



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

Bulletin de l'ORDRE DES MÉDECINS

n° 3

JUILLET 2007

Conseil départemental de la Haute-Vienne

Sommaire

■ Éditorial

■ Exercice professionnel

- Inscriptions, transferts, retraites, décès, qualifications p. 2 / 3
- Certificats en psychiatrie p. 3 / 5
- Ostéopathie p. 6 / 8
- Mise au point concernant le manifeste en faveur de la dépénalisation de l'euthanasie p. 9
- Création de la commission de qualification en médecine générale p. 9

■ Vie du Conseil

- La vie du conseil départemental p. 10
- Indemnisation des élus et des conseillers ordinaires p. 11
- Agenda p. 12

■ Humour

p. 12

■ Histoire

p. 13

■ Informations pratiques

- Association de dépistage des cancers p. 14
- Pieds à risque p. 14
- Relations médecins traitants, médecins du travail, médecins conseil p. 15
- Les réseaux de santé en Limousin p. 16
- Arnaques à l'annuaire (condamnation) p. 17
- Permanence des soins et spécialités p. 17
- Couverture Maladie Universelle p. 18
- Numéros d'urgence p. 19
- Affichettes de salle d'attente p. 19
- Don au décès p. 20
- Offres d'emploi p. 20
- Réclamations p. 20



■ Professeur Joseph de LEOBARDY (1889-1983)
Obtient que la silicose des porcelainiers soit reconnue
comme maladie professionnelle.
Co-fondateur de la Clinique du Square des Émailleurs

éditorial



Dr François ARCHAMBEAUD

■ Petit état d'avancement des travaux du Conseil Départemental

Plusieurs pôles d'action nous occupent, l'ouvrage le plus complexe est sans doute celui de la permanence des soins dans lequel l'engagement du Conseil est permanent depuis plusieurs années.

À partir de l'existant, le redécoupage des secteurs, la régulation, sur la ville de Limoges l'arrivée de SOS Médecins, ont été de profondes mutations qui génèrent aussi leurs difficultés que la commission de la permanence des soins gère au jour le jour, en organisant de très nombreuses rencontres ainsi que de plus amples réunions.

La parole est laissée à chacun : c'est l'occasion d'échanges confraternels qui permettent de mieux connaître les difficultés de terrain.

Les rencontres avec les organismes de tutelle sont multiples. Eux aussi coopèrent avec leurs contraintes à l'élaboration d'un système le plus efficace, le mieux adapté à l'évolution prévisible de la densité médicale et plus acceptable par tous.

C'est un sujet toujours délicat et en perpétuelle évolution.

Notre deuxième chantier est celui de la qualification des médecins généralistes en spécialistes de médecine générale.

De longues tractations ministérielles et avis successifs ont abouti à la parution, au Journal Officiel du décret du 18 avril 2007 portant sur les qualifications. La commission de qualification du Conseil Départemental a donc été élue dès l'assemblée générale du 23 mai 2007. Elle a désigné son responsable et sa composition a été adressée à Monsieur le Préfet le 28 mai 2007. Il n'y a pas eu de temps perdu dans cette affaire. Dès parution de l'arrêté préfectoral, la commission de qualification sera prête à étudier les demandes arrivées au Conseil, au cas par cas, pour attribuer les qualifications prévues par la loi, et selon les modalités définies par celle-ci.

Un autre motif d'écoute et d'échange a été pour nous la signature du "manifeste des 2000" par six confrères du département.

L'euthanasie active est interdite par le code de déontologie dans son article 38. Tout en respectant l'avis de chacun, il nous a semblé indispensable de rencontrer ces médecins. De ces entretiens il ressort qu'aucun n'a signé le texte tel qu'il est rédigé dans la presse où est publiée la liste des signataires. Dont acte.

Un épisode aigu de la vie départementale nous a demandé, dans l'urgence, de prêter main forte aux équipes de vaccination pour aider à réaliser les 80 000 injections du vaccin contre le méningocoque C prévues par le Directeur de la Santé, chez les enfants de 3 mois à 20 ans du département. La participation des confrères retraités, actifs et remplaçants, a permis de remplir le contrat avec la plus grande efficacité.

Chaque jour nous amène par ailleurs son lot de doléances qu'il convient d'écouter et de comprendre en recevant chacun afin d'essayer de trouver les solutions les plus satisfaisantes dans le cadre des textes que nous sommes tenus d'appliquer.

Nous avons aussi le devoir de recevoir et d'assister les confrères en difficulté ainsi que leurs familles. Nous participons à la transmission des dossiers auprès des nouveaux médecins traitants désignés par les patients en cas de nécessité et d'incapacité du médecin à le faire lui-même.

Voici donc énumérées quelques actions que le Conseil a menées entre autres, dans les mois écoulés. Nous avons prévu, dans les mois qui viennent, d'améliorer nos relations avec les médecins hospitaliers et avec les futurs médecins de la Faculté. C'est un chantier dont les bases ne sont encore qu'à l'état d'ébauche.

Notre objectif reste de promouvoir les relations entre les acteurs de santé, dans le but d'améliorer le service rendu aux malades.

INSCRIPTIONS AU TABLEAU

Du 01/02/2007 au 31/05/2007

Dr ARABIAN Émilie
médecine générale - sans activité
14/02/2007

Dr BRICAUD Magali
médecine générale - CH Esquirol
à Limoges - 23/05/2007

Dr CENDRAS Julie
dermatologie et vénéréologie - CHU
Dupuytren à Limoges - 23/05/2007

Dr FUNALOT Benoît
génétiq ue médicale - CHU Dupuytren
à Limoges - 14/02/2007

Dr MANEA Petrus
médecine interne - CHU Dupuytren
à Limoges - 23/05/2007

Dr OBRY-GUYOT Béatrice
médecine générale - remplaçante
14/03/2007

Dr PENOT Stéphanie
médecine générale - remplaçante
23/05/2007

Dr PLAINARD Xavier
chirurgie générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 23/05/2007

Dr RANOUX Danièle
neurologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 14/02/2007

Dr SARRE Benoît
médecine générale - salarié EFS
11/04/2007

Dr TARDELLI Tommaso
chirurgie générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 23/05/2007

Dr THUILLIER Clotilde
pédiatrie - Hôpital de la Mère et
de l'Enfant à Limoges - 11/04/2007

Dr VAURETTE Fabienne
médecine générale - remplaçante
14/03/2007

Dr VIALLE Charles
médecine générale - remplaçant
14/03/2007

QUALIFICATIONS

Du 01/02/2007 au 31/05/2007

Dr BURBAUD Francis

santé publique et médecine sociale
Santé Service Limousin à Limoges

Dr DOMINIQUE Lydie

psychiatrie - CH Esquirol à Limoges

Dr PROUST Jérôme

chirurgie orthopédique et traumatologie
CHU Dupuytren à Limoges

Pr RIGAUD Michel

biologie médicale - CHU Dupuytren
à Limoges

DÉPARTS

Du 01/02/2007 au 31/05/2007

Dr BOISSOU Catherine transfert
vers la Guadeloupe

Dr FUSCO Luigi transfert vers l'Aude

Dr OKSMAN Antoine transfert
vers la Haute-Garonne

Dr RICHARD-PALLARD Nadine
transfert vers la Dordogne

RETRAITÉS

Du 01/02/2007 au 31/05/2007

Dr AUCHÉ Henri

médecin généraliste à Saint-Paul
le 01/04/2007

Dr CHASSAIGNE Bernard

électro-radiologiste au CH de St-Yrieix-
la-Perche le 01/02/2007

Dr JOUHANNEAUD Alain

médecin généraliste à Limoges
le 01/04/2007

Dr MARY Daniel

médecin généraliste
à St-Sulpice-les-Feuilles le 01/04/2007

Dr PAPEL Bernard

médecin généraliste à Limoges
le 01/04/2007

DÉCÈS

Du 01/02/2007 au 31/05/2007

Dr Pierre CROS-COITTON le 6 mai 2007

Dr Pepita LEBOUTET le 13 avril 2007 ■

➤➤➤ Certificats

Les hospitalisations sans consentement : modalités d'admission

Dr Anne-Marie Trarieux

Prendre une décision d'hospitalisation sans consentement (HSC) est une décision difficile. Mettre en route les formalités nécessaires est contraignant. Ce sont pourtant des mesures nécessaires pour des patients mis en danger par les troubles mentaux qu'ils présentent.

Prenons le cas de Monsieur V. 55 ans. Ses parents sont inquiets car leur fils est en rupture de soins et il a déjà été hospitalisé en HO. Depuis peu, il leur refuse l'accès de son domicile et les reçoit dans l'entrebâillement de sa porte. Il leur paraît à nouveau bizarre et ils pensent qu'une hospitalisation est de nouveau nécessaire. Comment la mettre en route, alors que Mr V. est opposé aux soins ? Son comportement est-il véritablement alarmant en l'absence d'autres éléments et Mr V. a-t-il véritablement rechuté ?

Il s'agit là d'un problème relativement fréquent qui touche douloureusement les familles et qui ne trouve pas facilement réponse.

Dans ce cas précis, lorsque l'HSC sera demandée, Mr V. aura dévasté sa maison.

Est-il besoin de souligner que l'appréciation du retentissement des troubles psychopathologiques est complexe ? La gravité de leurs conséquences nous place dans une situation de nécessaire assistance à personne en danger mais aussi d'atteinte aux libertés.

Les HSC portent atteinte à la liberté individuelle et un cadre légal strict garantit leur respect. Comment mettre en route les HSC, avec quels partenaires ? Voyons comment elles s'articulent en pratique dans le cadre législatif actuel.

■ Dans quelles conditions l'Hospitalisation sur demande d'un tiers peut-elle intervenir ?

Pour répondre aux conditions requises par l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique (CSP), les certificats doivent mettre en évidence :

- l'existence de troubles psychiques
- rendant impossible le consentement
- imposant des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier.

2 certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours sont nécessaires. Le premier doit émaner d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Le second peut émaner

d'un médecin exerçant à l'hôpital. Les 2 médecins ne doivent être ni parents ni alliés, ni entre eux, ni avec la personne demandeuse de l'hospitalisation, ni avec le patient à hospitaliser, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil.

Il est recommandé de n'indiquer que des constatations symptomatiques sans prononcer de diagnostic et de ne pas évoquer les antécédents personnels ou familiaux du sujet.

La rédaction du certificat, quelques difficiles que soient les circonstances, doit se faire après examen et obéir à des raisons strictement médicales.

Une deuxième formalité est nécessaire pour que l'admission puisse être prononcée : **la demande d'un tiers, demande d'admission manuscrite** faite par un membre de la famille du patient ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, avec, dans ce cas, une **connaissance préalable** entre le patient et cette personne.

Il s'agit ici de la procédure normale, qui doit être la plus couramment utilisée.

Une autre modalité existe et s'applique en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du patient en cas de refus de soins. **C'est une procédure d'urgence, dite de péril imminent ; elle répond à l'article L.3212-3 CSP.**

La constatation d'un péril imminent pour la santé du malade permet, à titre exceptionnel, au Directeur de l'établissement d'accueil, de prononcer l'admission du sujet au vu d'un seul certificat émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement.

L'indication en urgence d'HSC a fait l'objet de recommandations de bonne pratique clinique (www.hhs-sante.fr).

En résumé, la recommandation met l'accent sur la nécessité d'une évaluation clinique (examen somatique, vigilance, pression artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, glycémie capillaire), complétée par une évaluation du contexte (environnement social et familial) et de la capacité à consentir (à recevoir une information adaptée,

à comprendre et à écouter, à raisonner, à exprimer librement ses décisions, à maintenir sa décision dans le temps).

Plus difficile, sans doute à mettre en place dans un contexte d'urgence, il est recommandé d'informer le patient du caractère pathologique des troubles qu'il présente, de leur retentissement possible, des modalités et des conditions d'application du traitement nécessaire.

Les indications répertoriées comportent : risque suicidaire, d'atteinte potentielle à autrui, prise d'alcool ou de toxique associée à des troubles psychiatriques ou à des antécédents de passage à l'acte ou à un risque prévisible pour le patient ou autrui, délire ou hallucinations, troubles de l'humeur, incurie associée à des troubles cognitifs, à des troubles de l'humeur, à un délire, à des hallucinations, sans qu'aucune de ces indications ne soit une obligation à une HSC.

Les patients qui présentent des troubles somatiques aigus associés à des troubles mentaux, en particulier dans les intoxications aiguës, doivent faire l'objet d'une prise en charge initiale dans un service d'accueil d'urgence. L'hospitalisation directe en service de psychiatrie ne peut s'envisager qu'en cas de pathologie psychiatrique identifiée et d'un examen somatique sans anomalie significative.

■ Une deuxième modalité d'HSC, l'hospitalisation d'office se discute lorsqu'on constate :

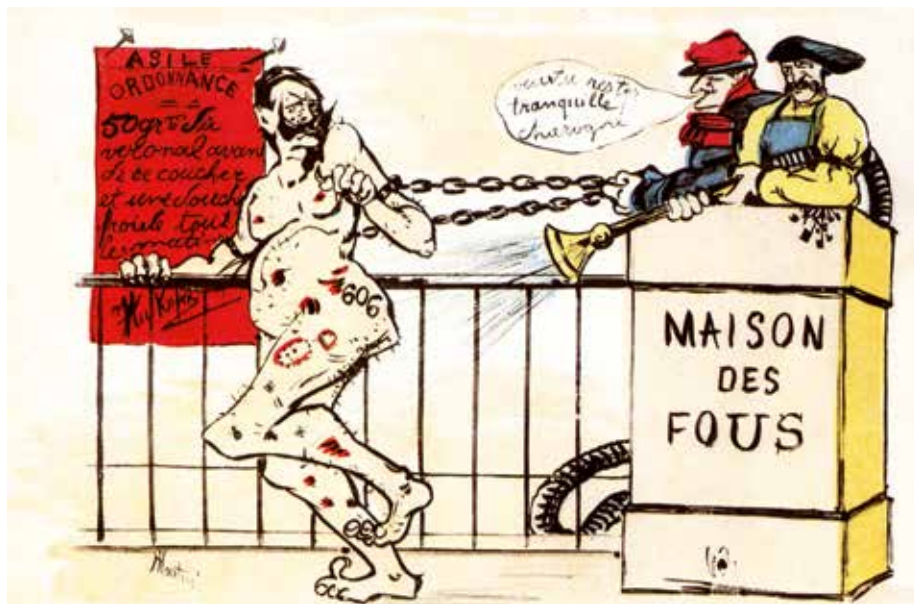
- des troubles mentaux nécessitant des soins
- compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public.

Deux modalités également :

L'admission en Hospitalisation d'Office (HO) au vu d'un arrêté préfectoral, selon l'article L 3213-1 du CSP lorsque le patient est déjà aux urgences :

- Les formalités vont comprendre :
- un certificat médical circonstancié qui va certifier, après examen, que les conditions sont remplies. Ce certificat ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du malade.
- un arrêté préfectoral de HO (arrêté du préfet de police à Paris).

En cas d'impossibilité de s'entretenir avec le patient et / ou de l'examiner, il devra en être fait mention dans le certificat. Il faudra aussi préciser l'origine des faits rapportés sans pour autant



identifier les personnes rapportant ces faits. Cependant, dès que notre patient le pourra, on doit l'informer qu'il a été hospitalisé d'office.

Procédure d'HO en cas de danger imminent : l'hospitalisation d'office au vu d'un Arrêté Municipal en cas de danger imminent selon l'article L. 3213-2 du CSP.

- Le patient présente des troubles mentaux manifestes.
- On constate un danger imminent pour la sûreté des personnes.
- On dispose d'un avis médical attestant des troubles mentaux manifestes, établi par tout médecin ou la notoriété publique, (La Haute Autorité de Santé recommande que la décision s'appuie sur un certificat médical, même si la loi ne l'exige pas, plutôt que sur un simple avis de notoriété publique).

Cette procédure est la plus utilisée actuellement car elle est plus simple à mettre en oeuvre. Les formalités diffèrent avec un arrêté du Maire de la commune (d'un commissaire de police à Paris) et un avis médical. Le Préfet, informé dans les 24 heures, statue sans délai et prononce s'il y a lieu un arrêté de HO dans les 48 heures ce qui lève les mesures provisoires.

Rappel concernant les droits des patients hospitalisés en H.D.T. ou en HO : dans les 2 cas, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles se limitent à celles nécessitées par l'état de santé et la mise en place du traitement. Une information est donnée au patient, conformément à la loi, sur sa situation juridique et ses droits, sa possibilité de

communiquer avec les instances administratives ou judiciaires, de prendre conseil auprès d'un médecin de son choix, d'un avocat, notamment et ses voies de recours.

Rappel concernant :

- les certificats de HDT : ils ne sont pas couverts par le secret professionnel. La personne concernée peut en avoir connaissance en faisant la demande de son dossier médical bien que des dispositions spécifiques soient envisagées pour les HSC,
- l'identité du tiers ne doit pas être communiquée.
- Pour les HO : la circulaire de 2001 relative à la motivation des arrêtés préfectoraux des hospitalisations d'office précise que les certificats médicaux tant d'admission que de maintien en HO sont **directement remis aux patients avec les arrêtés préfectoraux** et doivent donc être rédigés en tenant compte de ces éléments. Sur le département, le contenu du certificat est repris dans l'arrêté.

Ainsi, la prudence dans la rédaction des certificats médicaux s'impose. Notons qu'une réflexion est engagée en vue d'une réforme de ces modalités d'HSC.

Sur le plan pratique :

- Admission et transfert sur le C.H. Esquirol de Limoges :
- Le directeur du centre hospitalier ne prononce l'admission des H.D.T. et le préfet pour les HO que lorsque les différents documents sont établis et en bonne et due forme.

- La spécificité du CH Esquirol est d'avoir maintenu le transport et d'envoyer une équipe pour assurer la prise en charge de la personne :

- pour les HO sur les 24 heures, à toute heure du jour et de la nuit,
- pour les H.D.T. de 7 h à 21 h au domicile et la nuit aux urgences uniquement.

- Cette équipe comprend un ambulancier et deux soignants et ne se déplace que lorsque tous les documents nécessaires sont établis, sur appel du maire, du médecin ou du commissariat ou de la gendarmerie la plus proche.

■ Les unités d'accueil

- Chacun des 5 secteurs de psychiatrie adulte ainsi que l'Inter secteur Régional de Soins en Toxicomanie et la Fédération de Psycho Gériatrie disposent d'une unité accueillant les patients en hospitalisation sous contrainte.

- Toutes les informations peuvent être retrouvées sur le site internet d'Esquirol : ch-esquirol-limoges.fr ; des renseignements peuvent être donnés au bureau des admissions (05 55 43 10 03), par l'accueil ou par les unités concernées.

- Précisons qu'un guide de la psychiatrie publique en Haute Vienne est édité par le CH Esquirol. ■

Exemple de rédaction au Centre Hospitalier Esquirol :

Certificat médical en vue d'une hospitalisation sur demande d'un tiers
visée à l'art. L 3212-1 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le

M. - M^{me} - M^{lle}

Demeurant à

Et avoir constaté les troubles suivants :

J'atteste que ces troubles mentaux rendent impossible son consentement à l'hospitalisation, que son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en application de l'art. L 3212-1 du code de la Santé Publique.

Fait à le

Cachet et signature

Certificat médical en vue d'une hospitalisation sur demande d'un tiers
Procédure d'Urgence visée à l'art. L 3212-3 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le

M. - M^{me} - M^{lle}

Demeurant à

Et avoir constaté les troubles suivants :

J'atteste que ces troubles mentaux rendent impossible son consentement à l'hospitalisation, que son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier et, en application de l'art. L3212-3 du Code de la Santé Publique, que les troubles du patient constituent un péril imminent pour sa santé.

Fait à le

Cachet et signature

Exemple de demande de tiers :

Je, soussigné, M. ou M^{me} né(e) le

à, demeurant à, exerçant la profession de,

n° de permis de conduire ou de carte d'identité,

Demande en ma qualité de,

L'hospitalisation de M., M^{me}, né(e) le,

à, demeurant à, exerçant la profession de,

Dans un établissement régi par l'article L 3212-1 du code de la santé.

Date et signature

Certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office visée à l'art. L 3213-1 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le

M. - M^{me} - M^{lle}

Demeurant à

Et avoir constaté les troubles suivants :

J'atteste que ces troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes et nécessitent son admission au **Centre Hospitalier Esquirol de Limoges** (établissement habilité selon l'art. 3222-1) sous le mode de l'Hospitalier d'Office, en application de, l'art. L3213-1 du Code de la Santé Publique.

Fait à le

Cachet et signature

Certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office Procédure d'Urgence en cas de danger imminent, visée à l'art. L 3213-2 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le

M. - M^{me} - M^{lle}

Demeurant à

Et avoir constaté les troubles suivants :

J'atteste que ces troubles mentaux représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes et nécessitent son admission au **Centre Hospitalier Esquirol de Limoges** (établissement habilité selon l'art. 3222-1) sous le mode de l'Hospitalier d'Office, en application de, l'art. L3213-2 du Code de la Santé Publique.

Fait à le

Cachet et signature

Le métier d'ostéopathe

Dr Patrick Jouhaud - Président APLO*

Consacré par l'usage, le terme d'ostéopathie est pourtant étymologiquement mal adapté : cela ne concerne pas la pathologie des os. C'est une médecine qui se pratique avec les mains, tant pour l'aspect diagnostique que thérapeutique.

Définition

De fait, l'Ostéopathie est une alternative non médicamenteuse au traitement de la douleur.

Cette médecine manuelle recherche et corrige les restrictions tissulaires du corps. La restauration de la mobilité a pour but de rétablir l'homéostasie des fonctions physiologiques.

C'est également une médecine qui prévient les déséquilibres biomécaniques et dynamiques du corps.

Ses indications sont évidentes pour ce qui concerne l'appareil locomoteur, mais s'étendent aussi à d'autres appareils où des tensions tissulaires anormales induisent et entretiennent un déséquilibre de l'homéostasie.

Une notion sémiologique spécifique : la barrière restrictive

C'est la pierre angulaire de l'ostéopathe. De la détermination de cette barrière sera posé un diagnostic, puis proposé un traitement manipulatif.

Chaque structure du corps a une mobilité possible autour d'un point central appelé "point neutre", dans les limites des barrières physiologiques, élastiques et anatomiques.

Quelque soit son origine, son intensité, son ancienneté, une contrainte, traumatique ou pathologique, crée une restriction de mobilité d'une ou plusieurs structures. Cette restriction de mobilité met en place une barrière pathologique (restrictive) qui réduit le champ d'activité de la structure lésée.

Cette réduction d'activité crée un nouveau point neutre, le point neutre pathologique.

On dit que la structure présente une dysfonction somatique ; cette dysfonction va induire et entretenir une pathologie.

C'est ici que se fait le diagnostic. Il est spécifiquement ostéopathique, et doit impérativement être complété par un diagnostic médical complet.

Le traitement manuel sera fonction des diagnostics posés ; il utilise plusieurs type de techniques ; pour rester simple, on parle de traitement direct (appelé aussi structurel) si l'on choisit une technique qui manipule vers la barrière restrictive ; on dit qu'un traitement est indirect (appelé aussi fonctionnel) si le choix est de manipuler en s'éloignant de la barrière.

La main, outil de l'ostéopathe

L'œnologue doit étudier pour apprendre à décrypter et identifier un vin dans un verre en utilisant son nez et sa bouche.

A l'instar d'un maître artisan ou d'un musicien professionnel, de nombreuses années d'étude et d'entraînement sont nécessaires à l'éducation de la main de l'ostéopathe.

L'ostéopathe entraîne sa main, d'abord à devenir un puissant capteur sensoriel : l'éducation et le décodage de la sensibilité profonde de la paume, des éminences thénars et hypothénars, des sensibilités tactiles des doigts permettent de faire des diagnostics précis.

Il entraîne aussi sa main à devenir un activateur mécanique en apprenant la technique gestuelle manipulative qui permet d'agir au bon endroit et au bon moment.

Comment devient-on ostéopathe et que disent les décrets proposés ?

Les médecins ostéopathes ont un exercice réglementé par leur diplôme de docteur en médecine et leur inscription au Conseil de l'Ordre avec, depuis 1998, l'autorisation ordinaire de mentionner sur leur plaques et documents leur diplôme inter-universitaire (DIU) de "Médecine Manuelle Ostéopathie".

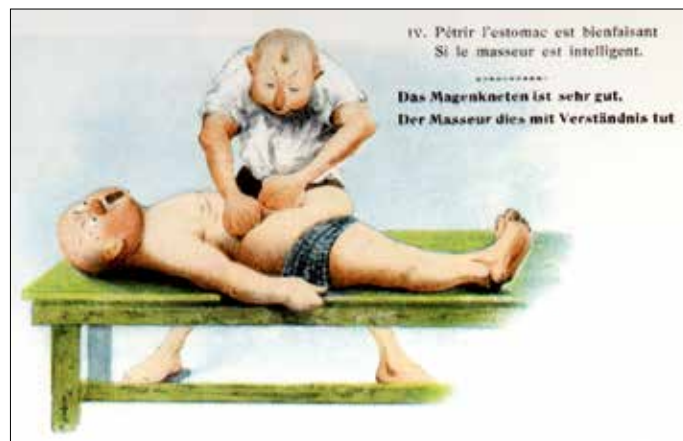
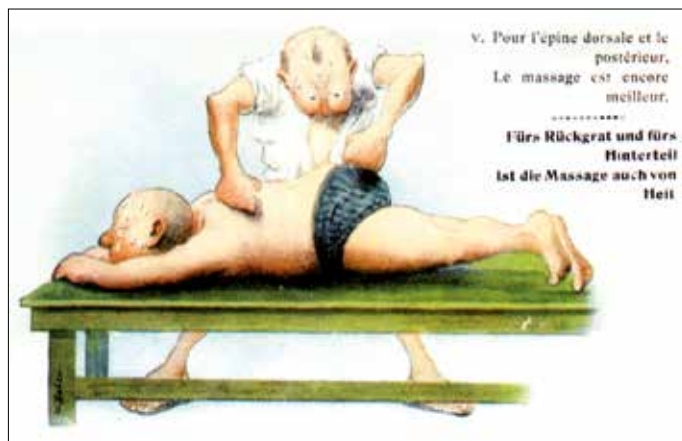
Ce diplôme est validé par un mémoire après deux années d'études en université et de stages de formations complémentaires.

Ces stages de formations complémentaires sont néanmoins indispensables à l'acquisition de la maîtrise des différentes techniques thérapeutiques et diagnostiques, telles que recommandées par la "World Osteopathic Health Organisation".

Les non-médecins, kinésithérapeutes ou non, sont formés en ostéopathie dans des écoles privées ou à l'étranger. Il n'existe à ce jour aucune réglementation universitaire pour leur diplôme, ni aucune évaluation de leur pratique professionnelle.

En mars 2002 une loi a été votée afin de réglementer "l'usage professionnel du titre d'ostéopathe".

Au bout de cinq ans de discussions, les décrets proposés légalisent des ostéopathes formés en deux ans et demi après baccalauréat (2030 h.). Leur exercice se fera en accès direct par les patients avec très peu de limitations (interdiction des touchers pelviens, et obligation d'une prescription médicale seulement pour les manipulations cervicales et l'ostéopathie sur les nourrissons de moins de 6 mois).



Ostéopathie

Dr Annie Marchand



Ceci aboutit à l'autorisation officielle d'une profession intervenant dans le domaine de la Santé en première intention, sans être inscrite au Code de Santé Publique, sans formation universitaire, et ne s'inscrivant nullement dans le parcours de soins récemment instauré pour le suivi du patient.

D'autre part, pour utiliser le titre d'ostéopathe, les médecins devront, comme les non-médecins, solliciter l'autorisation d'une commission préfectorale. Ceci retire à l'Ordre des Médecins une de ses missions essentielles, qui est de déterminer l'usage des titres et qualifications pour tous les médecins.

L'Ordre des médecins et l'Académie de Médecine ont émis des réserves concernant ces décrets.

Il est indispensable que tous les praticiens ostéopathes puissent offrir à la population toutes les garanties d'un diplôme d'État, assorti d'une obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

De part leur formation universitaire, leur expérience clinique de terrain et leur haute technicité en ostéopathie, les médecins ostéopathes doivent être les garants de la qualité des soins proposés dans ce domaine.

*APLO : Association Périgord Limousin d'Ostéopathie

Texte validé par les membres présents à l'AG de l'association : Drs Boutin, Cognet, Roulière (24), et Bruzat, Cattier, Charmes, Chatard, Jouhaud (87).

Contact : patrickjouhaud@wanadoo.fr ■

Les thérapeutiques manuelles sont très anciennes puisqu'elles semblent avoir été utilisées dans l'Égypte, la Grèce Antique et en Chine depuis fort longtemps. Elles l'ont été au nom de théories diverses dont les plus élaborées sont le reboutage puis la chiropraxie et l'ostéopathie.

1 - LE REBOUTAGE

présent dans toutes les civilisations a été la "1^{re} médecine manuelle". Il s'agit surtout de petits gestes sur les tendons ("les nerfs") ou les muscles contracturés. Les gestes des rebouteux ont parfois un sens remarquable de la palpation des tissus et certaines de leurs manœuvres sont utilisées dans le cadre des techniques de "tissus mous" actuelles.

2 - LA CHIROPRAxie

(action avec la main)

Née à la fin du XIX^e siècle aux USA.

Le chiropracteur était celui qui détectait la vertèbre déplacée ou subluxée (par la palpation et parce que le nerf coincé "chauffait") et la remettait en place par manipulations ("ajustements").

Le diagnostic précis de la maladie était inutile, seule comptait la colonne.

En 1973, le congrès américain reconnut la chiropraxie comme une profession de santé à part entière. Les chiropracteurs ont dû alors faire un gros effort de mise à jour de leurs connaissances scientifiques pour accorder leur pratique.

La chiropraxie en France compte moins de 500 membres dont le niveau de formation est variable.

3 - L'OSTÉOPATHIE

née en 1874 aux États-Unis, faisait référence à l'harmonie du corps, à ce qui pouvait rompre cette harmonie et à la manière de la restaurer = guérison.

Ainsi, lorsqu'une articulation perd de sa mobilité ou se bloque en mauvaise position, le corps doit compenser d'une façon ou d'une autre ce déficit de mobilité d'où la possibilité de troubles de la santé et de maladies diverses ("la santé dépend de l'intégrité structurale", et, "une structure altérée est une cause fondamentale de maladie").

L'ostéopathie s'est ensuite développée selon trois axes :

l'ostéopathie structurelle (agissant sur le squelette), l'ostéopathie viscérale (action sur les viscères) et crânienne (action sur les os du crâne qui se déplaceraient...).

Le diagnostic ostéopathique recourt à la palpation fine ; la "dysfonction somatique" correspond à ce qu'il était

convenu d'appeler jusqu'en 1973 "la lésion ostéopathique" dont les 4 critères objectifs retenus sont :

- texture anormale des tissus (contractures, etc...)
- asymétrie des repères anatomiques
- restriction de la mobilité
- tissus sensibles (cellulalgie...).

En France, l'ostéopathie fut introduite après la guerre de 39-45. Elle est actuellement pratiquée par des personnes de formations très diverses.

■ 1 - les ostéopathes non médecins - la plupart sont aussi kinésithérapeutes (plus de 10 000), mais d'autres sont de simples bacheliers sans formation paramédicale. La formation se fait dans des instituts privés. La capacité de détection d'une contre indication à un geste manipulatif est donc limitée.

Tous pratiquent des techniques manuelles allant de simples attouchements avec les doigts, inoffensifs, jusqu'à des manipulations vertébrales.

Le niveau général des connaissances paraît pauvre.

■ 2 - les ostéopathes médecins : l'ostéopathie médicale est pratiquée de deux façons :

- soit dans le cadre d'un exercice exclusif, le médecin se disant "ostéopathe",
- soit dans le cadre d'un exercice différencié, où la pratique est inspirée du raisonnement médical traditionnel, n'excluant pas les prescriptions médicamenteuses et les infiltrations.

Depuis 1997, l'Ordre des Médecins a autorisé les médecins titulaires du DIU de médecine manuelle et ostéopathie à en faire mention sur leurs plaques et ordonnances.

Le Docteur Magne (Hôtel-Dieu) a proposé une description de syndromes douloureux vertébraux (vertébrothérapeute) sous tendus par une connaissance parfaite de l'anatomie et une règle d'or de manipulation dans le sens de "la non douleur et du mouvement contraire" indiquant par là que la bonne direction d'une manipulation était celle qui forçait dans la, ou les, direction(s) libre(s).

4 - L'ÉTIOPATHIE

Comme l'ostéopathe, l'étiopathe utilise les manipulations pour traiter les douleurs du dos.

Formés dans une école privée en Suisse, ils sont 200 environ à exercer en France. Discipline en perte de vitesse actuellement. ■

Ostéopathie

Dr Pierre Bourras

Texte relatif à la pratique de l'ostéopathie, publié au Journal Officiel le 27 mars 2007.

Selon ces textes :

- les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes.

Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des **symptômes justifiant des examens paracliniques** ; ils sont tenus s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent leur champ de compétences (articles 1 et 2, décret n° 2007-435).

- L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

1. Aux **médecins**, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, **titulaires** d'un diplôme universitaire ou inter universitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et **reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins**.

2. Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé ;

3. Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'usage du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative. (article 4, décret n° 2007-435.)

"L'autorisation de faire usage professionnel du titre d'ostéopathe est subordonnée à l'enregistrement sans frais des diplômes, certificats, titres ou autorisations de ces professionnels auprès du préfet du département de leur résidence professionnelle. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent cette autorité.

Lors de l'enregistrement, ils doivent préciser la nature des études suivies ou des diplômes leur permettant l'usage du titre d'ostéopathe et, s'ils sont professionnels de santé, les diplômes d'État, titres, certificats

ou autorisations mentionnés au présent décret dont ils sont également titulaires.

Il est établi, pour chaque département, par le représentant de l'État compétent, une liste des praticiens habilités à faire un usage de ces titres, portée à la connaissance du public." (article 5, décret n° 2007-435).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins estime dangereuse pour la santé publique l'autorisation donnée à des personnes qui ne sont ni médecin ni masseur-kinésithérapeute, le droit de pratiquer des manipulations sans diagnostic médical préalable.

Il considère en outre que les médecins tiennent de leur inscription au tableau de l'Ordre leur droit d'exercice et non d'un enregistrement auprès du préfet, après avoir obtenu une éventuelle autorisation d'une commission de validation de leur formation.

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins a donc saisi en référé le Conseil d'État d'un recours contre ces textes.

Cependant, devant les délais extrêmement courts imposés pour obtenir le titre d'ostéopathe, le Conseil de l'Ordre propose :

■ 1. aux **médecins en exercice qui sont :**

- **qualifiés** en Rééducation et réadaptation fonctionnelles en Médecine physique et réadaptation en Rhumatologie

OU



- **titulaires du DIU "Médecine manuelle-Ostéopathie"** délivré par les facultés Aix-Marseille, Bobigny-Paris XIII, Bordeaux, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris V et VI, Reims, Rennes(+DU), Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse et Tours, reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le simple enregistrement de leur titre auprès du Préfet du département qui leur permettra d'utiliser ce titre d'ostéopathe.

Les médecins n'ayant pas déclaré leur diplôme auprès du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins sont invités à le faire très rapidement.

La liste de ces médecins sera adressée de façon groupée à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales afin que l'enregistrement de leur titre auprès du Préfet du département leur permette d'utiliser d'ostéopathe.

■ 2. aux **médecins en exercice au 27 mars 2007** qui :

- sont titulaires d'un titre universitaire autre que ceux cités plus haut

OU

- justifient d'une expérience professionnelle dans le domaine de l'ostéopathie d'au moins 5 années consécutives et continues au cours des 8 dernières années

- qu'ils doivent, pour être autorisé à utiliser le titre professionnel d'ostéopathe et **avant le 30 juillet 2007** adresser au préfet de région, un dossier comportant tous les éléments concernant la formation suivie ou l'expérience en ostéopathie, constitué conformément à l'arrêté du 25 mars 2007.

À la réception du dossier complet, le préfet délivrera au médecin intéressé un récépissé destiné à l'enregistrement provisoire du titre d'ostéopathe. Cet enregistrement ouvre droit à l'usage temporaire du titre d'ostéopathe jusqu'à la décision du représentant de l'État.

A défaut d'une décision avant le 30 juillet 2008, la demande est réputée rejetée. ■

Le Service de Pharmacovigilance et de Toxicologie du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges propose aux médecins intéressés de leur adresser par mail leur bulletin de pharmacovigilance mensuel.

Nos confrères intéressés peuvent adresser leur demande sur la messagerie électronique : **louis.merle@chu-limoges.fr**

Mise au point

La presse locale (écrite, radiophonique, télévisée) a longuement parlé, en son temps, de ce qu'elle a appelé "une convocation" devant le Conseil de l'Ordre de six de nos confrères du département de la Haute-Vienne.

Résumons l'affaire : dans le numéro du 8 au 14 mars 2007 de l'hebdomadaire national "Le Nouvel Observateur" paraît un manifeste signé par 2000 médecins et soignants, en faveur de la dépénalisation des pratiques d'euthanasie. Six confrères et conseillers de notre département font partie des signataires.

Le texte du manifeste évoque, comme vous pouvez le voir ci-dessous, des pratiques contraires à l'actuel code de déontologie :

Texte du manifeste

Manifeste en faveur de la dépénalisation de l'euthanasie

"Parce que, de façon certaine, la maladie l'emportait sur nos thérapeutiques, parce que, malgré des traitements adaptés, les

souffrances physiques et psychologiques rendaient la vie du patient intolérable, parce que le malade souhaitait en finir, nous soignants, avons, en conscience, aidé médicalement des patients à mourir avec décence.

Tous les soignants ne sont pas confrontés à ce drame, mais la majorité de ceux qui assistent régulièrement leurs patients jusqu'à la mort, utilisent, dans les circonstances décrites, des substances chimiques qui précipitent une fin devenue trop cruelle, tout en sachant que cette attitude est en désaccord avec la loi actuelle.

Des améliorations ont été apportées par les textes législatifs d'avril 2005 (loi Léonetti) mais elles sont insuffisantes. Les récentes mises en examen de médecins et d'infirmières ayant aidé leurs patients à mourir prouvent que la loi est toujours aussi répressive et injuste car en décalage avec la réalité médicale.

Aussi nous demandons :

- l'arrêt immédiat des poursuites judiciaires à l'encontre des soignants mis en accusation ;
- une révision de la loi dans les plus brefs délais, dépénalisant sous conditions les pratiques d'euthanasie, en s'inspirant des réformes déjà réalisées en Suisse, en Belgique et aux Pays Bas ;
- des moyens adaptés permettant d'accompagner les patients en fin de vie, quels que soient les lieux (domicile, hôpital, maisons de retraite) et les conditions de vie.

Il s'agit là, d'accorder à chaque personne, une singularité, une valeur absolue, qui se nomme, selon le préambule et l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 : la dignité." ■

Après un débat au sein du Conseil Départemental, il a été décidé d'inviter les signataires à un échange avec les membres du Bureau.

Voici la lettre qui a été rédigée.

Cher Confrère,

Vous avez été signataire du manifeste en faveur de la dépénalisation de l'euthanasie, paru entre autre, dans le Nouvel Observateur du 8 au 14 mars 2007 (photocopie ci-jointe).

Nous souhaiterions avoir un entretien confraternel et personnel avec vous, sur les différents points abordés par ce texte.

Nous vous proposons de vous rencontrer un jeudi entre 19 heures et 19 heures 30 et vous remercions de prendre rendez-vous, par téléphone, auprès du secrétariat du Conseil Départemental.

Bien confraternellement,

Dr. Pierre BOURRAS
Secrétaire Général

Vous remarquerez que nous sommes loin d'une "convocation inquisitrice". Le Conseil Départemental de l'Ordre ne souhaitait pas médiatiser cette affaire et n'a donc pas été à l'origine du fait que les médias en soient prévenus.

Sachez que les entretiens que nous avons pu avoir avec les confrères qui ont répondu à notre invitation se sont déroulés dans un esprit serein et empreint de confraternité.

Le Bureau

Qualification de médecin spécialiste en médecine générale

Dr Pierre Bourras

Conformément à l'arrêté du 6 avril 2007, modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification, il a été créé une **commission de 1^{re} instance de qualification de spécialiste en médecine générale** au sein du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne.

Cette Commission a été élue lors de la réunion du Conseil Départemental du 23 mai 2007.

Les membres titulaires en sont les Docteurs Marcel Carrier, Joël Malgouyard, Michel Mazet, Vincent Pacaud et Eric Rouchaud, et les membres suppléants sont les Docteurs Antoine Bariaud, Michel Jacquet, Annie Marchand, Patrick Millet et Jean-Jacques Texier.

La commission a désigné, en qualité de Président, le Docteur Carrier.

Cette liste a été transmise pour approbation, à Monsieur le Préfet de la Haute-Vienne.

Nous allons faire parvenir à tous les médecins inscrits au Tableau de la Haute-Vienne en qualité de médecin

généraliste un questionnaire de demande de qualification de médecin spécialiste en médecine générale.

La Commission de qualification étudiera chaque dossier et donnera un avis motivé au Conseil Départemental. En cas de doute, la Commission pourra interroger directement le mandant afin d'apporter des éléments complémentaires d'information sur son exercice.

Le Conseil Départemental examinera ensuite les avis de la Commission et qualifiera, ou non, les médecins en qualité de spécialiste.

Cette décision du Conseil Départemental, comme toute décision d'ordre administratif, pourra faire l'objet d'un appel. Cet appel devra être formulé dans le délai de deux mois au Conseil National.

Ce procédé de qualification par les Conseils Départementaux n'est retenu que pour la Médecine Générale et est limité dans le temps, de la date de parution au Journal Officiel jusqu'au 1^{er} octobre 2010.

La vie du Conseil Départemental

Dr Philippe Bleyne - secrétaire général

Dans le numéro 1 de ce bulletin de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, en novembre 2006, vous a été présenté l'organigramme du Conseil Départemental de notre département.

Certains d'entre vous se demandent peut-être à quoi sert ce Conseil Départemental et qui y fait quoi...

Les quelques lignes qui suivent vous apporteront quelques éléments de réponse.

Comme l'a décrit Madame le Docteur Marchand dans le même numéro de novembre 2006, le Conseil Départemental se réunit tous les mois. Il est le lieu de toutes les décisions. Les plus importantes sont prises, si nécessaire, par un vote à bulletin secret. Sur les 18 titulaires, il est rare qu'il y en ait moins de 15 présents à chaque réunion. Les membres suppléants sont convoqués à chaque réunion. Leur taux de participation est assez élevé. Ils participent aux débats, au même titre que les titulaires, mais n'ont pas de voix délibérative en cas de vote (si certains titulaires sont absents, il est tiré au sort, parmi les suppléants présents, le nom de ceux qui pourront participer au vote, en remplacement des titulaires empêchés).

Entre deux réunions du Conseil Départemental, le Bureau se réunit chaque semaine, le jeudi de 18 à 19 heures. En réalité, les membres du Bureau sont souvent présents de 17 h 30 à 19 h 30. Ensemble ils examinent tout le courrier reçu en une semaine et se répartissent la rédaction des réponses. Ce jeudi soir est aussi l'occasion de recevoir, pour des entretiens, les confrères, les patients qui écrivent au Conseil Départemental, ou toute autre personne sollicitant un entretien. Monsieur le Docteur Jean Dussartre, Président d'Honneur du Conseil Départemental participe aussi souvent qu'il le peut aux réunions du Bureau (comme à celles du Conseil Départemental d'ailleurs).

Outre cette réunion hebdomadaire, les membres du Bureau sont souvent mis à contribution : le Président, le Docteur François Archambeaud, rédige les courriers les plus importants, épaulé par les deux secrétaires généraux les Docteurs Pierre Bourras et Philippe Bleyne. Il doit souvent se rendre disponible pour la fonction de représentativité attachée à

sa charge. Sachez, par exemple, que pendant la période de vaccination contre la méningite à méningocoque C, il a participé une fois par semaine à une réunion à la Préfecture de la Haute-Vienne, sur invitation de Monsieur le Préfet.

Les deux secrétaires généraux, déjà cités, veillent à la "bonne marche" du Conseil Départemental. Ils peuvent être amenés à se rendre à certains rendez-vous en compagnie du Président.

Les deux vice-présidents, les Docteurs Vincent Leroy et Joël Malgouyard apportent beaucoup par leur expérience et leur sagesse. Ils participent à la rédaction du courrier. Le Docteur Leroy, le seul retraité au sein du Bureau, sait se rendre disponible s'il le faut, et au pied levé pour représenter le Conseil de l'Ordre ici ou là (pour une saisie de dossiers à la demande de la Justice, par exemple).

Les fonctions du trésorier, le Docteur Antoine Bariaud, sont évidentes, mais il faut savoir qu'il s'occupe beaucoup de l'aménagement des bureaux du Conseil de l'Ordre. C'est à lui que nous devons l'organisation des travaux de rénovation de nos locaux. Par ailleurs, il représente l'Ordre à l'Association de Gestion agréée des Professions Libérales.

Le Trésorier Adjoint, le Docteur François Touraine, seconde le trésorier et s'occupe par ailleurs des contrats passés par les médecins avec l'industrie pharmaceutique pour des formations.

Les membres du Bureau ne sont pas les seuls à assurer des fonctions de représentation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins au sein de diverses instances. Voici la liste des ces responsabilités.

- Docteur Michel Barris : Santé Service Limousin.

- Docteur Anne-Marie Chapat : Commission Médicale Paritaire Locale (CMPL).
- Docteur Annie Marchand : Association de Dépistage des Cancers et CARMF.
- Docteur Jean-Louis Filloux : Commission d'Activité Libérale du CHU.
- Docteur Jean-Jacques Texier : Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires de la Haute-Vienne Régime Social des Indépendants.
- Docteur Anne-Marie Trarieux : Comité de Suivi de la Toxicomanie.

Comme vous pouvez le voir, cette liste comporte à la fois des membres titulaires et des membres suppléants.

Je ne reviendrai pas dans cet article sur la composition des commissions qui vous ont été présentées par ailleurs dans le n° 1 de novembre 2006.

Sachez que ces commissions se réunissent régulièrement et qu'elles rendent compte à l'ensemble du Conseil départemental de leur activité.

Je ne serais pas complet si je terminais sans évoquer l'énorme travail fourni par nos deux secrétaires, Madame Monique Denis et Madame Elisabeth Enjolras... Elles connaissent les rouages de l'Ordre bien mieux sans doute que beaucoup d'entre nous... Vous savez combien c'est précieux de pouvoir s'adresser à elles, chacun a pu en faire l'expérience un jour ou l'autre.

Ainsi va le Conseil départemental de l'Ordre, sans doute méconnu, souvent décrié... mais qui veut rester au service de chaque médecin, dans l'intérêt des patients.

PS : 1000 excuses à celles et ceux qui seraient oubliés dans cet article. ■



À propos de l'indemnisation des conseillers ordinaires

Pr. Jean-José Bouquier

Ancien Président du Conseil départemental de la Haute-Vienne - Ancien Vice-Président du Conseil National de l'Ordre

Les conditions de fonctionnement des Conseils Ordinaires, qu'ils soient départementaux, régionaux ou nationaux, ont évolué de la même façon que celles de la société.

Depuis plusieurs années, se sont développés, en effet, un certain nombre de paramètres ordinaires qui nécessitent de la part des conseillers des activités beaucoup plus importantes qu'elles n'étaient auparavant : informations intérieures ou extérieures à l'Ordre et aux médecins, contrats, arbitrages, litiges de tout ordre, pièces officielles, réunions professionnelles, ordinaires, administratives, etc...

Toutes ces occupations entraînent un surcroît de présence et de travail qui devient peu à peu moins compatible avec une activité médicale libérale ou salariée, sans parler de la nécessité de la formation médicale continue.

Par ailleurs, les contraintes matérielles financières, administratives actuelles d'un exercice médical individuel ou asso-

ciatif, peuvent dissuader des confrères en exercice, d'assumer une fonction ordinaire dans des conditions de bénévolat.

Si la présence de médecins retraités dans les Conseils est nécessaire du fait de leur disponibilité, de leur expérience, de leur pondération habituelle, il est encore plus indispensable pour l'Ordre de pouvoir bénéficier, pour la pratique médicale et l'intérêt des malades, du concours et de la compétence de médecins en exercice, un des objectifs des Conseils Ordinaires étant de préciser les rapports déontologiques entre malades et médecins, entre médecins, et vis à vis du pouvoir administratif et politique.

Si dans les temps anciens, les conseillers ordinaires n'envisageaient aucun dédommagement, il n'est plus ni possible, ni souhaitable actuellement de demander à des médecins en activité, un travail supplémentaire au dépend de leur exercice médical sans une compensation.

Cette indemnité a vu son barème fixé par le Conseil National. Il doit être adapté sur le plan pratique au contexte local du fait de discordances éventuelles, en particulier urbaines ou rurales.

Cette compensation doit être, bien entendu, parfaitement transparente et bien mentionnée dans le bilan financier des Conseils.

Certes, le principe d'un dédommagement pourrait être critiqué par certains, mais il est logique, dans le contexte actuel, car il permet à tout médecin d'envisager une activité ordinaire sans préjudice, les médecins retraités ayant une prise en charge adaptée aux frais engagés.

Le bénévolat était, certes, un choix, voire une mission mais le principe d'une compensation permet d'ouvrir à tous et aux jeunes médecins en particulier, une fonction ordinaire avec la disponibilité qu'elle requiert. ■

Indemnisation des élus

Dr. Antoine Bariaud

Suite à la réunion nationale des trésoriers à Paris, le 16 décembre 2006, il est apparu que seulement 5 % des Conseils départementaux sont bénévoles.

Le principe d'indemnisation des élus doit être généralisé du fait :

- du temps passé qui engendre des pertes de revenus,
- des frais réels engagés,
- de la responsabilité mise en jeu,
- de la non motivation des jeunes pour le bénévolat.

Afin qu'il existe une harmonisation nationale, le Conseil National de l'Ordre des Médecins fait une proposition laissant libre chaque Conseil Départemental.

Propositions du Conseil National

Les chiffres avancés sont le fruit de plusieurs études :

Nombre de médecins inscrits	< à 1500	de 1500 à 3000*	de 3000 à 6000	> à 6000
Président	500 €	700 €	900 €	1100 €
Secrétaire Général	400 €	500 €	700 €	800 €
Trésorier	300 €	400 €	500 €	600 €

* En Haute-Vienne, le nombre de médecins inscrits est de 1706. (Indemnisation mensuelle)

Indemnisation pour les réunions mensuelles du Conseil Départemental

Afin que chaque membre se sente concerné par ce projet, 50,00 € par séance pour les titulaires et suppléants qui ne sont pas membres du Bureau (comprend le travail fourni par les commissions).

Indemnités kilométriques

Remboursement des frais réels (si + de 10 kms) + frais de parking.

Indemnisation pour les représentations du Conseil Départemental auprès de différentes instances (CPAM, ARAPL, Préfecture, saisies de dossier...) entraînant une perte de revenus, sur la base de 3 C de l'heure.

Cette proposition a été acceptée lors de la séance plénière du Conseil Départemental de l'Ordre du 17 janvier 2007.

L'agenda

du Conseil Départemental

- 27 février 2007 à 11 h 30, les Docteurs Archambeaud et Bleyne ont été reçus par Monsieur Roehrich, directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- 1^{er} mars 2007 à 18 h, le Docteur Archambeaud a représenté le Conseil Départemental lors de la cérémonie de départ de Monsieur le Préfet.
- 10 mars 2007, les Docteurs Archambeaud et Bourras ont participé à la réunion des présidents et secrétaires généraux des Conseils départementaux et régionaux, à Paris.
- 14 mars 2007 à 12 h, les Docteurs Archambeaud et Bourras ont rencontré, au Conseil de l'Ordre, Madame Billebot, directrice technique de Reimp'Hos.
- 15 mars 2007, à 20 h 30, réunion d'information sur la campagne de vaccination contre la méningite à la Faculté de Médecine.
- Les 16, 21, 28 mars, 4 et 11 avril 2007, à 8 h 30, le Docteur Archambeaud était présent aux réunions organisées à la Préfecture, pour la campagne de vaccination contre la méningite.
- 19 mars 2007, à 11 h 30, le Docteur Archambeaud a reçu au Conseil Départemental, Madame Mérigot, journaliste à Info Magazine, au sujet de la médecine en milieu rural.
- 21 mars 2007 à 11 h, les Docteurs Archambeaud et Bleyne ont été reçus par le Colonel Dupont, commandant des forces de gendarmerie de la Haute-Vienne.
- 4 mai 2007 à 16 h, le Docteur Archambeaud a assisté à l'audience solennelle d'installation de Monsieur Stéphane Autin, procureur général près la Cour d'Appel de Limoges.
- 6 juin 2007 à 12 h, le Docteur Archambeaud a rencontré, en compagnie du Docteur Barris, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin, Monsieur Orliac, directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Malade de la Haute-Vienne.
- 7 juin 2007 à 11 h, les Docteurs Archambeaud et Bleyne ont été reçus par Madame Mottet, directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Haute-Vienne, au sujet de la permanence des soins. ■

Vécu en gynéco

“ Docteur, pouvez-vous me donner la pilule sans lendemain ? ”



La cure de la tuberculose

Le nom du savant lyonnais Francisque Crôtte s'ajoutera-t-il sur la liste des bienfaiteurs de l'humanité à ceux de Jenner et de Pasteur? Tout porte à le croire : le vainqueur de la tuberculose aura sa place auprès de ceux de la variole et de la rage.

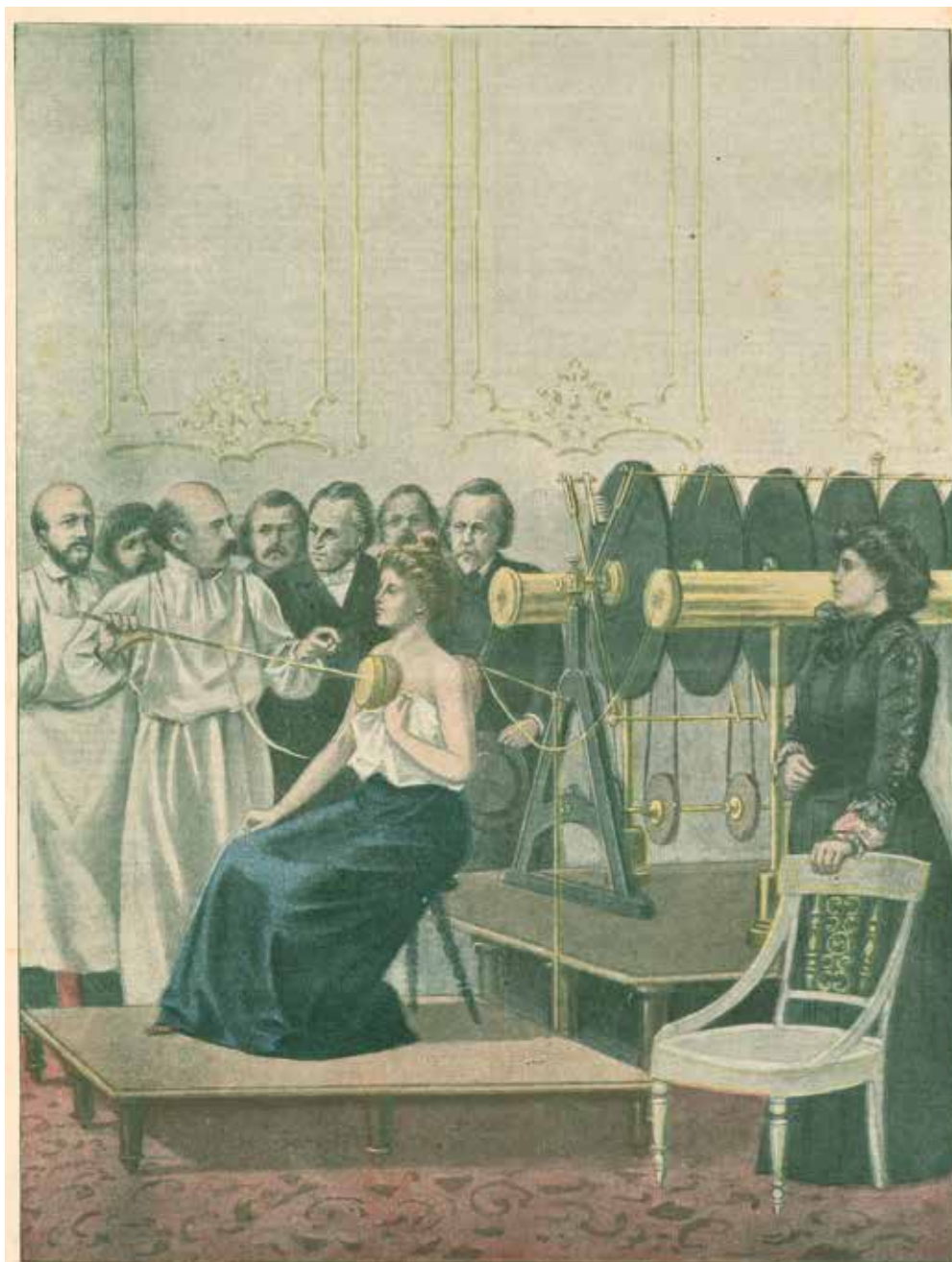
On sait les terribles ravages du mal atroce qui sévit de plus en plus, développé par une foule de fautes contre l'hygiène, par l'alcoolisme surtout.

Dernièrement, un congrès contre la tuberculose réunissait à Londres les plus grands spécialistes du monde entier. Mais on ne s'y occupait guère que de moyens préventifs, quand le Docteur Salivas fit connaître l'admirable découverte de Francisque Crôtte.

Je n'entrerai point dans des délais techniques, désireux de rester clair pour tout le monde.

Jusqu'ici on n'avait pas pu attaquer énergiquement le mal lui-même dans sa racine, les malades à soigner se trouvant trop faibles pour supporter l'usage de certaines substances que n'auraient pu ingérer les gens les plus robustes.

Grâce à un appareil des plus ingénieux, le savant opère par l'électricité statique, à travers les pores de la peau, la transfusion des métaux et des médicaments les plus puissants, ceci, on s'en rend compte, sans la moindre fatigue pour le malade.



LA CURE DE LA TUBERCULOSE

Avec le concours du Docteur Salivas et de Mme Mary-Alice Radde de New York, Francisque Crôtte a installé 9, rue de Turin, un institut antituberculeux, où il a déjà accompli des miracles.

L'assistance publique lui a envoyé, en cinq ans, plus de cinq cents malades; de toutes parts, en Amérique,

en Allemagne, on recourt au nouveau traitement dont les résultats sont merveilleux.

On a obtenu en effet, comme guérisons, cent pour cent au premier degré, soixante quinze au second et encore trente pour cent au troisième, ce qui est énorme.

■ *Le Petit Journal*
1^{er} septembre 1901



Association de dépistage

Dr Annie Marchand

L'association de dépistage du cancer du sein "A D C S" change de nom et devient l'Association de Dépistage des Cancers "A D D C", depuis la décision de mettre en route, en Haute-Vienne, le dépistage des cancers colo-rectaux.

Cette campagne débutera lorsque la moitié des médecins prescripteurs sera formée (passage d'un délégué de l'ADDC auprès des médecins afin d'expliquer la méthode de l'hémocult).

Les nouveaux statuts de cette association nécessitent la présence aux comités médicaux scientifiques d'un médecin généraliste aux côtés de :

- gynécologues - radiologues - anatomopathologistes pour le suivi,
- gastro entérologues - anatomopathologistes, chirurgiens pour le colorectal, soit deux postes de médecins généralistes pour lesquels il est donc fait appel à candidature.

Pour les médecins intéressés, contacter Madame le Docteur Paziault à la CPAM - ADDC.

Dépistage gratuit des pieds à risque chez le diabétique

Pr Françoise Archambeaud-Mouveroux
Chef de service de médecine interne B - Hôpital du Cluzeau



Une consultation de dépistage des pieds à risque chez le diabétique s'ouvre dans le service de médecine interne B, endocrinologie.

50 % des amputations du membre inférieur sont effectués chez des patients diabétiques. 5 à 15 % des diabétiques auront une amputation et 85 % des amputations sont précédées par un ulcère du pied, secondaire le plus souvent à un traumatisme externe. Les facteurs responsables du développement des ulcères du pied sont multiples : atteinte vasculaire, neuropathie, infection, déformation. Ils sont aggravés par des considérations socio-économiques : position sociale, accessibilité aux soins, non observance du traitement. On note, en outre, une négligence de l'examen, puisque 50 % des diabétiques n'ont pas d'examen des pieds. Les conséquences du pied diabétique sont donc graves, coûteuses en hospitalisation, en soins, et également coûteuses sur le plan humain.

Prix qualité santé 2003

Notre projet vise à faire jouer une part plus active aux patients diabétiques dans le dépistage et la prévention. Il a été primé au titre du Prix qualité santé Limousin 2003 délivré par le GIP-REQUASS, l'ARH, la CRAMCO et le Conseil régional.

L'objectif de ce projet est de donner la possibilité, pendant un an, aux diabétiques de la Haute-Vienne, de consulter gratuitement.

Cette consultation comportera :

- Un examen clinique du pied, par un médecin diabétologue afin d'apprécier les pieds à risque.

■ Une consultation podologique avec empreinte podale pour apprécier les troubles de l'appui, les troubles de la statique et autres anomalies.

■ Des consultations d'hygiène et une éducation sur les soins des pieds faites par l'infirmière et le podologue.

Une conclusion en triple exemplaire sera alors donnée : un exemplaire pour le patient, un exemplaire pour le médecin généraliste et un exemplaire pour le dossier du service.

Cette consultation gratuite se fera sur rendez-vous (tél. : 05 55 05 68 51) dans le service d'endocrinologie, médecine interne B, les lundis, à partir de janvier 2006.

Les avantages attendus sont l'éducation des patients diabétiques afin de diminuer les ulcères du pied et les amputations, ainsi que de réduire la durée d'hospitalisation.

Notre souhait est de pouvoir pérenniser ce projet et que celui-ci soit donc développé dans les autres structures.



Les relations médecins traitants, médecins du travail, médecins conseils

"Bonnes pratiques et secret médical"

Dr Philippe Bleyne, Dr Jean-Louis Filloux

Le secret médical professionnel s'impose à tous les médecins. Il est institué dans l'intérêt des patients.

Les textes réglementaires.

Le **secret professionnel** est inscrit dans le *code pénal* notamment dans les articles 226-13 et 14.

Le *code de déontologie médicale* rappelle dès son article 4 que le secret médical est un droit du malade et un devoir de tout médecin.

Le *code de la sécurité sociale* affirme le respect du secret médical dans ses articles L 315 et L 162-2.

Le *code du travail* évoque le secret médical particulièrement dans son article 241-52, le *code de la santé publique* dans son article L 1110-4.

Les textes prévoient des **dérogations au secret professionnel**, comme la déclaration au médecin de la DDASS des *maladies contagieuses* dont la liste est fixée réglementairement.

De même pour les *accidents du travail et maladies professionnelles*, sont prévus des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences.

Le **secret médical partagé** est limité aux membres d'une équipe soignante ainsi qu'aux médecins des régimes obligatoires de protection sociale (art.50 CDM).

Les bonnes pratiques entre médecins.

Chaque médecin peut être détenteur d'informations médicales et personnelles des patients. Ces informations lui ont été confiées dans le cadre du secret médical.

Le médecin du travail a aussi accès à des secrets de fabrication et il est soumis au secret industriel.

Les médecins traitants ont des objectifs de soins et de prévention.

Les médecins du travail ont un objectif de prévention dans le cadre des activités professionnelles (recherche d'affections dangereuses pour les autres travailleurs, aptitude médicale au poste de travail dans l'entreprise, propositions d'adaptation du poste ou d'affectation à d'autres postes).

Les médecins conseils ont une approche médico-sociale.



Ce qu'il faut faire :

■ Toujours informer le patient des contacts le concernant avec les confrères et obtenir son accord.

■ Ne transmettre aux confrères des données de santé à caractère personnel que si cela est strictement nécessaire dans l'intérêt du patient.

■ Lorsqu'une transmission de documents est nécessaire (certificat, résultat d'examens, compte-rendus) le faire par l'intermédiaire du patient ou l'adresser directement au confrère nommé désigné.

■ Lorsqu'un avis spécialisé est demandé, bien préciser la demande.

Pour le médecin conseil on se trouve dans le cadre d'une expertise classique.

Le médecin du travail peut lui aussi demander, dans le cadre de ses missions, des examens complémentaires ou des avis spécialisés. Il a le choix de l'organisme ou du spécialiste. Il est destinataire des résultats. Il doit les présenter au patient avec les informations nécessaires. Il lui conseille de les transmettre à son médecin traitant. En cas de conflit avec le salarié, une procédure légale est prévue auprès de l'Inspection du Travail.

■ Le médecin spécialiste consulté doit se limiter à sa mission.

■ En cas d'arrêt de travail et lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible (contenu du travail, horaires, mi-temps thérapeutique), une visite de pré-reprise du travail auprès du médecin du travail est possible. Elle ne peut être déclenchée que par le salarié, son médecin traitant (généraliste ou spécialiste) ou le médecin conseil. Elle doit être la plus précoce possible pour organiser la réinsertion professionnelle.

■ Le médecin du travail ne doit transmettre au médecin traitant, dans un but de recherche diagnostique, que les informations sur les expositions professionnelles strictement nécessaires, et dans le respect du secret industriel.

■ Respecter la législation sur le droit d'accès des patients à leur dossier médical.

Ce qu'il ne faut pas faire :

■ Agir sans l'accord du patient.

■ Adresser des documents médicaux à un organisme (Service du contrôle médical, Service de santé au travail) sans préciser le nom d'un confrère.

■ Ne pas tenir de dossier médical ●

Les réseaux de santé en Limousin

Francis Fournereau - Secrétaire général de l'ARH du Limousin

Qu'est ce qu'un réseau de santé ?

Les réseaux de santé associent les professionnels de santé dans une approche coordonnée des patients sur un territoire donné ou pour une pathologie particulière. Le besoin d'une meilleure coordination des professionnels a impulsé la création de nombreux réseaux spontanés dès les années 90. Afin d'accompagner l'émergence de ces nouvelles pratiques avec pour finalité une meilleure continuité des soins, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont initié une politique de soutien à la création de réseaux collaboratifs entre professionnels de santé. Cette politique est mise en œuvre depuis 2002 de façon conjointe par l'ARH et l'URCAM, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans un cadre formalisé pour être reconnus.

Le code de la santé publique (article L.6321-1) encadre ce nouveau dispositif au service des professionnels de santé. *"Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers (...)"*

Finalités des réseaux de santé

Chaque réseau de santé doit :

- répondre à un besoin clairement identifié dans la population,
- s'organiser autour d'activités de coordination, d'animation, de formation, de continuité des soins et d'évaluation,

- respecter le droit des usagers,
- faire l'objet d'un engagement formel de tous ses acteurs,
- s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et notamment au niveau régional :
 - cancers,
 - diabète,
 - personnes âgées,
 - soins palliatifs, douleur,
 - santé mentale,
 - lien social,
 - prise en charge du handicap.

Textes de référence

- Article 36 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002
- Article 84 de la loi n°02-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux de santé
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé
- Circulaire MIN/DHOS/DSS-CNAMTS n°2002/610 du 19 décembre 2002

Qui peut créer un réseau de santé ?

Tout professionnel de santé, regroupement de professionnels de santé ou établissement de santé peut promouvoir la création d'un réseau.

Le réseau doit associer des établissements de santé et des professionnels libéraux afin de développer la meilleure coordination et la continuité des soins.

Le soutien régional à la création et au fonctionnement des réseaux de santé

Dans le cadre de la Mission Régionale de Santé (M.R.S.), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont mis en place une cellule d'aide à la constitution des réseaux de santé. Cette cellule a pour objet de conseiller les promoteurs, mais aussi d'assurer l'instruction des dossiers sollicitant un soutien financier dans le cadre de la Dotation Régionale pour le

développement des réseaux (DRDR), enveloppe financière qui sera, à compter de juillet 2007, intégrée avec le FAQSV dans le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville (FIQCSV).

Le soutien financier de la DRDR

Le soutien accordé aux réseaux consiste à apporter les moyens de la coordination et de la mutualisation au-delà des honoraires de coordination pouvant être versés dans le cadre conventionnel. L'instruction permet de vérifier la réponse aux besoins, l'organisation du réseau, les modalités d'adhésion des professionnels, les conditions de respect des règles déontologiques et de consentement du patient ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

La DRDR permet, ainsi, de financer tout ou partie des dépenses d'un réseau, et notamment :

- les dépenses de fonctionnement (charges de personnel, loyers, matériels,...)
- les dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale, c'est à dire :
 - dérogation aux règles de prise en charge des patients (exonération du ticket modérateur),
 - rémunérations dérogatoires destinées aux professionnels de santé, (exemple : consultations de prévention ou d'éducation thérapeutique),
 - prise en charge des rémunérations des professionnels dont les rémunérations ne sont pas prévues à la nomenclature, intervenant dans le réseau (exemples : diététiciens, psychologues).

Les décisions de financement sont prises conjointement par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM dans le respect de l'enveloppe régionale limitative. La décision de financement est notifiée au promoteur et publiée au Recueil des Actes Administratifs.

Les financements attribués en 2006 se sont élevés à 2,611 M€ pour onze réseaux : ONCOLIM, Réseau gérontologique du Pays des Monts et Barrages, Déficiants sensoriels (malentendants et malvoyants), Neuro Psy Saint Maurice, Réseau Alcoologie de Haute-Corrèze,



RAPCEAL (Autisme), LINUT (Nutrition), RSVHA (Addictologie), REIMPHOS (Informatisation), Réseau Traumatisés Crâniens du Limousin.

Pour 2007, l'enveloppe DRDR accordée au Limousin se monte à 2,685 M €.

Cette année 2007 constituera une année charnière : outre la mise en place du FIQCSV, neuf réseaux financés depuis 2004 sont concernés par la réalisation d'une évaluation externe triennale. Cette évaluation qui constitue une obligation légale permet d'obtenir un éclairage sur le niveau d'atteinte des objectifs en matière de fonctionnement du réseau, d'amélioration de la prise en charge des usagers, ainsi que sur l'utilisation des fonds obtenus.

Où se renseigner ?

L'ARH et l'URCAM ont mis en place une plateforme de services à l'intention des promoteurs de réseau. Un guide régional à l'intention des promoteurs est disponible pour faciliter la constitution des dossiers de demande de financement.

Toute demande de renseignement ou tout dossier de demande de financement doit être adressé à :

Par courrier :

Guichet unique des réseaux de santé URCAM du Limousin
86/88, avenue Baudin 87036 LIMOGES cedex
Tél. 05 55 32 90 80

Par messagerie électronique :

faverlant.arhlimousin.wanadoo.fr ou
lcottier@assurance-maladie.fr

Autres soutiens à la constitution et au fonctionnement des réseaux de santé

D'autres partenariats peuvent contribuer au soutien financier des réseaux :

- Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) : peut financer à titre expérimental et pour une durée limitée, l'aide au démarrage de réseaux de santé particulièrement innovants et d'origine ambulatoire. Ce fonds sera fondu avec la DRDR dans le futur FICQSV.

- Les collectivités territoriales et locales (Conseil Général, Conseil Régionale, Communes).

- Le groupement Régional de Santé Publique (État, Assurance Maladie, Collectivités territoriales, ARH) dans le cadre des actions menées pour l'exécution du Programme Régional de Santé Publique. Les Fonds disponibles accompagnent essentiellement les actions de promotion de la santé, de prévention, de lutte contre les conduites addictives, la lutte contre le SIDA et les maladies transmissibles, les réseaux gérontologiques (CLIC).

Enfin plusieurs structures régionales apportent un soutien mutualisé au fonctionnement des réseaux :

- Le réseau REIMP'HOS soutient la conception et la mise en œuvre d'outils communs de gestion des dossiers patients.

- Le GIP REQUASS (créé par les établissements sanitaires et médico-sociaux) peut offrir une plateforme pour l'hébergement et le soutien logistique aux réseaux.

ARNAQUES À L'ANNUAIRE (condamnation)

Nous avons, pour la plupart d'entre nous, été déjà démarchés par des sociétés proposant des insertions dans des annuaires professionnels.

ATTENTION : lorsque vous renvoyez ce document complété de votre simple signature (après l'avoir rapidement parcouru) à la société qui vous l'a envoyé vous avez ensuite la désagréable surprise de recevoir une première facture vous réclamant le montant de la somme qui figurait en petits caractères et en bas du premier document que vous aviez reçu. Ensuite, vous faites généralement l'objet de relances et de demandes de plus en plus comminatoires en vue de procéder au paiement de la somme exigée.

Cette aventure est arrivée à un de nos confrères avec la société **EUROPEAN CITY GUIDE**. Le gérant de la société **ANNUAIRE PRO** vient d'être condamné par la Cour d'Appel de Colmar à 18 mois de prison avec sursis et 200 000,00 € d'amende pour une affaire similaire. Néanmoins, les relances et les demandes continuent pour notre confrère Limousin.

PRUDENCE : allez voir sur le site

www.dgccrf.minefi.gouv.fr

Rubrique "accès par profil", puis "Professionnels" "accès thématiques" et "dossiers professionnels". Et, au besoin, interrogez votre Conseil de l'Ordre.

PERMANENCE DES SOINS et SPÉCIALITÉS

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins souhaite la reconnaissance de la permanence des soins pour les spécialistes.

Les spécialités donnant lieu à l'élaboration d'un calendrier de gardes effectives peuvent transmettre ces renseignements au Conseil Départemental de l'Ordre qui se fera l'écho de leur demande auprès du CODAMUPS.

Couverture Maladie Universelle

Dr Pierre Bourras

HISTORIQUE

En juin 2006, ce rapport diligenté par le fond de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle était adressé à Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. Il faisait état *“d’une proportion élevée de médecins refusant de recevoir des personnes pour le seul fait qu’elles sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire”*.

Par lettre du 21 juin 2006, Xavier Bertrand demandait l’avis du Conseil National de l’Ordre des Médecins et, rappelait la nécessité déontologique de refuser toute discrimination à l’égard des personnes bénéficiaires de la CMU, souhaitant que de tels agissements soient sanctionnés par les instances compétentes de l’Ordre, lorsqu’elles sont saisies.

Le 10 novembre 2006, le Président de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l’Égalité, Louis Schweitzer, transmettait au Conseil National de l’Ordre des Médecins les délibérations du 6 novembre 2006 sur le même thème, en faisant référence aux manquements à l’article R 4127-7 du Code de la Santé Publique, sur le principe de non discrimination.

Il faisait état d’une étude réalisée par le COMEGAS (Collectif des Médecins Généralistes pour l’Accès aux Soins) et qui lui avait été adressée le 30 juin 2006. Cette étude, “réalisée sous forme de tests de discrimination et menée dans 6 villes du Val de marne met en exergue le taux de refus de l’accès aux soins de personnes bénéficiaires de la CMU de 4,8 % pour les généralistes et 41 % pour les spécialistes”.

Dès le 21 juin 2006, le Docteur Lucas, Secrétaire Général du Conseil National de l’Ordre des Médecins, rappelait à Xavier Bertrand que le Conseil National de l’Ordre des Médecins avait toujours été garant de cet accès aux soins et avait publié des informations parfaitement claires à cet égard dès l’année 2000.

Il s’étonnait des chiffres de refus de soins et s’insurgeait contre l’extrapolation faite à partir d’un échantillon de médecins choisis dans un seul département.

Cette lettre était suivie de nombreuses autres de différents Conseils Départementaux, en particulier le 27 juillet 2006,

le Docteur Archambeaud, adressait à Madame Legay, Directeur de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Haute-Vienne, un courrier faisant état des nombreuses difficultés générées par l’utilisation de la CMU.

Par ailleurs, le Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins de la Haute-Vienne n’a été avisé que d’un seul refus de CMU et sans qu’aucune plainte n’ait été déposée.

Dans les très rares cas qui nous ont été signalés, il s’agit beaucoup plus d’exigences injustifiées concernant des délais de rendez-vous, ou de non respect du parcours de soins, que d’un refus d’accorder des soins à des patients titulaires de la CMU.

Le communiqué du Professeur Jacques Roland du 16 novembre 2006 résumait de façon extrêmement précise et complète, les problèmes créés par la CMU.

COMMUNIQUÉ

Les soins aux bénéficiaires de la CMU sont une obligation déontologique.

Refuser de soigner un patient au seul motif qu’il est bénéficiaire de la CMU, est contraire à l’éthique médicale et à la déontologie professionnelle. Toute autre interprétation ne peut être que rejetée par l’Ordre des Médecins.

La loi portant création de la Couverture Maladie Universelle du 27 juillet 1999 a pour objectif de couvrir les personnes encore exclues de l’assurance maladie-maternité en instituant une affiliation automatique et immédiate sur des critères de résidence. L’application de cette loi par les médecins est une obligation déontologique, comme le rappellent les articles 2, 7, 47 et 50 du Code de déontologie médicale et il appartient à chaque médecin de la respecter.

Pour autant, on ne saurait nier les complications que les professionnels de santé rencontrent parfois dans l’application de cette obligation. Ils se plaignent auprès de nous en particulier :

- des obstacles administratifs qu’il leur faut franchir pour percevoir les honoraires lorsque la carte Vitale n’est pas à jour,
- du fait que trop peu de bénéficiaires de la CMU soient inscrits dans le parcours de soins, ce qui pénalise les médecins généralistes et spécialistes consultés.

Des difficultés induites par la gestion de la CMU.complémentaire,

- du comportement et des exigences de certains bénéficiaires de la CMU mal informés de leurs droits et devoirs,
- des conditions d’analyse des dossiers des demandeurs lors de l’attribution de la CMU,
- des honoraires aux tarifs du secteur I pour les médecins de secteur II alors que les charges sont plus élevées.

Dans le cadre de sa mission fondamentale de veiller au respect de la déontologie, le Conseil national s’attachera aussi à faire résoudre ces difficultés. Nous avons déjà pris contact dans ce sens avec le Ministre de la santé et des solidarités, l’Union nationale des Caisses d’Assurance maladie et le Fonds de financement de la CMU.

Les conclusions du rapport de la HALDE que nous venons de recevoir dénoncent le caractère discriminatoire du refus d’accès à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la CMU mais n’en reconnaissent pas moins également les difficultés d’application.

ÉPILOGUE ACTUEL

Le 19 décembre 2006 avait lieu une réunion à laquelle “assistèrent M. Xavier Bertrand, M. Chadelat (IGASS), auteur du rapport, des représentants des usagers, dont Christian Saout, vice-président du CISS, des représentants d’associations d’entraide (Médecins du Monde, Croix Rouge...), l’ensemble des syndicats médicaux libéraux, l’Ordre des Médecins, l’Ordre des Chirurgiens dentistes (représenté par son président) deux syndicats de cette profession, la vice-présidente de la Halde, plusieurs membres du cabinet du Ministre et des Services, et des représentants des différents branches de l’assurance maladie dont Mr Régereau et M. Libault. Il y avait donc en tout une quarantaine de personnes, chaque organisation n’étant représentée que par un membre. Le ministre a ouvert la réunion en précisant son but : tirer du rapport Chadelat les mesures à prendre pour que cesse toute discrimination envers les patients “CMU”.

Tout en blâmant l’attitude des médecins refusant de prendre, par principe, les malades “CMU”, les participants ont retenu que la méthode du testing ne pouvait, en aucun cas, faire conclure à une généralisation du fait.

- 4,8 millions de patients "CMU" sont pris en charge par l'ensemble du Corps médical français,
- les instances qui pourraient être saisies de refus de soins par les parties, à savoir les conseils de l'ordre et les organismes de Sécurité Sociale confirment le faible nombre de plaintes de patients.

Comme l'a dit le Docteur Lucas, les usagers de la CMU ont des **droits**, mais aussi des **devoirs**, il ne doit y avoir ni sous droit, ni sur droit.

Un projet de décret semble vouloir donner aux associations de défenses des usagers du système de santé et aux organismes locaux d'assurance maladie, le droit de saisir directement les chambres disciplinaires.

Ce dernier point inquiète le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui craint la création d'associations dans le but unique de poursuivre les professionnels de santé.

Le Conseil National de l'Ordre a donc émis un avis défavorable :

"le maintien de cette rédaction serait interprété par le Conseil National de l'Ordre des Médecins comme l'expression d'une défiance totalement inacceptable vis à vis de l'ensemble du corps médical alors même que celui-ci remplit ses devoirs selon les principes de moralité de probité de dévouement et de compétence, en dépit des difficultés conjoncturelles dans tous les secteurs de soins.

Ayant ainsi largement contribué aux solutions pragmatiques qui se dessinent le Conseil National de l'Ordre des Médecins n'hésite pas à exiger le respect de la dignité des médecins et de leur indépendance professionnelle au service des personnes malades. Celles-ci ne sauraient être subordonnées à l'action d'associations ou d'organismes d'assurance. A cet égard, les doléances ou plaintes qui seraient formulées à l'encontre d'un médecin, par un patient, une association ou un organisme d'assurance maladie, relèvent des compétences du Conseil Départemental au tableau duquel ce médecin est inscrit afin que ce Conseil Départemental puisse - en situation concrète, en faire l'examen, exercer sa fonction de conciliation prévue par la loi, et transmettre ensuite la plainte, si elle est confirmée par le plaignant, avec son avis motivé à l'organe disciplinaire de l'Ordre."

La médiatisation à outrance d'accusations hâtives et généralisées à toute la profession alors qu'elles ont pour objet l'attitude de quelques uns, participe à la dégradation de l'image des médecins et à la démotivation, voire leur "déprime".

à suivre...

Affichette salle d'attente

Dr Pierre Bourras

Un courrier de l'UFC QUE CHOISIR 87 attire notre attention sur des affichettes dans les salles d'attente de certains médecins mentionnant que *"si le patient ne pouvait se rendre à une consultation et ne la décommandait pas, le praticien facturerait cette visite"*.

Bien entendu, nous ne pouvons que dénoncer cette pratique, contraire au code de déontologie (article 53 : *"les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués..."*).

Cependant il est aussi évident que la prise de rendez-vous auxquels les patients ne se rendent pas sans prévenir, sans aucune justification ni excuse, se généralise. Cette pratique n'est pas tolérable, elle entraîne d'ailleurs une pénalisation des patients eux-mêmes en rallongeant les délais de rendez-vous.

Alors que proposer ?

Un simple avis insistant sur ce dernier point : un rendez-vous non annulé et non respecté pénalise avant tout les autres patients, pourrait-il responsabiliser nos patients ?

Des mesures plus sévères telles que : un rendez-vous non honoré sans justification entraînera le refus d'un autre rendez-vous immédiat (en dehors bien sûr de l'urgence justifiée) auraient-elles un impact plus efficace ?

A chacun de trouver sa formule, et si elle est bonne, d'en faire profiter ses confrères. ■

INFO IMPORTANTE - INFO IMPORTANTE - INFO IMPORTANTE - INFO IMPORTANTE -

L'une de nos consœurs nous a signalé s'être retrouvée en difficulté lors d'un appel en garde.

Elle avait été témoin d'une scène de violences conjugales et les gendarmes étaient arrivés très tardivement sur les lieux... A la suite de ce courrier, les Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne, respectivement Président et Secrétaire Général du Conseil Départemental, ont rencontré le Colonel Daniel Dupont, Commandant du Groupement de Gendarmerie du Limousin.

Si vous vous retrouvez dans la même difficulté que notre consœur, voici deux numéros qu'il convient peut-être d'enregistrer sur votre téléphone mobile :

le 17 ou 05 55 04 51 84

Le Colonel Dupont nous a affirmé que ces deux numéros permettent une intervention rapide des services compétents en matière d'ordre public.

RÉUNION FMC

La prochaine réunion de FMC organisée conjointement par les associations de FMC du Limousin, l'URML et le Département Universitaire de FMC aura lieu samedi 17 novembre 2007 à la Faculté de Médecine de Limoges.

L'avant programme sera bientôt disponible sur le site de l'URML (<http://www.unilim.fr/medecine> et choisir formation continue).

Cet avant programme vous sera transmis également par courrier.

Une entraide exemplaire, l'œuvre inter-départementale du don au décès

Dr Jean Decouty - Secrétaire honoraire

En 1953, le Docteur Beynes⁽¹⁾, alors Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, sensibilisé, comme tous les responsables ordinaires, par des drames familiaux lors de disparitions brutales par accidents ou maladies d'un chef de famille souvent jeune, eut l'idée de créer une association d'entraide ; avec ses amis, les Docteurs Boutot et Parneix de la Corrèze, Lafont de la Dordogne et Valegeas de la Haute-Vienne (alors Président du syndicat des médecins de la Haute-Vienne), ils ont rédigé des statuts originaux et orientés sur une aide particulière pour des familles de confrères **décédés jeunes**.

L'œuvre du don au décès a été créée il y a 54 ans.

Depuis 54 ans, alors que beaucoup d'associations de ce type disparaissent après 10 ou 20 ans d'activité, le **don au décès** continue à œuvrer activement pour près de 1 000 médecins adhérents :

- de la Corrèze,
- de la Dordogne,
- de la Haute-Vienne.

Pourquoi cette vitalité ?

Essayons de résumer en 2 points :

■ **1.** Les statuts sont particuliers ; ils offrent un secours **doublé** aux familles de confrères **décédés jeunes** (moins de 45 ans) pour des cotisations réduites. Ces statuts sont confortés par la **présence des anciens**, toujours cotisants. Nous ne connaissons pas d'équivalent à ces statuts originaux !

■ **2.** Le **Conseil de Gérance du don au décès** se réunit tous les 1^{er} mai ; il regroupe à égalité des administrateurs des trois départements, élit un Bureau et, chaque année, modifie si besoin les statuts de l'œuvre. La constance d'action de ce Conseil de Gérance à l'esprit visionnaire a permis au **don au décès** de s'adapter à l'évolution d'une vie professionnelle bien différente de ce qu'elle était en 1954 ainsi qu'à des orientations éthiques nouvelles, voire à diverses rivalités...

⁽¹⁾ Le Docteur Beynes lui-même, alors qu'il était jeune étudiant, avait perdu son père.

À l'origine, les membres du Conseil de Gérance étaient désignés paritairement par chaque Conseil départemental de l'Ordre et par chaque syndicat CSMF, et ne pouvaient adhérer que les médecins syndiqués.

Aujourd'hui, l'œuvre est ouverte à tous les médecins dès leur inscription à l'Ordre de nos trois départements, jusqu'à 40 ans, libéraux, hospitaliers, administratifs ou salariés, syndiqués ou non syndiqués.

L'œuvre intervient chaque année, en moyenne, auprès de 9 ou 10 familles ; ce sont donc, environ, 540 familles auxquelles ont été remis, confraternellement, un soutien matériel, symbole de solidarité et d'entraide. Soulignons que sur ces 540 familles, **environ 150** étaient celles de confrères jeunes, ou encore jeunes et dont certains exemples, heureusement peu fréquents mais cependant loin d'être inexistantes, laissaient conjoints et enfants démunis.

Actuellement, il est versé à une famille de médecin décédé :

- de moins de 45 ans = 23 000 €
- de 45 à 65 ans = 11 500 €
- de plus de 65 ans = 5 750 €

Le versement, même réduit, aux familles de confrères **décédés de plus de 65 ans**, et ce jusqu'à un âge souvent très avancé, est la garantie d'une adhésion pérenne grâce à laquelle le nombre des appels de cotisations est élevé et permet ainsi de verser une obole substantielle (23 000 € actuellement) aux familles de confrères **décédés de moins de 45 ans** (11 500 € entre 45 et 65 ans).

Notre société s'est profondément modifiée depuis 54 ans, et quelquefois l'esprit de solidarité disparaît avec la modernité ; mais pour notre profession, l'œuvre du don au décès reste un reflet actif et exemplaire de la fraternité professionnelle (confraternité).

Jeunes inscrits aux Ordres départementaux de :

- la Corrèze,
- la Dordogne,
- la Haute-Vienne,

soyez prévoyants pour vos familles, adhérez au don au décès.

RÉCLAMATIONS

Certains d'entre vous n'auraient pas reçu le bulletin n° 2 de notre Conseil Départemental.

Si c'est votre cas, merci de nous le signaler afin que nous puissions effectuer des réclamations auprès de la société chargée du routage.

Offres d'emploi

ONCOLIM

Un poste de **médecin coordinateur** est à pourvoir rapidement au sein du Réseau régional de cancérologie ONCOLIM.

L'offre d'emploi est en ligne sur le site internet d'ONCOLIM à l'adresse suivante :

www.sante-limousin.fr/content/reseaux/oncolim/actualites_evts_/actualites/offre_emploi

La version papier peut également être consultée directement auprès du secrétariat du Conseil Départemental de l'Ordre.

Conseil Général de la Haute-Vienne

Le Conseil Général de la Haute-Vienne recrute un **médecin territorial** en tant que médecin de médecine professionnelle et préventive.

Pour tous renseignements s'adresser à :

- Madame Corinne COUCKE, directrice des ressources humaines
05 55 45 11 91 - ccoucke@cg87.fr
- Madame Emmanuelle DUNOYER, responsable du service du développement des ressources humaines
05 55 45 10 96 - edunoyer@cg87.fr

P. S. : il n'est pas possible d'écrire sur le **don au décès** sans remercier :

- les membres fondateurs (in memoriam)
- les administrateurs des 3 départements, tous bénévoles, ceux qui sont actifs, et ceux qui sont morts,
- les 3 Conseils départementaux de l'Ordre qui nous soutiennent activement, et leurs secrétaires, anciennes et nouvelles, sans lesquelles le **don au décès**, ne serait pas ce qu'il est... ■