SCM s'inscrivent dans un plan conçu et animé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Une direction nationale du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DCCRF) a d'ailleurs été créée à cet effet. Transparence et équité de traitement sur tout le territoire national, respect du contradictoire, sont, avec le respect absolu du code de déontologie professionnel, et avant tout du secret médical, les principes qui caractérisent les actions du SCM dans ce domaine. Les contrôles sont susceptibles de concerner des professionnels de santé comme des assurés sociaux et des établissements de santé.

L'équité de traitement est rendue effective à travers un pilotage national du contrôle. Les programmes, destinés à lutter contre certains abus, tels que le non respect de l'ordonnancier bi-zone ou des règles de prescription des indemnités journalières, sont directement suivis depuis le niveau national de même que les programmes concernant les « méga-consommateurs » de médicaments ou les consommateurs abusifs de traitements de substitution aux opiacés. Ces programmes sont initiés à partir d'informations tirées de bases de données de l'Assurance Maladie sur l'ensemble du territoire.

D'autres actions relèvent d'initiatives loco-régionales : elles concernent la lutte contre les fraudes et contre les pratiques dangereuses.

Ces actions sont initiées à partir des éléments recueillis par les praticiens conseils dans leur pratique quotidienne, tels que :

- le remplissage des protocoles de soins,
- les prescriptions des indemnités journalières,
- l'établissement des ordonnances,
- les résultats des examens des assurés sociaux dans le cadre de prestations servies par l'assurance maladie,

- la rédaction des demandes d'accord préalable,
- les réclamations d'assurés sociaux...

La transparence est assurée par une information de la direction de la CNAMTS. Au cours de « points d'informations », les grands axes des programmes de contrôle sont diffusés à la presse nationale et régionale qui les relaie. Une charte du contrôle à l'usage du service du contrôle médical, qui détaille les principes que l'Assurance maladie s'engage à respecter, va être diffusée.

Le respect du contradictoire est fondé sur l'application d'une procédure stricte et encadrée par des textes, notamment les articles L. 315-1 al 4 et R. 315-1-1 et R. 166-1 du code de la sécurité sociale.

Le déroulement de l'analyse : une procédure contradictoire dès le début

L'analyse d'activité débute par l'information systématique du professionnel, par courrier avec demande d'accusé de réception, lorsque une convocation de certains de ses patients est envisagée.

L'analyse proprement dite est réalisée par le médecin conseil (ou le pharmacien conseil ou le dentiste conseil). Il étudie les documents produits par la CPAM (factures, prescriptions...), reçoit et examine éventuellement certains assurés sociaux. Il sollicite le professionnel de santé sur des points qui nécessitent des renseignements complémentaires

A son terme les constats de l'analyse d'activité sont transmis par courrier au professionnel de santé en lui proposant une première rencontre (cette première rencontre se surajoute à l'entretien prévu par le Code de la sécurité sociale).

A l'issue de ce premier entretien ou en son absence, si le professionnel n'a pas souhaité la rencontre, le SCM rédige, dans le respect du secret médical, un courrier au professionnel de santé ainsi qu'au Directeur de la CPAM avec la liste des griefs potentiels retenus. Ce dernier notifie à son tour les griefs en recommandé avec demande d'accusé récep-

tion au professionnel de santé. Cette lettre prévue par le Code de la Sécurité sociale ouvre la possibilité d'un entretien contradictoire entre le professionnel de santé, le praticien conseil ayant conduit l'analyse et le médecin conseil chef de service dans le délai d'un mois. Lors de cet entretien, qui fera l'objet d'établissement d'un procès-verbal et d'une attestation d'entretien cosignés, le professionnel de santé peut se faire accompagner d'un conseil (confrère, auxiliaire de justice...). Il convient alors d'en aviser le SCM pour lui permettre de produire une liste anonymisée des dossiers qui feront l'objet d'une discussion, dans le respect du secret médical.

A l'issue de cet entretien, s'il s'est déroulé², certains « griefs potentiels » auront pu être écartés par les éléments apportés par le professionnel. S'il persiste des griefs, et selon leur gravité, le médecin conseil chef de service décidera de l'action à mettre en œuvre, notamment :

- simple mise en garde et rappel de la réglementation,
- mise en garde du SCM et proposition d'action en répétition d'indus par la CPAM,
- procédure conventionnelle,
- saisine de la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre de la profession concernée.

En l'absence de grief retenu, le professionnel de santé est informé que « l'analyse d'activité réalisée ne met en évidence aucun écart à la réglementation ni aux recommandations actuelles de bonne pratique sur le champ des dossiers examinés ».

² En son absence le SCM met en œuvre l'action adaptée aux constats (l'ensemble des griefs est maintenu).



➤ Médecins en difficulté

De la conciliation à la cessation de paiement

Dr Pierre BOURRAS

La loi du 26 juillet 2005 de sauvegarde de l'entreprise a profondément remanié le droit des entreprises en difficulté.

Parmi les multiples dispositions nouvelles qu'elle contient, deux ont des conséquences directes sur les médecins et leur ordre professionnel.

Les différentes procédures de prévention et de traitement des difficultés des entreprises prévues par la Loi sont désormais applicables aux **professionnels libéraux** exerçant à titre **individuel**.

Dès lors qu'un débiteur exerce une profession réglementée, **son ordre professionnel intervient** dans ces procédures.

Quelles sont ces procédures envisagées par la Loi ?

1° - La procédure de conciliation

Le médecin éprouve une difficulté juridique, économique ou financière avérée ou prévisible. L'entreprise n'est pas encore en cessation de paiement ou l'est depuis moins de 45 jours.

Le médecin saisit le tribunal de grande instance d'une demande d'ouverture de procédure de conciliation. Si le président du tribunal accède à sa demande, **le conciliateur sera chargé de trouver un accord amiable avec les créanciers** (les organismes sociaux et le Trésor Public pourront accorder, dans le cadre de cette procédure, des remises de dettes).

La décision d'ouverture de la procédure est notifiée au Conseil de l'Ordre et au ministère public. Cette décision n'a pas de caractère public afin de ne pas ébruiter la confiance des créanciers.

L'Ordre des Médecins sera ensuite appelé au Tribunal lorsqu'il statuera sur l'homologation de l'accord conclu avec les créanciers.

2° - Les procédures collectives

Elles sont au nombre de trois :

■a) la procédure de sauvegarde

Le médecin a des difficultés qui sont de nature à le conduire à la cessation de paiement.

Il saisit le Président du Tribunal de Grande Instance d'une demande d'ouverture de procédure de sauvegarde.

Le médecin reste maître de son entre-

prise, mais cette démarche comprend des obligations pour le débiteur et pour les créanciers.

■b) le redressement judiciaire

Le médecin est en cessation de paiement, mais l'adoption d'un plan de redressement est susceptible de remédier à la situation.

La demande d'ouverture ne relève pas que du médecin, mais peut également être déclenchée par les créanciers.

■c) la liquidation judiciaire

Le médecin est en cessation de paiement et le redressement apparaît manifestement impossible.

Cette procédure est destinée à mettre fin à l'activité de l'entreprise ou à réaliser le patrimoine du débiteur par une cession globale ou séparée de ses droits et de ses biens.

Dans ces trois procédures, l'Ordre professionnel est convoqué au jugement d'ouverture de la procédure par le Président du Tribunal de Grande Instance.

Le Conseil de l'Ordre invite le confrère concerné à un entretien confraternel où celui-ci lui exposera, s'il le souhaite, ses difficultés et ses attentes.

Le Président du Tribunal pourra consulter le Conseiller ordinal sur la viabilité de l'entreprise concernée.

Le législateur n'a pas entendu faire de l'Ordre des Médecins l'avocat du débiteur, celui-ci en étant déjà pourvu, mais plutôt un sappeur.

L'Ordre des Médecins est convoqué aux audiences mais n'est pas tenu de se rendre à la convocation.

L'Ordre professionnel est nommé contrôleur :

- il exerce cette nomination gratuitement par un représentant du Conseil Départemental ou à défaut par le Président du Conseil Départemental
- il assiste le mandataire dans ses fonctions (défense des intérêts collectifs des créanciers) et le juge dans sa mission de surveillance du bon déroulement de la procédure.
- Il est tenu à la confidentialité
- Enfin, le Conseil de l'Ordre est garant du secret professionnel : en particulier le Conseil de l'Ordre est présent à l'in-

Les génériques sont des médicaments. Ils en ont l'apparence. Ils en ont aussi la composition habituelle, qui associe principes actifs et excipients. Leur seule raison d'être est d'ordre économique. Ils ne présentent en effet aucun intérêt pharmacologique ou thérapeutique puisqu'ils ne peuvent jamais être innovants. Ce sont de **simples copies**, rendues possibles lorsque le brevet qui protégeait le médicament de référence - dit aussi princeps - est arrivé à son terme. Il faut en général pour cela une dizaine d'années de commercialisation.

Fort de son droit de substitution et de l'incitation officielle de plus en plus pressante qui lui est faite d'y recourir au maximum, le pharmacien propose maintenant volontiers le remplacement du princeps prescrit, comme cela est encore habituel, sous une appellation commerciale, ou délivre le générique à partir d'une ordonnance rédigée en dénominations communes internationales (DCI). L'argument de stricte similitude est alors souvent évoqué : « C'est exactement le même médicament ». Une affirmation aussi catégorique est fautive, ou plus exactement n'est pas forcément vraie... Elle n'est même le plus souvent pas vraie.



ventaire des biens qui est dressé. La loi rappelle qu'en aucun cas l'inventaire ne peut porter atteinte au secret professionnel.

Il est particulièrement important de connaître ces différentes mesures afin d'inciter nos confrères en difficulté, à rechercher avant tout une procédure de conciliation destinée à trouver un accord amiable avec les créanciers. La demande d'ouverture de cette procédure doit être effectuée par le médecin débiteur.

Pour comprendre cela, il suffit de se référer à la **définition des médicaments génériques**. L'article L.5121-15° du Code de la santé publique et la directive européenne 2004/27/CE apportent comme précisions essentielles qu'une spécialité générique d'une spécialité de référence répond à trois critères.

■ Pour ce qui concerne le principe actif : qu'il soit unique ou non à l'intérieur d'un même médicament, sa nature chimique et la quantité présente doivent être identiques.

■ La forme pharmaceutique est dite « la même »... mais il est cependant précisé que « les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique ».

■ La bioéquivalence des deux médicaments en concurrence a pu être mise en évidence par des études de biodisponibilité.

On comprend donc que sur le plan moléculaire, le **principe actif** est bien le même. Il ne peut pas s'agir d'une substance chimiquement ou pharmacologiquement voisine. Mais rien ne préjuge de son origine géographique ou industrielle et donc de sa qualité en matière en particulier de pureté. Qui plus est, le sel ou l'isomère éventuellement utilisé peut être différent. En fin de compte on doit éviter de penser que le principe actif est toujours rigoureusement le même...

On comprend aussi que, pour peu qu'il s'agisse d'une forme basique quant à la libération du principe actif, il n'est plus fait de différence entre les diverses **présentations destinées à la voie d'administration orale** : comprimés, gélules, capsules, granulés ou suspensions buvables se trouvent amalgamés.

Ce qui compte, dorénavant, c'est que copie et produit copié offrent une **biodisponibilité** comparable. Or, ici, les études de bioéquivalence exigées, par les biais qu'elles comportent, se révèlent imprécises : l'approximation relevée est estimée admissible. Ainsi considère-t-on en général que la bioéquivalence est satisfaisante tant que la biodisponibilité se situe entre 20 % au-dessus de celle du produit de référence et 25 % en dessous. Certes, la bioéquivalence est une notion de pharmacocinétique qui évalue essentiellement l'absorption du principe actif. Elle ne reflète donc pas, contrairement à ce que l'on est volontiers tenté de croire, l'action pharmacologique de la molécule et par conséquent son efficacité thérapeutique. Il ne faut pourtant pas

manquer de remarquer qu'un changement de générique au cours d'un traitement prolongé peut par exemple conduire à passer d'un produit ayant une biodisponibilité supérieure de 20 % à celle du princeps à un générique concurrent ayant une biodisponibilité inférieure de 25 % à celle du princeps, ou inversement, ce qui **entre les deux copies fait toujours une différence de 45 % en matière de bioéquivalence** ! On ne peut pas penser que ceci soit dépourvu de conséquences en matière d'effet thérapeutique, en particulier pour ce qui concerne les médicaments à marge thérapeutique étroite pris au long cours (antidiabétiques oraux, antiépileptiques, antirejet de greffe, etc...).

En fait, si le principe actif doit être le même, les **excipients** peuvent varier en nature ou en proportion : toute liberté est accordée à leur propos. Or, il est maintenant bien établi que certains sont à effet notoire et que d'autres sont de nature à interférer avec la cinétique et donc en fin de compte avec la biodisponibilité du principe actif. C'est dire que le changement d'excipients est susceptible d'altérer la tolérance ou l'efficacité du médicament.

Une particularité d'ordre commercial, largement méconnue, est aussi à prendre en compte. La **durée de vie des génériques** sur le marché n'est nullement comparable à celle des médicaments de référence. En fonction de l'évolution du marché, le « génériqueur » peut être amené à retirer à tout moment tel ou tel produit devenu non rentable, ce qui alors impose au malade traité au long cours un nouveau changement de médicament.

L'**origine industrielle des génériques** est difficilement perceptible pour le médecin. Certains, sortant curieusement des mêmes chaînes de fabrication que le princeps, sont ainsi exactement le même produit fini que le princeps. D'autres sont fabriqués par des génériqueurs et pour les raisons plus haut évoquées doivent faire craindre une bioinéquivalence, même si elle ne peut être que relative.

Et ce n'est pas l'appellation commerciale de la spécialité qui clarifie la situation puisqu'elle consiste soit en la DCI complétée du nom du laboratoire fabricant, soit d'un nom de fantaisie suivi de « Gé ». Mais cela ne renseigne a priori pas sur les conditions de fabrication du produit.

La **confusion touche aussi le malade pour lequel la substitution n'est pas toujours bien comprise**, ce qui donne lieu à des arrêts intempestifs de traitement ou à des prises doubles ! Le fait en outre que dans une marque les différents produits de la gamme aient, pour des raisons d'économie, la même présentation de boîte, ne lui facilite pas non plus la tâche : il lui est facile de confondre deux spécialités tout à fait différentes, ce qui ne manque pas d'être source d'erreurs d'administration.

Le pharmacien a tout intérêt à délivrer des génériques : il y est certes poussé par les pouvoirs publics, qui l'ont à l'œil ; mais de plus sa marge bénéficiaire est majorée, ce qui est bien évidemment la meilleure incitation à la vente... Et ce n'est pas tout : il y a aussi de la part des fabricants ou des grossistes des campagnes occasionnellement favorables financièrement à tel ou tel générique, de sorte que le pharmacien, au cours du temps, peut être amené à vendre, pour une même molécule, un produit plutôt qu'un autre, imposant à son client fidèle traité au long cours un changement de médicament.

La pression s'intensifie maintenant à l'égard du malade qui se voit menacé de suppression du tiers payant si, rebelle, il n'obtempère pas...

CONCLUSION

Les médicaments génériques sont dans l'air du temps. Ils s'inscrivent dans les préoccupations financières d'une société devenue vénale. Ils sont à l'origine d'une frustration supplémentaire pour le médecin qui, en tant que prescripteur de thérapeutiques médicamenteuses, ne maîtrise plus la totalité de ses initiatives.

Des erreurs d'administration, des pertes d'efficacité et des effets indésirables propres, en particulier immuno-allergiques, sont relevés. La (pharmaco)vigilance est par conséquent de rigueur : il est plus réaliste de considérer d'une manière générale les génériques comme des « médicaments essentiellement similaires » (autre appellation officielle utilisée en droit européen) que comme de strictes copies.

La raison veut que l'on en déconseille l'emploi pour les traitements au long cours, surtout pour les médicaments à marge thérapeutique étroite et lorsqu'ils donnent toute satisfaction. Elle s'oppose aussi à la substitution entre génériques !

ENQUÊTE

Dr Philippe BLEYNE

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne est heureux de vous présenter, le résultat de l'enquête sur la permanence des soins en Haute-Vienne réalisée au mois de septembre 2006 par la Commission Permanence des Soins du Conseil Départemental.

Vous y découvrirez que vous êtes, dans l'ensemble, relativement satisfaits de la manière dont s'exerce la permanence des soins sur notre département.

Que ceux d'entre vous qui en sont les acteurs en soient de nouveau remerciés. Nous devons cependant bien nous garder de nous enfermer dans cette satisfaction. Celle-ci est sans doute exprimée en fonction d'une situation antérieure et des nombreux progrès qu'ont amené la sectorisation et la généralisation de la régulation.

Dans un avenir plus ou moins proche, on peut penser que la permanence des soins va de nouveau évoluer, et ce en fonction de plusieurs points :

- la mise en avant de la notion de volontariat par les confrères,
- la baisse de la démographie médicale, en particulier en milieu rural
- le rejet, assez fréquent, de la perspective des gardes par les jeunes confrères susceptibles de s'installer
- les directives ministérielles en la matière...

Nous voulons vous redire que le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, par l'intermédiaire de sa Commission Permanence des Soins, continuera de rester très présent sur ce terrain là, en lien avec vous et à votre écoute.

Nous savons que certains changements sont parfois « douloureux » pour certains d'entre vous. Qu'ils en soient particulièrement remerciés lorsqu'ils acceptent des évolutions qui, quelque part, grandissent notre profession sans altérer en rien notre déontologie médicale.

La permanence des soins en Haute-Vienne

Enquête de satisfaction réalisée auprès des médecins généralistes libéraux - Septembre 2006

Cette enquête a été envoyée, en septembre 2006, à tous les médecins généralistes de la Haute-Vienne ayant un exercice libéral.

Voici le questionnaire qui était proposé aux médecins :

ENQUETE PERMANENCE DES SOINS
A renvoyer au siège du Conseil Départemental

Pour le 20 septembre 2006 dernier délai

NOM :

Prénom :

Lieu d'exercice :

N° secteur :

- 1) est très satisfait
 est satisfait
 est peu satisfait
 n'est pas du tout satisfait

de ses conditions actuelles d'exercice de la permanence des soins

2) Explications motivant cet avis :

3) Désirs et suggestions :

- 4) je me fais réguler systématiquement par le 15
 je me fais réguler occasionnellement
 je ne me fais jamais réguler

Voici maintenant la synthèse du dépouillement des résultats de cette enquête.

Le dépouillement a été fait par les membres de la Commission de la Permanence des Soins du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Nous allons, à la fois donner des chiffres globaux, et faire part des réponses données dans des zones regroupant plusieurs secteurs de permanence des soins. Ces zones sont définies comme suit :

ZONE 1 Secteurs 14, 16, 34, 35, 36 et 37-38, soit des secteurs représentant le Nord du département

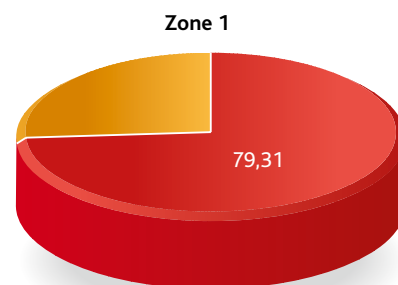
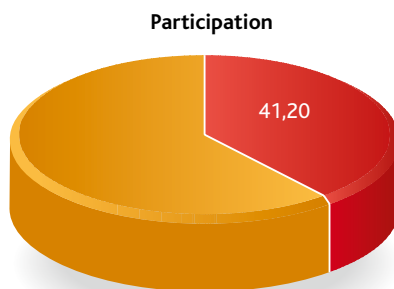
ZONE 2 Secteurs 7, 10, 11-15, 12, 13, soit des secteurs situés au Nord de Limoges

ZONE 3 Secteur 39 : ville de Limoges

ZONE 4 Secteurs 1, 2, 3, 4, 5-5bis, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, soit les secteurs situés au Sud-Ouest de Limoges

ZONE 5 Secteurs 6-8, 9, 25-26, 27, 28-30, 29-31, 32 et 33, soit les secteurs situés au Sud-Est de Limoges.

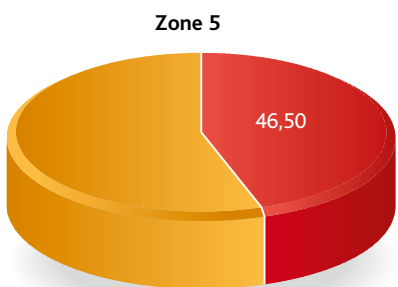
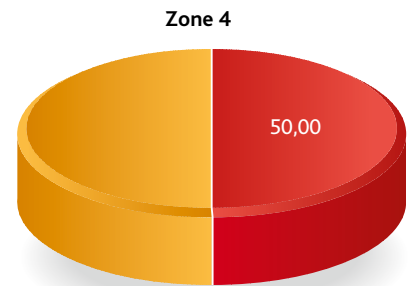
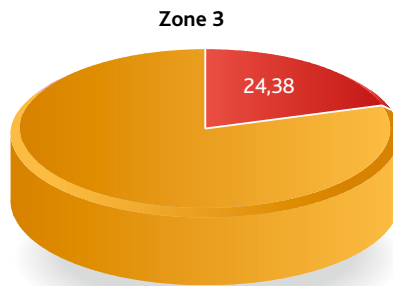
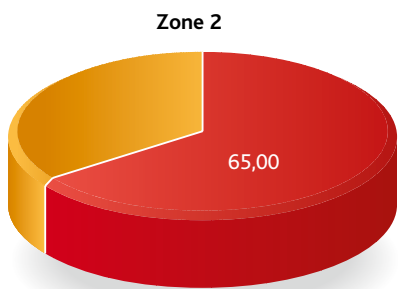
RÉSULTATS



- Envoyés 449

- Retours 185 soit 41,20 %

Il y a une certaine disparité dans les retours en fonction des zones.



On voit donc que la zone de Limoges est celle où il y a le moins de réponses (24,38 %), ce qui est assez faible, mais peu étonnant étant donné que, à Limoges, la permanence des soins est assurée par un petit nombre de volontaires.

Si l'on excepte la zone de Limoges et que l'on conserve les chiffres de tous les autres secteurs, on constate :

Envoyés 248
Retours 136 soit 54,83 %.

Une dernière constatation, toujours si l'on excepte la zone de Limoges, les médecins du Nord du département ont plus répondu que ceux du Sud.

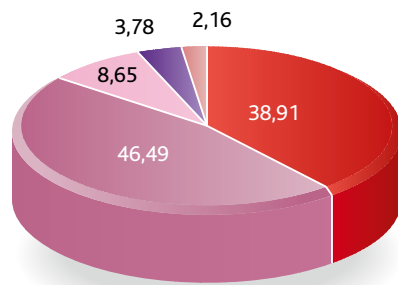
Zone 1 + Zone 2 Envoyés 69
Retours 52
soit 75,36 %

Zone 4 + Zone 5 Envoyés 179
Retours 87
soit 48,60 %

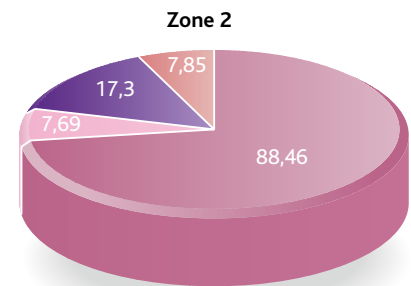
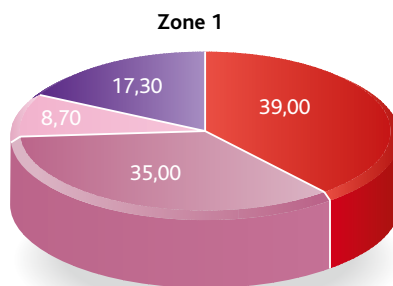
LA QUESTION POSÉE SUR L'ENSEMBLE DU DÉPARTEMENT

NB : les divers regroupent des médecins exemptés de garde ou « sans opinion »

Toutes zones confondues



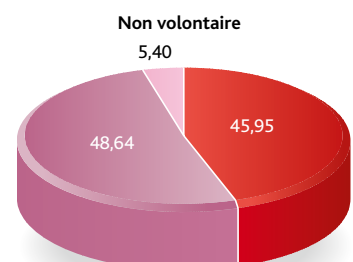
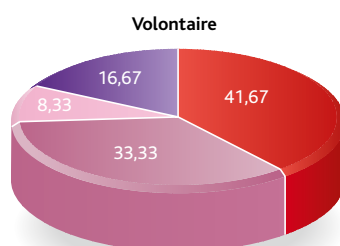
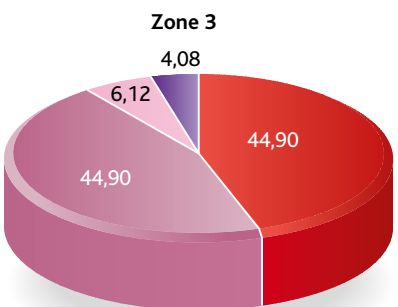
■ Très satisfait ■ Peu satisfait
■ Satisfait ■ Pas du tout satisfait
■ Divers



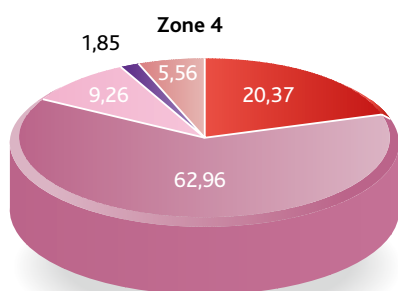
Il faut signaler que cette zone où le pourcentage de satisfaits est inférieur à la moyenne départementale est celle où il y a des lieux de tensions concernant la permanence des soins.

Dans cette zone, les extrêmes (TS et PDTs) ne sont pas représentés et la moyenne de satisfaction est supérieure à l'ensemble du département.

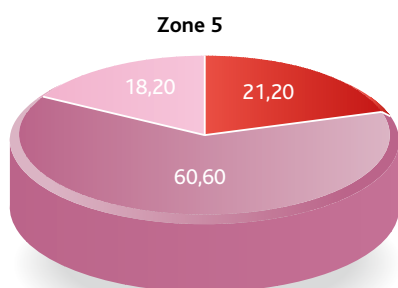
Zone 3 Pour le cas particulier de cette zone 3 qui est la Ville de Limoges, nous avons fait le détail pour les volontaires et les non volontaires. (Voir ci-dessus). Si les chiffres pour les non volontaires (tout en constatant le petit nombre de réponses) se passe de commentaires, ceux concernant les volontaires montrent une majorité importante de satisfaits, cependant inférieure à la moyenne du département.



ENQUÊTE (suite)



C'est dans cette zone que les chiffres sont les plus proches de la moyenne départementale.



Cette zone, qui est celle des 4 zones hors Limoges où il y a le plus faible pourcentage de réponses, montre un degré de satisfaction inférieur à la moyenne départementale.

Si, comme pour la participation, on fait la moyenne des 4 zones hors Limoges, cela donne :

TS	50	sur 136	soit 34,76 %
S	64	sur 136	soit 47,06 %
	114		soit 83,82 %
PS	13	sur 136	soit 9,56 %
PDS	5	sur 136	soit 3,68 %
	18		soit 13,24 %
Divers	4	sur 136	soit 2,94 %

Après vous avoir donné les chiffres de participation et les chiffres concernant la réponse posée aux médecins généralistes de la Haute-Vienne, nous avons repris, en plusieurs rubriques, les commentaires et les suggestions des confrères qui ont répondu à cette enquête :

1) LA RÉGULATION

Une très grande majorité de confrères s'accorde à dire que la régulation par le 15 leur apporte un confort dans le tri des appels auxquels il faut répondre. 27 confrères sur 136, des confrères des 4 grandes zones rurales (soit 19,85 % des confrères) évoquent un certain nombre d'insuffisances :

- une disparité entre la qualité des différents régulateurs,
- un manque de précision dans les renseignements fournis,
- un retard dans la transmission de certains appels.

Une remarque revient très fréquemment parmi les médecins de la petite couronne autour de Limoges qui se plaignent que certains de leurs patients sont orientés, au cours de la permanence des soins, vers la Maison Médicale de Limoges, alors qu'ils n'appartiennent pas au secteur 39 de permanence des soins.

Les défauts de changements de garde signalés à la régulation sont aussi mentionnés (avec le nouveau système que nous sommes en train d'installer, par voie informatique, ce travers devrait pouvoir être corrigé facilement)

Deux suggestions sont faites :

- débuter la régulation à partir de 19 heures au lieu de 20 heures
- organiser des réunions entre les médecins régulateurs et les médecins effecteurs afin de mieux se connaître.

Pour finir concernant la régulation, mentionnons un chiffre : 123 médecins sur 136 des 4 zones rurales disent se faire réguler de manière systématique ou occasionnelle, ce qui représente 90,44 % des médecins ayant répondu à l'enquête.

2) ARR T DE LA PERMANENCE DES SOINS LIBÉRALE À MINUIT

Cette question n'était pas posée en tant que telle dans l'enquête, mais elle est évoquée par un certain nombre de confrères avec une certaine disparité entre les 4 zones rurales :

Zone 1 : 3 médecins sur 23 la réclament, soit 13,04 %.

Zone 2 : 5 médecins sur 26 la réclament, soit 19,23 %

Zone 4 : 14 médecins sur 54 la réclament, soit 25,93 %

Zone 5 : 2 médecins sur 33 la réclament, soit 6,06 %

Soit, en tout, pour les 4 zones rurales, 24 médecins sur 136, ce qui représente 17,65 % des médecins ayant répondu à l'enquête.

3) LA CRÉATION DE MAISONS MÉDICALES DE GARDE

Cette réalité ne faisait pas non plus partie des questions posées, mais un certain nombre de confrères l'évoque :

Zone 1 : 4 confrères

Zone 2 : 2 confrères

Zone 4 : 2 confrères

Zone 5 : 1 confrère

Soit, en tout 9 confrères sur 136 pour les 4 zones rurales ce qui représente 6,62 % des confrères ayant répondu à l'enquête.

4) VILLE DE LIMOGES - SECTEUR 39

Dans l'ensemble, on remarque une satisfaction quasi générale pour le respect du volontariat.

Certains non volontaires expriment le souhait que les volontaires couvrent toutes les plages pendant tous les mois de l'année, y compris les jours fériés et les dates sensibles.

Beaucoup regrettent que les jeunes installés ne soient pas plus souvent volontaires.

Quelques médecins (souvent en cabinet de groupe) signalent qu'ils assurent encore la garde pour leur propre patientèle.

Parmi les désirs et suggestions, on note :

- le souhait que la Maison Médicale de garde de Limoges ouvre à 19 heures,
- le souhait que la Maison Médicale de garde soit considérée comme un secteur de permanence des soins,
- le souhait de l'association SOS Médecins d'avoir une ligne de garde complète dans les plannings de permanence des soins.

Quelques remarques concernant la régulation :

- inciter plus de médecins ruraux à participer à la régulation,
- régulation à deux, la nuit,
- reprise de la régulation le jour.

On peut enfin dire :

■ a) 9 médecins marquent leur satisfaction des multiples possibilités que nous avons à Limoges pour répondre aux patients quand nous ne sommes pas disponibles dans nos cabinets : 15, SOS Médecins, Maison Médicale.

■ b) 4 médecins manifestent, par écrit, leur hostilité à SOS Médecins

■ c) 4 médecins manifestent, au contraire, leur désir de voir SOS Médecins assurer seul la permanence des soins.

5) COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS DIVERSES FAITES POUR L'ENSEMBLE DU DÉPARTEMENT

■ a) difficultés liées à la téléphonie mobile : c'est un problème récurrent dans notre département que, bien entendu, nous ne maîtrisons pas. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins avait tenu à ce que toutes les zones où il y a des failles soient recensées dans le cahier des charges signé par Monsieur le Préfet de la Haute-Vienne.

■ b) Un souhait très majoritaire de ne pas voir s'agrandir les secteurs à cause des distances à parcourir. Quelques confrères soulignent aussi des difficultés pour trouver les adresses et aimeraient que les communes fournissent aux médecins qui prennent des gardes les plans concernant les lotissements les plus récents.

On remarque cependant que quelques confrères ne sont pas opposés à un agrandissement de secteur, allant de paire avec une diminution du nombre de gardes.

■ c) la garde du samedi après-midi : sa prise en compte est une nouvelle fois très demandée. L'un ou l'autre confrère évoque aussi une garde dès le samedi matin.

■ d) Les aspects financiers de la permanence des soins sont mentionnés par un certain nombre de confrères. Ils voient dans la somme de 150,00 € pour une nuit complète, une reconnaissance de la charge que représente l'astreinte. Certains verraient d'un bon œil une augmentation.

■ e) Les insuffisances de la garde ambulatoire : elles sont très souvent évoquées.

■ f) Une limite d'âge pour assurer les gardes : plusieurs confrères posent la question de l'arrêt des gardes à l'âge de 60 ans.

■ g) Les difficultés relationnelles entre les confrères, à l'intérieur d'un même secteur, sont parfois mentionnées avec un appel à une meilleure entente.

■ h) Plusieurs médecins ruraux mentionnent une nouvelle fois l'inégalité de statut vis à vis de la permanence des soins entre les médecins de Limoges et eux.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En conclusion, on peut dire que cette enquête faite auprès des médecins généralistes à propos de la permanence des soins a permis de donner la parole à tous les confrères.

Beaucoup se sont exprimés et nous ne pouvons, dans cette synthèse, mentionner l'ensemble de ces expressions.

Elles seront prises en compte cependant par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, en lien avec les Autorités Administratives qui s'occupent de la permanence des soins dans notre département. ■

Le logiciel ORDIGARD



Dr Philippe BLEYNIE

Dès la parution du décret relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, le 7 avril 2005, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a finalisé l'étude et le développement d'un logiciel de gestion informatisée des tableaux de gardes, nommé « ORDIGARD ».

Destiné aux Conseils Départementaux, il leur permet d'offrir un outil complet de gestion dans le cadre des décrets sur la permanence des soins.

Pour le département de la Haute-Vienne, après plusieurs rencontres de préparation réunissant les personnes concernées, l'utilisation de ce logiciel « ORDIGARD » est effective depuis le 1er février 2007.

Sans rentrer dans les détails et pour aller à l'essentiel, ce logiciel a deux avantages majeurs :

■ Pour les médecins régulateurs : une interface leur permettant d'accéder rapidement aux coordonnées du médecin effecteur du secteur d'où émane un appel pendant la période de permanence des soins.

■ Pour les médecins effecteurs, la possibilité de transmettre et de corriger éventuellement les tableaux de garde par voie électronique. Cela évitera tous les aléas des changements transmis par téléphone ou fax aux régulateurs.

Différents partenaires locaux (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ont une interface leur permettant d'accéder à ce logiciel.

Bien entendu, cet accès pour les régulateurs n'est pas réservé aux régulateurs libéraux, mais les régulateurs du SAMU peuvent également bénéficier de cette interface.

La mise à disposition par le Conseil National de l'Ordre des Médecins de ce logiciel montre la volonté de l'Ordre d'assumer ses responsabilités en matière de permanence des soins.

Votre Conseil Départemental ne manque pas de relayer, localement, cette volonté.

Ordre des médecins et entraide

Dr Antoine BARIAUD

« Depuis des siècles, la stabilité et la pérennité des communautés humaines a été assurée et maintenue par la solidarité et l'entraide » (Pr GLORION).

L'Ordre des Médecins, sur le plan national et départemental assure cette entraide entre les médecins.

L'entraide est un devoir entre médecins, pour eux-mêmes, leurs conjoints, leurs enfants en difficultés suite à un décès, un maladie et toute autre cause.

L'entraide consiste en une aide financière ponctuelle, mais aussi morale, dans une période difficile.

L'entraide ordinale

- sur le plan national

La commission nationale d'entraide est composée d'un membre du Conseil National et de personnalités représentant la CARMF, l'AGMF et l'AFEM.

3 euros de notre cotisation ordinale sont conservés pour le fonds d'entraide, soit 580500,00 € pour 2007.

- sur le plan départemental

Une commission vient d'être créée dont la responsable est le Docteur Anne-Marie CHAPUT.

Il existe une somme de 3000,00 € pour « aide immédiate ponctuelle ».

En 2006, le Conseil Départemental de la Haute-Vienne est venu en aide à plusieurs familles Limousines offrant une aide de 5000,00 €.

De plus, le Conseil Départemental de la Haute-Vienne a versé la somme de 5400,00 € à l'AFEM (Aide aux Familles et Entraide Médicale) correspondant à une bourse pour des enfants de médecins afin de leur permettre de continuer leurs études.

Conclusion

Cette mission du Conseil de l'Ordre des Médecins reste des plus importantes.

En effet, nous constatons une augmentation considérable de situations catastrophiques et de décès de médecins de plus en plus jeunes.

L'entraide est une action prioritaire.

N'hésitez pas à nous contacter en cas de difficultés.

SARL MEDICA EUROPE – contrôles des arrêts de travail

Le service des contrats du Conseil National de l'Ordre des Médecins met en garde les médecins contre les contrats de la Société MEDICA EUROPE en vue de la réalisation de visites de contrôle des arrêts de travail.

Comme vous pouvez le constater dans le rapport consacré à la prescription et aux contrôles des arrêts de travail, adopté par le Conseil National en 2000, il n'appartient en aucun cas au médecin contrôleur de vérifier les heures de sortie autorisées, et d'indiquer si le salarié est absent de son domicile. Un tel rôle n'a aucun caractère médical, il sort de la compétence du médecin. En outre, s'il n'a pu pénétrer au domicile du patient, le médecin ne peut pour autant certifier l'absence de la personne qu'il devait contrôler.

En tout état de cause, toute attestation par le médecin de l'absence du salarié de son domicile pourrait le mettre en contradiction avec la déontologie médicale.

Ce contrat est inadmissible en ce qu'il peut amener le médecin contractant à attester de l'absence du patient de son domicile en dehors des heures légales de sortie.

QUALIFICATION DE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Par un communiqué en date du 24 octobre 2006, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a fait savoir que la Médecine Générale, ayant été reconnue comme spécialité, et les titulaires du DES étant qualifiés spécialistes en Médecine Générale, il en résultait que les Pouvoirs Publics devaient prendre les dispositions législatives et réglementaires nécessaires à ce que tous les médecins, régulièrement inscrits au Tableau de l'Ordre en tant que médecins généralistes, soient qualifiés spécialistes en Médecine Générale.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins insistait sur l'urgence de mettre en œuvre le plus rapidement possible ce dispositif.

**LES MÉDECINS RÉGULIÈREMENT INSCRITS
ET EXERÇANT LA MÉDECINE GÉNÉRALE
PEUVENT DONC DÈS MAINTENANT FAIRE LA DEMANDE DE QUALIFICATION
DE SPÉCIALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE
AUPRÈS DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL.**

Grippe aviaire

Merci au **Docteur Michel BOULLAUD**, Médecin Inspecteur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, de nous avoir communiqué ces renseignements très pratiques concernant la conduite à tenir en cas de grippe aviaire.

■ **En cas de pandémie grippale** (nombreux cas de transmission inter-humaine d'un nouveau virus grippal confirmé) les mesures contenues dans le plan national devront être mises en œuvre, dont la mise à disposition :

- pour les professionnels de santé de première ligne, des masques respiratoires FFP2,
- pour le malade et son entourage, de traitements antiviraux et de masques chirurgicaux.

■ **Pour les masques FFP2**

D'importants stocks sont constitués aujourd'hui dans les établissements de santé de Haute-Vienne (CHU de Limoges, Centres hospitaliers de Saint-Junien et de Saint-Yrieix, Clinique Chénieux, Hôpital Monts et Barrages, Hôpital intercommunal du Haut-Limousin). Ces masques seront mis, sur décision gouvernementale, gratuitement à disposition des personnels des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux. La distribution se fera à partir de l'établissement de santé aux médecins libéraux du territoire de santé.

■ **Médicaments antiviraux et masques chirurgicaux:**

Chaque malade disposera gratuitement, sur prescription médicale, du traitement antiviral adapté et des masques chirurgicaux lui permettant de protéger son entourage pendant la durée de sa maladie.

Cette distribution empruntera le circuit habituel de distribution des médicaments jusqu'aux pharmacies d'officine et aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé (PUI)

Un important stock est en cours de constitution au niveau national. Pour des raisons évidentes de sécurité sa localisation n'est pas connue.

Pour de plus amples informations n'hésitez pas à visiter le site du ministère qui héberge beaucoup d'informations sur ce sujet.

Annexe de la circulaire N° DGS/5c/2006 du 23 octobre 2006 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque : Arbre de décision pour l'identification des sujets contacts qui devront bénéficier de la prophylaxie.

	Situations pour lesquelles une chimioprophylaxie est recommandée	Situations nécessitant une évaluation des conditions du contact	Situations pour lesquelles une chimioprophylaxie n'est pas recommandée
Entourage proche			
Milieu familial	Personnes vivant avec le cas	Réunion familiale impliquant des jeunes enfants	
Milieu extra familial	Flirt Amis intimes	Sport de combat Sport collectif impliquant des contacts physiques durables ou répétés	Sports ou activités collectives sans contacts physiques Soirée et repas entre amis
Collectivité d'enfants			
Crèche	Tous les enfants et personnel de la section.0		Personnels et enfants des sections n'ayant aucune relation avec le cas.
Halte-garderie	Tous les enfants ayant partagé les mêmes activités et le personnel.		
Centre aéré	Amis intimes. Enfants ayant partagé les mêmes activités.		Voisins de réfectoire.
Centres ou camps de vacances	Sujets ayant dormi dans la même chambre. Amis intimes.		Toutes les autres personnes du centre ou du camp.
Milieu scolaire			
Ecole préélémentaire	Tous les enfants et personnel de la classe du cas. Les classes ayant eu des activités partagées.		
Ecole élémentaire	Voisins de classe.		Autres élèves et professeurs. Enfants ayant partagé la cour de récréation. Elèves de la classe de la fratrie. Camarades de bus scolaire. Voisins de réfectoire.
Collège Lycée	Voisins de classe.		Autres élèves et professeurs. Camarades de bus scolaire. Voisins de réfectoire.
Université			Les étudiants et professeurs.
Internes	Sujets ayant dormi dans la même chambre. Amis intimes.		Toutes les autres personnes de l'institution.
Situations impliquant des adultes			
Prise en charge médicale d'un malade	Personnes ayant réalisé le bouche à bouche ou une intubation ou une aspiration endo-trachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à 24 h après sa mise en œuvre.		Toutes les autres personnes de l'équipe hospitalière. Le personnel de laboratoire de biologie. Les pompiers et ambulanciers. Les voisins de chambre du cas.
Soirée dansante, boîte de nuit		Personnes ayant eu un contact proche et prolongé.	Personnes ayant fréquenté le lieu.
Lieux publics (café, restaurant, magasin)			Les clients et le personnel présents en même temps que le cas.
Voyage en avion, bus, train	Personnes occupant les 2 sièges directement voisins avec le cas pendant plus de 8 heures.		Personnes ayant occupé les sièges situés à distance du cas même si la durée excède 8 heures.
Personnes vivant en institution	Personnes partageant la même chambre.		Toutes autres personnes de l'institution.
Locaux professionnels			Les personnes travaillant dans les mêmes locaux.

Principes et repères sur les relations médecins et industrie

Dr François TOURAINE

Les relations entre Industrie et médecins ont été clarifiées en 1993 : il y a interdiction pour le médecin de bénéficier de « tout avantage » « en nature ou en espèce sous quelque forme que ce soit » « d'une façon directe ou indirecte », de la part des entreprises biomédicales « assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale ». Tous les Docteurs en Médecine, inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins, sont concernés.

Cependant les honoraires **justifiés par une prestation** effectuée par un médecin au bénéfice d'une entreprise biomédicale, correspondent à une rémunération pour service rendu dans un cadre contractuel (recherche clinique, évaluation scientifique) et non à un avantage : ils sont donc autorisés, à condition que l'honoraire soit « raisonnable ».

Le don à une association est aussi permis, dans la mesure où il fait l'objet d'une déclaration administrative et que l'utilisation des fonds répond à des fins collectives.

Des conventions sont donc nécessaires :

- pour les travaux de recherche clinique et d'évaluation
- pour l'hospitalité offerte par une entreprise biomédicale

Ces conventions sont communiquées par l'entreprise biomédicale au Conseil de l'Ordre (départemental ou national en fonction du lieu de la réunion et de la provenance des médecins). L'Ordre émet un avis, mais celui-ci ne constitue ni une autorisation, ni un refus d'application de la convention : c'est un avis motivé faisant référence aux dispositions légales en vigueur. L'entreprise doit communiquer l'avis ordinal au médecin et, en cas d'accord, celui-ci doit alors communiquer, à son Conseil Départemental, un exemplaire signé.

Un médecin peut être mis en cause :

- pour non respect de l'article L.4113-6 du Code de la Santé Publique (procédure pénale),
- pour non respect du Code de Déontologie Médicale (procédure disciplinaire),
- pour mauvaise exécution de la convention.

TRAVAUX DE RECHERCHES CLINIQUES (Loi HURIET-SERUSCLAT)

Les projets de recherche clinique, sont soumis à l'approbation du CCPPRB.



Le rôle de l'Ordre consiste :

- à étudier les missions confiées au médecin,
- à apprécier les conditions financières de rémunération proposées au praticien.

La convention est obligatoire, et transmise par le promoteur de l'étude au Conseil de l'Ordre. Les documents doivent clairement préciser les charges de travail des médecins et les rémunérations correspondantes. L'activité de recherche, réalisée même partiellement à l'intérieur d'un établissement de santé doit être notifiée au directeur. Les rémunérations ne doivent pas être calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits.

La rémunération d'un médecin, par un autre médecin, n'est pas autorisée.

Le Conseil Départemental émet un avis et le promoteur en informe le ou les médecins. Il a aussi un rôle de Conseil auprès du Médecin pour éviter, par la suite, tout litige.

CONVENTION D'HOSPITALITÉ

Elle correspond à toute invitation faite par un industriel biomédical d'un ou plusieurs médecins à des manifestations à caractère professionnel ou scientifique (EPU, séminaire, congrès,...).

Cette hospitalité doit être d'un niveau « raisonnable » et « accessoire » par rapport à l'objectif principal de la réunion. Le lieu de la manifestation doit être justifié, ainsi que le programme et les

frais engagés. Pour les EPU, une procédure simplifiée est prévue, toujours envoyée par le laboratoire.

La remise d'ouvrage est autorisée dans la limite d'environ 75,00 €. Au-delà de cette somme un engagement de non répétition l'année suivante est prévu.

L'industrie peut aussi aider pour les formations médicales (diplômes universitaires...). Les justifications sont, là aussi, nécessaires. Par contre, les cotisations aux sociétés savantes ou associations type Loi 1901 doivent rester à la charge du praticien.

ASSOCIATIONS DE MÉDECINS type Loi 1901

Les dons faits à une association, Loi 1901 sont possibles, (article R 5053-1 du code de la Santé Publique) mais doivent répondre à un certain nombre d'exigences :

« les établissements ou entreprises pharmaceutiques sont autorisés à faire à des personnes morales des dons destinés à encourager la recherche ou la formation des professionnels de santé, sous réserve de leur déclaration préalable au préfet du département du lieu où est situé le siège de l'organisme bénéficiaire et à condition que ces dons n'aient pas pour objet réel de procurer un avantage individuel à un membre ou à des membres d'une profession mentionnée aux articles L. 365-1 ou L. 510-9-2 ».

Pour les associations de recherche, différentes conventions peuvent être envisagées :

- conventions Industrie-Association de Recherche, avec rémunération de l'association. Le médecin est bénévole.
- convention association de recherche-médecin : l'association conclut, avec l'industriel biomédical, un contrat de financement d'une étude dont l'association est promotrice. L'association établit des conventions avec les médecins participant à l'étude.

Enfin, une association Loi 1901 peut organiser des manifestations de formation médicale. Le recueil de fonds à des fins collectives peut être obtenu par des dons de l'entreprise ou par des espaces publicitaires. Si les fonds sont alloués à des praticiens, des conventions doivent être signées.

L'Ordre doit donc veiller à l'application de ces bonnes pratiques et conseiller éventuellement le médecin.

Restons raisonnables et indépendants. ■



20 ans d'enseignement de médecine générale

Docteurs N. DUMOITIER et D. MENARD

Le Collège Régional des Maîtres de stage et Généralistes enseignants du Limousin a été créé en 1986 pour : « Promouvoir la qualité et la pertinence de l'enseignement de la médecine générale en oeuvrant au sein de l'UFR de Limoges ». Son premier Président fut le Docteur Grasser.

A l'origine, ses membres intervenaient essentiellement dans l'Enseignement théorique du Troisième Cycle.

La faculté de Limoges eut le privilège, en particulier grâce au soutien sans faille du Doyen, le Professeur Bonnaud, d'intégrer l'un des quatre premiers enseignants associés de médecine générale, nommés en France en 1991, le Docteur Moulin.

Le département de médecine générale a été créé en 1996, au sein de la faculté de Limoges, cette même année une ordonnance du 24 avril officialisait la mise en place d'un stage extra hospitalier auprès de praticiens généralistes agréés d'une durée d'un semestre au cours du troisième cycle des études médicales.

Ce stage a débuté à Limoges en 1997.

Le DES (diplôme d'enseignement supérieur) de médecine générale a été institué en 2004, faisant de la médecine générale une spécialité à part entière, celle des soins primaires exercés en ambulatoire dont les fonctions principales sont : une médecine de premier recours, une prise en charge globale, la continuité, le suivi et la coordination des soins.

L'actualité

Au décours de ce DES, les médecins généralistes enseignants interviennent à trois niveaux : celui de l'enseignement au cabinet, celui de l'enseignement théorique et le tutorat.

L'enseignement au cabinet

Pendant les 3 ans d'internat, les internes effectuent 6 stages de 6 mois, dont un obligatoirement en cabinet de médecine générale.

Ce stage s'articule autour d'un médecin généraliste enseignant appelé « coordonnateur » que l'interne choisit en fonction de son rang de classement, dans la liste établie par la DRASS et proposée au choix des étudiants en avril et en octobre pour un début des stages le 1^{er} mai et le 1^{er} novembre. Le coordonnateur et deux autres médecins généralistes enseignants, appelés maîtres de stage, reçoivent l'interne en alternance. Ces trois maîtres de stage doivent exercer l'un en urbain, l'autre en rural et le troisième en semi-rural afin de faire découvrir différents types d'exercices. L'interne se rend alternativement un jour ou deux par semaine chez chaque maître de stage, à moins qu'il ne préfère alterner des semaines entières ou des mois entiers.

Pendant ce stage, l'enseignement suit une progression pédagogique. Au début, l'interne est en phase d'observation. Puis il consulte et prescrit en présence du maître de stage : c'est la phase de supervision directe. Enfin, il réalise des actes « en solo » avec son maître de stage à proximité : c'est la phase de supervision indirecte.

Parmi ses 6 stages de DES, l'interne a un stage dit « libre » qui peut être un deuxième stage effectué au cabinet de médecine générale, encore articulé autour d'un coordonnateur mais là l'interne ne réalise, pendant 6 mois, que des actes en supervision indirecte, donc seul avec son patient et avec relecture des dossiers en fin de journée avec le maître de stage.

L'enseignement théorique

Certains maîtres de stage sont chargés d'enseignement.

■ Ils assurent des cours théoriques à la Faculté de médecine d'une durée de 4 heures.

■ Ils dirigent des Groupes d'échanges de pratiques (GEP) équivalents à des groupes de pairs mais avec intervention d'un enseignant généraliste.

■ Ils participent à la validation de l'enseignement théorique en organisant des examens oraux.

Dans le cadre de l'enseignement théorique, les chargés d'enseignement interviennent aussi en amont, en deuxième année de 2nd cycle lors d'un séminaire de médecine générale d'une journée, au cours de laquelle ils présentent les spécificités de la médecine générale.

Le tutorat.

Dans le cadre du DES de médecine générale chaque étudiant est assisté d'un tuteur. Le tuteur est : « un médecin généraliste formé qui s'est engagé à suivre son tuteur pendant la durée de son DES et restera disponible à la demande ».

Nouveautés

■ Un stage en médecine générale en deuxième cycle a été officialisé par décret fin 2006. Ce stage doit permettre aux étudiants de découvrir la pratique de la médecine générale, chacun pourra alors choisir en connaissance de cause sa spécialité à l'issue de ses résultats à l'ENC.

L'enseignement de la médecine générale nécessite un effort de formation et de disponibilité aux médecins qui y participent, mais il apporte une richesse essentielle concernant la remise en cause de sa pratique au contact de futurs jeunes confrères dont l'implication pour la prise en charge de nos patients est le plus souvent remarquable.

■ Une véritable filière universitaire de la médecine générale est actuellement en train de se mettre en place en particulier avec la création de poste de chef de clinique et la titularisation de professeur de médecine générale.



Nous avons été interrogés récemment par le Médecin Conseil Chef de l'échelon local du Service Médical de la C.P.A.M. de la Haute-Vienne à propos d'une page consacrée à un de nos confrères sur le site ESTHEWEB.

Nous avons transmis cette demande d'informations au Conseil National de l'Ordre et la réponse peut intéresser de nombreux praticiens, c'est pourquoi nous souhaitons vous la communiquer.

Dans ce cas précis, il a bien été noté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, que les informations figurant sur cette page Web n'excédait pas les limites fixées dans le rapport « Présenter son activité professionnelle sur Internet – Recommandations de l'Ordre ».

Ces recommandations avaient été émises par le CNOM en février 2001 et sont consultables sur le site du Conseil National :

www.conseil-national.medecin.fr

Par contre, le portail ESTHEWEB a une vocation publicitaire et commerciale affichée comme telle.

Le choix du support par le médecin apparaît donc contestable.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins va effectuer une réactualisation des recommandations de présentation de l'activité professionnelle sur Internet et, en attendant, la plus grande prudence s'impose. Nous conseillons fortement aux médecins souhaitant se présenter sur ce type de support de contacter le conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Parcmètres : modifications tarifaires

Le forfait permettant le stationnement sur les 3 zones pour une demi-journée est fixé à 1,20 € au lieu de 1,10 € auparavant.

Femmes victimes de violence

Le Docteur LEROY a participé à la mise en place et à la signature d'une convention de prise en charge financière des actes médico-légaux engagés par les femmes victimes de violences en France, à la date du 18 décembre 2006.

Vous trouverez, ci-dessous, le mémento de présentation résumant la conduite à tenir en présence d'une femme victime de violences.

Le problème de la prise en charge éventuelle des frais de transport est, toujours, à l'étude, et, dans l'immédiat, ceux-ci ne peuvent être pris en charge.

Convention de prise en charge financière des frais d'actes médico-légaux engagés par des femmes victimes de violence

➤ Pour qui ?

Pour toute femme victime de violences vivant en France qui ne peut bénéficier d'une réquisition du Parquet de Grande Instance de Limoges et dont l'état de santé ne nécessite pas une prise en charge sanitaire d'urgence.

➤ Pourquoi ?

Faire bénéficier gratuitement toute femme victime de violences, avec ou sans dépôt de plainte et quelle que soit la gravité des violences subies, d'un examen médico-légal, pièce juridique importante qui pourra être utilisée par la victime le cas échéant.

➤ Pour quoi ?

Sont considérées par la convention toutes les formes de violences sexistes, sans limitation à la cellule familiale, violence psychologique et physique.

➤ Quand ?

Il est conseillé à la victime d'être examinée jusque dans les 72 heures après l'agression.

➤ Moyens

Il est conseillé à la victime de prendre rendez-vous auprès du secrétariat des urgences du CHRU en téléphonant au 05 55 05 64 92.

La victime sera alors orientée vers l'Unité Médico-Judiciaire du CHRU pour bénéficier d'un examen médico-légal.

➤ Partenaires

CHRU - CPAM 87 - DRDFE - MSA 87 - RSI 87 - UMJ

Allaitement

Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement

Journée organisée par la COFAM (Coordination Française de l'Allaitement Maternel) avec le soutien du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

Judi 31 mai 2007

Faculté de Droit et des Sciences économiques
5, rue Félix Éboué Limoges Amphitheâtre 600.

Renseignements et inscriptions
auprès de la CoFAM



Contactez Kristina Löfgren,
12, rue Parmentier
33510 Andernos-les-Bains
Tél / Fax 05 56 26 00 84 ou e-mail : jra@coordination-allaitement.org
Site de la CoFAM : www.coordination-allaitement.org



Dossier médicaux

RAPPEL TRÈS IMPORTANT SUR LA DÉLIVRANCE DES DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL

L'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique consacre le droit d'accès d'un patient à l'ensemble des informations, concernant sa santé, détenues par des professionnels ou établissements de santé qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Sont ainsi communicables les résultats d'examen, compte-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mises en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables : les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès d'un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

La communication des informations peut s'exercer sur place ou par l'envoi des documents.

Les frais de délivrance des copies sont à la charge du demandeur. Ils ne peuvent excéder le coût de la reproduction et de leur envoi.

Nous rappelons que la transmission des informations au patient ne doit se faire que sous forme de copies.

Le médecin conserve la totalité des originaux. ■

Saviez-vous que ?

M H
d'après VAN HER

Nous avons réservé cet espace pour évoquer, quand elles se présentent, les difficultés d'exercice rencontrées entre confrères. La parole est ici donnée à ceux d'entre nous qui veulent bien nous les soumettre dans l'idée de parler de la déontologie au quotidien.

Aujourd'hui c'est le monde hospitalier qui semblerait concerné avec deux remarques dans le panier du jour :

- **Le saviez vous... ? Question ?**

• Combien d'appels peuvent être nécessaires à un médecin généraliste pour

joindre un collègue hospitalier dans le cadre de l'urgence ?

• Nos exercices respectifs nous confrontent à des contraintes différentes mais bien réelles et un de nos collègues a ainsi pu téléphoner 12 fois avant de joindre son correspondant.

• Tout s'est bien terminé mais cela met l'accent sur une réalité méconnue.

La confraternité ne serait-elle pas de prendre systématiquement l'appel d'un confrère ou de le joindre dans les meilleurs délais?

- **Le saviez vous... ?**

• Faire partie du « top-ten » n'est pas toujours le must.

• Ainsi, des appréciations sur l'exercice médical de tel ou tel nous sont régulièrement rapportées par les « usagers » des services hospitaliers qui lors de leurs séjours, à l'affût des appréciations glanées ça et là, établissent « le top-ten » des médecins et chefs de service et y trouvent un étayage de leurs revendications.

Rappelons nous, et les plus jeunes aussi, que ces échanges relèvent de la déontologie.

L'oreille en coin.



Règles de demande de remplacement

Dr Vincent PACAUD

Pour se faire remplacer, il faut adresser une demande d'autorisation, par écrit, au Conseil Départemental pour couvrir juridiquement, dans son exercice, le remplaçant et le médecin remplacé.

En cas de force majeure, une demande peut être faite en urgence, le jour même, par un simple fax, ou courriel, au Conseil avec le nom du médecin remplaçant, son numéro d'inscription au Tableau de l'Ordre ou le numéro de licence s'il s'agit d'un étudiant, et les dates et heures de début et fin de remplacement.

Enfin, la signature d'un contrat de remplacement est obligatoire. ■

Amicale des médecins retraités du Limousin

Dr Claude DUPONT

10 janvier 2007

Amicale des Médecins retraités du Limousin allocataires de la CARMF

Chères amies, chers amis,

Avant tout, Bonne Année à toutes et à tous.

Notre association a deux objectifs :

1°) Défendre nos retraites. C'est pourquoi nous sommes avec le Poitou Charentes les constituants de l'AACO (Association des Allocataires et prestataires de la Carmf de la région Centre Ouest), dont je vous joins la lettre de la Présidente. Nous organisons une réunion avec un délégué de la CARMF, à Limoges, le mardi 27 mars à 10 heures, à l'hôtel Mercure. Les retraités seront prévenus par la Carmf. Les actifs sont cordialement invités. Le débat sera suivi d'un déjeuner.

Pour l'inscription au repas, les intéressés pourront me contacter par courriel de préférence, quand nous aurons les tarifs fin février ou par courrier avec enveloppe pour la réponse.

Vous comprendrez mieux après ce débat pourquoi il faudra, dès votre retraite, adhérer à l'Amicale des médecins retraités du Limousin allocataires de la CARMF, de façon que le nombre d'adhérents au sein de l'AACO permette aux représentants de la FARA (Fédération Associations Régionales des Allocataires de la CARMF) de se faire écouter et entendre par la CARMF et nos politiques.

2°) Resserer nos liens d'amitié. Nous en reparlerons quand vous serez parmi nous. Je demande à tous ceux qui veulent nous rejoindre, en particulier aux nouveaux retraités de régler leur cotisation de 30 euros pour les médecins et 20 euros pour les veuves de médecin. Merci de libeller votre chèque au nom de l'Amicale des médecins Limousins retraités de la CARMF et de l'envoyer au siège - Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Vienne 19 rue Cruveilhier à Limoges 87000, ou à moi-même, 21 rue Pierre Brossolette 87000 Limoges

Merci à tous ceux qui pourront me fournir leur mail à : claudedupont@chello.fr

A bientôt et amitiés à tous.

Bureau : Président Claude Dupont - Vice Présidente Mme Marguerite Montazaud - Trésorier Claude Labrousse - Vice trésorière Mme Josette Deblois - Secrétaire Mme Michèle Mazetier

ASSOCIATION des ALLOCATAIRES et PRESTATAIRES de la CARMF de la RÉGION CENTRE-OUEST (5^e RÉGION) A.A.C.O LIMOUSIN-POITOU-CHARENTES

Janvier 2007

Lettre de la Présidente

Chères Amies, chers Amis,

L'année 2006 nous a apporté quelques satisfactions qui, j'espère continueront en 2007.

Plusieurs de nos demandes ont été acceptées.

• A la CARMF, un 3^e administrateur des retraités, le Dr François Bonnet a été coopté avec les mêmes prérogatives qu'un élu ; il est membre du bureau de la FARA.

• Un poste de secrétaire adjoint au bureau de la CARMF a été confié au docteur Claude Poulain, président de la FARA.

• Le point du RC a été augmenté de 1,2 % à 71,70 et pour les veuves à 43,02 à partir de 2007. En 4 ans, l'augmentation de ce régime aura été de 5,4 % ce qui n'est négligeable.

• Les Pouvoirs publics ont augmenté la valeur du point du régime de base de 1,992 %.

• Le point de l'ASV est toujours gelé. C'est le point noir et rien de nouveau avant les élections comme on pouvait s'y attendre.

Notre retraite globale va donc augmenter de 0,9 % mais l'inflation prévue sera de 1,5 %.

C'est avec optimisme qu'il faut espérer l'année 2007.

Ne pas baisser les bras et se battre pour la défense de nos retraites.

Les actions à mener cette année sont :

• Pour l'ASV, poursuivre nos recours (financés par le fond de solidarité géré par la FARA). Les résultats ont été décevants mais ils montrent notre détermination. Après conseil, nous irons probablement en cassation puis devant les juridictions européennes car il est inadmissible que les Pouvoirs publics ne respectent pas les engagements pris en 1972 vis à vis des médecins

• Renouveler au printemps le lobbying auprès des Parlementaires

• Défendre la valeur du point du RC, géré par la CARMF et obtenir une légère hausse des cotisations.

• Améliorer les conditions de cumul retraite-activité libérale.

• Développer l'entraide, les journées de détente, la convivialité et la confraternité.

N'oubliez pas que la FARA est notre intermédiaire auprès de la CARMF et des Pouvoirs Publics.

Plus vous serez nombreux à adhérer à l'AACO, qui adhère elle-même à la FARA, plus nous pourrons nous faire entendre au plus haut niveau.

Alors n'oubliez pas de renouveler votre adhésion et faites adhérer vos amis, nouveaux retraités ou veuves qui, par méconnaissance de nos actions ne nous ont pas encore rejoints.

Je vous demande une pensée pour ceux et celles qui nous ont quittés en 2006 et pour les malades, qui ne peuvent se déplacer mais qui continuent à nous aider.

Je vous présente pour 2007 mes vœux sincères et amicaux pour vous et pour ceux qui vous sont chers, vœux de santé, de paix autour de vous et de retraite agréable. Je souhaite également la réussite de notre Association pour la défense de notre pouvoir d'achat.

Nous y arriverons pour nous mais aussi pour les futurs retraités.

Danièle Vergnon
Présidente de l'AACO