

AVRIL 2008

ÉDITION SPÉCIALE RÉGIONALE

Sommaire

Éditoriaux

Vie des Conseils Départementaux

- Élections au Conseil Départemental de la Haute-Vienne p. 4 / 5
- Élections au Conseil Départemental de la Corrèze p. 6
- Élections au Conseil Départemental de la Creuse p. 7
- Inscriptions, transferts, retraites, décès, qualifications en Haute-Vienne, en Corrèze et en Creuse p. 7 à 9
- Remise des bourses AFEM p. 19
- L'agenda p. 19

Vie des commissions

- Permanence des soins p. 10
- Info minute p. 10

Exercice professionnel

- Maltraitance sur mineurs p. 11
- Maltraitance à enfants p. 12
- Sévices à enfants p. 13
- Organisation de la surveillance et de la lutte antituberculeuse dans les prisons p. 14
- Le médecin généraliste et le dépistage de la souffrance psychique du nourrisson p. 15
- Violences conjugales p. 15
- Réseau Hématolim p. 15

Informations pratiques

- Délais de conservation des dossiers médicaux p. 16
- Quel avenir pour l'EPP ? p. 16
- Qui peut prescrire ? Et que peut-on prescrire ? p. 17
- Les médecins à diplôme étranger p. 18
- Permanence des soins p. 20
- Formation continue p. 20

Arsène d'Arsonval - Haute-Vienne



Henri Queuille - Corrèze



Joseph Grancher - Creuse





Dr François Archambeaud
Président du Conseil Départemental
de la Haute-Vienne

Pour que vive la région !

C'est à l'initiative du Professeur Jean-José Bouquier, ancien Vice Président du Conseil National, que ce 5^e numéro a l'ambition de regrouper divers éléments de la région. Corrèze, Creuse et Haute-Vienne se réunissent sous la présidence nouvelle du Docteur Michel Barris, sans bien vraiment se connaître.

C'est un but que de nous rencontrer et de déterminer ce qui fait nos ressemblances. Faculté commune, mode d'exercice... pour en dégager une force et de voir ce qui nous sépare pour mieux analyser les causes, et les surmonter.

Région du Limousin, région de faible densité, région isolée, déjà si nous formons une structure plus unie, nous serons plus forts : $836 + 368 + 1\ 716 = 2\ 920$ pour présenter les doléances légitimes des médecins hospitaliers, des spécialistes libéraux et du médecin généraliste.

Ainsi notre Conseiller National actuel, le Docteur François Rousselot, se sentira mieux soutenu par une base plus large et plus solidaire, pour faire état de nos spécificités et de nos difficultés à Paris, là où les choses se décident.

Un certain rapport politique récent a émis l'idée de supprimer les départements. La proposition n'a pas plu, elle est, pour l'instant, remise à plus tard.

Le Conseil départemental n'a pas, lui non plus, encore disparu, il garde sa vitalité, sa spécificité, sa connaissance du terrain et des hommes. Ses attributions demeurent, et c'est un bien irremplaçable, reconnu par tous.

Le Conseil Régional ne sera fort que de la qualité des structures départementales et de l'efficacité de leur travail. Continuons donc avec la bonne volonté de tous à améliorer le service sans alourdir le fonctionnement, malgré la survenue de tâches toujours nouvelles.

N'oublions pas que si le Conseil de l'Ordre est garant de la qualité de l'exercice de la médecine, médecin de qualité travaillant dans des conditions de qualité, c'est toujours dans le but de rendre le meilleur service au patient.

De nous fédérer ne peut qu'améliorer ce service, alors VIVE LA RÉGION !

Dr Pierre Bourras

Tout d'abord un grand merci de la part de la commission du bulletin à tous ceux qui ont accepté de réaliser, depuis un an, les articles des différents numéros, en particulier, à nos confrères corréziens et creusois qui ont bien voulu partager ce numéro exceptionnel.

Comme vous avez pu le constater, l'équipe de rédaction du bulletin du Conseil départemental de l'Ordre s'efforce, dans ses articles, de coller aux préoccupations des médecins.

Le thème de plusieurs articles de ce numéro est en rapport avec les maltraitements et la souffrance.

Doit-on rapprocher ces sujets du grave problème de "burn out" du monde médical ? Quel que soit leur exercice, un grand nombre d'entre nous ne retrouve plus la profession pour laquelle il a été formé : les soins aux malades. Ceux-ci sont dévalorisés tant du point de vue "reconnaissance" que financier, au profit d'activités administratives moins contraignantes et pas toujours plus "rentables" mais qui ne correspondent pas à leur vocation et à leurs aspirations.



Dr Jean-Pierre Pouget
Président du Conseil Départemental
de la Corrèze

Les trois conseils départementaux du Limousin ont pensé qu'il serait bon de vous rappeler les principales circulaires qui concernent notre profession et qui sont passées inaperçues dans la foule des documents qui vous assaillent.

Si les diverses tâches ordinaires ont considérablement augmenté ces dernières années, elles sont surtout perturbées par les problèmes de la Permanence des soins. Tous les matins on se demande ce qui va arriver. Quand la solution est trouvée le Ministère, la Sécurité Sociale etc... soulèvent un autre problème et mettent à bas ce qui a été institué.

"Cent fois sur le métier..."

On a l'impression que l'on se fiche des médecins et on applique une politique conçue par des gens qui n'ont jamais exercé, ne connaissent pas la France profonde, n'ont pas dépassé les "boulevards des maréchaux".

A ce jeu ils dégoutent tous les intervenants, responsables ou praticiens, et si la diminution de quelques secteurs peut être envisagée parfois, on risque d'augmenter le temps d'intervention et donc rendre inefficace et dangereux le système de la permanence des soins.

De grâce, Madame la Ministre, écoutez-nous, laissez nous travailler en paix, mettez fin au harcèlement administratif qui nous persécute.

En espérant que vous n'allez pas nous accuser d'augmenter la pile des revues qui encombrant votre bureau et qui feront partie de la journée mensuelle, trimestrielle ou annuelle, qui sont jetées sans être consultées.



Dr Michel Trabuc

Président du Conseil Départemental
de la Creuse

*Chères Consœurs et Chers Confrères
de la Région Limousin,*

*Je remercie, tout d'abord, le
Docteur Bourras, qui est l'inventeur
de ce Bulletin des trois Ordres de
la Région Limousin.*

*En effet, notre région est menacée car,
indiscutablement faible économiquement
par rapport aux autres régions
françaises et, à mon avis, pas suffisamment
fière de son état.*

*Un Bulletin commun, exceptionnel,
montre bien que nous sommes un
ensemble cohérent avec des membres
actifs dont un grand nombre se
connaît ayant fait leurs études à la
Faculté de Limoges, ou bien par le
biais de différentes associations qui
nous relie " FMC, URML... ".*

*L'Ordre y participe, également,
avec des réunions communes dans
lesquelles nous exprimons, avec le
Docteur Rousselot, notre représentant
National, particulièrement actif,
nos difficultés, nos problèmes, nos
avancées, l'état d'âme des Confrères.*

*L'Ordre est un ciment commun qui
regroupe l'ensemble des médecins et
qui est au côté de ceux-ci.*

*Le Code de Déontologie qui, étymologiquement,
est un ensemble de devoirs, permet aux
Confrères par le biais du Conseil de s'appuyer
sur des hommes, des collègues, des Pairs.*

*Chaque jour nous recevons des appels
de Confrères pour des avis, des inquiétudes,
des soutiens dans leur exercice
quotidien avec les patients.*

*La valeur morale de l'Ordre et de ses
Conseillers, malgré les turbulences
parisiennes, est incontestable parmi
les Conseillers. Elle est attestée en
particulier par un taux de 50 % de
votants lors des dernières élections de
février de la Creuse. Ce qui est un taux
excellent pour des élections professionnelles.*

*Je souhaite à toutes mes Consœurs et
Confrères du Limousin, le meilleur
exercice professionnel reposant sur les
valeurs fondamentales qui nous sont
reconnues par les patients.*

notre couverture

HAUTE-VIENNE

Arsène D'Arsonval

Né le 8 juin 1851 et décédé le 31 décembre 1940 à La Porcherie (Haute-Vienne).

Médecin élève de Claude Bernard et Brown-Sequard, auteur de découvertes dans l'électrothérapie.

Physicien et inventeur du galvanomètre et du 1^{er} téléphone agréé par les PTT.

CORRÈZE

Henri Queuille, célébrité corrézienne oubliée

Dr. Jean-Paul Maureille

Qui a dit " il n'est aucun problème assez urgent en politique que l'absence de décision ne puisse résoudre ? " Il s'agit, bien sûr, du plus illustre des Corréziens du siècle dernier : recordman toutes catégories de la politique française, trente fois ministre, trois fois président du conseil ; il s'agit du petit père Queuille, le bon docteur de Neuvic d'Ussel.

Cet homme politique à la carrière exceptionnelle a, depuis, été évincé par notre compatriote Jacques Chirac, mais il est bon que le bulletin de l'Ordre rappelle ce médecin à ses confrères.

Né à Neuvic d'Ussel en 1884, il fait ses humanités au lycée de Tulle, puis ses études médicales à Paris. Ancien externe des hôpitaux, il passe sa thèse en 1907 : " Contribution à l'étude de l'anémie pseudo-leucémique de l'enfance et son traitement par la moëlle osseuse ".

Il s'installe à Neuvic, médecin de campagne, en 1908, mais très vite la carrière politique prend le dessus : maire en 1912, conseiller général en 1913, député en 1914. Pendant la grande guerre, il est médecin aide-major à l'hôpital de Baccarat, puis major du 84^e régiment d'artillerie ; il participera aux batailles de Verdun et à l'offensive de la Somme en temps que médecin d'ambulance, les précurseurs des SAMU.

Pendant l'entre-deux guerres, sa fonction médicale s'efface devant la politique si bien que, en 1940, quand il refuse de voter les pleins pouvoirs à Pétain, il se retire à Neuvic et fonde une entreprise de charbon de bois.

En 1950, des problèmes de santé mettent fin à sa carrière ministérielle ; en 1953, sollicité pour succéder à Vincent Auriol à la Présidence, il refuse.

Il s'éteindra à Paris en 1970.

Henri Queuille a la particularité d'avoir mis le pied à l'étrier à deux hommes politiques diamétralement opposés : François Mitterrand, à qui il conseille en 1946, de se présenter dans la Nièvre, et Jacques Chirac à qui il propose, en 1965, de lui succéder dans sa circonscription d'Ussel.

Quel chemin pour le médecin de campagne de Neuvic ! De quoi diminuer la morosité ambiante du corps médical, peut-être ?

CREUSE

Joseph Grancher

Né le 19 mai 1843 à Felletin (Creuse), décédé le 13 juillet 1907.

Médecin qui dès 1878 définit les règles de la prophylaxie antituberculeuse.

Associé à Pasteur dans la 1^{re} vaccination contre la rage.

Dès 1889, décrit les règles d'isolement et d'hygiène strictes pour soigner les enfants malades.

Élections au Conseil Départemental de la Haute-Vienne

ARCHAMBEAUD François Président
TEXIER Jean-Jacques Vice Président
TRARIEUX Anne-Marie Vice Présidente
BLEYNIÉ Philippe Secrétaire Général
BOURRAS Pierre Secrétaire Général
BARIAUD Antoine Trésorier
TOURAINÉ François Trésorier Adjoint



François ARCHAMBEAUD
Président



Jean-Jacques TEXIER
Vice-Président



Anne-Marie TRARIEUX
Vice-Présidente

AUBANEL Luc Titulaire
BARRIS Michel Titulaire
BOULLAUD Bernard Titulaire
CARRIER Marcel Titulaire
CHAPUT Anne-Marie Titulaire
GÉRARDIN Antoine Titulaire
JACQUET Michel Titulaire
MALGOUYARD Joël Titulaire
MAZET Michel Titulaire
RENAUDIN Dominique Titulaire
ROUCHAUD Éric Titulaire



Luc AUBANEL
Titulaire



Michel BARRIS
Titulaire



Bernard BOULLAUD
Titulaire

BONNAUD Michel Suppléant
CANE-DUCHÉ Florence Suppléant
DUPUY Jean-François Suppléant
FILLOUX Jean-Louis Suppléant
FONMARTY Gérard Suppléant
JUSSEAUME Robert Suppléant
LAMOURAUX Jacques Suppléant
LEMAIRE François Suppléant
LEROY Vincent Suppléant
MILLET Patrick Suppléant
MOUNIER Patrick Suppléant
PACAUD Vincent Suppléant
PAPEL Bernard Suppléant
PINSON Ludovic Suppléant
PIVA Claude Suppléant
RÉMÉNIÉRAS Jean-Jacques Suppléant
SAUGET Vincent Suppléant



Joël MALGOUYARD
Titulaire



Michel MAZET
Titulaire



Dominique RENAUDIN
Titulaire



Michel BONNAUD
Suppléant



Florence CANE-DUCHÉ
Suppléant



Jean-François DUPUY
Suppléant



Vincent LEROY
Suppléant



Patrick MILLET
Suppléant



Patrick MOUNIER
Suppléant



Vincent PACAUD
Suppléant



Philippe BLEYNIE
Secrétaire général



Pierre BOURRAS
Secrétaire général



Antoine BARIAUD
Trésorier



François TOURAINE
Trésorier adjoint



Marcel CARRIER
Titulaire



Anne-Marie CHAPUT
Titulaire



Antoine GÉRARDIN
Titulaire



Michel JACQUET
Titulaire



Éric ROUCHAUD
Titulaire



Jean-Louis FILLoux
Suppléant



Gérard FONMARTY
Suppléant



Robert JUSSEAUme
Suppléant



Jacques LAMOURAUX
Suppléant



François LEMAIRE
Suppléant



Bernard PAPEL
Suppléant



Ludovic PINSON
Suppléant



Claude PIVA
Suppléant



Jean-Jacques RÉMÉNIERAS
Suppléant



Vincent SAUGET
Suppléant

Élections au Conseil Départemental de la Corrèze

POUGET Jean-Pierre Président
DELFOSE Henri Vice Président
LEWIN Marcel Vice Président
GASPAROUX Daniel Secrétaire Général
CHAUMEIL Jean-Marie Secrétaire Général Adjoint
ROGER Jacques Trésorier
GOUDEAUX Pierre Titulaire
GRANET Luc Titulaire
IDRISSI Manuel Titulaire
LEOPOLD Patrick Titulaire
MAUREILLE Jean-Paul Titulaire
PUCHEU Alain Titulaire
REYT Géraud Titulaire
VAN OUTRIVE Pascal Titulaire
XAVIER Patrick Titulaire
BADEFORT Christine Suppléant
BELCOUR Jacques Suppléant
BOUBADDI Nourredine Suppléant
BUCHON Daniel Suppléant
CHAMPEAU Marie Suppléant
FAURE Jean-Paul Suppléant
GACQUIERE QUERO Caroline Suppléant
LAUX Jean-Louis Suppléant
MAGHIA Rémi Suppléant
NABOLSI Samer Suppléant
ROUSSELOT François Suppléant
VALADE Gérard Suppléant



Jean-Pierre POUGET
Président



Henri DELFOSE
Vice Président



Marcel LEWIN
Vice Président



Daniel GASPAROUX
Secrétaire général



Jean-Marie CHAUMEIL
Secrétaire général adjoint



Jacques ROGER
Trésorier



Pierre GOUDEAUX
Titulaire



Luc GRANET
Titulaire



Patrick LEOPOLD
Titulaire



Jean-Paul MAUREILLE
Titulaire



Alain PUCHEU
Titulaire



Géraud REYT
Titulaire



Pascal VAN OUTRIVE
Titulaire



Patrick XAVIER
Titulaire

Élections au Conseil Départemental de la Creuse

TRABUC Michel Président
BILLET-LEGROS Claude Vice Président
LOUTFI Rachid Vice Président
LAMIRAUD Jean-Paul Secrétaire
Général
CHATA Georges Trésorier
BERNARD Jean-Luc Titulaire
BROUSSE Jean-François Titulaire
CHAUBIER Robert Titulaire
DESCOTTES Jacques Titulaire
GORGEON Laurence Titulaire
LORTHOLARY Claude Titulaire
MANSOUR Larbi Titulaire
ABDO Jean-Pierre Suppléant
AITA Patrick Suppléant
CONQUET Jean-Marie Suppléant
DE BASQUIAT Mathieu Suppléant
GILBERT Jean-Claude Suppléant
HEID Christian Suppléant
MORET Christian Suppléant
PAROT Pierre-Emmanuel Suppléant
VRIGNEAUD Jean Suppléant
XAVIER Michel Suppléant



■ HAUTE-VIENNE INSCRIPTIONS AU TABLEAU

Du 04/10/2007 au 02/04/2008

- Dr ABSSI Chérine**
spécialiste médecine générale
remplaçante - 5/12/2007
- Dr AUCLAIR Carole**
médecine générale - remplaçante
7/11/2007
- Dr BAUDET Brune**
ORL - CHU Dupuytren à Limoges
5/12/2007
- Dr BAYLE Aurélie**
chirurgie thoracique et cardio-vasculaire - CHU Dupuytren à Limoges -
7/11/2007
- Dr BENMOUSSA Laila**
santé publique et médecine sociale -
CHU Dupuytren à Limoges - 6/02/2008
- Dr BERENGUER Daniel**
anesthésie-réanimation
CHU Dupuytren à Limoges - 7/11/2007
- Dr BOCQUENTIN Frédérique**
néphrologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 5/12/2007
- Dr BONNEFOND Sophie**
psychiatrie - CH Esquirol à Limoges
5/12/2007
- Dr CELLIER Patrick**
médecine générale - EFS Aquitaine-
Limousin à Limoges - 5/03/2008
- Dr CHAUMEIL Arnaud**
pathologies cardio-vasculaires
sans activité en France - 9/01/2008
- Dr COSTE Cédric**
chirurgie orthopédique et traumatologie
CHU Dupuytren à Limoges - 9/01/2008
- Dr DABBOUSSI Maher**
chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Clinique du Colombier à Limoges
9/01/2008
- Dr DAGORNE Frédérique**
médecine générale - sans activité
9/01/2008
- Dr DANTOINE Dominique**
médecine générale - médecin retraité
9/01/2008
- Dr DESCAZEAUD Aurélien**
chirurgie urologique - CHU Dupuytren
à Limoges - 7/11/2007
- Dr DESCAZEAUD Alexandra**
biologie médicale - EFS Limoges
7/11/2007
- Dr DICKSON Zara**
néphrologie - CHU Dupuytren
à Limoges - 7/11/2007
- Dr DUMONT Céline**
psychiatrie - CH Esquirol à Limoges
7/11/2007
- Dr DURAND Anne**
neurochirurgie - CHU Dupuytren
à Limoges - 7/11/2007
- Dr EL BADAOUI-OUBRAHIM Assmae**
médecine nucléaire - CHU Dupuytren
5/12/2007
- Dr FALKOWSKI Sabrina**
médecine générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 5/12/2007
- Dr GAUTHIER Tristan**
gynécologie - obstétrique
CHU Dupuytren à Limoges - 7/11/2007
- Dr GAY-BELLILE Véronique**
médecine générale - AIST 87 à Limoges
5/03/2008
- Dr GIRARDOT Alexandre**
médecine générale - remplaçant
7/11/2007
- Dr GODET Bertrand**
neurologie - CHU Dupuytren à Limoges
7/11/2007
- Dr GONDRAN Guillaume**
médecine interne - CHU Dupuytren
à Limoges - 7/11/2007
- Dr HAJIOUI Mohamed**
médecine générale - CH à Saint-Junien
9/01/2008
- Dr HIDRI Nadia**
biologie médicale - CHU Dupuytren
à Limoges - 6/02/2008
- Dr IPEAU Anne**
médecine générale - remplaçante
7/11/2007
- Dr LAGUILLE Christine**
médecine générale - Hôpital Mère Enfant
à Limoges - 5/12/2007
- Dr LANDREAU Bertrand**
anesthésie-réanimation
CH Saint-Junien - 7/11/2007
- Dr LAURENÇON Evelyne**
médecine générale - remplaçante
7/11/2007
- Dr LEPELIER Florence**
gynécologie-obstétrique - Hôpital Mère
Enfant à Limoges - 7/11/2007
- Dr LETZELTER Thierry**
médecine générale - Conseil Régional
du Limousin à Limoges - 6/02/2008
- Dr MARCHAND Séverine**
cardiologie et maladies vasculaires -
CHU Dupuytren à Limoges - 7/11/2007

Dr MARIN Benoît
santé publique et médecine sociale
CHU Dupuytren à Limoges - 7/11/2007

Dr MUNTEANU Adrian
CH Saint-Junien - 6/02/2008

Dr NGUYEN-GARCIA Rémi
médecine générale - remplaçant
5/12/2007

Dr PALOBART Cédric
anesthésie-réanimation
CHU Dupuytren à Limoges - 5/12/2007

Dr PANDEIRADA Christophe
chirurgie générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 7/11/2007

Dr PEYROU Hélène
médecine générale - Libérale à Limoges
9/01/2008

Dr RIVIÈRE Olivier
médecine générale - remplaçant
2/04/2008

Dr ROUDAUT Pierre-Yves
radiodiagnostic et imagerie médicale
CHU Dupuytren à Limoges - 7/11/2007

Dr SANVOISIN Aurélie
médecine générale - Conseil Général
de la Hte-Vienne à Limoges - 5/03/2008

Dr SENGES Patrick
anesthésie-réanimation
CHU Dupuytren à Limoges - 7/11/2007

Dr SOULLIER Julien
médecine générale - remplaçant
5/12/2007

Dr WEINBRECK Nicolas
anatomie cytologie et pathologies
CHU Dupuytren à Limoges - 5/12/2007

Dr YVERNAULT Sabine
médecine générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 9/01/2008

QUALIFICATIONS

Du 04/10/2007 au 02/04/2008

Dr BOCQUENTIN Frédérique
néphrologie - CHU Dupuytren à
Limoges

Dr ABITAYEH Maroun
chirurgie générale

Dr LE V VE Myriam
gériatrie - CHU Dupuytren à Limoges

DÉPARTS

Du 04/10/2007 au 19/03/2008

Dr AHMED Yahia
transfert vers la Charente-Maritime

Dr BICHOT Jean-Michel
transfert vers la Guadeloupe

Dr BOUSQUET Hervé
transfert vers la Charente

Dr GANDJI Jean-Alain
transfert vers la Guadeloupe

Dr GAZAILLE Virgile
transfert vers la Réunion

Dr GAZAILLE-LACRONIQUE Charlotte
transfert vers la Réunion

Dr GHECK Sophie
transfert vers les Pyrénées-Atlantiques

Dr GRIMAUD Jean-Philippe
transfert vers la Gironde

Dr LEFRANC Carole
dossier transféré au Conseil National

Dr MATHE Nicolas
transfert vers le Lot et Garonne

Dr MATHE-BESSELEM Véronique
transfert vers le Lot et Garonne

Dr NUBUKPO Philippe
transfert vers la Creuse

Dr PHAN THANH QUAN Micheline
transfert vers la Creuse

Dr PIGNOL Claudine
dossier transféré au Conseil National

Dr ROCHDI Stéphane
transfert vers la Charente

Dr VINCENSINI Jean-François
transfert vers la Haute-Garonne

Dr WITTMANN Bernard
dossier transféré au Conseil National

RETRAITÉ(E)S

Du 04/10/2007 au 02/04/2008

Dr BENEVENT Daniel
néphrologue à l'ALURAD, le 01/02/2008

Dr BENEVENT Josiane
anatomo-pathologiste sans activité,
le 01/04/2008

Dr COLLET Danièle
anesthésiste-réanimateur CHU
Dupuytren à Limoges, le 01/12/2007

Dr DESCHATRES François
ophtalmologue à Limoges, le 01/01/2008

Dr DIPONS Élisabeth
médecin généraliste CHU Dupuytren à
Limoges, le 01/04/2008

Dr DUFETELLE Jean-Pierre
stomatologue CHU Dupuytren à
Limoges, le 01/04/2008

Dr MAZÉ Joseph
médecin généraliste à Bujaleuf,
le 01/01/2008

Dr PERGET Jean-Paul
*médecin salarié régime social des
indépendants*, le 11/10/2007

Dr TAPIE Philippe
neurologue praticien hospitalier
à Limoges, le 01/01/2008

Dr VIGUÉ Gilbert
médecin généraliste à Dournazac,
le 01/01/2008

DÉCÈS

Du 04/10/2007 au 02/04/2008

Dr CAURIER Jacqueline le 18/11/2007

Dr CHAMEAUD Jean le 23/10/2007

Dr COSSON Roger le 18/01/2008

Dr FERRAT Pierre le 18/11/2007

Dr FAUCHERY Robert le 06/09/2007

Dr JEANNICOT Franck le 15/11/2007

Dr MENDLOWICZ Miklos le 16/01/2008

Dr RAMIANDRISOA Hanta
le 19/12/2007

Dr RÉGNIER Jean-Marie le 14/02/2008

Dr ROBERT Jacques le 08/12/2007

■ CORRÈZE INSCRIPTIONS AU TABLEAU

4^e trimestre 2007

Dr JESTIN Thierry
à Brive

Dr DEVILLEGER Julien
à Tulle

Dr LEINEKUGEL LECOCQ Cécile
à Brive

Dr BATTAREL François
à Tulle

RETRAITÉS

5 départs à la retraite

Dr Daniel GASPAREUX
qui désormais peut se consacrer à temps
plein au secrétariat départemental
de l'Ordre de la Corrèze, qu'il en soit
remercié

Dr Pierre CHAVANEL
à Larche

Dr Philippe CORPELET
d'Ussel

Dr Victor FINATEU
à Brive

Dr Jean-Pierre LAURELUT
à Brive

■ CREUSE

INSCRIPTIONS

AU TABLEAU

Du 11/09/2007 au 08/01/2008

Dr ENZEL Claude

anesthésie-réanimation - CHG à Guéret
11/09/2007

Dr TARRIS Jean-Louis

psychiatrie - Clinique Chatelguyon à
Viersat - 11/09/2007

Dr AUDRAS Jean-Baptiste

anesthésie-réanimation - CHG à Guéret
16/10/2007

Dr NUBUKPO Philippe

psychiatrie - CHS La Valette à Saint-
Vauiry - 13/11/2007

Dr HIVERT Céline

pédiatrie - CHG à Guéret - 11/12/2007

Dr CHASSAGNE Marina

médecine générale - Collaborateur
Libéral à Auzances - 08/01/2008

QUALIFICATIONS

Du 11/09/2007 au 08/01/2008

Dr BARATAUD Françoise - *psychiatrie*

Dr TRUFFINET Jean - *médecine générale*

Dr DAGARD Philippe - *médecine*
générale

Dr DAGARD Christine - *médecine*
générale

Dr LEYCURE Marie-Elise - *médecine*
générale

Dr MANCINI Jean-Marc - *médecine*
générale

Dr RADIGON Jean-François - *médecine*
générale

Dr MARTINY Bernard - *médecine*
générale

Dr MAILLET Olivier - *médecine générale*

Dr CHATEAU Jacky - *médecine générale*

Dr BERGER Patrick - *médecine générale*

Dr BRUERE Pascal - *médecine générale*

Dr DENOST Richard - *médecine*
générale

Dr DENOST Dominique - *médecine*
générale

Dr HEITZMANN Jean-Baptiste
médecine générale

Dr MAZURE Jean-Joseph - *médecine*
générale

Dr NOINSKI Hervé - *médecine générale*

Dr PETIT Gilles - *médecine générale*

Dr SERVANT Denis - *médecine générale*

Dr SCHNEIDER Gilles - *médecine*
générale

Dr LAMIRAUD Jean-Paul - *médecine*
générale

Dr LANDOS Claude - *médecine générale*

Dr BACHELART Christian - *médecine*
générale

Dr BERNARD Jean-Luc - *médecine*
générale

Dr FISTRE André - *médecine générale*

Dr GAYAUD André -

Dr GILBERT Jean-Claude - *médecine*
générale

Dr HASSAIRI Ahmed - *médecine*
générale

Dr LATHIERE Daniel - *médecine*
générale

Dr CALBETE Carlos - *médecine générale*

Dr HUGUET-LASCOUX Marie-Claude
médecine générale

Dr SAPELIER Jean-Luc - *médecine*
générale

Dr GORGEON Laurence - *médecine*
générale

Dr Dr LORTHOLARY Claude - *médecine*
générale

Dr LORTHOLARY Colette - *médecine*
générale

Dr AITA Patrick - *médecine générale*

Dr AUTOUR Bouchra - *médecine*
générale

Dr LASSALLE Patrick - *médecine*
générale

Dr SEBENNE Olivier - *médecine*
générale

Dr TRABUC Michel - *médecine générale*

Dr XAVIER Michel - *médecine générale*

Dr BILLET-LEGROS Daniel - *médecine*
générale

Dr BILLET-LEGROS Claude - *médecine*
générale

Dr BRISMOUTIER Christian - *médecine*
générale

Dr DE BASQUIAT Mathieu - *médecine*
générale

Dr BROUSSE Jean-François - *médecine*
générale

Dr LAURENT Jean-Marc - *médecine*
générale

Dr BOTTET Roger - *médecine générale*

Dr PAROT Pierre-Emmanuel - *médecine*
générale

DÉPARTS

Du 11/09/2007 au 08/01/2008

Dr MANSOUR Antoine - *psychiatrie*
transfert vers le Var - 25/08/2007

Dr TREIGYS Darius - *anesthésie-réani-*
mation - sans activité - transfert vers la
Loire Atlantique - 17/09/2007

Dr BELINGARD MUHA Michelle - CHS
La Valette à Saint-Vauiry - transfert vers
la Dordogne - 19/11/2007

Dr ROUSSET André - *radiologie*
retraité depuis le 01/04/2007 - part en
Charente Maritime - 30/11/2007

Dr CHATEL Bernard - *médecine géné-*
rale remplaçant - transfert vers les
Deux-Sèvres - 30/11/2007

RETRAITÉS

Du 11/09/2007 au 08/01/2008

Dr RESSEGUIER Jean - *radio-diagnostic*
à Guéret le 01/01/2008

Dr BILLARD Éric - *Anesthésie-*
Réanimation - à Moutier-Rozeille
le 01/05/2007

DÉCÈS

Du 11/09/2007 au 08/01/2008

Dr PAROUTY-SYMPHORIEN Jenny
à Savennes le 15/10/2007

Dr COTE Didier - *psychiatrie*
Intersecteur de psychiatrie infanto-
juvénile à St-Vauiry le 24/11/2007

Dr DHERON (CHRÉTIEN) Jeanne-
Marie à Crozant le 05/12/2007

▶▶▶▶▶ Permanence des soins

Dr Philippe Bleynie

Dans le précédent bulletin, le rapport GRALL vous a été présenté. Le contenu de ce rapport, n'a fait l'objet, à ce jour, d'aucune mise en œuvre concrète. Du côté du Ministère de la Santé ce doit être le temps de la réflexion.

La fin de l'année 2007 a pourtant été riche en événements concernant la permanence des soins. Jugez-en :

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2008 contient une disposition qui permet aux Missions Régionales de Santé (MRS) de fixer, à titre exceptionnel, le montant et les modalités de rémunération des médecins assurant la permanence des soins. Un sous-amendement, voté à l'Assemblée Nationale en première lecture, vise à exclure le Conseil de l'Ordre des organismes que la MRS doit consulter avant de prendre ses décisions sous prétexte que " l'Ordre serait responsable des difficultés de la permanence des soins "...

Le Conseil National de l'Ordre a immédiatement alerté les Conseils Départementaux pour qu'ils sensibilisent les parlementaires de leur département à cette affaire. Au sein du Conseil de la Haute-Vienne, nous avons fait le choix d'essayer de rencontrer les parlementaires plutôt que de faire une simple lettre. Les membres du Bureau du Conseil Départemental et les membres de la Commission de la permanence des soins ont été mandatés pour ces rencontres.

Nous avons rencontré successivement :

- le 6 décembre 2007, Madame Monique Boulestin, député de la Haute-Vienne, en compagnie de son attachée parlementaire,
- le 24 décembre 2007, Madame Marie-Françoise Pérol-Dumont et Monsieur Alain Rodet, tous deux députés de la Haute-Vienne, ainsi que l'attachée parlementaire de Monsieur Jean-Claude Peyronnet, Sénateur de la Haute-Vienne.

Nous avons ainsi pu donner à ces élus les informations sur la permanence des soins en Haute-Vienne et souligner l'engagement important des médecins dans sa réalisation ainsi que la place prise par le Conseil Départemental de l'Ordre dans son organisation.

Quant au fameux sous amendement voté à l'Assemblée Nationale, il a été ensuite " corrigé " par les Sénateurs qui ont rétabli la place de l'Ordre.

- le mercredi 12 décembre 2007, c'est Madame Evelyne Ratte, Préfet de la Haute-Vienne, qui a reçu le Docteur François Archambeaud et moi-même, pendant environ 1 heure et demie. Récemment arrivée dans notre département, Madame le Préfet souhaitait " prendre le pouls " de l'Ordre sur la permanence des soins, la démographie médicale et autres sujets abordés dans une ambiance très cordiale.

- le vendredi 14 décembre, sous la présidence de Madame le Préfet, s'est tenu le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires). Nous étions représentés à cette réunion par Monsieur le Docteur Jean-Jacques Texier, conseiller suppléant.

Les sujets suivants ont été abordés :

- les quelques modifications de secteurs de permanence des soins ;

- le CODAMUPS a pris acte d'une organisation qui, pour l'instant, donne satisfaction.

- En toute fin d'année, il a fallu organiser, en quelques jours, les gardes des 24 et 31 décembre, puisque le principe de leur rémunération a été acquis à la suite d'une initiative de Madame la Ministre de la Santé. Dans certains secteurs, un médecin de garde a été désigné. Dans certains autres, plusieurs médecins ayant prévu de travailler, cela n'a pas été possible. Nous n'avons eu écho d'aucune défaillance en la matière... Merci à tous pour votre esprit de responsabilité.

- Enfin, un avenant conventionnel a été signé le 19 décembre 2007. Ses termes sont les suivants : " *le dispositif de permanence des soins comprend des majorations des actes réalisés, consultations (C) et visites (V), auxquelles viennent se rajouter les forfaits d'astreinte.*

Au 1^{er} janvier 2008, la consultation des généralistes est à 22 € et la visite à 22 + 10 €.

Les majorations spécifiques définies par l'avenant 4 pour la période des dimanches et jours fériés s'appliquent aux samedis après-midis et aux ponts :

- dimanches et jours fériés : C + 26,50 € et V + 30 €

Les astreintes versées sont les suivantes :

- Les samedis de 12 h à 20 h : 100,00 €.
- Les jours de pont de 8 h à 20 h : 150,00 €.
- Les samedis matins suivant un jour férié : 50,00 €.

La régulation libérale est rémunérée 3 C de l'heure. Le nombre des régulateurs libéraux au SAMU est calculé en fonction des besoins et leur temps de présence peut être étendu au-delà des horaires de permanence des soins."

■ Le Conseil Départemental s'active auprès de la DDASS et de la CPAM pour la mise en œuvre de cet avenant. Vous serez, bien entendu, tenus au courant.

Ce que nous réserve 2008 ? Nous verrons bien. Après le renouvellement du tiers sortant du Conseil Départemental une nouvelle commission de la permanence des soins a été désignée. Elle saura certainement rester vigilante pour continuer d'affirmer la présence du Conseil Départemental de l'Ordre sur ce terrain.

P.S. Cet article a été rédigé fin décembre 2007 pour un bulletin qui devait paraître en février 2008. Des événements sont survenus depuis... nous en reparlerons dans la prochaine parution. ■

Info minute

Dr Antoine Bariaud

La commission de qualification de spécialité de médecine générale du Conseil Départemental des Médecins de la Haute-Vienne vous informe qu'elle s'est réunie à plusieurs reprises sous la présidence du Docteur Marcel Carrier.

Devant le nombre important de dossiers, un retard dans la gestion s'est installé mais devrait être comblé.

Pour les médecins généralistes qui n'auraient toujours pas déposé leur dossier, il serait souhaitable de nous faire parvenir les documents le plus tôt possible.

Maltraitance sur mineur

Dr Vincent Pacaud

Les sévices physiques et les violences sexuelles faites à un enfant ont été longtemps occultés, du fait du silence des victimes et d'une réticence des adultes à les reconnaître.

En France, selon l'ODAS (Observatoire Décentralisé d'Action Sociale), chaque année, plus de 19 000 enfants sont victimes de maltraitance et 2 en meurent chaque jour. Sur ce nombre, 1 enfant sur 5 endure des violences sexuelles.

Les mauvais traitements infligés aux enfants constituent un problème majeur de santé publique partout dans le monde et aussi en France. Le médecin a alors un rôle central à accomplir auprès de l'enfant pour repérer et signaler la maltraitance : il va œuvrer avec les autorités compétentes et assurer la prise en charge de l'enfant soumis à maltraitance.



Maltraitance à enfants

Pr Anne Lienhardt-Roussie¹, Dr Cécile Laroche¹, Dr Hugues Caly², Dr Véronique Messenger³

¹ Pédiatrie Médicale, ² Gynécologie, ³ Urgences Pédiatriques Médico-Chirurgicales, Hôpital de la Mère et de l'Enfant, CHU Dupuytren

Selon la définition de P. Strauss, "L'enfant maltraité est celui qui est victime, de la part de ses parents (ou de tout adulte ayant autorité sur lui), de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligences, d'absences de soins ou d'abus sexuels pouvant avoir des conséquences graves sur son développement physique, psychique ou intellectuel ultérieur". Peuvent être distingués : l'enfant maltraité à proprement parler et l'enfant à risque d'être maltraité, c'est-à-dire vivant dans des conditions pouvant éventuellement conduire à une maltraitance, sans pour autant être déjà maltraité.

Ainsi la maltraitance à enfant revêt de multiples facettes :

■ **Violence physique** : blessure de tout ordre avec tout moyen contondant (imagination fertile des maltraitants...), syndrome des enfants secoués avec, au fond d'œil, des hémorragies en flamme caractéristiques.

■ **Négligence** : inadéquation entre soins prodigués et besoins de l'enfant, tant physiques (alimentation, hygiène, habillement...), qu'affectifs ou sociaux (éducation, socialisation...).

■ **Violence psychologique ou émotionnelle** : carences psychoaffectives, menaces, humiliations, punitions, exigences inadéquates par rapport à l'âge ou aux compétences de l'enfant, corruption, exploitation...

■ **Abus sexuels** : toute participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles quelles qu'elles soient et qu'il ne peut comprendre ou qu'il ne souhaite pas en cas d'abus sur adolescent(e)s.

Certains **clignotants** doivent être repérés pour permettre la mise en place d'aides et prévenir cette maltraitance : contexte social difficile, addictions parentales, mère isolée, fratrie multiple issue de couples parentaux différents, immaturité parentale, parent lui-même victime durant son enfance, séparation prolongée d'avec l'enfant notamment en cas de grande prématurité ou d'hospitalisation prolongée. D'autres signes doivent nous alermer : consultations itératives, modifications du comportement habituel de l'enfant ou de l'adolescent, incohérence entre des lésions observées et leur contexte de survenue déclaré (frac-

ture du fémur à l'âge de 3 mois dans un lit cage), absence d'inquiétude ou surinquiétude parentale quant à l'état de santé de leur enfant, tentatives de suicide itératives. Parfois, une maltraitance peut être de découverte "fortuite", la famille consultant pour un tout autre motif, mais certains éléments cliniques étant suspects (hématomes, plaies...).

Devant une suspicion de maltraitance (hors maltraitance sexuelle), il est généralement conseillé d'hospitaliser l'enfant, parfois sous un prétexte autre, pour permettre une prise en charge globale de l'enfant sans jamais oublier que celle-ci s'effectuera dans un possible contexte médico-légal. Il faut :

■ **prodiguer à l'enfant tous les soins nécessaires** : l'autorisation parentale n'est plus nécessaire si l'enfant nécessite des soins urgents, le recours immédiat au juge des enfants est alors possible,

■ **faire un bilan des lésions observées** : photographies des lésions, l'aide d'un médecin légiste peut être requise,

■ **mettre en oeuvre les examens nécessaires** : obligations du bilan d'hémostase, du fond d'œil, recherche de lésions multiples osseuses et/ou viscérales,

■ **évaluer la situation et reconnaître une maltraitance** sans jamais porter de jugement ni rechercher le ou les responsables de celle-ci (rôle de la justice).

En cas de certitude clinique de sévices, il peut y avoir urgence à protéger l'enfant et un signalement doit être fait auprès de M. Le Procureur de la République (service de garde 24 h / 24 h), signalement donnant droit à une dérogation du secret médical. Seuls les services judiciaires peuvent statuer sur les moyens à mettre en oeuvre pour protéger l'enfant (retrait, un retour à domicile avec aides...). Affirmer médicalement une maltraitance peut parfois être plus délicat et un travail en partenariat avec tous les intervenants auprès de l'enfant est alors indispensable : services sociaux, médecin traitant, médecine scolaire pour permettre un signalement circonstancié soit auprès des services judiciaires soit auprès du conseil général.

Cette prise en charge hospitalière n'est pas obligatoire, mais peut, par ce biais, permettre au médecin traitant de ne pas être officiellement à l'origine du signale-

ment et donc de rester une personne ressource fort importante lors d'un éventuel retour à domicile.

Notons cependant que toute personne adulte ayant connaissance d'une maltraitance à enfant mineur de moins de 15 ans se doit de la signaler aux services judiciaires.

Les maltraitements sexuels, quelles qu'elles soient, doivent faire l'objet d'une démarche similaire avec cependant des spécificités propres. Rappelons que le viol est un crime constitué par tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. L'examen clinique est le plus souvent réalisé soit à la demande des parents soit dans un contexte judiciaire sur réquisition. Cet examen est très spécifique et ne doit être réalisé que par des médecins experts. Toute maltraitance sexuelle sur enfant, suspectée ou avérée, doit conduire à un signalement judiciaire.

La maltraitance sévit dans tous les milieux sociaux, même si elle est plus marquée ou plus visible dans les milieux défavorisés ; elle concerne des enfants de tout âge : nourrisson 10 %, petit enfant 15 %, grand enfant 30 %, adolescent 40 % (Étude de l'Observatoire national Décentralisé de l'Action Sociale). Les auteurs de la maltraitance sont généralement issus du proche entourage de l'enfant, familial ou éducatif. L'épidémiologie est difficile à retracer.

En 2004, selon l'ODAS, 19 000 enfants seraient victimes de maltraitance en France.

Violences physiques : 6 500, violences sexuelles : 4 400, négligences lourdes : 5 500, violences psychologiques : 2 500 ; 10% des enfants de moins de 15 ans seraient victimes de violences sexuelles, un enfant sur 20 victime à répétition. En Haute-Vienne, pour l'année 2007, 28 consultations pour maltraitance ont été réalisées aux urgences de l'Hôpital Mère Enfant, dont 18 pour suspicion de sévices sexuels. Ces consultations ont entraîné 2 signalements sociaux et 7 signalements judiciaires. ■

Séances à enfants

Valérie Chaumont

Substitut du Procureur de la République

LA PROTECTION DES MINEURS VICTIMES D'INFRACTIONS PÉNALES

Comparés à ceux des autres pays européens, les dispositifs de protection des mineurs victimes d'infractions mis en œuvre par la législation française sont parmi les plus complets ; les orientations nationales visent à la fois à identifier et à signaler plus rapidement les maltraitements mais aussi à assurer un réel accompagnement des mineurs victimes, tant sur le plan juridique que psychologique ou social.

L'efficacité de ces dispositifs nécessite la pluridisciplinarité et la mobilisation de l'ensemble des professionnels concernés.

Tout citoyen peut être confronté à des situations de ce type : comment aider l'enfant à dénoncer ses souffrances sans lui nuire, sans qu'il fasse l'objet de représailles par exemple ?

Les médecins peuvent ainsi être confrontés à des cas d'enfants en situation de risque de danger qui justifient la communication aux autorités compétentes de cette information préoccupante. Le guide pratique de la Protection de l'Enfance définit l'information préoccupante comme « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner ».

Lorsqu'ils ont connaissance d'une telle situation, les médecins doivent alerter l'autorité administrative (le Conseil Général) ou judiciaire (le Procureur de la République) en vue d'une intervention institutionnelle.

Le signalement se justifie donc en raison d'indicateurs d'alerte de maltraitance ou de danger qui peuvent prendre plusieurs formes et dont la facilité de détection est inégale :

- des lésions sur le corps de l'enfant laissant présumer qu'il est victime de violences physiques (hématomes, traces de coups, brûlures, morsures...),
- des troubles anormaux de comportement laissant présumer des violences d'ordre psychologique (anxiété, repli sur soi, tendances suicidaires...),



- des signes laissant présumer des carences parentales graves (négligence de l'hygiène corporelle, signes de malnutrition, manque de sommeil, soins préconisés non suivis...).

La constatation de tels éléments, évocateurs d'une situation de danger, entraîne de facto la levée du secret médical dès lors que la victime est un mineur.

L'article 226-14 du Code Pénal prévoit en effet que « l'article 226-13 (qui réprime la violation du secret professionnel) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations, de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire.

(...) Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

Le signalement doit nécessairement revêtir la forme d'un écrit ; il va sans dire, qu'en cas d'urgence absolue, une communication téléphonique peut précéder l'envoi de l'écrit qui pourra alors se faire par fax.

Le médecin peut être amené à faire ces constatations dans deux cas de figure :

- l'enfant est conduit par l'un des parents et les maltraitements sont imputés à l'autre parent ou à un autre membre de la famille ou à un tiers : le médecin peut remettre un certificat médical descriptif au parent accompagnant, lequel pourra le remettre aux enquêteurs dans le cadre d'un dépôt de plainte ; il peut également transmettre directement un exemplaire de ce certificat médical aux autorités compétentes, principalement s'il craint qu'en réalité, il n'y ait aucun dépôt de plainte,

- au décours d'une consultation médicale, le médecin constate un comportement ou des lésions évocatrices de maltraitance qui pourraient être imputées aux parents ou face auxquelles les parents sont dans le déni : il appartient alors au praticien de transmettre directement et sans délai l'information signalante au Procureur de la République sans en aviser les parents, et ce afin d'éviter tout risque de pression sur le mineur et/ou d'entrave au cours de la justice.

Le praticien sera, à réception du signalement, informé de la suite qui lui sera réservée (enquête confiée aux services de police ou de gendarmerie ou saisine du Juge pour Enfants).

Le médecin, et notamment le médecin de famille, occupe une place privilégiée : il connaît chaque membre de la famille qu'il suit au long cours. Il peut donc, sans doute mieux que quiconque, en raison de cette connaissance des personnes mais aussi de son savoir médical, décrypter les comportements et l'évolution de ces derniers, ainsi même que certains non-dits : il doit, de ce fait, constituer un secours pour le mineur en danger, principalement lorsque ce danger vient de sa famille elle-même. ■

Organisation de la surveillance et de la lutte antituberculeuse dans les prisons

Dr Sophie Martin Dupont - Médecin responsable

Dr Béatrice Joffre - Médecin généraliste

Parmi les maladies transmissibles, la tuberculose occupe une place particulière du fait de son mode de transmission.

L'incidence de la tuberculose dans les prisons a été évaluée en 1994-1995 à plus de 12 fois l'incidence nationale. Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- sur représentation de la population à risque de tuberculose,
- fort taux de migrants en milieu carcéral,
- vieillissement de la population carcérale du fait de l'allongement des peines,
- hygiène de vie antérieure à la détention souvent précaire,
- faible utilisation par cette population du système sanitaire de prévention avant l'incarcération,
- la vie en collectivité due à la détention.

Cette maladie nécessite une prise en charge rapide et efficace définie par la circulaire DGS/SP2/VS2DAP de 1998 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire.

La loi de janvier 1994 a transféré la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à l'établissement de santé de proximité chargé d'implanter une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).

La prise en charge de la tuberculose comprend différents temps.

■ 1 - La prévention

Elle est une des priorités sanitaires en prison.

Sur le plan individuel, la visite médicale d'admission réalisée par le médecin de l'UCSA doit rechercher tout signe clinique évocateur de tuberculose.

Sur le plan collectif, la prévention repose sur le respect des normes d'environnement et sur l'amélioration des conditions d'hygiène.

■ 2 - Le dépistage

L'organisation du dépistage de la tuberculose en milieu carcéral relève des conseils généraux.

Les autorités sanitaires ont fait le choix d'un dépistage radiologique. Les clichés sont réalisés à l'UCSA dans les délais les

plus brefs après l'entrée en détention.

L'interprétation est faite par un médecin du CLAT (Centre de Lutte Anti Tuberculose).

■ 3 - La conduite à tenir en cas de suspicion de tuberculose

Les actions ne diffèrent pas dans leur principe des mesures prises en milieu libre mais la coordination des multiples intervenants est essentielle.

La circulaire NOR JUSKO740069C de juin 2007 nous rappelle le protocole d'intervention en cas de tuberculose carcérale. La découverte d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse impose, dès la suspicion un contact immédiat avec l'établissement pénitentiaire afin que soient prises toutes les mesures prophylactiques nécessaires à l'égard des détenus et des personnels.

Les indications d'isolement sont larges du fait des conditions de confinement et des facteurs de risque des sujets contacts ; l'isolement doit donc être précoce pour réduire la durée d'exposition et donc le risque de tuberculose secondaire.

Dès le diagnostic établi, une déclaration obligatoire doit être transmise à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Le patient est transféré vers l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de rattachement (UHSI) pour la poursuite et la surveillance du traitement.

Du fait de la durée moyenne de séjour (4 mois), la plupart des détenus ayant commencé en prison le traitement antituberculeux sont libérés avant la fin de la durée prévue.

Il est donc capital qu'un relais extérieur soit organisé pour le suivi médical et pour le contrôle de conditions de vie correctes (préparation de la sortie avec les services sociaux).

- L'enquête autour d'un cas

Elle est indispensable pour éviter des cas secondaires.

Elle concerne toute la chaîne humaine qui a été au contact du malade (avant la détention et pendant l'incarcération). Le CLAT coordonne cette enquête en collaboration avec le chef d'établissement, l'UCSA, le médecin de famille,...



© Fotolia

- L'éducation à la santé

La lutte contre la tuberculose en prison nécessite comme en milieu libre, la sensibilisation de tous : des détenus, du personnel pénitentiaire, de l'équipe soignante.

Nous avons eu à la Maison d'Arrêt de Limoges, un cas de tuberculose pulmonaire d'une détenue en décembre 2007. Le dernier cas remontait à plus de dix ans.

Nous avons dû mettre en pratique cette collaboration indispensable entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical, les services de prévention, les services sociaux à l'intérieur de la prison comme à l'extérieur.

CONCLUSION

Au fur et à mesure que la lutte antituberculeuse progresse dans notre pays, la maladie et sa transmission touchent plus volontiers des populations à risque et difficiles à atteindre.

Les personnes incarcérées en font partie.

Le médecin généraliste et le dépistage de la souffrance psychique du nourrisson

Mieux dépister pour mieux prévenir et mieux prendre en charge.

Intitulé " À la rencontre des bébés de la précarité ", un cd-rom vient d'être réalisé par les professionnels de la Périnatalité du CH Esquirol et du service Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Général dans le cadre des actions " Promotion de la Santé ".

Soutenue par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Limousin, cette action s'inscrit dans un véritable processus de prévention " du dépistage de la souffrance psychique du nourrisson à la mise en place d'actions de prévention et de soutien ".

Ce cd-rom s'adresse à tous les professionnels de la périnatalité de la région du Limousin pour sensibiliser au repérage des troubles psychiques précoces apparaissant dans les deux premières années du développement d'un enfant.

Des situations à risques telles que la précarité sociale, les déficiences familiales ou les carences relationnelles, la pathologie mentale parentale peuvent être repérées pour permettre une prise en charge précoce de ces difficultés.



Une diffusion auprès des médecins généralistes : les Docteurs Christine Rainelli, Fabienne Souchaud, psychiatres au CH Esquirol et Mme Marie-Hélène Orliaguet, psychologue, réalisatrices de ce cd-rom, proposent de le présenter et de le diffuser aux diverses associations de médecins du département de la Haute-Vienne au cours de réunions-débats.

Pour les contacter :

05 55 43 11 00

perinatpsy@ch-esquirol-limoges.fr

Violences conjugales

Dr J.P. Maureille

Une enquête nationale a montré qu'une femme sur dix vivant en couple subit des violences conjugales et que, en France, une femme meurt tous les quatre jours, suite à des violences subies au sein du couple. C'est dire l'ampleur et la gravité du phénomène et, quand on sait que ces femmes s'adressent plus volontiers à leur médecin qu'aux gendarmes, la profession se doit d'être en éveil.

Les circonstances et les signes cliniques sont extrêmement variables et faciles à imaginer ; la liste exhaustive est consultable sur www.sivic.org

Outre son rôle de thérapeute, le médecin a un rôle médico-légal primordial et doit, dès la première constatation, constituer un dossier complet, propre à épauler le certificat médical. Ce certificat doit

comporter, outre l'identification du médecin et de la femme, la date et l'heure de l'examen, la description exhaustive des lésions constatées, la description des soins et des examens complémentaires, les conséquences fonctionnelles des blessures, la détermination de l'Incapacité Totale de Travail.

L'examen peut se pratiquer dans les 72 heures pour coups et blessures, mais dans les 24 heures en cas de viol.

Il est bon de rappeler que le médecin exerce sa mission dans le respect du secret médical, que la durée de l'ITT peut servir à qualifier l'infraction. Sur le plan médical, c'est le temps pendant lequel la personne rencontre des difficultés pour accomplir les gestes essentiels de la vie courante ; au plan pénal, elle est indé-

Réseau HEMATOLIM

Madame le Professeur Bordessoule, Madame le Docteur Rapp et Monsieur le Docteur Touati, nous informent que, grâce à un financement du FAQSV, un numéro vert 0 800 88 15 97, à disposition des médecins, a pu être mis en place. Il permet de donner des conseils, notamment pour :

- le bilan d'une anomalie hématologique à l'examen clinique ou sur le bilan biologique afin d'éviter une consultation inutile en milieu spécialisé,
- la gestion des traitements à domicile des patients (chimiothérapies, seuil transfusionnel ou traitements de support),
- tout problème pouvant intervenir dans la prise en charge des patients atteints d'hémopathie.

C'est un médecin hématologue qui sera au téléphone pour vous guider. Les autres numéros, que vous connaissez, restent utilisables :

- secrétariat 05 55 05 66 42 entre 8 h et 17 h et 05 55 05 66 72 entre 17 h et 8 h,
- hôpital de jour 05 55 05 66 62.

Ce numéro vert ne remplace pas les relations téléphoniques que vous pouvez avoir pour un malade donné avec un médecin du réseau HEMATOLIM, mais apporte un complément du fait de l'occupation fréquente des lignes téléphoniques.

pendante de la durée de l'arrêt de travail et doit être estimée de façon systématique.

Contacts et ressources :

■ Corrèze

Unité médico-judiciaire
Centre Hospitalier de Brive
05 55 92 60 09

■ Creuse

Centre Hospitalier de Guéret
05 55 51 70 10

■ Haute-Vienne

CHRU Limoges
• Unité médico judiciaire
05 55 05 64 92
• Service de gynéco-obstétrique
05 55 05 61 01

Délais de conservation des dossiers médicaux

Docteurs Vincent Pacaud & Pierre Bourras

Les dossiers médicaux doivent être conservés :

- pour assurer la continuité des soins aux patients,
- comme moyen de preuve en cas d'actions de recherche en responsabilité civile,
- en réponse à une demande de communication du dossier par le patient ou ses ayants droit.

■ Il n'existe pas de prescription juridique déterminant la durée de conservation des archives des **médecins libéraux** ; la durée de prescription en matière civile étant de 10 ans (article 1142-28 du Code de la Santé Publique) à partir de la consolidation du dommage, il est fortement conseillé aux médecins libéraux de conserver les dossiers **au minimum 10 ans**.

MAIS :

- Le droit d'accès au dossier du patient et, sous certaines conditions, aux ayants droit, n'est pas limité.
- La nouvelle durée de prescription de 10 ans ne s'applique qu'aux actes et préjudices postérieurs à la publication de la loi, soit le 5 mars 2002. Pour les actes plus anciens, la prescription reste de 30 ans.
- La date de départ du délai de 10 ans est la consolidation du dommage, et non la première constatation du dommage.

■ Pour les **établissements hospitaliers**, le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 a fixé le délai de conservation à 20 ans minimum à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement.

MAIS :

- S'il s'agit d'un mineur, **avant sa 8^e année**, le dossier doit être conservé jusqu'à ses 28 ans (10 ans après sa majorité).
- En cas de décès : le délai de conservation est de 10 ans après la date du décès (délai de prescription en matière civile).
- Ce délai est suspendu en cas de procédure en cours.

■ En cas de **cessation d'activité**

- Le successeur doit conserver les dossiers et transmettre ceux appartenant aux patients ne désirant pas être suivis par lui à un confrère, à l'exception des **notes personnelles qu'il est recommandé de détruire**.
- En cas d'absence de successeur, il est impératif **d'informer le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du devenir des dossiers** :
 - Conservés par le praticien à la retraite.
 - Conservés par un établissement de soins où le praticien exerçait.
 - Transmis à un médecin de même discipline.
- En cas de décès du praticien et d'absence de successeur, les dossiers peuvent être conservés au Conseil départemental de l'Ordre au minimum 10 ans après le dernier acte du praticien.

Références :

- article L 1142-28 du Code de la Santé Publique (loi du 4 mars 2002)
- article R 1112-7 du Code de la Santé Publique
- décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006.



Quel avenir pour l'EPP

Dr Georges CHATA

L'État et la HAS ont encore changé les règles de fonctionnement de l'EPP début janvier 2008. Les URML attendent les clarifications nécessaires et les financements dédiés.

Dans une volonté de simplification du dispositif organisationnel de l'EPP et de la FMC voulue par l'Ordre national et la HAS, les URML ont appris par la presse la suppression des Conseils Régionaux de FMC mi-décembre. Ces CR FMC, dont nous n'attendions plus que la mise en place par décret préfectoral, devaient vérifier que l'obligation quinquennale de FMC et d'EPP était bien mise en œuvre par les praticiens libéraux, hospitaliers et salariés.

Le CN FMC devrait maintenant prendre en charge ce travail via un portail Internet disponible pour chaque praticien. Un appel d'offre serait en cours pour créer ce portail.

Dans le cadre de ce nouveau chamboulement, il s'avère que certaines Lois devront être réécrites pour tenir compte de la nouvelle organisation.

La date de départ de l'obligation de FMC et d'EPP est donc à ce jour inconnue, tout comme le devenir des médecins habilités à l'évaluation, médecins libéraux formés par la HAS et payés par les URML afin d'accompagner les médecins libéraux dans leur évaluation, en tant que méthodologistes.

Par ailleurs, la question du financement des évaluateurs n'est toujours pas résolue par l'État, puisque ni celui-ci, ni l'Assurance Maladie, ni l'industrie, ni les praticiens eux-mêmes ne peuvent payer l'EPP.

De même, aucun budget n'est prévu pour le financement de l'élaboration des référentiels médicaux, laissé à la charge des sociétés savantes.

Néanmoins, votre URML validera dès que possible toutes les EPP déjà réalisées.



Qui peut prescrire ? Et que peut-on prescrire ?

Docteurs Annie Marchand & Vincent Pacaud

Il est faux de dire que les pharmaciens ne peuvent honorer que les prescriptions établies par un médecin inscrit à l'Ordre, même si c'est un bon critère de capacité (art. L 411-1 à 7 du Code de la Santé Publique).

■ Les sages-femmes : liste limitative de prescriptions de tout ce qui est en rapport avec leur spécificité (art. L. 4151-4 du Code de la Santé Publique).

■ Les podologues pédicures (art. R 5132-6 du Code de la Santé Publique) (ex. topiques externes, antiseptiques, antifongiques, hémostatiques, anesthésiques, kératolytiques verrucides et adoucissants, asséchant - calmant).

■ Les chirurgiens-dentistes (art. L4141-1 à 2 du Code de la Santé Publique) : diagnostic et traitement de la bouche, des dents et des maxillaires.

■ Les directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale, qu'ils soient ou non médecins (art L 6221-9 du Code de la Santé Publique).

■ Les infirmiers, sauf en cas d'indication contraire du médecin et pendant la durée de la prescription médicale : liste fixée par arrêté du 13 avril 2007 (articles pour pansements, cerceaux pour lits, dispositifs médicaux pour traitement de l'incontinence et pour perfusion à domicile).

■ Les vétérinaires (art. L 241-1 à 18, du Code Rural), inscrits à l'Ordre.

■ **REMARQUE** : ne pas confondre droit de prescription et remboursement de la prescription. La prise en charge ne se fait que si la prescription est réalisée par un médecin, un chirurgien dentiste ou une sage-femme (Code de la Sécurité Sociale).

■ UN INTERNE EN MÉDECINE PEUT-IL PRESCRIRE ?

Une circulaire du 8 décembre 1988 de la Direction Générale de la Santé, confirmée par une deuxième circulaire du 26 octobre 1992 rappellent qu'internes et F.F.I. (ayant plus de six mois d'ancienneté de fonction en cette qualité à l'exception des étudiants en dernière année du second cycle des études médicales) peuvent être admis à signer les ordonnances sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent. Il s'agit :

■ des ordonnances de prescriptions de médicaments (à l'exception formelle

toutefois des médicaments inscrits au Tableau B car l'intéressé doit alors être titulaire du diplôme d'État de Docteur en médecine et inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins lui permettant ainsi l'exercice de la médecine selon les termes de l'article L.4131-1 du Code de la Santé publique,

■ des ordonnances de substances vénéneuses (conformément à l'arrêt du 9 août 1991 portant application de l'article R.5203 du Code de la Santé publique, dans les établissements mentionnés à l'article L.577 du même code, seuls les internes ayant reçu délégation peuvent prescrire des médicaments contenant des substances vénéneuses. Les F.F.I., en conséquence, n'y sont pas autorisés),

■ des ordonnances de traitements (y compris les cures thermales),

■ des ordonnances d'appareillage,

tout ceci, soit pour les malades hospitalisés lors de leur séjour ou au moment de leur sortie, soit pour les malades consultants externes.

Par contre, internes et F.F.I. n'ayant pas le titre de Docteur en médecine et non inscrits à un Tableau de l'Ordre départemental ne peuvent signer les certificats, attestations et documents mentionnés à l'article 76 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires et qui peuvent comporter des effets juridiques. Il n'existe pas de liste exhaustive des documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. On peut dire qu'il s'agit de tous les certificats médico-légaux ouvrant des droits aux bénéficiaires et qui sont opposables.

Seuls les médecins titulaires du diplôme d'État de Docteur en médecine et inscrits à un Tableau de l'Ordre départemental peuvent établir ces certificats (certificats de coups et blessures, certificats de décès, certificats effectués dans le cadre d'une HDT ou d'une HO,...).

Il en va de même des réquisitions d'ordre judiciaire pour expertise médicale. Au sein d'un établissement hospitalier, seuls les médecins Docteurs en médecine et inscrits au Tableau doivent répondre à une telle demande ; le médecin doit

ensuite apprécier si l'ordre de réquisition lui permet d'assurer sa mission dans les meilleures conditions (le Code de déontologie précise que : " la conscience professionnelle du médecin implique attention, disponibilité et compétence, ainsi qu'une juste appréciation des limites de cette compétence ").

Les statuts d'internes et F.F.I. ne permettent pas de telles réquisitions et, ces derniers n'encourent aucune sanction.

Attention, toute autre est la situation de l'étudiant titulaire d'une licence de remplacement lui permettant le remplacement d'un confrère exerçant en libéral. À cette occasion, le même étudiant voit son champ de prescriptions s'élargir. Un des exemples est celui du certificat de décès...

En conclusion, internes et F.F.I. sont donc limités dans leurs prescriptions médicales à la différence des médecins titulaires du Doctorat en médecine et inscrits au Tableau. Toutes ces limitations de prescriptions ne s'appliquent pas dans leur totalité à l'étudiant remplaçant en libéral titulaire d'une licence de remplacement, cependant le titre de Docteur en médecine avec inscription au Tableau reste obligatoire pour l'établissement de tous les certificats médico-légaux opposables.

■ PRESCRIPTIONS DES MÉDECINS RETRAITÉS

Un médecin retraité peut effectuer des prescriptions pour lui-même et ses proches, sans rédiger de feuille de soins. Pour qu'elles soient prises en charge par les Caisses d'Assurance Maladie, le médecin retraité doit être inscrit à un Tableau de l'Ordre.

■ **LE MÉDECIN REMPLAÇANT THÉSÉ et inscrit au Tableau** doit utiliser, lorsqu'il effectue des prescriptions destinées à ses proches, ses propres ordonnances plutôt que de rayer le nom d'un médecin remplacé.

L'ordonnance doit toujours comporter :

- la qualité et l'identité du médecin,
- son adresse,
- son numéro d'inscription au Tableau de l'Ordre,
- la date de sa prescription ainsi que sa signature. ♦

Les médecins à diplôme étranger

Dr François Rousselot



Il s'agit des confrères qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L.4111-1 du code de la santé publique exigées pour exercer la médecine en France.

Il faut réunir trois conditions cumulatives

- 1- de nationalité,
- 2- de diplôme,
- 3- d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins (condition subordonnée à la réalisation des deux premières).

De plus en plus souvent, des confrères médecins qui ne sont pas français et/ou qui n'ont pas de diplôme français viennent exercer la médecine dans nos départements.

1°) Où sont ces confrères ?

Ils sont nombreux à faire fonctionner divers services hospitaliers. D'autres s'installent en libéral. D'autres, enfin, viennent seulement pour une prestation de service ou un remplacement.

2°) Qui sont ces confrères ?

Trois grands cas de figure se présentent.

■ Envisageons tout d'abord le cas des confrères désireux de s'installer et d'exercer en France :

■ SOIT ils viennent de l'**Union Européenne** ou d'un état partie à l'accord sur l'espace économique européen (ex : Maroc, Tunisie...): la directive européenne 2005-36 s'applique à eux et précise les conditions que doit respecter leur cursus :

- durée des études de base : 6 ans,
- durée de la spécialisation : supérieure ou égale à 3 ans.

Il existe actuellement 17 spécialités (sur 52) communes à tous les états de l'UE.

L'analyse du dossier est faite essentiellement au niveau du CNOM. Mais ce sont les CDOM qui sont habilités à inscrire et qualifier les médecins.

L'intitulé du diplôme doit être celui de la directive 2005-36, et le candidat doit fournir un certificat délivré par son pays d'origine certifiant la conformité du diplôme aux dispositions de la directive européenne.

■ SOIT ils ne viennent pas de l'UE : ce sont des praticiens à diplôme hors union européenne (= **PADHUE**). Pour pouvoir exercer, ils vont devoir passer par la PAE (procédure d'autorisation d'exercer). Leur dossier, éventuellement eux-mêmes, passent devant une commission mixte : ministère / CNOM.

■ Envisageons maintenant la troisième catégorie de situation qui se présente, et celle-là vous intéresse directement puisqu'il s'agit de la Prestation de service. Il est tout à fait possible que vous y soyez confronté un jour ou l'autre, pour vous faire remplacer.

■ Selon l'article L. 4112-7 du CSP, un médecin peut exécuter temporairement ou occasionnellement des actes de sa profession sur le territoire français sans être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins. L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable dont les modalités sont fixées en Conseil d'État.

■ Le médecin doit répondre à un certain nombre de conditions pour pouvoir réaliser cette " prestation de service " :

- Être ressortissant d'un État membre de l'UE et titulaire de diplômes obtenus dans l'un de ces états.
- Être établi et exercer légalement la profession de médecin dans un État membre autre que la France.
- Avant la première prestation de service, il doit adresser au CNOM une déclaration, accompagnée de pièces justificatives.
- Il doit posséder une connaissance suffisante de la langue française.

En conséquence, les médecins qui souhaitent se faire remplacer par un médecin prestataire de service doivent s'assurer que leur remplaçant :

- maîtrise suffisamment la langue française ;
- a bien les compétences et les qualifications requises ;
- est bien assuré au titre de la RCP.

Votre Conseil Départemental de l'Ordre est bien sûr là pour vous aider.

J'espère que ces grandes lignes vous aideront à y voir un peu plus clair pour ne pas faire d'imprudences au moment de vous faire remplacer.

Quant aux procédures, complexes et souvent changeantes qui s'appliquent à nos confrères étrangers, elles s'apparentent parfois, pour eux, à un parcours du combattant. Cela traduit mal la reconnaissance que l'on doit à certains d'entre eux qui rendent depuis longtemps des services dans les postes souvent ingrats de nos hôpitaux. ■



Remise des bourses A.F.E.M.

Le 28 février 2008, le Conseil départemental de l'Ordre a accueilli les délégués de l'A.F.E.M. (Aide aux Familles et Entraide Médicale), Mme Bunetel de la Corrèze, Mme Vergnon, de la Vienne, et Mme Deblois, de la Haute-Vienne. Au cours de cette réunion amicale à laquelle participaient le Pr Bouquier, le Pr Labrousse, le Docteur Pouget (Corrèze), le Docteur Barris et les membres du Bureau du Conseil, des bourses

d'études ont été remises à plusieurs étudiants.

Étaient concernés : Laurent Couret, Paul Guibert, Étienne Peyrou et Mathieu Vignals.

Des aides aux études ont été attribuées à : Ela-Boula, Julie Hababou-Chauvin, Emmanuel Jouppe et Nicolas Guibert. Enfin, un ancien boursier avait accepté notre invitation : le Dr Pierre-François Montoriol.



L'agenda

du Conseil Départemental

- **7 novembre 2007**, le Docteur Leroy était membre du jury pour la remise des prix de Santé Publique, attribués par la CPAM de la Haute-Vienne.
- **14 novembre 2007**, les Docteurs Archambeaud et Bleynie ont rencontré Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de Limoges.
- **29 novembre 2007**, le Docteur Yann Dumas, Médecin conseil chef de la CPAM de la Haute-Vienne a été reçu au Conseil Départemental pour évoquer les règles de prescriptions réservées aux spécialistes, les génériques, les ALD et les ordonnances bizonnes.
- **4 décembre 2007**, le Docteur Leroy s'est rendu à la Préfecture pour participer à la réunion de mise en place du Conseil départemental de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue, les dérives sectaires et les violences faites aux femmes.
- **13 décembre 2007**, les Docteurs Archambeaud et Bleynie ont rencontré Madame Ratte, Préfet de la Haute-Vienne, au sujet de la permanence des soins.
- **14 décembre 2007**, le Docteur Texier a assisté à la réunion du CODAMUPS.
- **11 janvier 2008**, le Docteur Archambeaud était invité à l'audience solennelle de la Cour d'Appel de Limoges.
- **4 février 2008**, le Docteur Texier a participé au Conseil d'Administration du RSI (Régime social des indépendants).
- **19 mars 2008**, le Conseil Départemental a organisé une réunion générale de tous les coordinateurs de secteurs de permanence des soins de la Haute-Vienne dans le cadre de l'application de l'avenant n° 27 à la convention.
- **29 mars 2008**, 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. ■

Permanence des soins

Dr Jean-Paul Maureille

Non, Ubu n'est pas mort... entre la PDS et la sectorisation, la farce de la tragédie, la colère et le découragement, il y a de quoi alimenter les réunions médicales, les discussions syndicales ou les longues soirées d'hiver selon le goût de chacun.

La dernière élucubration ministérielle gère le nombre de secteurs d'une telle manière que les médecins se demandent sur quelle planète ils exercent, sur quelle lune et à combien d'années lumière ils vivent tant le ridicule des propositions est ubuesque !

En Corrèze, où après concertation, le Conseil Départemental a ramené le nombre de secteurs à 30, il est octroyé 8 secteurs de garde : par exemple, je vois bien un secteur regroupant Argentat, Saint-Privat et Beaulieu, si bien que le médecin de garde couvrirait un rayon de 50 km ! de nuit et en terrain inconnu !

Je crains qu'une seule visite suffise à remplir son emploi du temps... et à vider la maison médicale.

La sectorisation réduite pour des raisons purement comptables aboutit à la négation de la médecine d'urgence et de proximité ; les SMUR et SAMU interviendront plus rapidement et plus efficacement que les médecins généralistes ; tout ceci conforte la notion que la médecine d'urgence est une spécialité à part entière, spécialité exercée essentiellement à l'hôpital, et non pas partie prenante de la définition du spécialiste en médecine générale ; d'autre part, la France, semble-t-il, n'a plus les moyens de s'offrir des médecins généralistes tailleur et corvéables à merci, jour et nuit, quoique les réquisitions préfectorales semblent dire le contraire.

Dans un pays tel que le nôtre, la population peut espérer une prise en charge globale et permanente de sa santé ; c'est le rôle des politiques de faire un choix de service en fonction d'un budget ; trop longtemps les médecins ont payé de leur personne le fonctionnement d'un système aujourd'hui à bout de souffle ; je pense que, sans déroger à notre code de déontologie, les médecins généralistes, surmenés et malmenés, ont le droit et même le devoir de dormir les nuits et de se reposer le dimanche ; l'organisation de la permanence des soins devrait revenir à des organismes spécialisés dans l'urgence : il en existe déjà qui fonctionnent parfaitement bien ; l'ouverture des hôpitaux aux MG devrait permettre à tous ceux que ça intéresse de s'impliquer dans le système.

Sans perspective à long terme de l'évolution du corps médical et de l'exercice professionnel, toute solution relève d'un bricolage de fortune, fait à la va-vite, par des gens loin du terrain, qui brillent par la méconnaissance du problème et la profondeur du découragement du corps médical ; l'abondance comptable n'est sûrement pas le bon.

Je souhaiterais qu'une large écoute des confrères soit mise en place afin que chacun puisse donner son avis et proposer des solutions viables et acceptables... Les Conseils Départementaux sont les organismes les mieux placés pour ce faire ; n'hésitez pas à nous contacter. Merci de votre collaboration pour ce problème difficile. ■

FORMATION MÉDICALE CONTINUE DU LIMOUSIN

La 4^e Journée de Formation Médicale Continue du Limousin se déroulera le samedi 22 novembre 2008 à la Faculté de Médecine de Limoges.

Secrétariat : Lourdes Ferreira
Département Universitaire de
Formation Médicale Continue

**2, rue du Dr Marcland
87025 Limoges Cedex
Tél. 05 55 43 59 82
Fax 05 55 43 58 01**

INFO

L'URML du Limousin organise une " Formation initiale et continue des médecins généralistes du Limousin, à la régulation médicale libérale des soins non programmés, en Centre 15 ".

Cette formation s'adresse à tous les médecins généralistes de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne.

Elle se déroulera en 2 temps :

FORMATION A

Module 1 : samedi 7 juin 2008
Module 2 : samedi 28 juin 2008

FORMATION B

Module 1 : samedi 6 septembre 2008
Module 2 : samedi 20 septembre 2008

Pour que la formation soit complète, il est nécessaire de valider les 2 modules mais ils peuvent être validés dans un ordre indifférent. Un temps de formation sur site est aussi prévu ensuite.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez vous adresser à

Madame le Docteur Martine Prévost,
porteur du projet :

**URML du Limousin
34, rue Pétiniaud Dubos - BP 1257
87055 Limoges Cedex**