



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

Bulletin de l'ORDRE DES MÉDECINS

n° 4

NOVEMBRE 2007

Conseil départemental de la Haute-Vienne

Sommaire

■ Éditorial

■ Exercice professionnel

- Inscriptions, transferts, retraites, décès, qualifications p. 2 / 3
- Nécrologie p. 3
- Suicide & toxicomanie p. 4
- Prescription du sulfate de morphine aux toxicomanes p. 5
- Tuberculose et BCG p. 6 / 7
- Maisons de santé pluri-disciplinaires en Limousin p. 8

■ Vie du Conseil Départemental

- Permanence des soins p. 9 / 10
- Qualification en médecine générale p. 11
- Commission de conciliation p. 11

■ Informations pratiques

- Relations médecins et industrie p. 12
- Ophtalmologie p. 13
- Aide aux familles et entraide médicale p. 13
- Question de titre : compétence, qualification, spécialité, capacité p. 14 / 15
- Traces de pas p. 16

■ SUPPLÉMENT : les médicaments à prescription restreinte



■ Jean CRUVEILHIER (1791-1874) : médecin, ami et élève de Dupuytren, grand maître d'anatomie pathologique, auteur de plusieurs ouvrages d'anatomie, professeur à Limoges de 1816 à 1824

éditorial



Dr François ARCHAMBEAUD

■ A qui appartient le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ?

Le 3 février prochain, nous serons amenés à renouveler un tiers des conseillers départementaux. En effet, chaque conseiller titulaire ou suppléant est élu pour 6 ans et des élections ont lieu tous les deux ans pour renouveler le tiers sortant.

Le nombre des conseillers est fixé par un décret du Code de la Santé Publique proportionnellement au nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre soit 1693, ce qui génère un Conseil comprenant 18 titulaires et 18 suppléants dans notre département.

Sont électeurs les médecins inscrits au tableau de l'Ordre du département.

Sont éligibles les médecins inscrits depuis plus de trois ans à condition d'être français ou ressortissant d'un état partie à l'accord sur l'espace économique européen, d'être à jour de la cotisation ordinale et de ne pas faire l'objet d'une sanction disciplinaire définitive.

L'acte de candidature oblige le candidat, s'il est élu, à participer activement à l'accomplissement de son mandat qui est une mission de service public ; cela peut, certes, prendre un peu de temps, mais les tâches sont variées et la charge de conseiller ordinal est toujours passionnante avec pour objectif principal de défendre au mieux les intérêts des patients et d'essayer de garantir les bonnes relations confraternelles, la compétence et la probité, gages de soins éclairés et dévoués.

Ces missions confiées à l'Ordre s'effectuent à travers l'action de commissions spécifiques : elles concernent les qualifications, les contrats, la permanence des soins, la conciliation et l'entraide, les relations avec l'industrie pharmaceutique.

Pour agir au mieux, l'Ordre a besoin d'une équipe efficace, disponible et qui reflète la diversité des pratiques professionnelles.

C'est pourquoi il est nécessaire de voir un grand nombre d'entre vous se présenter, libéraux et hospitaliers, généralistes de la ville ou de la campagne et spécialistes, actifs et retraités, chacun apportant sa sensibilité et sa part de connaissance du terrain.

L'actuelle crise parisienne nous laisse penser que le dossier du statut de l'élu, promis depuis longtemps, devrait rapidement voir le jour.

Il faut bien comprendre que le Conseil de l'Ordre n'appartient pas aux élus qui sont seulement mandatés pour faire respecter le code de déontologie. Il appartient essentiellement à ceux qui votent.

Alors présentez-vous nombreux, et votez tous.

INSCRIPTIONS

AU TABLEAU

Du 01/06/2007 au 03/10/2007

Dr ATGIÉ Florence
médecine générale - remplaçante
3/10/2007

Dr DALOKO LONFO Roger
gastro-entérologie et hépatologie
CHU Dupuytren à Limoges
5/09/2007

Dr DIACONITA Mirela
néphrologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 3/10/2007

Dr ESSIG Marie
néphrologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 3/10/2007

Dr GASNIER Olivier
médecine générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 3/10/2007

Dr HUGÉ Laurent
ophtalmologie - Clinique Chénieux
à Limoges - 3/10/2007

Dr PERRUCHET Jocelyn
médecine générale - remplaçant
5/09/2007

Dr PRADINES Christine
médecine générale - Santé scolaire
5/09/2007

Dr RIVA Roberto
radiodiagnostic et imagerie médicale
CHU Dupuytren à Limoges
5/09/2007

Dr ROUSSEAU-DELETANG Marie-Laurence
médecine du travail - AIST Limoges
5/09/2007

Dr SERIEYS Boris
médecine générale - remplaçant
5/09/2007

Dr TRAORE Hamidou
C.H. Esquirol à Limoges - 27/06/2007

Dr VAN MELCKEBEKE Guillaume
libéral - Limoges - 27/06/2007

QUALIFICATIONS

Du 01/06/2007 au 03/10/2007

Dr BOUBY-SERIEYS Vanessa
psychiatrie - C.H. Esquirol à Limoges

Dr MARCHEIX Aline
gériatrie - C.H. à Saint-Junien

DÉPARTS

Du 01/06/2007 au 03/10/2007

Dr BERTHET Jean transfert
vers la Martinique

Dr BROUET Delphine transfert
vers le Morbihan

Dr CASTANIE Patrick transfert vers l'Aveyron

Dr CASTRO Georges transfert vers Mayotte

Dr CHAURY David transfert vers le Lot et Garonne

Dr COUSSOT Carine transfert vers la Guadeloupe

Dr GUIGNARD Julie transfert vers l'Isère

Dr LABOUREY Jean-Luc transfert vers l'Aude

Dr LAGRAFEUIL Frédéric transfert vers la Corrèze

Pr LE MEUR Yannick transfert vers le Finistère

Dr TRESOR Laurence transfert vers la Guadeloupe

Dr VARNOUX Catherine transfert vers l'Indre

RETRAITÉS

Du 01/06/2007 au 03/10/2007

Dr Christian DESSAGNES
médecin généraliste à Laurière
le 01/10/2007

Dr Jacques LAMOURE
médecin généraliste à Limoges
le 01/10/2007

Dr Paul LAPLAUD
praticien hospitalier à Limoges
le 01/09/2007

Dr Philippe MAILLASSON
cardiologue à Limoges
le 01/07/2007

Dr Alain MARCHAND
médecin généraliste à Limoges
le 01/07/2007

Dr Annie MARCHAND
médecin généraliste à Limoges
le 01/07/2007

Dr Claude POTEVIN
médecin du travail à Limoges
le 01/10/2007

DÉCÈS

Du 01/06/2007 au 03/10/2007

Dr CARE Jacques-Charles le 08/03/2007

Dr CHAIGNEAU Philippe le 16/08/2007

Dr CHAPUT Armand le 02/08/2007

Dr FAUCHER Marie-Louise
le 23/06/2007

Dr FAUCHERY Robert le 06/09/2007

Dr FILLOUX Jean le 13/07/2007

Dr LEVY Marcel le 19/05/2007

Dr PAJOL Patrick le 02/09/2007

Dr RAZET Serge le 04/08/2007 ■

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins s'associe à la douleur des familles éprouvées par la disparition de ces confrères.

Remerciements

Le décès de notre confrère le Docteur Marie-Louise Faucher qui, pour le moment, laisse la commune de Meuzac sans médecin, a soulevé le problème de la gestion de ses dossiers médicaux.

Avec beaucoup de disponibilité et d'efficacité, Madame le Docteur Tuffery, médecin retraité qui exerçait auparavant à Saint-Yrieix-la-Perche, a accepté de trier ces dossiers pour les remettre, à la demande des patients, aux médecins désignés.

Le Conseil de l'Ordre tient à la remercier pour cette aide précieuse.

NÉCROLOGIE

par Michel Bonnaud

Armand CHAPUT

Armand,

Tu nous as quittés un matin d'août 2007, terrassé par la terrible maladie contre laquelle tu as longtemps lutté.

Arrivé à Linards en 1979, tu y as exercé la médecine de campagne que tu aimais, pendant 28 ans. Tu avais su t'attirer la confiance et l'estime de tes patients pour lesquels ta disparition va laisser un grand vide. Il en est de même pour les confrères qui ont eu la chance de travailler à ton contact.

Tu as su, lors d'un mandat électif au Conseil Départemental de l'Ordre, faire bénéficier tes collègues de l'expérience que tu avais de la médecine libérale, et de la médecine rurale en particulier.

Nous ne pouvons que te remercier d'avoir participé à la création du groupe de FMC locale de Châteauneuf où ta pertinence, ta bonne humeur et ton énorme présence vont beaucoup nous manquer.

Permetts-nous d'avoir une pensée pour ton épouse Marie-Hélène et tes enfants Cécile et Christophe dont tu étais, à juste titre, si fier.

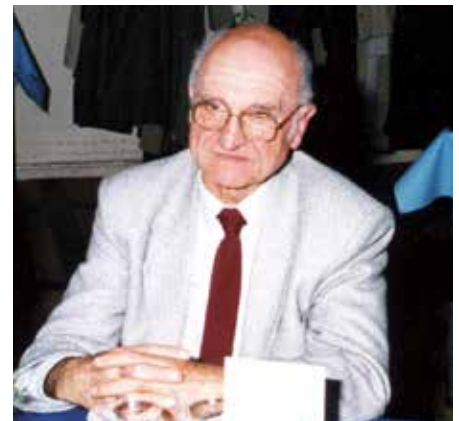
Sois sûr que nous ne t'oublierons jamais.



NÉCROLOGIE

par Vincent Leroy

Dr Jean FILLOUX 1920 - 2007



Installé comme médecin généraliste en 1949, il fut élu conseiller départemental de l'Ordre en 1961.

Dès 1963, il assura les fonctions de Secrétaire Général, jusqu'en 1976, date à laquelle il accéda à la Présidence en succession du Docteur BEYNES.

Il assura la Présidence jusqu'en 1986, date de sa retraite. Il choisit, alors, de laisser la Présidence à un confrère plus jeune, le Docteur Jean DEBLOIS, mais accepta les fonctions de Vice-Président, puis de Président d'Honneur, ce qui permit à notre Conseil de pouvoir bénéficier de sa longue expérience et de ses conseils pleins de sagesse.

Tout en manifestant beaucoup d'intérêt pour tous les problèmes de notre profession, le raisonnement du Docteur Filloux fut, toujours, dominé par une obligation essentielle : faire respecter les devoirs du médecin vis-à-vis du malade, c'est-à-dire faire appliquer le code de déontologie.

Il accomplit cette mission avec beaucoup de tact et de fermeté, sans outrance ni complaisance.

En outre, il s'attacha à abaisser l'âge moyen des conseillers, essayant de susciter les candidatures de jeunes confrères.

Le Docteur Jean Filloux dirigea notre Conseil de telle manière qu'il reste un exemple pour nous. ■

Suicide et toxicomanie

Dr Anne-Marie Trarieux

Les jeunes représentent une population à risque :

■ Depuis plusieurs années l'usage de drogue, notamment du cannabis, est devenu relativement courant chez les jeunes, durant l'adolescence, avec les copains, corrélé à l'installation du tabagisme, pendant une période particulièrement importante pour le développement identitaire.

■ Les conduites suicidaires et les tentatives de suicide sont également en augmentation régulière chez les adolescents.

Les études récentes retrouvent plus de consommateurs de cannabis, 26 à 31 % parmi les sujets ayant fait une tentative de suicide et une prévalence des tentatives de suicide plus importante chez les abuseurs de cannabis que dans la population générale, 26 versus 6 %.

Cependant, toutes les tranches d'âge sont touchées et l'abus de substances illicites à l'âge adulte augmenterait le risque de décès par suicide. L'utilisation de substances psycho actives et l'alcoolisme sont associés à un risque de tentatives de suicide multiplié par 6 à 14 selon les troubles.

On peut retenir : chez les suicidés et les suicidants, les prises de drogue, abus et dépendance alcoolique sont à rechercher dans les antécédents et pathologies actuelles. Ils constituent un facteur important de récurrence.

Les corrélats sociaux et environnementaux de ces conduites sont à rechercher :

■ L'isolement, les séparations et les ruptures plus fréquentes, une mauvaise adaptation professionnelle, le stress social, dépassant les capacités d'adaptation de la personne sont autant de facteurs précipitants et d'entretien de la crise suicidaire.

■ Les problèmes d'identité sont au cœur des problématiques. Le Dr P. Villéger, Chef de service de l'Inter secteur Régional de soins en addictologie insiste sur ce point et souligne l'importance de repères familiaux stables pour la construction identitaire, le rôle des stressés sociaux. Il est aussi fréquent de retrouver des conduites à risque, des troubles de l'humeur, des prises de toxiques, un recours

aux psychotropes chez les proches, qu'il faut savoir rechercher.

Les troubles possiblement associés :

■ Les troubles de la personnalité (en particulier borderline ou psychopathique), ont un risque suicidaire significativement supérieur à la population générale. Ce risque apparaît très corrélé aux symptômes dépressifs, au dyscontrôle comportemental, à l'abus de substances psycho actives.

■ Les comorbidités sont fréquentes ; l'exemple du cannabis :

• avec la schizophrénie : pour exemple, dans l'étude ECA, en région parisienne ; sur 100 patients schizophrènes : 27 % présentaient une dépendance au cannabis vie entière, 11 % au cannabis seul, 16 % en association avec d'autres toxiques, alcool, opiacés. Le cannabis aggrave le processus dissociatif dont le début est plus précoce d'un an, avec une majoration des productions délirantes et hallucinatoires et des tendances dépressives et suicidaires.

• avec les autres psychopathologies évolutives :

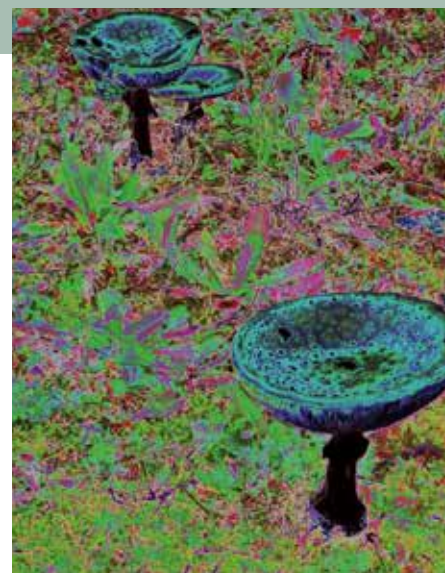
■ Troubles de l'humeur : 1/4 des patients de l'étude ECA abusent ou abuseuront d'une substance psycho active. L'initiation au cannabis est liée à des problèmes de dépressivité. L'abus de toxiques aggraverait les troubles dépressifs et faciliterait le passage à l'acte suicidaire.

■ Les troubles boulimiques toxicophiles semblent différents des non consommateurs avec un recours plus fréquent aux laxatifs, plus d'antécédents de tentatives de suicide, une psychopathologie générale sévère, plus de troubles de l'humeur ou anxieux.

■ Et on ne peut pas oublier les effets secondaires dépressogènes des traitements des comorbidités somatiques éventuelles, hépatite C par exemple.

On retient :

■ La consommation et la recherche des effets font du cannabis un indicateur des difficultés psychosociales et aussi un facteur d'aggravation des psychopathologies évolutives avec une moindre observance aux soins et une facilitation des passages à l'acte, en particulier suicidaire.



■ Une grande proportion d'adolescents "essayent" les produits, tabac, alcool, cannabis, très peu vont devenir dépendants ou évoluer vers une poly toxicomanie, excepté pour le tabac. Des facteurs prédisposants, personnels, du milieu éducatif, de certains produits, plus addictogènes que d'autres sont repérés. La consommation solitaire, l'augmentation des quantités consommées, la consommation de plusieurs produits, l'apparition de conséquences psychologiques ou cognitives, les problèmes familiaux et sociaux, le retentissement sur la scolarité doivent représenter des signaux d'alerte.

■ Les recommandations actuelles reprennent :

• la nécessaire implication des médecins généralistes à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des crises suicidaires et des épisodes dépressifs. Rappelons que la reconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente et le repérage de la crise suicidaire sont rendus d'autant plus difficiles avec les adolescents qui ont une répugnance à l'exposition de leur faiblesse.

• le rôle de l'entourage toujours à favoriser :

- les adultes relais peuvent aider au repérage de la crise suicidaire,
- il est important d'accompagner les familles des patients suicidaires.

• un traitement centré sur le problème alcool et /ou addiction est préalable à toute autre forme de prise en charge.

• la reconnaissance d'un travail en réseau d'autant plus nécessaire chez ces patients avec l'intérêt d'une formation à la suicidologie et des communications entre les différents intervenants. Soulignons sur notre région le fonctionnement d'un réseau médecins-pharmaciens, réseau ville-hôpital en addictologie qui travaille à cette coordination et assure très régulièrement des formations, avec en partenariat l'Association TSR 87 - Bobillot (Troisième semaine des addictions début juin 2007).

Conditions de prescription du sulfate de morphine aux toxicomanes



Dr Laurence NANCY - Pharmacien conseil
Échelon Local du Service Médical de la Haute-Vienne

En France, les indications thérapeutiques des autorisations de mise sur le marché du sulfate de morphine sont limitées au traitement de la douleur, en particulier les douleurs d'origine cancéreuse.

Dans une note d'information du 27 Juin 1996, le Directeur Général de la Santé, le Professeur Jean François GIRARD, précisait que la poursuite de traitement utilisant du sulfate de morphine, **dans le cadre de traitement de substitution**, n'était toléré que jusqu'au 30 juin 1996 pour assurer un relais par les médicaments validés pour cette indication : la Méthadone et le SUBUTEX®.

Cependant à titre **exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique** (contre-indications, inadaptation des traitements à la Méthadone et au SUBUTEX® aux besoins des patients), **lorsque l'état du patient l'impose, la prescription de médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seules fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre médecin traitant et le médecin conseil, conformément aux dispositions de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale.**

L'ordonnance doit comporter la mention **"en concertation avec le médecin conseil"**.

En 2001, un groupe de travail désigné par le Directeur Général de la Santé a rendu un rapport sur la place du sulfate de morphine dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés⁽¹⁾. Ce produit ne répond pas aux critères modernes d'un médicament de substitution et il n'existe pas d'argument pour élaborer un dossier d'AMM qui pourrait être acceptable et recevable par l'AFS-SAPS.

En 2004, les recommandations de bonne pratique, issues de la conférence de consensus sur les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés, proposent deux médicaments de substitution aux opiacés⁽²⁾ : la méthadone et le Subutex®.

Aujourd'hui, la prescription de sulfate de morphine ne trouve pas sa place dans les traitements de substitution aux opiacés, sauf exception très réglementée. Le texte de 1996 est toujours d'actualité.

La responsabilité des professionnels de santé, médecins et pharmaciens, est engagée en cas de prescription ne respectant pas les données acquises de la science.

Rappelons enfin que toute prescription ou délivrance dans le cadre d'une demande de "Non remboursement" fait suspecter un détournement d'usage.

(1) <http://opiateaddictionrx.info/pdfs/MethadoneFrance.pdf>

(2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf

L'agenda

du Conseil Départemental

- 12 juin 2007 à 20 h 45, a été organisée, par le Conseil Départemental, à la Faculté de Médecine de Limoges une réunion médecins régulateurs - médecins effecteurs de permanence des soins.
- 21 juin 2007 les Docteurs Archambeaud et Bleynie ont rencontré Madame Mottet, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, au sujet de la permanence des soins.
- 10 juillet 2007 à 18 h 30, les Docteurs Archambeaud et Bleynie ont participé, à une réunion organisée par Monsieur le Sous-Préfet de Bellac, à Magnac-Laval, sur la permanence des soins de ce secteur.
- 11 juillet 2007 les Docteurs Archambeaud et Bleynie ont participé à une réunion, dans les locaux de la Préfecture de la Haute-Vienne, concernant la permanence des soins
- 16 octobre 2007 le Docteur Archambeaud a participé à une réunion, organisée au Domaine de la Borie par la DRASS du Limousin et les DDASS de Corrèze, Creuse et Haute-Vienne sur "La réponse aux situations d'urgence sanitaire en Limousin".
- 16 octobre 2007 les Docteur Bleynie et Michel Bonnaud ont participé à une réunion, à Saint-Léonard-de-Noblat, au sujet de la permanence des soins sur ce secteur.
- 27 octobre 2007 les Docteurs Archambeaud et Bourras ont participé à la réunion des Présidents et Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux et Régionaux au Conseil National à Paris. ■

➤ La tuberculose est-elle éradiquée ? ou, pourquoi le B.C.G. est-il arrêté ou suspendu ?

Docteurs Pierre Bourras & François Touraine

Si la tuberculose reste, à l'échelle mondiale, un problème de santé publique avec 30 % de la population mondiale infectée par le bacille tuberculeux et 1,7 millions de décès, la France connaît une diminution progressive de son incidence moyenne qui atteint, en 2005, 8,9 pour 100 000. Il existe néanmoins de très fortes disparités régionales et socio-démographiques

Pour la seule population d'Ile-de-France, elle est de 19,7, de 44 pour la Guyane et n'est que de 4,02 pour le Limousin. Si on se réfère uniquement à la population des personnes vivant en France, mais nées à l'étranger, l'incidence est de 41,5 pour 100.000 et pour la population des SDF elle est de 21,4 pour 100.000.

C'est dans ce cadre que Madame le Ministre de la Santé a présenté, le 11 juillet 2007, le plan national de lutte contre la tuberculose (PLAT), organisé en six axes dont voici les principaux éléments et dont vous pouvez trouver le texte intégral sur le site www.sante.gouv.fr :

■ 1 - Diagnostic précoce et adapté

Si de vastes campagnes de sensibilisation et d'information sont évoquées, il paraît du rôle de chaque médecin de :

- savoir évoquer ce diagnostic devant toute **affection respiratoire traînante ou altération de l'état général persistante** ;
- cibler particulièrement le dépistage sur les patients en situation de **précarité** et originaires de **pays à forte incidence**, arrivés récemment en France ou retournant fréquemment dans leur pays d'origine.

■ 2 - Dépistage de la tuberculose

Il doit être **systématique** :

- chez les **personnes contact d'un cas de tuberculose** (tableau 1) ;
- chez les **enfants de moins de 15 ans issus de zones de forte incidence** lors de la visite d'accueil réalisée par l'ANAEM ;



- chez les professionnels de santé salariés lors de l'examen d'embauche et au maximum tous les deux ans en secteurs à risque élevé mais il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandation nationale précisant la stratégie et les modalités de dépistage de la tuberculose maladie.

■ 3 - Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG

- l'avis du 9 mars 2007 du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) et du Comité Technique des Vaccinations (CTV) préconise donc la **SUSPENSION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT DE L'OBLIGATION VACCINALE PAR LE BCG** assortie d'une forte recommandation pour le B.C.G. pour les enfants à risque élevé de tuberculose (tableau 2) ;
- la vaccination des nouveaux-nés "à risque" doit être discutée lors de la consultation du 8^e jour après la naissance et sa décision mentionnée sur le carnet de santé ;

- cette vaccination peut être pratiquée par les médecins, les sages-femmes et les infirmiers sur prescription médicale.

■ 4 - Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau

- les **souches multirésistantes sont rares en France (de 30 à 80 cas par an)** ;
- les tuberculoses à bacilles multirésistantes surviennent surtout chez les patients infectés dans des zones géographiques à forte prévalence de multirésistance (Europe de l'Est et Afrique Subsaharienne) ;
- la **prévention de l'émergence et de la transmission de bacilles multirésistants repose en premier lieu sur la prescription de traitements adaptés et la prise des traitements jusqu'à leur terme.**

■ 5 - Amélioration de la surveillance épidémiologique et des connaissances sur les déterminants de la tuberculose

- cette amélioration de la surveillance épidémiologique repose avant tout sur l'exhaustivité de la déclaration obligatoire à la DDASS et au CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse) sur de nouvelles fiches de déclaration délivrées par ces deux organismes ;
- un des nouveaux aspects du plan du CLAT est la mise en place d'une fiche de déclaration des issues de traitement renseignant sur la date de l'arrêt et les résultats du traitement.

Tableau 1

Sujets contacts de malades atteints de tuberculose

- Incidence : 1000 / 100.000.
- Parmi les sujets contacts
 - 20 % à 30 % présentent ITL (infection tuberculeuse latente)
 - 1 à 4 % présentent une tuberculose maladie.
- Les recommandations du CSHPF de mars 2006 sur l'enquête autour d'un cas sont disponibles sur : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/tuberculose/reco_cshpf.pdf

Tableau 2

Indications de vaccination BCG

(avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France et du Comité Technique de Vaccination du 9 mars 2007)

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpt/a_mt090307_vaccinbcg.fr

La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- enfants nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- enfants dont l'un des parents est originaire d'un de ces pays ;
- enfants devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- enfants ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- enfants résidant en Ile de France ou en Guyane ;
- enfants dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables ou socio-économiques défavorables ou précaires, ou en contact régulier avec des adultes originaires de pays à forte endémie tuberculeuse.

Tout enfant dont les parents demandent la vaccination doit être vacciné, sauf contre indication.

Chez les enfants à risque élevé de tuberculose, la vaccination BCG doit être réalisée, si possible à la naissance, ou au cours du 1er mois de la vie, sans IDR préalable.

Chez les enfants à risque élevé de tuberculose et non vaccinés, la vaccination doit être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans.

L'IDR à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois afin de rechercher une infection liée à une contamination après la naissance.

Le BCG est contre indiqué en cas de déficit immunitaire

En dehors des professionnels soumis à l'obligation vaccinale listée aux articles L. 3112-1, R. 3112-1C et R.3112-2 du code de la santé publique, il n'est pas recommandé de réaliser la vaccination BCG après l'âge de 15 ans.



Intra dermo réaction à la tuberculine IDR et BCG chez les personnels des établissements de santé

Une IDR à 5 U de Tubertest® est obligatoire à l'entrée dans la profession. Le résultat de sa mesure doit être noté, il servira de test de référence.

Une vaccination par le BCG, même ancienne, sera exigée à l'embauche. Sont considérées comme ayant satisfait à l'obligation vaccinale par le BCG :

- les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination
- les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la preuve de la vaccination par le BCG.



Diagnostic des ITL dans une enquête autour d'un cas de tuberculose

A. Dans la famille

- 1) Tous les sujets vivant sous le même toit et/ou ayant des contacts rapprochés et répétés
 - Examen clinique à renouveler 2 à 3 mois après puis
 - Radio pulmonaire consultation et radio pulmonaire
 - Tubertest* 12 mois après.
- 2) Recherche du contaminateur : personnes séjournant ou ayant séjourné dans la famille.

B. Dans une collectivité d'enfants

- 1) Si le cas index présente une ITL (donc par définition une radio pulmonaire normale), il n'est donc pas contagieux. Il n'y a pas lieu de dépister les autres enfants.
- 2) Si le cas index présente une T Maladie, il peut être contagieux, mais en l'absence de caverne le risque est faible. Toute personne ayant eu un contact étroit et régulier avec l'enfant doit être dépistée (A1).
- 3) Recherche du contaminateur
 - Famille
 - L'enfant est rarement contagieux
 - Adultes de l'établissement.

Maisons de santé pluridisciplinaires en Limousin

Le projet de la démarche régionale en vue de la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires a été présenté le 26 juin dernier au Conseil Régional du Limousin, sous l'égide de son Président et de divers intervenants (ARH, URCAM,...). Ce projet se veut une réponse à l'évolution de la démographie des professionnels de santé et à l'amélioration de l'aménagement du territoire

Le Limousin est en effet confronté au vieillissement de sa population (actuellement près de 725 000 habitants avec à l'horizon 2030, un doublement prévisionnel du nombre d'habitants de plus de 75 ans), la poursuite de l'urbanisation et de la rurbanisation.

A l'heure actuelle, l'offre de soins est globalement satisfaisante en ce qui concerne le nombre de lits d'hospitalisation (publics et privés), les SSIAD (avec un bon maillage du territoire).

13 000 professionnels de santé exercent actuellement en Limousin avec, en ce qui concerne les médecins généralistes, une densité supérieure à la moyenne nationale. En revanche, cette densité s'affaiblit en zone rurale avec une moyenne d'âge plus élevée et des jeunes qui s'installent préférentiellement en zone urbaine et péri urbaine (35 % des généralistes sont âgés de plus de 55 ans et 10 % d'entre eux ont entre 60 et 64 ans). Par contre, les pharmaciens d'officine ont une densité supérieure à la moyenne nationale (encore plus forte en zone rurale).

Les infirmiers libéraux, quant à eux, ont une densité supérieure à la moyenne nationale mais avec des zones de fragilité et des besoins grandissant liés au vieillissement de la population. On note, en revanche, une carence des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes.

Pour les politiques, la MSP représente une des réponses face à tous ces enjeux. C'est un lieu physique de regroupement,

dans les zones fragiles et déficitaires en offre de soins, pour les professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales, voire même sociales). Elle doit offrir des soins courants à la population et vise à maintenir une offre de soins ambulatoires suffisante et de qualité dans les zones fragiles ou susceptibles de le devenir. Elle doit bien évidemment assurer la continuité des soins.

Un de ses objectifs principaux est d'améliorer la qualité de l'exercice professionnel, de conforter l'accessibilité, la coordination, la continuité et la permanence des soins, de développer le champ de l'exercice professionnel notamment dans le domaine de la prévention, d'améliorer l'attractivité pour lutter contre la désertification et concourir ainsi au maintien de services de santé de proximité. Elle se doit également d'améliorer la qualité de vie des professionnels de santé.

Des éléments préalables à la création d'une MSP ont été définis, à savoir que les projets doivent émerger des territoires (Pays, Parcs), en concertation avec les professionnels de santé (ces derniers devant manifester leur volonté de s'engager dans la démarche).

Une MSP ne doit pas être la juxtaposition de cabinets individuels mais doit héberger un "noyau dur" constitué des professionnels de santé de premier recours (au minimum deux médecins généralistes et un infirmier libéral). Elle doit, comme cela a été dit, participer à la permanence des soins.

Les implantations seront effectuées en priorité dans les zones déficitaires, fragiles ou susceptibles de le devenir (en fait, toutes les zones peuvent être éligibles, en fonction de la pertinence du projet, à l'exception de Limoges et de Brive).

Pour ses concepteurs, la MSP a vocation à s'inscrire dans un projet d'aménagement sanitaire équilibré du territoire et à être intégrée dans les prochains contrats de territoire 2008-2013. L'investissement immobilier sera porté par un groupement de communes ou une commune. Le mode de gestion peut être variable (SCM, SCP....) et le statut juridique pourra même conditionner la mobilisation (ou non) de certaines aides. Une évaluation est prévue au bout de trois années de fonctionnement.

Les interventions financières peuvent être multiples, allant de l'ARH aux communes et communauté de communes en passant par l'Union Européenne, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pouvant financer l'étude préalable, la participation aux équipements, l'aide au démarrage et participer aux dépenses d'évaluation. La Région peut également intervenir et envisage même de participer aux frais de transport d'étudiants effectuant un stage dans une MSP.

Il est possible, dès maintenant, de déposer des projets. Le cahier des charges, élaboré par le Conseil Régional du Limousin et la Mission Régionale de Santé, peut être retiré auprès de

Mlle Claire LAGARDE
c-lagarde@cr-limousin.fr

Ou

Sur le portail santé limousin

www.sante-limousin.fr

▶▶▶▶▶ Permanence des soins

Dr Philippe Bleynie



Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, la Permanence Des Soins (PDS) occupe le terrain des débats de façon continue.

Dans notre département, celle-ci est assurée, dans l'ensemble, de manière très satisfaisante, même si c'est parfois au prix d'un certain nombre de "tensions".

Le Docteur Jean-Yves Grall, Conseiller Général des Établissements de Santé, vient de remettre à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, un rapport qui lui avait été demandé par Monsieur Philippe Bas, à l'époque Ministre de la Santé et des Solidarités. Le rapport a pour titre "Mission de Médiation et Propositions d'Adaptation de la Permanence des Soins".

La Commission de la Permanence des Soins du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins a travaillé sur ce rapport lors de sa réunion du mois d'octobre et en tant que responsable de cette commission, je voudrais vous faire part de quelques réflexions qui me sont venues, lors de la lecture de ce document.

■ Ce rapport évalue tout d'abord le dispositif de permanence des soins tel qu'il est. Ce dispositif est qualifié d'aléatoire, instable et fragile. Ce jugement peut paraître sévère, mais correspond, je pense, à une réalité. L'organisation de la permanence des soins se heurte à de multiples difficultés qui vont en s'accroissant. Citons en quelques unes :

- la diminution du nombre de médecins libéraux y participant, fruit à la fois de la démographie médicale et de l'instauration du volontariat,
- la fragilité de la régulation qui est un des socles de la permanence des soins (manque de régulateurs, formations très inégales, situations de régulation variables)
- la dichotomie impossible entre l'État et l'Assurance Maladie : le Préfet est l'organisateur, après avis du CODAMUPS, du dispositif mais il ne dispose pas d'action sur le levier du financement qui dépend de l'Assurance Maladie dans un cadre conventionnel et extra départemental.

- Le positionnement hétérogène des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins : l'investissement du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins est très variable selon les départements.

- La constatation que la PDS devient de plus en plus coûteuse

Permettez, après ces constatations générales contenues dans le rapport Grall, que je fasse une allusion à la situation de notre département :

- en milieu rural tout d'abord : les tableaux pour tous les secteurs de la Haute-Vienne sont régulièrement remplis. Depuis de longs mois, pas de vide, pas de réquisition... Chapeau à ceux qui permettent une telle situation ! Mais nous savons bien que c'est au prix de beaucoup d'efforts et d'une grande conscience professionnelle pour certains d'entre vous.

Ici, un secteur fait l'objet de tractations permanentes... Là, le décès d'un consœur oblige à une négociation et un remaniement... A un autre endroit, un changement de secteur d'une commune pose problème... Il faut citer encore ceux qui veulent arrêter la permanence des soins libérale à minuit, ceux qui veulent s'arrêter tout simplement. On peut rajouter la situation particulière des villes où l'hôpital comporte un service d'urgences.

- à Limoges la permanence des soins repose sur un petit nombre de médecins volontaires organisés en associations, mais les tableaux ne sont pas toujours complets et les non volontaires doivent combler les vides qui ne sont pas toujours aux dates les plus agréables...

Sur cette même ville, la maison médicale de garde amène sa participation au dispositif à ses heures d'ouverture.

- la régulation a apporté d'énormes progrès pour la permanence des soins en Haute-Vienne, mais le nombre de régulateurs stagne. La réunion organisée au printemps dernier, pour faire dialoguer médecins régulateurs et médecins effecteurs, a été marquée par une participation assez modeste... Des deux côtés, on a pourtant besoin de se parler et de mieux se comprendre pour travailler ensemble au service de la population.

On sent donc bien dans notre département, les fragilités évoquées dans le rapport Grall.

■ Après ce rapide tour d'horizon, évoquons les propositions de ce rapport. Je crois tout d'abord que, d'une manière générale, ce document propose une véritable "révolution culturelle" du dispositif de la permanence des soins. La première illustration en est un changement d'appellation. La permanence des soins (PDS) pourrait devenir l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP).

La philosophie initiale de ce nouveau dispositif serait de supprimer la dichotomie entre permanence des soins et aide médicale urgente. La nouvelle notion d'aide médicale permanente à la population serait une notion de recours et de réponse d'ordre médical en permanence et adaptée à la demande selon 5 modalités :

- un conseil téléphonique,
- une orientation vers une consultation de médecine générale,
- un envoi de médecin vers le lieu de la demande,
- un envoi d'équipe SMUR,
- une orientation vers un service d'urgences, par le moyen de transport adapté.

L'ensemble s'appuierait, bien entendu, sur la régulation comme auparavant.

Sur deux points essentiels, le rapport Grall fait deux propositions que je qualifierais de "radicales".

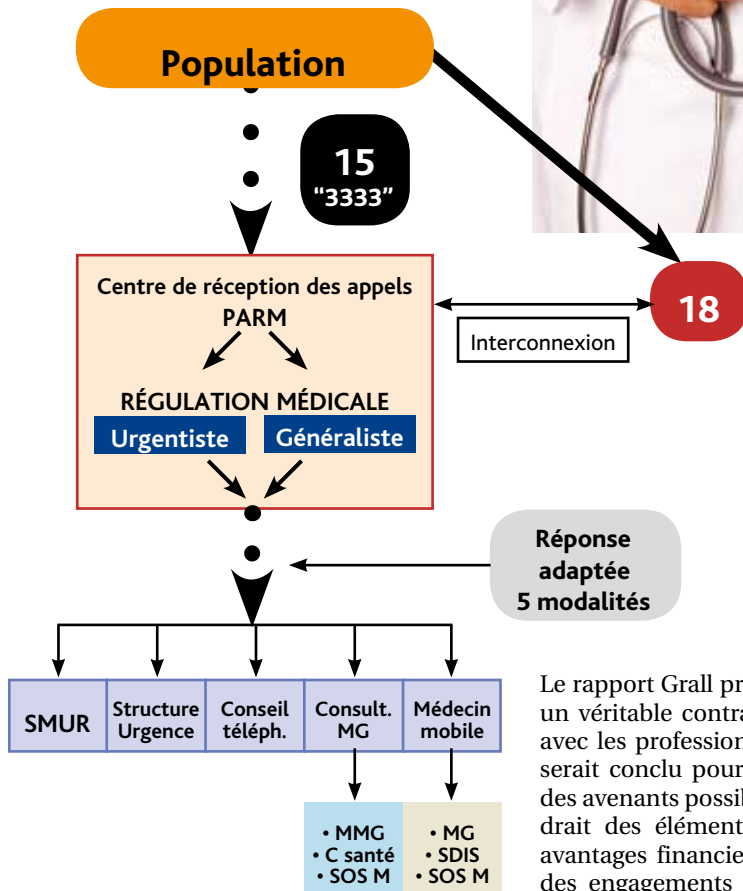
- sur le pilotage du dispositif : celui-ci serait assuré, de manière unique, par l'Agence Régionale de Santé (ARS)
- sur le financement : il serait sorti du dispositif conventionnel. Il conviendrait alors de "sanctuariser" une enveloppe d'un certain montant. Dans ce cas de figure, le paiement à l'acte, sur un principe conventionnel, devrait être revu au profit du paiement forfaitaire selon la mission effectuée.

Quelle organisation pour ce nouveau dispositif ?

Le schéma, page suivante, en indique les modalités.

Permanence des soins

(suite)



Le rapport Grall préconise d'établir un véritable contrat de volontariat avec les professionnels. Ce contrat serait conclu pour 3 à 5 ans, avec des avenants possibles. Il comprendrait des éléments généraux, des avantages financiers et statutaires, des engagements et des pénalités éventuelles.

■ L'élément essentiel semble être un découplage complet entre les différents intervenants : SMUR - structures d'urgences des établissements hospitaliers - SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) - médecins libéraux - maisons médicales de garde - associations de type SOS Médecins - ambulanciers.

Tous seraient appelés à travailler sous le même pilotage avec une répartition bien précise des rôles de chacun.

Cette organisation ferait disparaître la notion de sectorisation actuelle en découplant clairement la notion de point fixe et la notion d'intervention mobile sur des secteurs élargis qui pourraient être calqués sur les actuels territoires secteurs ambulanciers ou d'intervention SMUR.

Ce schéma abolit, pour cette mission, la séparation entre la ville et l'hôpital.

Enfin, ce dispositif mettrait en symétrie l'organisation des transports sanitaires et la garde pharmaceutique coïnciderait avec les points fixes de la médecine générale.

■ Comment favoriser la participation des professionnels de santé, hors hôpital, à un tel dispositif ?

La rémunération forfaitaire horaire devra être attractive. Une défiscalisation des rémunérations perçues pourrait être envisagée, sous certaines conditions, ainsi que d'autres avantages (points de FMC, bonification des points de retraite par exemple).

Le dispositif serait ouvert, permettant à tous les médecins disposant de la qualification, ou jugés compétents, de pouvoir souscrire un contrat : par exemple les médecins hospitaliers non urgentistes qui souhaiteraient faire de la régulation ou les médecins salariés non hospitaliers. Les médecins remplaçants seraient, bien entendu, éligibles à la souscription d'un tel contrat.

■ A côté du volontariat, pourraient être évoquées deux pistes substitutives pour garantir à la population la fiabilité du système :

■ inscrire pour les jeunes spécialistes de médecine générale (une réflexion identique serait menée vis à vis de la participation des autres spécialistes de ville à la permanence hospitalière) une obligation de participation à l'AMPP durant un laps de temps déterminé après l'obtention de la qualification.

■ Établir dans ce cadre, la participation à l'AMPP sur tout le territoire départemental pour tous les médecins généra-

listes d'un département donné. Ainsi, ceci reporterait la charge pas seulement pour les médecins les plus âgés, les moins nombreux, en région rurale, mais obligerait tous les médecins, y compris ceux des zones urbaines, à assurer l'ensemble du dispositif départemental.

Pour optimiser ce dispositif, des efforts importants porteraient sur trois domaines :

- adapter les formations,
- informer et responsabiliser la population,
- instaurer une démarche qualité pour tous les acteurs.

Au terme de cet exposé, permettez-moi de faire quelques remarques concernant ce rapport :

■ 1) Incontestablement, les solutions proposées permettraient d'assurer une vraie pérennité des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Nous sentons bien que le système actuel est un peu à "bout de souffle" et ne sera plus en mesure d'assurer cette pérennité dans les années à venir.

■ 2) La mise en œuvre du nouveau système supposerait, sous un même pilotage, une collaboration totale entre de nombreux acteurs : hôpital, médecins libéraux, SMUR, maisons médicales de gardes, associations de type SOS Médecins, SDIS et même la participation d'autres catégories de médecins qui ne participent pas actuellement à la permanence des soins. On sait les difficultés aujourd'hui, à faire travailler tous ces gens ensemble... On peut craindre de nombreuses "résistances" et de longues négociations avant de mettre en œuvre ce projet...

■ 3) Le financement : le fait de "sortir" le financement du dispositif conventionnel serait un choix délicat... Il pourrait permettre à ce dispositif d'échapper aux "aléas" des négociations conventionnelles mais, en contre partie, le Corps Médical, en particulier libéral, perdrait beaucoup de son pouvoir de négociation et serait un peu plus soumis aux directives et exigences des pouvoirs publics. Ceci dit, cela pourrait paraître logique puisque la permanence des soins est maintenant Mission de Service Public.

Comme tout changement radical, il suppose de la part d'un gouvernement d'avoir la volonté d'oser le faire... L'avenir nous dira si cela est possible... Reste une question qui nous concerne : quel sera le rôle de l'Ordre des Médecins dans ce nouveau dispositif ? Dans le projet du rapport Grall, le Conseil de l'Ordre est cité deux fois, sans que soient précisées ses attributions exactes. En attendant, le Conseil Départemental de la Haute-Vienne reste présent, sur ce terrain comme il l'a toujours été ces dernières années. ■



La Commission de Conciliation

Dr Anne-Marie Trarieux

Qualification des médecins généralistes

Dr Joël Malgouyard

Le Conseil National a délégué aux conseils départementaux la procédure individuelle de qualification de spécialiste en médecine générale.

Il s'agit d'une mission de confiance dans laquelle le Conseil Départemental de la Haute-Vienne s'est immédiatement engagé.

Début novembre, alors que près de la moitié des généralistes de notre département avait demandé la qualification, 120 dossiers étaient déjà agréés, le Conseil Départemental suivant en général l'avis motivé de la commission de première instance élue en son sein.

Celle-ci siègera jusqu'au 1^{er} octobre 2010 ; elle se réunit une fois par mois et étudie les questionnaires élaborés par le Conseil National. Ces documents, assez complexes, ont le mérite de rendre homogènes les décisions des différents Conseils Départementaux et de permettre à chacun de s'exprimer librement.

La commission ne porte aucun jugement sur la compétence ou le mode d'exercice du médecin mais vérifie que celui-ci pratique bien la médecine générale. Ce n'est donc pas une chambre d'enregistrement, beaucoup de dossiers méritent réflexion et certains, après délibération du Conseil, seront sans doute refusés.

S'agissant d'une décision administrative, toutes les conclusions du Conseil Départemental pourront faire l'objet d'un appel au Conseil National.

L'Ordre recommande instamment aux nouveaux spécialistes de faire figurer sur leurs ordonnances les mentions : "Médecin Généraliste" ou "Médecine Générale" ou "Spécialiste en Médecine Générale".

Selon les dispositions de l'Article L. 4123-2 du Code de la Santé Publique, une Commission de Conciliation est constituée auprès de chaque Conseil Départemental de l'Ordre.

La conciliation n'intervient et n'est obligatoire que lorsqu'une plainte est portée devant le Conseil Départemental.

■ La conciliation :

■ Le Président du Conseil Départemental accuse réception de la plainte constituée à l'auteur, en informe le médecin mis en cause.

■ Le texte ne prévoit pas de procédure à respecter mais il est recommandé que la plainte soit adressée au praticien concerné en même temps qu'une demande d'explication sur le ou les griefs ou reproches.

■ En ce qui concerne les personnes qui peuvent prendre part à la conciliation soulignons que :

- les plaignants peuvent se faire assister par une personne de leur choix,
- parmi ces personnes, un avocat peut être choisi pour assister les parties.
- Lors de la convocation il n'y a, en principe, pas lieu de le proposer, mais pour éviter qu'une partie soit désavantagée si elle n'est pas elle-même accompagnée d'un avocat, il est préférable de le lui faire connaître.
- Dans le cas de litiges entre praticiens, pour que la conciliation garde son caractère de rencontre entre pairs, il sera suggéré que la réunion se tienne hors de la présence des avocats.
- La convocation des parties se fait dans un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de la plainte, par lettre recommandée avec accusé de réception. La transmission de la plainte à la juridiction devra se faire dans un délai de 3 mois.

■ Le déroulement de la conciliation :

■ "Les parties du litige sont convoquées à une réunion et entendues par le ou les membres de la Commission pour rechercher une conciliation".

■ Si l'une des parties refuse de s'y rendre, ou ne vient pas, un procès verbal de non conciliation est transmis au Président du Conseil Départemental.

■ Les conditions de la tenue de conciliation et sa finalité sont rappelées aux parties. A l'issue de la réunion, un procès verbal de conciliation ou de conciliation partielle qui fait apparaître les points de désaccord qui subsistent ou de non conciliation est établi. Un original est remis ou adressé à chacune des parties.

■ En cas de non conciliation ou de conciliation partielle, le procès verbal est joint à la plainte transmise par le Conseil Départemental à la juridiction disciplinaire.

■ La plainte est présentée devant le Conseil Départemental, ainsi que le rapport d'enquête ou qu'un compte rendu de conciliation. Le Conseil Départemental délibère soit pour transmettre la plainte, soit pour s'y associer avec un avis motivé.

■ Premier bilan de la Commission de Conciliation du Conseil de l'Ordre :

Depuis 2007, 4 plaintes ont été déposées et ont donné lieu à :

■ Une conciliation :

• ne pas s'immiscer sans raison professionnelle dans la vie privée des patients.

■ Deux absences de conciliation par non représentation d'une des parties, concernant :

- publicité et exercice médical,
- respect du secret professionnel, qui ont été transmises à la Chambre disciplinaire.

■ Une non conciliation avec transmission à la Chambre Disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre concernant :

- manque de soins appropriés.

Relations médecins et industrie

Dr François Touraine

Le Décret 2007-454 est entré en vigueur à partir du 29 juin 2007. Il détermine les modalités de transmission des conventions d'hospitalité et d'études entre industrie pharmaceutique et Ordre des Médecins.

Pour les conventions d'hospitalité (EPU, réunion d'information, séminaire, congrès), le laboratoire doit transmettre la demande au moins un mois avant la date de la manifestation. Le Conseil de l'Ordre dispose, pour répondre, d'un délai d'un mois. Pour les conventions d'études, le délai de réponse est de deux mois. Au-delà de ces délais, si l'Ordre n'a pas répondu, il y a, implicitement, **AVIS FAVORABLE**.

Si le dossier d'hospitalité n'est pas remis à l'Ordre dans le délai d'un mois avant la réunion, il y a **AVIS DÉFAVORABLE**. Si le dossier est incomplet, l'Ordre se fixe comme objectif d'informer rapidement le laboratoire concerné.

Pour éviter toute contestation de dates, le laboratoire doit s'assurer d'un accusé de réception. Il en est de même pour l'Ordre en cas d'avis défavorable.

Le contenu du dossier de recherche ou d'hospitalité doit être clair. En cas de convention de recherche, il faut préciser le résumé de l'étude, le projet de cahier d'observation, la rémunération et la nature des avantages éventuels.

Pour les conventions d'hospitalité, doivent être communiqués : le programme de la manifestation, la liste nominative des médecins invités, la nature et le montant de chacune des prestations ou le forfait en énumérant les différentes prestations prises en charge.

En cas d'avis défavorable motivé, l'entreprise doit le transmettre au médecin avant la mise en œuvre de la convention.

Les médicaments à prescription restreinte

Nous avons été alertés par les Présidents du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, Monsieur Marc Jaubert, puis Monsieur Yves Tarnaud, des difficultés rencontrées dans la délivrance des médicaments à prescription restreinte, liées au non respect des règles de prescription.

En collaboration avec l'Ordre des Pharmaciens, vous trouverez, **dans l'encart de ce bulletin**, la liste des médecins prescripteurs et la liste des spécialités concernées.

Vous trouverez également sur ces tableaux "les médicaments d'exception" dont le remboursement est conditionné à la prescription sur **ordonnance spécifique 4 volets** sur laquelle le prescripteur atteste de la conformité aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique éditée par la H.A.S.



UDAF 87

L'Union départementale des Associations Familiales (UDAF 87) a réalisé, en lien avec le Docteur ROCHE, pédopsychiatre au Centre Hospitalier Esquirol, un petit dépliant qui a pour titre "Être parents d'adolescents".

Après un court texte intitulé "Être parents devant les transformations de l'adolescent(e)", ce document évoque "ce qui doit inquiéter" et donne des pistes de lecture ou de site internet.

Pour vous procurer ce dépliant, vous pouvez vous adresser à :
**UDAF - 18 av. G. et V. Lemoine
87065 LIMOGES CEDEX
Tél. 05 55 10 53 00
udaf87@udaf87.asso.fr**

AFEM - Aide aux familles et entraide médicale

Dr J. Deblois - Déléguée de la Haute-Vienne



Plusieurs services d'entraide existent au sein de notre profession. L'AFEM, souvent inconnue des médecins nouvellement installés, occupe une place

particulière et n'existe que grâce aux dons généreux des médecins.

Toute famille médicale peut faire appel à cette association, fondée en 1945 par des confrères pour venir en aide à des familles frappées par la disparition ou l'invalidité du chef de famille.

Depuis sa création, l'AFEM a mis en place une structure couvrant l'ensemble de la France, avec si possible, dans chaque département, un délégué pouvant très vite entrer en contact avec la famille éprouvée pour un secours immédiat, s'il le faut (1800 € environ) et surtout pour un soutien moral et psychologique (téléphone, lettre, visite...). Ensuite, suivant le désir de la famille, l'AFEM adresse un dossier confidentiel afin d'évaluer les besoins financiers de chaque cas :

- pour les enfants, lors de la rentrée scolaire, une aide de 900 à 1500 € ;
- pour les plus grands, une aide aux études pouvant aller jusqu'à 3000 € ;
- pour les étudiants suivis pendant toute la durée des études, une bourse de 5400 € par an.
- Si besoin, dans quelques cas particuliers, une aide supplémentaire de 1525 € (frais exceptionnels, conférences d'internat...).

En 2006, l'AFEM a aidé :

- 206 familles (avec 237 enfants de moins de 18 ans) pour une somme de 157 953 €, soit 17 % de prestations (répartie entre les secours d'urgence, la participation aux aides de vacances ou de rentrée scolaire),
- 103 étudiants (de toutes les disciplines) pour bourses ou aides aux études pour une somme de 970741 € soit 83 % des prestations.

Localement en Haute-Vienne, l'AFEM a aidé 4 boursiers et 2 familles.

Quels sont les revenus de l'AFEM pour pouvoir aider les familles de médecins touchés par le malheur?

L'association est dépendante :

- de l'Académie de Médecine,
- des Conseils de l'Ordre (entraïdes nationale et départementale)
- des dons de médecins en activité (10 % cotisent seulement dans le département)
- des associations de médecins retraités,
- des mutuelles médicales (AGMF en particulier),
- des mécènes (laboratoires, entreprises, associations caritatives).

Grâce à ces dons, l'AFEM (dont tous les membres sont bénévoles, sauf une secrétaire salariée à mi-temps) arrive à remplir son rôle de soutien financier, espérant dans l'avenir être plus efficace pour apporter réconfort, chaleur humaine, appui aux familles tout particulièrement aux jeunes qui préparent leur avenir en connaissant de graves difficultés morales et matérielles.

La remise des bourses en octobre est pour tous un grand moment de convivialité. Chaque boursier pouvant bavarder avec son tuteur qui le suit toute l'année et le délégué de son département, heureux de faire part de ses projets.

Depuis 2 ou 3 ans, d'anciens boursiers viennent témoigner, avec simplicité et émotion de leur reconnaissance, au cours de cette journée emprunte d'un véritable esprit de famille.

En espérant une plus grande générosité des médecins de la Haute-Vienne (166 sur 1697, soit 10 % en 2006), je remercie vivement ceux qui participent depuis plusieurs années à cette belle œuvre de confraternité.

Merci

NB : un reçu fiscal vous sera adressé dès la réception de votre don (AFEM - 168 rue de Grenelle 75007 Paris).

Ophtalmologie

Dr Pierre Bourras



Nous avons été interrogés par nos confrères ophtalmologistes et par le médecin inspecteur départemental des affaires sanitaires et sociales sur les conséquences de l'autorisation de renouveler et d'adapter les verres correcteurs initialement prescrits par un médecin.

Cette autorisation ne doit, en aucun cas, correspondre à une activité médicale ou diagnostique de la part des opticiens.

Les décrets d'application de la loi (article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale) sont parus le 13 avril 2007. Ils limitent rigoureusement la faculté de renouvellement des verres par les opticiens de la manière suivante :

- adultes de plus de 16 ans,
- uniquement sur la base d'une prescription initiale par un ophtalmologiste, datant de moins de trois ans.

■ Le contrôle de la réfraction réalisé par un opticien lunetier, identifiable par les clients grâce au port d'un badge signalant son titre professionnel, doit se faire dans des locaux adaptés et dans des conditions de confidentialité.

■ L'opticien doit vérifier sur l'ordonnance initiale, réalisée par un médecin, que celui-ci ne s'oppose pas à ce renouvellement ; il doit inscrire sur cette ordonnance initiale la date et les caractéristiques des verres correcteurs délivrés. Il doit, en cas de détection d'une correction différente de celle initialement mentionnée sur l'ordonnance, en informer le médecin prescripteur.

■ Enfin, l'opticien ne peut, en aucun cas, procéder à une publicité ou à une communication sur sa capacité à déterminer la réfraction.

Ainsi encadrée, nous souhaitons que cette importante dérogation à la prescription médicale ne s'accompagne d'aucune "dérive". Nous vous remercions de nous communiquer tout "dérangement" que vous pourriez constater. ■

Question de titre ?

Docteurs Véronique Bazanan & Pierre Bourras

Ce n'est pas qu'une question de titre... compétence, qualification, spécialité, capacité

La réforme des études médicales de 2004 a permis, entre autre, de se rapprocher des "formations européennes", mais a mis en évidence des situations particulières qui ne peuvent se comprendre que par l'historique des titres professionnels et qui imposent des régularisations administratives pouvant paraître superflues.

La qualification de spécialiste en médecine générale en est un exemple. Elle ne se conçoit qu'afin de donner aux médecins généralistes, exerçant actuellement, le même statut qu'aux futurs médecins spécialistes en médecine générale qui accèdent à ce titre à partir de 2007. (cf. article Dr Malgouyart infra).

Le diplôme de Docteur en Médecine confère le droit d'exercer la médecine sous réserve des conditions légales requises : *"Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose"*.

Cependant, en dehors de la médecine dite générale, certaines disciplines médicales exigent des connaissances particulières, tant du fait des techniques employées pour l'établissement du diagnostic ou de la pratique des traitements que du fait des nécessités du maniement d'outillages spécialisés, ou du fait de l'évolution des données scientifiques et techniques qui tendent à individualiser des disciplines particulières en raison du progrès des connaissances.

La qualification a été établie pour donner aux malades la garantie de la qualité des soins nécessités par leur état et appropriés à celui-ci.

La responsabilité du médecin est d'autant plus engagée que son action s'exerce dans des domaines qui lui sont moins familiers. En ce sens, l'établissement d'une qualification de spécialiste ou de compétent a augmenté certaines responsabilités.

Définition de la spécialité et de la compétence "ancien régime".

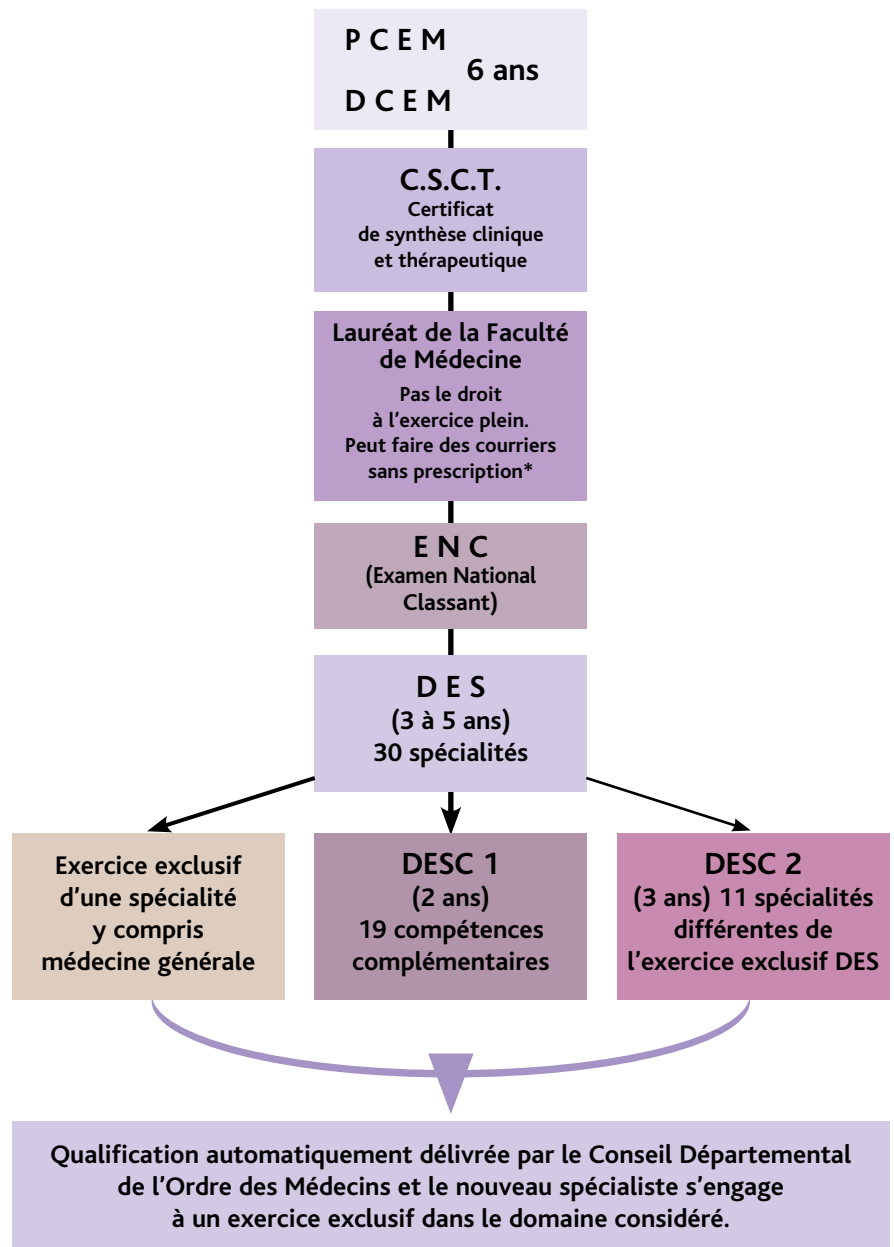
Médecin spécialiste :

Tout médecin qui, en sus de sa formation générale, a acquis des connaissances particulières dans une branche de l'art médical, le rendant apte à accomplir tous les actes de sa discipline et qui se consacre exclusivement soit au diagnostic et au traitement des maladies

de certains organes et appareils, soit au diagnostic et au traitement par certaines techniques cliniques ou instrumentales.

Médecin compétent

Il possède des connaissances particulières dans une certaine branche de l'art médical et peut en faire état auprès du public et des confrères, tout en exerçant conjointement la médecine générale ou une autre discipline.



* par exemple ou (après fonction complémentaire) médecin de santé scolaire, médecin du travail.

Il n'existe pas de hiérarchie entre médecin spécialiste et médecin compétent excepté en **gynécologie** et en **obstétrique** où on distingue :

- 1° une compétence en
 - gynécologie médicale
 - obstétrique (pratique des accouchements)
 - gynécologie médicale et obstétrique (pratique des accouchements).
- 2° une spécialité en gynécologie-obstétrique (exercice de la chirurgie gynécologique et obstétricale).

En résumé

Selon qu'il envisageait l'exclusivité, ou non, d'une pratique, le praticien était qualifié spécialiste ou compétent. La réforme des études médicales (1984) a entraîné la disparition programmée des compétences. Il en résulte la nécessité pour certains médecins compétents, par exemple en gynécologie médicale, de se faire qualifier comme spécialiste en gynécologie médicale.



Procédure de qualification

Transmission de la demande par le Conseil Départemental à la Commission Nationale de 1^{re} Instance de Qualification

AVIS FAVORABLE

de la Commission

Qualification prononcée par le Conseil Départemental (notification au candidat, à la DDASS et à la SS)

Le CN peut se saisir exceptionnellement de cette décision (délai 2 mois)

SURSIS À STATUER DÉFAVORABLE

pour complément d'information

Si le Conseil Départemental n'est pas d'accord, il peut faire appel, le dossier doit être retourné à la Commission d'Appel

Qualification refusée par le CD (notification au candidat)

avec avis motivé (délai 2 mois)

Le candidat peut interjeter l'appel (délai 2 mois) ou représenter un dossier en 1^{re} Instance de qualification

AVIS

de la Commission

Si le CD n'est pas d'accord, il peut faire appel, le dossier doit être transmis à la C^o d'Appel

Le dossier est transmis à la Commission Nationale d'Appel pour avis : favorable, défavorable ou sursis à statuer

Présentation du dossier à la Commission d'Études des Appels en matière de qualification qui peut :

- convoquer le candidat puis proposer au Conseil National de suivre ou ne pas suivre l'avis de la Commission Nationale d'Appel ;
- prononcer un sursis à statuer dans l'attente de renseignements complémentaires ou proposer au Conseil National le renvoi du dossier devant la Commission Nationale d'Appel.

L'avis de la Commission d'Études des Appels en matière de qualification est présenté au Conseil National. En séance plénière le Conseil National prend sa décision.

Il demande éventuellement à la Commission Nationale d'Appel une nouvelle étude du dossier. A l'issue du renvoi en Commission Nationale d'Appel, le Conseil National accorde ou refuse la qualification par vote.

Si désaccord, pourvoi par l'intéressé devant le Conseil d'État

Traces de pas

Dr Michel Barris



Xavier Emmanuelli

Notre confrère Xavier Emmanuelli, ancien Secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, créateur du SAMU social de Paris (après avoir été un des fondateurs de Médecins Sans Frontières) et dont on connaît les initiatives humanitaires, a désormais des attaches creusoises et toujours beaucoup de projets. L'un d'entre eux intéresse les médecins et plus particulièrement les retraités ; aussi semble-t-il important de faire passer cette information par l'intermédiaire du bulletin.

Il s'agit en effet du projet de création, en Creuse, à La Souterraine (Couvent des Sœurs du Sauveur), d'un Centre International de Formation aux nouveaux métiers de l'urgence sociale et d'accompagnement de la personne. Dans ce but, l'État, le Conseil Général de la Creuse et la Commune de La Souterraine, en partenariat avec l'Association "Les amis de Traces de Pas" (SAMU Social de Paris) ont constitué le Groupement d'Intérêt Public (GIP) "Traces de Pas".

Le Centre de Formation aura pour but, entre autres, et c'est ce qui intéresse tout particulièrement les médecins, de former des bénévoles et des retraités



souhaitant s'impliquer dans la transmission de savoirs, de savoir-faire et de valeurs auprès des jeunes. Ces formations auront pour objectifs principaux de sensibiliser son auditoire à l'importance du bénévolat et de mettre l'accent sur les avantages de la complémentarité bénévolat / professionnalisme au niveau de l'accompagnement de la population.

Le Centre de Formation s'appuiera, pour cela, notamment sur l'Association "Les Transmetteurs" (déjà développée par X. Emmanuelli à Paris) dont les membres ont pour souci de transmettre et de partager leurs connaissances et leurs expériences acquises après une période d'activité médicale plus ou moins longue.

Ces "Transmetteurs" (qui sont donc déjà actifs en région parisienne) sont amenés à avoir un rôle d'assistance et d'interface entre la population, la société et le monde médical, au niveau national, local et régional en cas de crise majeure (type canicule, grippe aviaire, etc.). Ils peuvent ainsi offrir une cohésion au système de santé, dont ils seront en quelque sorte une "réserve active", par la confiance qui émane de leur expérience. Ils incar-

neront ainsi la notion de solidarité qu'il importe de revaloriser dans notre monde actuel. Pour les médecins retraités, il s'agit donc d'un volontariat civil et du désir de prolonger un engagement pour la médecine et la société (engagement qui est également celui du Conseil de l'Ordre).

Ce projet s'inscrit tout à fait dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 "relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur" dans laquelle il est question de la constitution et de la gestion d'un corps de réserve. Ajoutons (et nous savons bien qu'il s'agit d'une interrogation qui ne manquerait pas d'apparaître) qu'en cas d'intervention dans ce cadre (lors de crises sanitaires majeures ou autres), la loi prévoit, pour le cas où serait engagée sa responsabilité, la protection juridique du médecin (et de tout autre intervenant).

Les médecins intéressés (et il serait souhaitable, bien évidemment, qu'ils soient nombreux) peuvent prendre contact avec :

Madame Sophie JOUYS
Centre International de Formation
Couvent des Sœurs du Sauveur
48 rue de Lavaud 23300 La Souterraine
(tél. 05 55 63 88 56 - fax 05 55 63 16 02)
E mail : s.jouys-tracesdepas@orange.fr

Ils pourront également découvrir, prendre connaissance des activités déjà conduites par l'Association "Les Transmetteurs" (dont le siège social se trouve à Paris) par le biais du site internet :

<http://www.lestransmetteurs.fr>

