



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

n° 6

Bulletin de l'ORDRE DES MÉDECINS

NOVEMBRE 2008

Conseil départemental de la Haute-Vienne

Sommaire

■ Éditorial

■ Exercice professionnel

- Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès, p. 2 à 4
- Nécrologie p. 5
- Dossier génériques p. 6 à 9
- Pas de publicité p. 10
- Permanence des soins p. 11

■ Vie des commissions

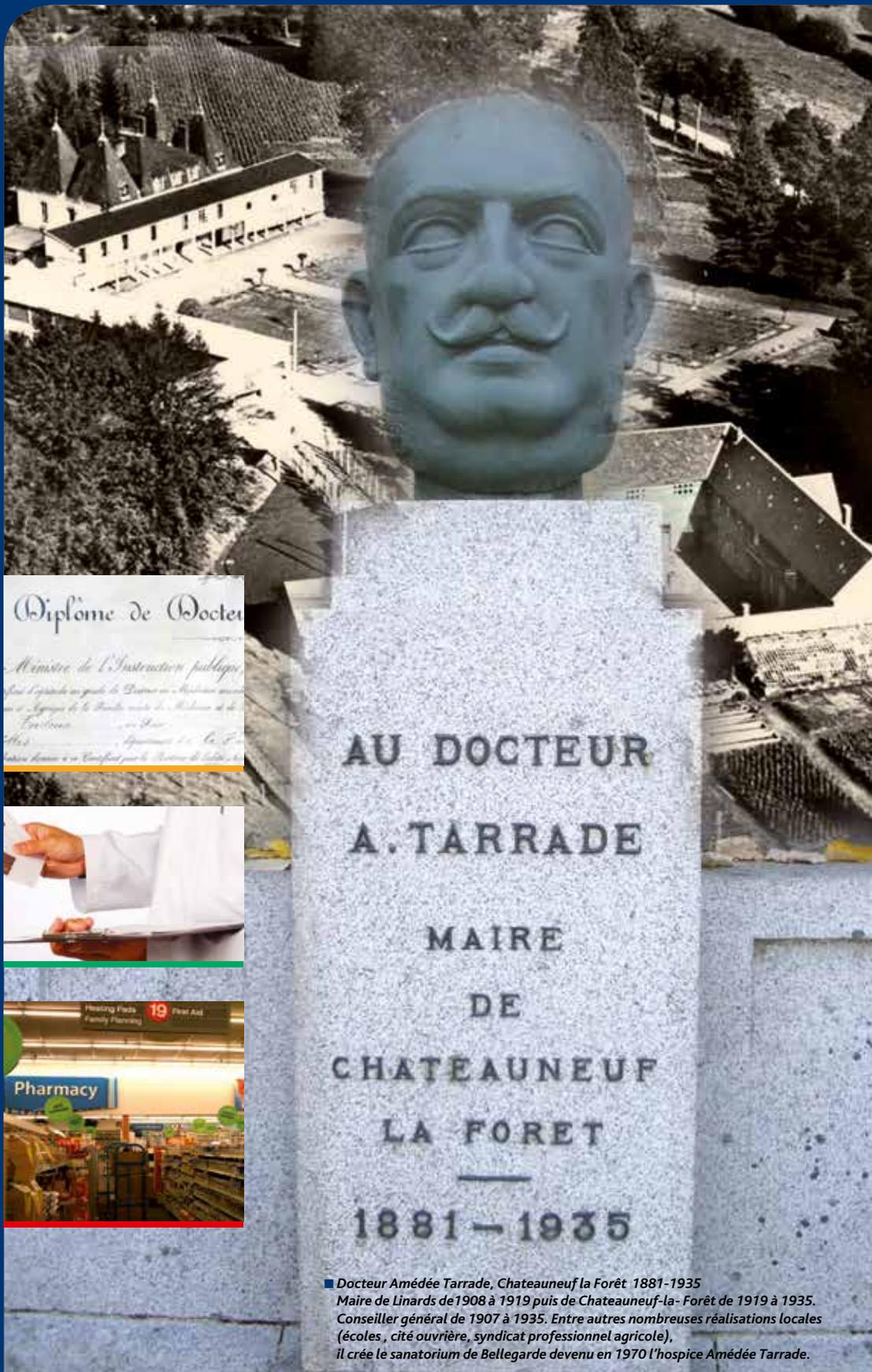
- À quoi servent les commissions p. 12 et 13

■ Vie du Conseil

- Nouveau Conseil Régional de l'Ordre p. 14 et 15

■ Informations pratiques

- Info honoraires p. 16
- Entretien prénatal précoce p. 16
- Appel à candidature p. 16
- Mises en garde p. 17
- Qualification en médecine générale p. 18
- Circulaires p. 18
- Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé p. 20 et 21
- Agenda p. 21
- Morsures canines p. 22
- Non obligation des certificat pré-nuptiaux p. 22
- Sécurité des manifestations sportives p. 22
- Tribune libre p. 23
- Conférences, formation p. 24
- Offres d'emploi p. 24



■ Docteur Amédée Tarrade, Chateaufort 1881-1935
Maire de Linards de 1908 à 1919 puis de Chateaufort-la-Forêt de 1919 à 1935.
Conseiller général de 1907 à 1935. Entre autres nombreuses réalisations locales
(écoles, cité ouvrière, syndicat professionnel agricole),
il crée le sanatorium de Bellegarde devenu en 1970 l'hospice Amédée Tarrade.

éditorial



Dr François ARCHAMBEAUD

Les bonnes résolutions de la rentrée

Comme d'autres à cette époque, le Conseil départemental n'en manque pas.

Notre première ambition serait de mieux communiquer, que notre rôle soit mieux connu des médecins.

C'est pourquoi nous avons, avec l'accord du Doyen de la Faculté de Médecine de Limoges, prévu, dès cette année, dans le cursus universitaire des étudiants, une information portant sur la structure et les fonctions de l'Ordre des Médecins.

Ensuite, nous mettrons en place, dès la fin de l'année, un site internet qui sera évolutif; dans un premier temps, il s'adresse à tous les médecins et nous y mettrons en ligne des informations ordinales générales répondant à des questions simples; des imprimés essentiels comme les demandes de remplacements ou les déclarations d'agression pourront être téléchargés.

Ce site nous permettra d'afficher les éventuelles cessions de cabinets, de même, les remplaçants pourront proposer leurs dates de disponibilité.

Bien sûr, notre journal demeure. Le témoignage du papier reste essentiel. Nous souhaitons, en outre, développer la rubrique des lecteurs qui, jusqu'ici, est restée lettre morte.

À l'inverse, le nouveau numéro RPPS (répertoire partagé des professions de santé) permet au Conseil d'améliorer la qualité de son registre et de mieux vous connaître. Il est essentiel de corriger les informations que vous avez reçues et qui sont parfois erronées ou incomplètes. En effet, à terme, l'Ordre sera le guichet unique de tenue du registre des médecins, le n° ADELI doit disparaître.

Les informations de ce fichier, qui est renseigné par un état déclaratif, seront certifiées et opposables, d'où l'importance de sa qualité.

Je tiens à insister aussi sur l'intérêt fondamental de l'entraide au sein du Conseil Départemental. Ne laissons pas se dégrader la situation de certains confrères. La conspiration du silence n'est pas la meilleure façon de les aider. Evitons que ce soient les malades qui fassent les signalements. C'est un sujet délicat mais important.

Bien sûr, notre but est toujours de veiller à la qualité des soins au patient tout en respectant les médecins. C'est dans ce sens que nous essayons de trouver actuellement des solutions pour adapter la permanence des soins à la démographie médicale des années à venir et à rendre plus attractive l'installation en milieu rural. Il s'agit d'une urgence actuelle car les effectifs des médecins ruraux devraient baisser de 50 % dans les 5 à 10 ans.

Enfin, après de longues années de cohabitation, nous voyons partir le Conseil Régional de l'Ordre vers de nouveaux locaux et de nouvelles attributions, nous prenons la résolution de conserver la qualité des liens qui ont toujours été noués.

INSCRIPTIONS

AU TABLEAU

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Dr BUIGUES René-Pierre
Santé Publique et Médecine Sociale
CHU Dupuytren à Limoges
08/10/2008

Dr CARDINAUD Noëlle
médecine générale - remplaçante
07/05/2008

Dr CASTAING Frédéric
médecine générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 11/06/2008

Dr DABBOUSSI-PERRUCHOT Valérie
angiologie - 8/10/2008

Dr DESFOUGERES Jean-Luc
médecine générale - CHU Dupuytren
à Limoges - 10/09/2008

Dr FLAHOU Philippe
médecine générale - R.S.I. du
Limousin à Limoges - 10/09/2008

Dr GIRARDOT Aurélie
psychiatrie - CH Esquirol à Limoges
07/05/2008

Dr GUILLOT Laure
spécialiste médecine générale
remplaçante - 10/09/2008

Dr HABONIMANA Désiré
neurologie - CH Esquirol à Limoges
02/07/2008

Dr JOIN Frédéric
spécialiste médecine générale - CHU
Dupuytren à Limoges - 11/06/2008

Dr JOURDES Laurence
médecine générale - remplaçante
02/07/2008

Dr LOURADOUR Christel
médecine générale - sans activité
02/07/2008

Dr OSSENI-YACOUBOU Sahadatou
gynécologie obstétrique - Centre
Hospitalier Saint-Junien - 9/01/2008

Dr PONSON-DEBORD Fabienne
biologie médicale - salariée à Limoges
11/06/2008

Dr RIVIERE Olivier
médecine générale - remplaçant
02/04/2008

Dr SABATIER Amélie
ophtalmologie - remplaçante
11/06/2008

Dr ZATTONI-LEROY Juliette
médecine générale - remplaçante
02/07/2008

QUALIFICATIONS

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Médecine Générale

Dr ANDRIEUX Martial
 Dr ARCHAMBEAUD François
 Dr BALDY Bruno
 Dr BARDET Jean-Marie
 Dr BARDOU Dominique
 Dr BARIAUD Antoine
 Dr BARRET Thierry
 Dr BEAUBATIE Christophe
 Dr BEGOT-VILLATTE Chantal
 Dr BEN RHAÏEM Nadia
 Dr BENVENUTO Carole
 Dr BESSE Jean-Pierre
 Dr BETTAYEB Kheira
 Dr BEZOT Charles
 Dr BIGOT Jean-Pascal
 Dr BILLY Valéry
 Dr BIOGEAU Frédéric
 Dr BIOUJOU Evelyne
 Dr BLEYNIE Philippe
 Dr BLONDIN Stéphanie
 Dr BOELY Éric
 Dr BOELY Thierry
 Dr BOIS Frédéric
 Dr BOIS Serge
 Dr BONNAUD Michel
 Dr BOQUEHO Séverine
 Dr BORDERIE Pierre
 Dr BOUCHER Catherine
 Dr BOUCHER Vincent
 Dr BOUILLAGUET Marie-Marcel
 Dr BOULESTEIX Catherine
 Dr BOURDEAU Gilles
 Dr BOURLOIS Réginald
 Dr BOURREL Frédéric
 Dr BOYER-PASSOUNAUD Marie-Noëlle
 Dr BREILLOUT Alain
 Dr BIRANCHON Rémi
 Dr BRISSAUD Jean-Jacques
 Dr BRUGERIE Alain
 Dr BRUNERIE Jean-Aimé
 Dr BRUNO Frédéric
 Dr BRUOT Grégoire
 Dr BRUZAT Annick
 Dr BUGEAUD Jean-Luc
 Dr BUISSON Jean-Gabriel
 Dr CAHEN René
 Dr CAIX François
 Dr CAPY Philippe
 Dr CARDINAUD Anne-Marie
 Dr CARRIER Marcel
 Dr CATTIER Jean-Michel
 Dr CAVALIER Myriam
 Dr CAVIGNEAUX Rémi
 Dr CAZAMAJOU Jean-Paul
 Dr CHABUT Éric
 Dr CHALARD Pascal
 Dr CHAMPEYTINAUD Catherine
 Dr CHARLES Marie-Noëlle
 Dr CHARMES Ludovic
 Dr CHASSAC-GEROUARD Liliane
 Dr CHAUVOIS Christian
 Dr CHEVRIER Pascal

Dr CHEVRIER-MALABARD Marie-Odetta
 Dr CLUZEAU Jean-Louis
 Dr COISNE Jean-Philippe
 Dr COLAS Jean-Claude
 Dr COLAS Jean-Pierre
 Dr COLAS Nicolle
 Dr COLIN-BUGEAUD Catherine
 Dr CONCHON Daniel
 Dr COQUILLAUD Bruno
 Dr CORDEAU Philippe
 Dr COULIER Béatrice
 Dr COUTURIER Marie-Claude
 Dr CROUZILLAC-COUTURIER Chantal
 Dr CUBERES Jean-Michel
 Dr CUEILLE Jean-François
 Dr DARS Philippe
 Dr DE SAMIE Chantal
 Dr DEBACQUE Isabelle
 Dr DEFAYE-MAZIN Monique
 Dr DEGUILLAUME François
 Dr DEGUINGAND Sylvie
 Dr DELAGE Pierre-David
 Dr DELAGE-POMMIER Magali
 Dr DELERON Jean-François
 Dr DELPEYROUX Christian
 Dr DEMAISON Jean-Pierre
 Dr DEMAY-FRACHET Sylvie
 Dr DEMONGEOT Franck
 Dr DEPRET-BIXIO Gérard
 Dr DESCHAMPS Fabienne
 Dr DESSOUDEIX Claire
 Dr DITLECADET Marc
 Dr DOLADILLE Frédéric
 Dr DUBOIS André
 Dr DUBREUIL Élise
 Dr DUCHEZ Paul
 Dr DUFOUR François
 Dr DUMAS Sophie
 Dr DUMOITIER Nathalie
 Dr DUPRAZ Pierre
 Dr DUTEILLE Jean
 Dr EGENOD Pierre
 Dr EL KADI Mazen
 Dr FAISANDIER Jean-Marie
 Dr FAUCHERY Pierre
 Dr FAURE Christian
 Dr FAUVET Jean-Jacques
 Dr FAUVET Laurent
 Dr FAYE-DEPRET Valérie
 Dr FEYFANT Yves
 Dr FIEVEZ Catherine
 Dr FONMARTY Jean
 Dr FONTAINE Christian
 Dr FONTAINE Xavier
 Dr FOURGEAUD Christelle
 Dr FORTANE Pierre
 Dr FRACHET Jean-Pierre
 Dr FURELAU-MEYNIER Marie-Paule
 Dr GAILLARD Pascal
 Dr GALAN Hélène
 Dr GANDOIS Jean-Loup
 Dr GANE Jean-Martial
 Dr GARNIER Philippe
 Dr GASPARD Eric
 Dr GATHIER François

Dr GAUDILLERE Eric
 Dr GAUDY Jacques
 Dr GIBOT Jean-François
 Dr GILBERT Eric
 Dr GILLY Frédéric
 Dr GODARD Séverine
 Dr GORY Stéphanie
 Dr GREBAUX Bertrand
 Dr GRIMAUD Philippe
 Dr GUERINEAU Jean-Pierre
 Dr GUILLOT-MARIAUD Marie-Claire
 Dr HERBACH Marie-Hélène
 Dr HERVY Bertrand
 Dr HOUDARD Gaëtan
 Dr ISSOULIE Françoise
 Dr IZAC Paul
 Dr IZARET-DELHOUME Agnès
 Dr JACQUINET Michel
 Dr JAMBUT Philippe
 Dr JAMILLOUX Dominique
 Dr JARDEL Philippe
 Dr JARRIGE Francis
 Dr JOFFRE Béatrice
 Dr JOFFRE Thierry
 Dr JOUSSAIN Jean
 Dr JULY Johan
 Dr JUSSEAUME Robert
 Dr LADROIT Didier
 Dr LAGRUE Sylvie
 Dr LAJOIX Laetitia
 Dr LAJOUX Jean-Louis
 Dr LAMBERT Jean-Michel
 Dr LARCHER Christiane
 Dr LASSALLE Jean-Luc
 Dr LAUXIRE Nicole
 Dr LEBLANC Roger
 Dr LEGELEUX Catherine
 Dr LEGRESY Daniel
 Dr LEGROS Jean-Pascal
 Dr LEMAIRE François
 Dr LEVENTOUX Jean-Paul
 Dr LEVEQUE Yves
 Dr LEVET-BOUTIN Anne-Marie
 Dr LEVY Daniel
 Dr LIEBERT Luc
 Dr LINET Jean-Claude
 Dr LIVERTOUT Denis
 Dr LORGET Isabelle
 Dr MA Pei Koang
 Dr MACLOUF Jean
 Dr MANEUF Jean-François
 Dr MANSOUR-KELADA Nancy
 Dr MARCHAND Alain
 Dr MARCHAND Annie
 Dr MARQUET Patrick
 Dr MARTAILLE Alain
 Dr MARTIAL Jean-Paul
 Dr MARTIAL Pierrette
 Dr MASSOULARD Fabrice
 Dr MAURIN André
 Dr MAZET Michel
 Dr MENARD Dominique
 Dr MENUSIER Maurice
 Dr MEYNIER Jean-Paul
 Dr MIGLIORINI Patrice

QUALIFICATIONS (suite)

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Dr MOLLAS-GORYL Carine
Dr MONDOLLOT Philippe
Dr MOREAU Hugues
Dr MOREAUD Evelyne
Dr MOREL Bertrand
Dr MOURIER-BERTIN Nicole
Dr NEGRIER Joseph
Dr NEUVIALLE Bruno
Dr NICOLAS Michel
Dr NICOT Philippe
Dr NOGRETTE Jean-Christophe
Dr NOUAILLE Jean-Jacques
Dr NOUHAUD Serge
Dr OLINET Bertrand
Dr OLIVET Christine
Dr OLIVIER Jean
Dr OLLIAC-DUFLOS Christine
Dr ONYIRIMBA Bartholomew
Dr OUDART Jean-Maurice
Dr OUDDA Abdelghafour
Dr PACAUD Vincent
Dr PAREL-DUPRAZ Geneviève
Dr PARINI Ghislaine
Dr PAUTHIER Pierre
Dr PAZIAULT Jean-François
Dr PELAUDEIX Martine
Dr PENAUD Patrick
Dr PEYRICHOUX Marie-Claude
Dr PEYROU Hélène
Dr PFENNIG Didier
Dr PINSON Ludovic
Dr PIRY Elisabeth
Dr PLAZANET-PEYRAT Marie-Thérèse
Dr POMPIER Cécile
Dr PONS Jean-François
Dr POULAIN Pierre
Dr PRADEAU Régis
Dr PRAT Jacques
Dr PRESINAT Christian
Dr PREVOST Martine
Dr RACHEZ Chloé
Dr RAGOT François
Dr RAISSON Marcel
Dr RATINAUD Didier
Dr REBIN Brigitte
Dr REMENIERAS Jean-Jacques
Dr RIBIERE-LOZES Anne-Marie
Dr RIEUNIER Yves
Dr RIVIERE Olivier
Dr ROBIN Jean-Noël
Dr ROCHETTE Thomas
Dr ROUCHAUD Eric
Dr ROY Sophie
Dr RUIZ Eliéos
Dr SAADA Sylvain
Dr SALOMON Eric
Dr SAUGET Vincent
Dr SOULLIER Julien
Dr SKOTOWSKI Jean-Marc

Dr TESSIER Roger
Dr TESTE Marianne
Dr TEXIER François
Dr TOMBELAINE Régis
Dr TOURAILLE François-Xavier
Dr TOURNET Agnès
Dr TRIAU Frédéric
Dr VALADOUX Guy
Dr VERNEUIL Christiane
Dr VEYSSIERE-CHEVRIER Catherine
Dr VIDAL Isabelle
Dr VILLATTE Jean-Luc
Dr YÉ Dominique
Dr YVARS Philippe
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Dr Bertrand GALISSIER
Gériatrie
Dr HURON-LE VEVE Myriam
Dr PICAT Marie-Agnès
Médecine du travail
Dr DRUET-CABANAC Michel
Dr EGENOD Dominique
Neurologie
Dr TRAORE Hamidou
Psychiatrie
Dr BERTHIER Marie-France

DÉPARTS

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Dr AUXEMERY-ERIN Christine
transfert vers l'Ille et Vilaine
Dr BARONI-LEGRAND Elsa
transfert vers le Rhône
Dr BEN RHAÏEM Mohamed
transfert vers le Tarn et Garonne
Dr CODRON Sandrine
transfert vers l'Aude
Dr DARGENT François
transfert vers l'Ille et Vilaine
Dr DESORMAIS Iléana
transfert vers la Corrèze
Dr D'IVERNOSIS Christophe
transfert vers les Pyrénées Atlantiques
Dr GIRARDOT Alexandre
transfert vers l'Aube
Dr GIRARDOT Aurélie
transfert vers l'Aube
Dr GUILLAUME Frédéric
transfert vers la Charente-Maritime
Dr LE BRUN Thierry
transfert vers la Gironde
Dr LEFORT-VANDROUX Catherine
transfert vers la Réunion
Dr LHEUREUX Denis
transfert vers la Vendée

Dr LIOZON Eric
transfert vers Mayotte
Dr MASSON Geoffrey
transfert vers la Réunion
Dr MUCKE Frédérique
transfert vers l'Ariège
Dr PALIER Jean-Michel
transfert vers la Dordogne
Dr RACHEZ Chloé
transfert vers le Puy-de-Dôme
Dr RICHARD Alain
transfert vers la Vendée
Dr VANDROUX David
transfert vers la Réunion

RADIATIONS

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Dr Jean-Claude FARGEAUD
radié à sa demande pour convenances
personnelles

RETRAITÉS

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Dr CARBONNIERE Jean-Pierre
cardiologue à la Clinique des Emailleurs,
le 01/07/2008
Dr DUFETELLE Jean-Pierre
stomatologue au CHU Dupuytren,
le 01/04/2008
Dr DUPUCH Yves
psychiatre à Limoges, le 01/12/2007
Dr PONS Elisabeth
médecin généraliste CHU Dupuytren,
le 01/04/2008
Dr RABILLER Martine
médecin rééducation et réadaptation,
le 01/07/2008

DÉCÈS

Du 20 / 03 / 2008 au 8 / 10 / 2008

Dr CRETEUR Emmanuel le 24/02/2008
Pr DANY Adrien le 02/07/2008
Dr PIMPANEAU Charles le 15/07/2008
Dr TOMASINI Pierre le 26/05/2008

NÉCROLOGIE

par le Pr Jean-Jacques Moreau

Hommage au Professeur Adrien DANY 1918-2008

Comment peut-on résumer en quelques mots 40 ans passés à servir la neurochirurgie ?

La vie professionnelle du Pr. DANY a été façonnée par 2 événements majeurs : la guerre et les 30 glorieuses.

Adrien DANY est né le 3 mars 1918 près de Thionville, en Lorraine occupée par les Allemands depuis 1870 ; il était le cadet des six enfants d'une famille d'agriculteurs. Après avoir été repéré pour ses capacités par l'instituteur du village, il lui a été conseillé de poursuivre ses études grâce à une bourse de pupille de la nation.

La vocation médicale et neurochirurgicale du Pr. DANY s'est concrétisée dans le service de son mentor le Professeur René FONTAINE à Strasbourg, où il a travaillé pendant 16 ans jusqu'en 1959. Mais préalablement, de 1941 à 1945, Adrien DANY est accueilli comme assistant faisant fonction d'interne en chirurgie dans le service particulièrement dynamique que créa René FONTAINE au Sanatorium de Clairvivre (Dordogne). C'est dans ce service universitaire rattaché à la faculté de Médecine de Strasbourg repliée par la guerre à Clermont-Ferrand que A. DANY a pu assister à ses premières interventions neurochirurgicales. Il y rencontre sa future épouse Marie Thérèse SCHAPPLER. Le recrutement des malades et blessés se faisait alors sur une vaste région : Dordogne, Corrèze, Lot, Haute-Vienne préfigurant ce que sera la région limousin et sa destination professionnelle future. Le service se mit rapidement à la disposition de la Résistance pour recevoir et traiter les blessés des maquis de la Région. Jusqu'à mai 1945, cette antenne chirurgicale fut rattachée administrativement à des Hôpitaux d'évacuation de la Première Armée de De Lattre de Tassigny et participe à la libération de la France.

En 1945, Adrien DANY se marie avec Marie Thérèse, future psychiatre, et dont il aura trois enfants (Catherine, François et Marie-Anne).

De 1945 à 1959 à Strasbourg, l'activité de neurochirurgie devait prendre son essor grâce au dynamisme de l'équipe du doyen FONTAINE de la faculté de Strasbourg. Au début des années 50, la neurochirurgie fut reconnue comme spécialité, il y avait environ 40 neurochirurgiens qualifiés ou en formation en France. L'ambition des jeunes neurochirurgiens était de parvenir tôt ou



tard à créer et à diriger un service de neurochirurgie. Noble tâche et rude tâche en

perspective. Mais les équipements hospitaliers de l'époque ne permettaient souvent pas la création de tels services dans les villes de moyenne importance, siège d'École de Médecine. C'est pour-quoi, beaucoup de neurochirurgiens de la génération du Pr DANY durent d'abord exercer leur spécialité en clinique privée avant de faire carrière dans les Hôpitaux Publics. En 1958, les collègues de la Clinique Bugeaud conseillèrent au Dr DANY de se joindre à leur groupe et de prévoir un certain nombre de lits équipés pour la neurochirurgie : en même temps, un embryon d'organisation en équipe multidisciplinaire voit le jour : avec le Docteur André VALEGEAS, qui installait une salle de neuroradiologie à côté de

la salle d'opération de neurochirurgie, le Professeur VALLAT neurologue, et Madame le Docteur LEPETIT responsable de l'anesthésie et de la réanimation. Pour consolider sa position hospitalière et universitaire le Pr. DANY préparait et passait avec succès 2 concours : l'Agrégation de médecine, à section neurochirurgie en juin 1961 et le concours de neurochirurgien des hôpitaux de Limoges en mai 1962. Dès lors, il ne restait qu'à organiser au mieux à la clinique Bugeaud et à l'hôpital les soins aux malades et blessés neurochirurgicaux.

Mais de graves difficultés allaient très rapidement survenir pour l'organisation de la neurochirurgie en raison du développement trop rapide de la spécialité et du recrutement trop important. Il en était d'ailleurs de même dans la plupart des Centres Neurochirurgicaux en France. Dès octobre 1963, le Pr. DANY demandait aux autorités compétentes la création d'un service de neurochirurgie. Début 1967, la section de neurochirurgie construite dans un bâtiment en préfabriqué était inaugurée et permettait de résoudre une partie des problèmes posés par la neurochirurgie à Limoges. Il était de plus en plus urgent de constituer une équipe neurochirurgicale sérieuse pour faire face à l'activité du service.

Madame PREVAUD, fut nommée surveillante du service. Le Pr. DANY fut nommé chef de service de neurochirurgie en 1968. Désireux d'exercer sa spécialité à plein temps au C.H.U. de LIMOGES, il demandait une extension du service de neurochirurgie dès 1969. Le pavillon Saint-Michel fut mis à la disposition du service de neurochirurgie ; ainsi le service

comportait 47 lits, ce qui permettait de faire face raisonnablement aux besoins de la région. Désireux de s'entourer de neurochirurgiens qualifiés ou en cours de qualification, il recrute dans le service en 1973, le Docteur RAVON, ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux de Lyon, et le Docteur BOKOR, ancien attaché de neurochirurgie des hôpitaux de Grenoble. Le Docteur RAVON était nommé sur concours en 1974, professeur agrégé de neurochirurgie. Avec ses collaborateurs RAVON et BOKOR, ils ont constitué pendant 10 ans, une équipe très unie et très solide. Tout en faisant toute la neurochirurgie, chacun d'entre eux s'était spécialisé dans certains domaines. L'ambiance de travail fut telle que bientôt vinrent se joindre à eux de jeunes internes, désireux d'être formés à la neurochirurgie.

En 1976, fut inauguré le nouveau C.H.R.U. de Limoges avec l'hôpital Dupuytren. La neurochirurgie fut installée au 5^e étage entre le service de neurologie et celui d'explorations fonctionnelles neurologiques.

Ce nouveau service de neurochirurgie de 60 lits comportait une section de réanimation neurochirurgicale de 8 lits et deux salles d'opération.

Ainsi tout était fait et prêt à Limoges pour continuer à développer la spécialité sur le plan clinique, de la recherche et de l'enseignement. De nombreux jeunes neurochirurgiens français et étrangers furent formés dans cette école.

Leur (Notre) réussite a récompensé ce pionnier de la neurochirurgie de tous les efforts déployés au cours des années 1960-1970. Nous lui en sommes tous redevables et reconnaissants.

Le Pr. DANY a pris sa retraite en 1986. Il demeurait très attaché à sa vie de famille, à ses trois enfants dont deux ont poursuivi la carrière médicale et à ses petits-enfants. Il passa une partie de ces années à la Martinique où il aimait séjourner entouré de sa famille.

Adrien DANY, outre la passion de la neurochirurgie, était un fêru de musique classique, de chant grégorien, d'art, de musée; il avait une passion pour les voyages.

On retiendra de sa personnalité, une grande fierté de ses origines modestes, un patriotisme sourcilieux lorsqu'il s'agissait de l'Alsace Lorraine, une affection pour le Limousin sa terre d'adoption où il repose désormais.

Il avait enfin une foi et un optimisme inébranlables pour l'avenir.

Le message qu'il aurait probablement souhaité faire passer aux médecins et futurs médecins pourrait se résumer dans l'amour du métier, la gentillesse, la disponibilité, le sens de l'éthique et la modestie. ■

DOSSIER « Que disent-ils sur les génériques? »

L'emploi du générique donne lieu à polémique. Ce type de médicament a une finalité économique (baisse de prix par la concurrence et non par la réglementation) et n'apporte aucun bénéfice pharmacologique par rapport au princeps. Cette économie se fait-elle aux dépens de la qualité des soins ? Une réflexion sur le sujet est proposée dans les pages qui suivent à partir des avis des médecins, des pharmaciens et de la Sécurité Sociale. Nous voudrions apporter quelques compléments :

- La qualité des génériques est, a priori, équivalente à celle des princeps lors du dépôt de dossier d'AMM ; elle est garantie par l'AFSSAPS et doit se maintenir dans le temps par une surveillance rigoureuse des matières premières employées pour la fabrication du médicament. On sait que la cinétique du générique est voisine de celle du princeps, lors de tests effectués chez des volontaires sains. Mais il n'y a pas d'études comparatives chez des malades, ou entre génériques. Ceci fait que la substitution peut poser des problèmes avec les médicaments à marge thérapeutique étroite (antiépileptiques, antidiabétiques,...). Au moindre doute, il ne faut pas hésiter à faire usage de la mention « Ne pas substituer ».
- La substitution conduit à des problèmes d'observance, certains malades ne comprenant pas que l'effet de deux médicaments d'aspect différent, puisse être identique ; il y a ainsi des chevauchements (princeps plus générique) ou des arrêts intempestifs de traitement. Ce point doit être précisément expliqué aux malades. A noter que cette substitution peut aussi s'effectuer entre génériques, ce qui ne manque pas de compliquer les choses.
- Le médecin n'est en général pas au courant des médicaments réellement délivrés ; c'est pourquoi il est important de toujours lui apporter un double de l'ordonnance après délivrance. La traçabilité devrait être assurée de manière à attribuer efficacité, et iatrogénie éventuelle, au « bon » médicament.
- Les pharmaciens devraient privilégier la substitution avec le générique de même forme pharmaceutique que le princeps. Il est souhaitable que les marques de génériques ne changent pas trop souvent dans les pharmacies, de manière à ne pas perturber les malades.
- Des génériques de médicaments différents d'un même laboratoire peuvent avoir des présentations proches, ce qui conduit à des confusions, notamment en gériatrie ; ceci devrait être mieux envisagé.

Au total, si le générique ne pose pas de problème pour un traitement nouveau et court, la substitution dans les traitements chroniques doit être mieux encadrée et mieux expliquée pour éviter d'entraîner des problèmes de pharmacovigilance. ■

Pr Louis Merle



Règle de délivrance des médicaments génériques pour les pharmaciens

Yves Tarnaud

Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

Le département de la Haute-Vienne est intégré au système de délivrance générique contre tiers-payant ou princeps ordonnance payante (remboursée ensuite par la caisse au patient sauf si la mention non généricable est inscrite sur l'ordonnance par le médecin prescripteur).

Les pharmacies doivent, à l'heure actuelle, atteindre un objectif commun égal à 81,80 % de délivrance générique sur un panel d'une trentaine de molécules représentatives des différentes classes thérapeutiques.

À chaque pharmacie, la caisse attribue un objectif personnel recalculé à la hausse chaque année.

Concernant la rémunération du pharmacien, la marge en euro est identique entre le princeps et le générique et les remises accordées par le Ministère ont été légèrement augmentées au titre de compensation pour le travail de substitution.

Ceci implique que les pharmaciens ne sont, ni pro ni anti génériques, mais doivent délivrer les médicaments en se soumettant aux obligations administratives qu'ils ne peuvent ignorer. ■



Les génériques : où en sommes nous ?

Dr Laurence Nancy

Pharmacien Conseil - Échelon Local du Service Médical de la Haute-Vienne

Le développement des génériques dans notre pays représente un enjeu important dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. Il a débuté beaucoup plus tard que chez nos voisins européens et depuis s'est fortement développé.

Un peu d'histoire

En France, la définition législative du médicament générique date de 1998 : « on entend par spécialité générique à une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées ».

Comme les autres spécialités pharmaceutiques, ces médicaments comportent des excipients à effet notoire ou non et ont une autorisation de mise sur le marché. L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont garantis par des études de bioéquivalence.

Il s'agit de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et dont le prix est d'environ 30 % moins élevé que celui du princeps.

Afin d'aider au développement des médicaments génériques, les Codes de la santé publique (CSP) et de la sécurité sociale ont défini les règles de prescription et de dispensation de ces médicaments et le droit de substitution a été accordé aux pharmaciens en juin 1999.

Ils sont inscrits dans le répertoire des médicaments génériques établi par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) (<http://agmed.sante.gouv.fr/>).

DOSSIER (suite)

Le pharmacien peut remplacer le médicament princeps prescrit par un médicament générique figurant dans ce répertoire, (article L.5125-23 du CSP). Le prescripteur peut refuser la substitution pour des raisons particulières tenant au patient par la mention manuscrite « non substituable » devant chaque nom de médicament (article R.5125-54 du CSP).

En 2002, l'accord conventionnel encourage les médecins à prescrire un médicament en utilisant sa dénomination commune (DC).

Depuis 2003, le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) est mis en place pour les médicaments dont le taux de substitution est faible. Il permet de fixer le niveau de remboursement de tous les médicaments d'un même groupe générique sur la base d'un tarif de référence.

Les conventions tant médicale que pharmaceutique rappellent le rôle moteur des professionnels de santé dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et dans le développement des génériques. Un protocole interprofessionnel est signé en 2006 favorisant leur prescription et leur délivrance.

En 2007, la définition du générique est élargie aux différents sels et autres dérivés d'une même substance afin d'éviter certaines stratégies commerciales des laboratoires mettant sur le marché de nouvelles molécules légèrement différentes pour freiner le développement des génériques.

Le dispositif « tiers payant contre génériques » est étendu aux pharmacies des départements dont le taux de pénétration est inférieur ou égal à 65 %. Le principe de ce dispositif est d'appliquer le tiers payant aux patients acceptant la substitution et de le refuser aux autres.

Ce dispositif a eu un impact important dans notre région. Le taux de substitution est passé de décembre 2006 à décembre 2007 pour la Corrèze de 67,3 % à 83,4 %, pour la Creuse de 65,7 % à 81,5 % et pour la Haute Vienne de 63,6 % à 79,8 %.

L'assurance maladie a sensibilisé les assurés à l'utilisation des génériques par des campagnes d'information et l'envoi

de courriers individuels. Les uns, destinés aux patients consommant peu ou pas de génériques. Les autres, aux patients ayant changé de comportement.

Actuellement, les délégués de l'assurance maladie présentent aux pharmaciens dans chaque officine l'accord conventionnel et leur objectif individuel de taux de délivrance de génériques pour l'année en cours.

Les caisses primaires d'assurance maladie et les services médicaux réalisent des actions de sensibilisation auprès de certains pharmaciens afin qu'ils poursuivent leur effort de substitution.

Les médecins sont encouragés à prescrire plus largement dans le répertoire des génériques. Ainsi l'avenant 23 à leur convention signé en 2007 prévoit un objectif collectif de 75 % de prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans ce répertoire..

Fin 2007, le taux de pénétration des génériques s'élève en France à 81,7 %. Il est comparable à celui de nos voisins européens.

Économies réalisées et comparaisons internationales

En 2007, comme en 2006, les économies relatives aux médicaments génériques s'élèvent à plus d'un milliard d'euros (données tous régimes).

Elles concernent l'augmentation de la pénétration des génériques, les baisses de prix des médicaments du répertoire, les mises en place de TFR.

La contribution des médicaments génériques à la maîtrise des dépenses de santé peut encore progresser. Elle correspondait, en valeur en 2005, à 17 % du marché officinal en France pour 25 % au Royaume-Uni, pays où les médecins prescrivent surtout en DC et 26 % en Allemagne.

En volume, la France est également classée dans les derniers avec un taux de 38 % du marché officinal (62 % aux États-Unis, 56 % en Allemagne, 57 % au Royaume-Uni).

L'évolution du répertoire des génériques de l'Affsaps joue un rôle majeur. Fin 2007, il comprenait 211 molécules. En France, moins de 50 % des médicaments

qui ne sont plus protégés par un brevet sont génériques (90 % aux États-Unis, 70 % en Allemagne, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni).

La France se distingue également des autres pays européens par un déplacement des prescriptions vers des médicaments plus onéreux, plus récents, non génériques et dont le service médical rendu est souvent équivalent.

Ainsi par exemple, les IPP consommés en France sont en volume à 51 % des génériques. En Espagne, le taux est de 84 %.

Une comparaison des consommations de cinq pays européens d'esoméprazole, IPP non généricable, a été réalisée. Elle est de 18 % en France contre 7 % au Royaume-Uni et 3 % en Espagne.

Cet état de fait concerne d'autres classes thérapeutiques.

Génériques et pharmacovigilance

Depuis la mise sur le marché des médicaments génériques, la Commission nationale de pharmacovigilance fait régulièrement le point sur ces produits.

Elle s'occupe, comme pour toute spécialité pharmaceutique de la surveillance des médicaments génériques. Elle exploite notamment les notifications d'effets indésirables transmises par les professionnels de santé.

En 2006, la Commission nationale de pharmacovigilance* a conclu à l'absence de problèmes de sécurité particuliers liés à l'utilisation des médicaments génériques.

Elle a émis des propositions pour en améliorer le bon usage.

Une enquête relative aux médicaments génériques des antiépileptiques a été réalisée en 2007. Elle fait suite à la prise de position contre la substitution générique des antiépileptiques de la Ligue française contre l'épilepsie du 3 juillet 2007.

Au vu des résultats de l'enquête, la Commission nationale de pharmacovigilance* n'a pas souhaité restreindre la substitution pour cette classe de médicaments. Elle a rappelé aux médecins la possibilité d'exclure la substitution par la mention « non substituable » sur l'ordonnance.

Conclusion

Les médicaments génériques sont une source d'économie pour l'assurance maladie. Un important potentiel d'évolution est possible. Sur la période 2007-2010, 64 nouvelles molécules passent dans le domaine public. L'économie prévue s'élève à 4,6 milliards d'euros. Elle permettra d'accompagner le progrès thérapeutique contribuant ainsi à une amélioration de la santé des patients.

Le développement des génériques sera possible grâce à l'investissement de tous : professionnels de santé - prescription en DC ou de générique, substitution - et assurés.

L'objectif étant de privilégier le meilleur rapport coût/efficacité thérapeutique tout en garantissant des soins de qualité.

**Commission nationale de pharmacovigilance - comptes rendus des réunions du mardi 16 mai 2006 et du mardi 29 janvier 2008-www.afssaps.sante.fr* ■

Pendant ce temps là, aux États-Unis...



Médecins traitants et génériques

Commission du bulletin

Dans ce triptyque sur les médicaments génériques, plutôt que de reprendre les nombreuses études documentées publiées sur ce sujet, nous n'avons souhaité que colliger, tel quel et sans aucun commentaire, les difficultés journalières rencontrées par des généralistes de notre département et leurs réflexions.

■ Tous mettent l'accent sur la confusion des patients, en particulier les personnes âgées sur les noms, l'aspect des boîtes et les présentations différentes du princeps et d'un générique à l'autre (couleurs, comprimés ou gélules).

• Erreurs d'autant plus fréquentes que le générique délivré sera différent d'une pharmacie à l'autre et, dans une même officine, au gré des renouvellements.

■ Réticence ou refus des patients.

• Argumentés : moindres effets des génériques - Effets secondaires autres que ceux du princeps.

• Ou non argumentés.

■ Excipients variables dont certains générateurs d'allergies ou d'effets secondaires (entre autres dans les collyres bêtabloquants).

■ Le dosage du principe actif est-il identique d'un générique à l'autre ?

■ La forme galénique différente ne garantit pas la même biodisponibilité, en particulier, dans les formes à libération prolongée.

■ Une quantité de nouveaux noms à mémoriser pour un produit dit identique.

■ Certains génériques ne sont pas dans le Vidal.

■ Il existe des médicaments princeps moins chers que certains génériques.

■ Un médecin ne peut retenir les prix des différents génériques et celui du princeps, d'autant que ces prix varient dans le temps : ce n'est pas toujours le même générique le moins cher.

■ Pourquoi les génériques ont-ils droit aux publicités TV ?

Quelques médecins se posent des questions sur l'industrie pharmaceutique

■ Les différences galéniques entre princeps et génériques seraient-elles dues à des brevets industriels protégeant certaines formules galéniques ?

■ L'industrie pharmaceutique paie la FMC ; elle a droit à un retour sur investissement.

Ou sur les pharmaciens :

■ Il a un intérêt financier à substituer, pas le médecin.

Tous dénoncent l'aspect purement comptable du générique qui « peut être mauvais pour le patient et indirectement pour le médecin et le pharmacien ».

La conclusion peut être celle d'un groupe de FMC où les médecins se disent prêts à prescrire des génériques dès lors qu'ils sont de véritables copies du médicament substitué (des clones) mais alors dans cette hypothèse « pourquoi des différences de prix si c'est la même chose ? » et s'ils sont au même prix « pourquoi des génériques ». ■



Pas de publicité

Dr Pierre Bourras

À la suite de la parution dans la presse locale d'articles sur les activités médicales d'un certain nombre de praticiens, le CDOM se doit de rappeler les règles fixées par les **articles 13, 19 et 20 du code de déontologie** sur les modes de communication et d'information du public par le corps médical.

Dans le cadre de l'information de portée générale sur les nouvelles maladies, techniques ou thérapeutiques, l'information peut devenir une occasion de se faire connaître à son avantage, l'intention publicitaire utilisant l'information, licite en soi, comme prétexte. **Le message transmis est débordé par l'impact publicitaire.**

Toute réclame est interdite, qu'elle émane du médecin lui-même ou des organismes auxquels il est lié directement ou indirectement, ou pour lesquels il travaille (établissements hospitaliers, centres, instituts, etc.). Sa participation à l'information du public doit être mesurée, et la personnalité du médecin, qui peut valoriser le message éducatif, doit s'effacer au profit de ce message **sans s'accompagner de précisions sur son exercice (type, lieu, conditions).**

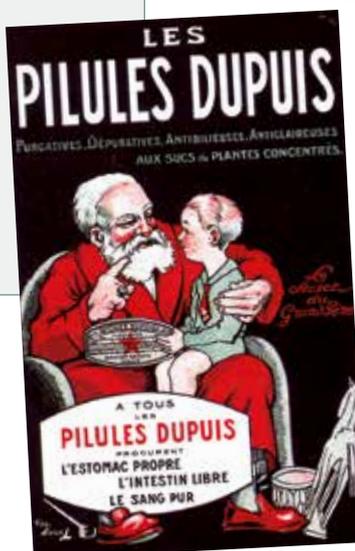
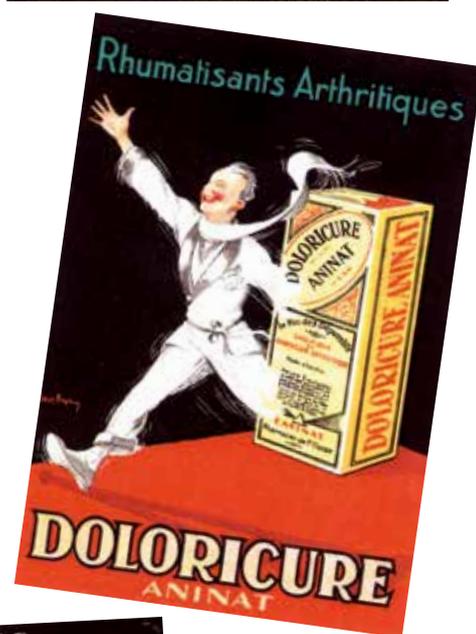
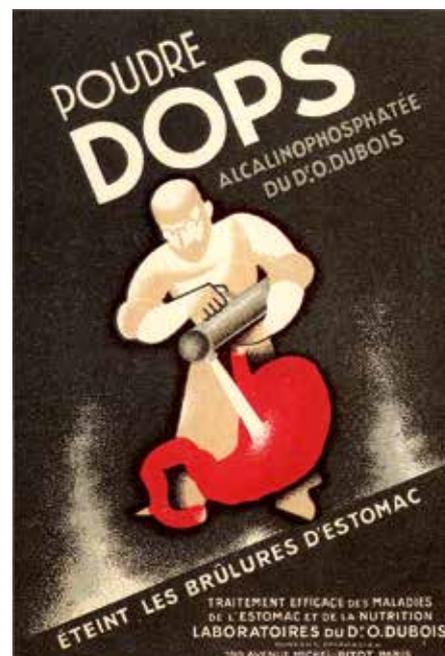
Si des informations médicales de caractère général peuvent se révéler justifiées de la part d'établissements commerciaux, la publicité doit se limiter aux prestations commerciales

(hôtelières, de confort). Dès que la publicité concerne les soins, elle interfère avec l'activité des médecins ou des auxiliaires médicaux astreints à des règles déontologiques.

Dans les litiges, le médecin faisant l'objet d'une plainte ne manquait pas de faire remarquer que la publicité émanait de l'organisme (cliniques, dispensaires, centres ou instituts) et non de lui. Dorénavant, il ne doit pas tolérer que les organismes publics ou privés où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité. Cette obligation a donc intérêt à figurer dans les contrats d'exercice et ne pourra que recueillir l'avis favorable des membres des commissions médicales d'établissement.

Sur le plan pratique :

- **Toujours exiger une lecture de l'article avant d'autoriser sa parution.**
- Et, en cas de présentation d'une nouvelle technique, avoir toujours l'honnêteté de mentionner les autres praticiens et / ou les lieux réalisant cette technique.
- Enfin, en cas de doute, ne pas hésiter à contacter le Conseil Départemental.



▶▶▶▶ Permanence des soins

Dr Philippe Bleyne

Secrétaire Général - Responsable de la Commission Permanence des Soins

Quelle permanence des soins, demain, en Haute-Vienne ?

Fin août, Madame le Préfet de la Haute-Vienne nous a transmis l'avis de la mission nationale d'appui concernant la permanence des soins libérale de la Haute-Vienne.

A partir de ce document, Madame le Préfet a retenu quatre axes de travail :

le premier axe de travail est celui que, nous, médecins, recevons le plus mal. Il fixe, en effet, un objectif de réduction de secteurs. Vous vous souvenez que la demande initiale du ministère était de passer de 31 à 17, voire 12 secteurs... Tout le monde s'était accordé à dire le caractère irréaliste d'un tel objectif dans l'état actuel de l'organisation de la permanence des soins en Haute-Vienne. Le nouvel objectif fixé (à savoir 24 secteurs) montre que nous avons été un peu entendus lors de notre audition à Paris par cette mission d'appui. Il reste qu'un objectif fixe à atteindre est donné, prenant probablement en compte des considérations purement comptables.

Le Conseil départemental de l'Ordre pense que ce n'est pas une bonne méthode. Le dialogue que nous avons avec tous les confrères effecteurs de la permanence des soins est complètement parasité par ce genre d'objectif. Nous avons fait savoir à Madame le Préfet que nous ne pourrions pas l'atteindre. Vous assurez une permanence des soins quasiment sans faille depuis des années. Nous considérons que cette donnée doit être prise en compte. Deux éléments essentiels doivent guider la modification de la sectorisation qui pourrait se faire dans les mois à venir :

1. s'assurer que le service à la population sera rendu comme il le faut ;
2. veiller aux secteurs où le nombre de médecins effecteurs est très bas car il ne paraît pas raisonnable de laisser de tels secteurs en l'état pour des raisons faciles à comprendre.

Le Conseil départemental de l'Ordre a toujours agi comme initiateur ou catalyseur d'amélioration de la sectorisation mais ce sont les médecins, eux-mêmes,



qui ont permis tous les progrès de ces dernières années.

Il semble que nous arrivions à une limite et nous ne sommes pas certains que les autorités de tutelle l'ont bien compris.

Les trois autres axes de travail prennent en compte des propositions faites par beaucoup d'entre vous depuis plusieurs années :

- la mise en place de points fixes de consultations ;
- des modifications de l'offre de soins en nuit profonde (cela suppose des moyens supplémentaires pour l'aide médicale urgente hospitalière) ;
- la prise en charge des transports des patients.

Nous pouvons tous regretter la baisse de la démographie médicale, particulièrement en milieu rural, mais c'est une réalité. Celles et ceux d'entre vous qui approchez de l'âge de la retraite, aimeraient bien avoir un successeur pour assurer le service de leurs patients. Vous savez combien cela est difficile, et un bon nombre de ceux qui s'arrêtent, ne trouvent pas de confrère ou de conseil pour prendre leur suite. Inévitablement, la permanence des soins, si la baisse de la démographie médicale se confirme, va devoir s'organiser différemment. Dans ces conditions, ce ne seront pas les

conditions comptables qui primeront mais le service des patients et un rythme de travail, pour les médecins, leur permettant de remplir leur tâche dans des conditions acceptables.

Les trois axes de travail cités ci-dessus nous semblent aller dans le bon sens. Il sera important que nous prenions notre part dans cette réflexion, en partenariat avec les autres interlocuteurs.

Certains d'entre vous penseront que cela marquera la fin de certaines valeurs de la médecine libérale... Je n'en suis pas si sûr... Sachons montrer nos capacités d'adaptation aux situations nouvelles qui se présentent à nous, tout en gardant le sens des responsabilités, qui est le nôtre.

Souvenez-vous, au début des années 2000, beaucoup s'étaient montrés réticents en passant d'une garde par clientèle (ou patientèle) à une garde sectorisée géographiquement... Quelques années plus tard, nous nous apercevons que cette évolution nécessaire, dans le cadre de la régulation par le 15, n'a sans doute pas terni nos relations avec les patients...

Les mois à venir sont pleins d'incertitudes concernant la permanence des soins et son évolution. Restons vigilants et ouverts et nous saurons ainsi préserver l'honneur de notre profession. ■

À quoi servent les commissions du conseil départemental ?

Dr Philippe Bleyne

Secrétaire Général

Le Conseil départemental de la Haute-Vienne se réunit une fois par mois pour étudier l'ensemble des dossiers qu'il a en charge de traiter. Ces réunions sont longues : débutant à 21 heures, elles se terminent rarement avant 23 heures 30, parfois c'est minuit ou plus. Le Conseil départemental est un lieu où l'on débat à partir d'une présentation faite par le Président ou un autre membre du Bureau. Le Bureau se réunit, en effet, chaque semaine pour gérer l'ensemble des dossiers mais c'est le Conseil départemental qui est l'instance décisionnelle.

La charge de travail d'un Conseil départemental est, sinon plus lourde qu'autrefois, certainement plus complexe. C'est pour cela qu'un travail en **commissions** s'est organisé ces dernières années. Les conseillers départementaux, titulaires ou suppléants, peuvent y être élus, comme la réglementation l'exige pour certaines commissions, ou s'y porter volontaires pour d'autres. Chaque commission a son rythme de travail et ses méthodes qui lui sont propres. Chacune a, à sa tête un responsable ou un président.

Vous trouverez, à la fin de cet article, la composition des commissions de l'actuel Conseil départemental. Tous les 2 ans, après chaque élection, ces commissions sont, de nouveau, constituées.

Voici en quelques lignes, les attributions de chaque commission :

Commission du bulletin

Elle est chargée de la rédaction du bulletin que vous êtes en train de lire. Ce ne sont pas forcément ses membres qui rédigent tous les articles mais ils se répartissent le travail pour solliciter les personnes compétentes en fonction des thèmes choisis. Il y a un rôle important de relecture de l'épreuve qui nous est fournie par la société qui réalise la conception avant l'impression définitive : c'est un travail méticuleux et astreignant. Il faut souligner la part importante que prennent nos deux secrétaires lors des différentes étapes de la préparation du bulletin.

Commission de conciliation

C'est une des commissions qui sont prévues par les textes réglementaires et que nous sommes donc tenus de mettre en place. Cette commission intervient à chaque fois qu'une plainte est déposée devant notre Conseil départemental. Avant transmission de la plainte au Conseil régional, qui est la juridiction de 1^{re} instance, une conciliation entre les différents acteurs de la plainte doit être organisée.

Cette réunion permet souvent de lever certains malentendus et d'aplanir les différends à l'origine de la plainte. Dans ce cas, la plainte est retirée à l'issue de la réunion de conciliation. D'autres fois, le plaignant maintient sa position. La plainte est alors transmise au Conseil régional. Les membres de cette commission doivent faire preuve de beaucoup de doigté pour ne pas « prendre partie » au cours des échanges.

La commission de conciliation doit intervenir assez vite pour permettre au Conseil départemental de respecter les délais réglementaires concernant l'instruction de la plainte et sa transmission au Conseil régional.

Commission des contrats

Selon l'article L.4113-9 du Code de la santé publique et l'article 91 du Code de déontologie, tous les contrats ayant pour objet l'exercice de la profession, doivent être communiqués au Conseil départemental de l'Ordre dans les trente jours qui suivent leur signature.

En pratique, les contrats sont souvent soumis à l'Ordre lorsqu'ils sont encore à l'état de projet.

Si l'Ordre peut donner un certain nombre de conseils lors de l'étude et la relecture des projets de contrats qui lui sont communiqués, le Conseil de l'Ordre ne dispose pas, pour autant, d'un pouvoir d'approbation en la matière, sa seule obligation étant de vérifier si les clauses du contrat ne sont pas contraires au Code de déontologie. En retour, des remarques sont faites si le contenu de certains articles est contraire à la déontologie.

Beaucoup de contrats sont très complexes. Dans ce cas, un avis est demandé au Conseil National de l'Ordre, qui dispose d'un service juridique assez conséquent. (Le Conseil départemental envisage de travailler plus étroitement avec l'avocat qui intervient déjà de façon occasionnelle).

Commission de l'entraide

Cette commission veut être le signe de la solidarité du Conseil de l'Ordre avec les confrères.

Cette solidarité peut prendre des formes très diverses. Elle peut être d'ordre matériel tout d'abord. Une aide ponctuelle peut être accordée dans des circonstances exceptionnelles (par exemple une aide au conjoint survivant à la suite du décès d'un confrère). Ce genre d'aide n'est accordée que sur proposition de la commission d'entraide, par le Conseil départemental et après étude sérieuse du dossier. Le Conseil départemental intervient également dans la constitution du dossier de demande d'entraide auprès du Conseil National.

En dehors de cette aide matérielle, nous souhaiterions que la commission soit une « oreille attentive » pour celles et ceux de nos confrères qui viennent exprimer au Conseil départemental des difficultés dans leur exercice professionnel. Cela peut passer par un soutien moral et par des conseils divers. La porte du Conseil départemental de l'Ordre sera toujours ouverte si vous souhaitez faire appel à nous.

Sachez aussi que, dans le domaine de l'entraide, le Conseil départemental contribue à aider par le biais de l'AFEM (Aide aux Familles et Entraide Médicale), des jeunes orphelins d'un parent médecin, pour la prise en charge de leurs études. Le choix du montant alloué pour de telles aides est évalué tous les ans par le Conseil départemental.

Commission de la permanence des soins

Vous savez que la permanence des soins est un des sujets sensibles sur lequel le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins est particulièrement engagé en Haute-Vienne. C'est, essentiellement, la permanence des soins des médecins généralistes libéraux qui fait l'objet de toutes nos attentions.

Nous avons pris une part importante dans la sectorisation géographique quand elle s'est faite en 2002, puis lors des modifications qui ont suivi.

Les membres de cette commission se réunissent plusieurs fois dans l'année. Comme ils sont issus de lieux divers de notre département, leurs rencontres permettent de faire remonter les opinions et les attentes des médecins effecteurs et régulateurs du département.

En dehors de ces réunions internes, il faut aussi participer aux séances de travail avec les partenaires concernés par la permanence des soins (médecins généralistes, Préfecture, DDASS, CPAM, Mission Régionale de Santé, ARH, SAMU, URML,...). Entre les réunions officielles et les contacts informels, il y a de quoi faire... !

Les membres de la commission de la permanence des soins ont aussi pour charge d'instruire les dossiers de demande d'exemption de garde. Chacun le fait, à son tour, selon un protocole précis et pour en rapporter, ensuite, les conclusions devant le Conseil départemental. Ce dernier vote ensuite, à bulletin secret.

Commission des relations médecins / industrie pharmaceutique

Cette commission examine toutes les conventions signées par nos confrères avec l'industrie pharmaceutique, en particulier, en matière de recherche et de formation. Il s'agit de vérifier qu'ils sont conformes à un certain nombre de critères et règles établis.

C'est un travail fastidieux... Il faut parfois rappeler à certains confrères qu'il y a des limites à ne pas dépasser...

Commission de qualification départementale de 1^{re} instance en médecine générale

Cette commission est prévue par les textes réglementaires. Le nombre de ses membres est fixé précisément : 5 titulaires et 5 suppléants.

Ses membres étudient les demandes des médecins généralistes qui souhaitent avoir la qualification de spécialiste en médecine générale. Un dossier incomplet nécessite une intervention particulière auprès du confrère pour obtenir des précisions.

La commission présente ensuite les dossiers au Conseil départemental avec l'avis favorable ou défavorable qu'elle a émis. C'est donc le Conseil départemental qui prend alors la décision de qualifier ou non chaque confrère.

Un refus de qualification peut faire l'objet d'un appel auprès du Conseil National de l'Ordre.

Cette commission n'aura qu'une durée de vie limitée puisqu'elle n'existera plus à compter du 1^{er} octobre 2010. Passée cette date, toute demande de qualification de spécialiste en médecine générale devra être examinée par le Conseil National. Il faut noter que, à ce moment là, les étudiants qui auront choisi la médecine générale auront cette qualification en terminant leurs études.

Commission d'examen des demandes de qualification en spécialité (pour les spécialités autres que la médecine générale)

Les membres de la commission s'assurent que le dossier comporte bien tous les éléments utiles à un examen objectif de la demande de qualification en spécialité, avant l'envoi au Conseil National pour examen par la commission désignée.

La commission départementale émet un avis concernant la justification de la demande.

Pour compléter cette présentation, vous trouverez dans le tableau ci-contre, la composition des commissions avec les responsables de chacune d'entre elles.

■ COMMISSION DU BULLETIN

Philippe BLEYNIÉ
Pierre BOURRAS (responsable)
Joël MALGOUYARD
Patrick MOUNIER
Vincent PACAUD
François TOURAINE
Anne-Marie TRARIEUX

■ COMMISSION DE CONCILIATION

Philippe BLEYNIÉ
Pierre BOURRAS
Robert JUSSEAUME
Michel MAZET
Bernard PAPEL
Anne-Marie TRARIEUX (responsable)

■ COMMISSION DES CONTRATS

Philippe BLEYNIÉ
Vincent LEROY (responsable)
Vincent PACAUD
Jean-Jacques TEXIER

■ COMMISSION DE L'ENTRAIDE

François ARCHAMBEAUD
Antoine BARIAUD
Bernard BOULLAUD
Anne-Marie CHAPUT (responsable)
Antoine GERARDIN
Bernard PAPEL
Jean-Jacques TEXIER

■ COMMISSION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Luc AUBANEL
Philippe BLEYNIÉ (responsable)
Michel BONNAUD
Marcel CARRIER
Michel JACQUET
Patrick MILLET
Eric ROUCHAUD
Vincent SAUGET

■ COMMISSION RELATIONS MÉDECIN/ INDUSTRIE

Eric ROUCHAUD
François TOURAINE (responsable)

■ COMMISSION DE QUALIFICATION SPÉCIALITÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Titulaires
Luc AUBANEL
Antoine BARIAUD
Marcel CARRIER (Président)
Vincent PACAUD
Eric ROUCHAUD
Suppléants
Robert JUSSEAUME
Jacques LAMOURAUX
Michel MAZET
Ludovic PINSON
Vincent SAUGET

■ COMMISSION D'EXAMEN DES DEMANDES DE QUALIFICATION (CNOM)

Bernard BOULLAUD
Florence DUCHE
Ludovic PINSON

À propos du nouveau Conseil Régional de l'Ordre

Dr Michel Barris

Une page s'est récemment tournée, en raison de la réforme des Conseils Régionaux de l'Ordre (entrée en vigueur depuis le printemps 2007) et il nous a paru opportun de présenter, dans ces colonnes, le nouveau visage et les nouvelles fonctions du CROM du Limousin.

Avant l'application de la Loi du 4 mars 2002, le CROM n'avait qu'une fonction disciplinaire (et statuait également en cas d'« état pathologique » concernant un confrère).

Désormais, le CROM est doté d'une fonction administrative, en étant chargé d'assurer la représentation de l'Ordre (et donc des médecins) auprès de toutes les structures régionales de santé, rôle qui s'avèrera donc fondamental, à l'heure où vont se mettre en place les futures Agences Régionales de Santé et se développent les associations de patients.

La Loi avait également prévu que les CROM devaient accueillir les nouvelles structures de FMC et assurer (en tant que personne morale) la gestion budgétaire du fonctionnement de l'E.P.P. et de la F.M.C. Comme chacun le sait, cette fonction (également fondamentale à notre avis) est, pour l'instant, restée lettre morte suite à la décision unilatérale prise l'an dernier par Madame le Ministre de la Santé (qui n'a pas prévu de « plan bis »). Nous avons toutefois bon espoir que, grâce à l'action du Conseil National (et plus particulièrement celle du Président LEGMANN), les CROM retrouveront prochainement toutes leurs prérogatives dans ce domaine.

La Loi a également réformé les fonctions disciplinaires en instituant, au niveau régional, une chambre disciplinaire de 1ère instance (adossée au CROM), désormais présidée par un magistrat de l'Ordre Administratif (en Limousin, il s'agit du Président du Tribunal Administratif) et en donnant au plaignant le statut de « partie » (et non plus de « témoin » comme auparavant).

Les « états pathologiques » sont dorénavant gérés par la « Formation Restreinte » du CROM, en totale indépendance (et l'on ne peut que s'en féliciter) de la chambre disciplinaire.

Ces nouveaux CROM ne concurrencent bien évidemment pas les Conseils Départementaux qui gardent toutes

leurs prérogatives (et gagnent même, à travers leur représentation au sein du CROM, un lieu d'expression supplémentaire).

Il n'est pas question de terminer cette brève présentation (plus développée dans les articles suivants) sans remercier très sincèrement tous ceux auxquels le CROM du Limousin est redevable, en premier lieu le C. D. de la Haute-Vienne (et à travers lui ses Présidents successifs), qui nous accueillait jusqu'à présent. En effet, le CROM du Limousin a désormais (comme la Loi lui fait obligation) de nouveaux locaux, à Limoges (au 27, bd Gambetta).

Merci également aux secrétaires du Conseil Départemental de la Haute-Vienne et plus particulièrement à Mme Monique DENIS, qui a brillamment assuré, tout au long de ces dernières années, la gestion administrative du CROM. Lui a succédé (au poste de secrétaire et de greffière de la chambre disciplinaire) Mme Catherine LABIDURIE.

Toute notre gratitude également à M^e Pierre MOREAU, brillant juriste, dont le rôle et les conseils judicieux au sein de la chambre disciplinaire ont été prépondérants tout au long de ces années.

Nous n'oublierons pas non plus de rendre hommage à tous les anciens Présidents du CROM du Limousin, en particulier au Pr. UMDENSTOCK et au Dr Philippe MAILLASSON (toujours très présent au sein de la désormais chambre disciplinaire de 1ère instance) et d'avoir une pensée pour notre confrère et membre titulaire de la Chambre Disciplinaire de 1ère instance, le Docteur Pierre BACHELERIE, récemment décédé.

Remerciements également aux responsables de ce Bulletin, pour avoir permis au nouveau CROM du Limousin de se présenter aux confrères.

Dans un prochain bulletin, nous aborderons la réforme de la Chambre Disciplinaire et de la Formation Restreinte.

NB : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin
27, bd Gambetta 87000 Limoges
tél : 05 55 79 85 40 - fax : 05 55 79 86 45



Dr Michel BARRIS
Président



Dr Joël MALGOUYARD
Secrétaire Général



Dr Pierre GOUDEAUX
Trésorier

limousin@crom.medecin.fr



Pr Jean-Marie BONNETBLANC
Titulaire



Dr Marcel CARRIER
Suppléant



Dr Gérard COLIN
Suppléant



Dr Mazen EL KADI
Suppléant



Dr Christian LAFLEUR
Suppléant



Dr Rémi MAGHIA
Suppléant



Pr Claude PIVA
Titulaire



Dr François ROUSSELOT
Titulaire



Dr François-Pierre SAVY
Suppléant



Dr Philippe TAPIE
Titulaire



Dr Jean VRIGNEAUD
Titulaire



Catherine LABIDURIE
*Secrétaire du CROML
et greffière de la Chambre
Disciplinaire*

Info honoraires

Une de nos consœurs, exerçant en milieu rural, nous avait fait part de ses difficultés à percevoir les honoraires auprès de certains patients, non titulaires de la CMU, en particulier en matière de permanence des soins, après actes régulés par le 15. Elle nous interrogeait sur l'éventuelle possibilité d'un tiers payant pour ces actes régulés.

Nous avons interrogé Monsieur le Directeur de la CPAM à ce sujet. Voici la réponse qu'il nous a fournie. Vous verrez qu'il répond également à une autre question que nous lui avons posé concernant les indemnités (ID et IK) de déplacement à la suite de l'augmentation du prix des carburants.

« J'ai bien pris connaissance de votre courrier dans lequel vous me faisiez part des problèmes de certains médecins, rencontrés dans le cadre de la permanence des soins, mais je ne suis pas en mesure d'y apporter une autre solution.

En effet, la convention nationale des médecins stipule dans l'article 2 de l'avenant n° 8 que :

« Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R.732 du Code de la santé publique, le patient bénéficie de plein droit d'une

dispense d'avance des frais. Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'Assurance maladie obligatoires. »

Le patient ne fait donc pas l'avance de la part de l'Assurance maladie mais doit acquitter au médecin le montant du ticket modérateur et, le cas échéant, se faire rembourser par son organisme complémentaire.

Ainsi le remboursement de ces prestations n'étant pas soumis à la modulation du ticket modérateur prévu dans le cadre du dispositif de parcours des soins, la caisse rembourse au médecin 70 % des honoraires et le patient doit lui régler 30 %.

La réglementation en vigueur ne me permet pas de prendre en charge intégralement ces actes même s'ils sont régulés par le Centre 15.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'augmentation du prix des carburants, il est vrai que celle-ci impacte l'ensemble de la population, professionnels et particuliers. Pour les médecins libéraux, il revient aux syndicats nationaux signataires de la convention d'en débattre lors des négociations conventionnelles ou éventuellement à votre instance nationale de s'entretenir directement auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ». ■

Entretien prénatal précoce

Dr Evelyne MILOR



Afin de suivre les préconisations du plan périnatalité et les recommandations de l'HAS, le Groupement de Santé Publique du Limousin met en place dans la région une organisation coordonnée qui va

permettre à toutes les femmes enceintes qui le souhaitent, de bénéficier d'un entretien prénatal précoce.

L'objectif est de dépister tout risque médical, social, psychologique, qui pourrait venir compromettre le bon déroulement de la naissance, et d'assurer, quand cela est nécessaire, un suivi adapté.

Cet entretien doit être mené au 4^e mois de grossesse, en couple ou individuellement, et conduit par des sages-femmes spécifiquement formées à cet effet. Il est pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie. Les patientes recevront avec leur carnet de maternité, une note les informant des modalités d'accès à cette consultation particulière.

Le Groupement de Santé Publique du Limousin remercie les praticiens de bien vouloir contribuer à la diffusion de cette information auprès des femmes enceintes dont ils assurent le suivi.

Contact GRSP / programme santé de la mère et de l'enfant :
Mmes P. Viale et C. Courty, Dr E. Milor,
DRASS Limousin 05 55 45 80 80

Appel à candidature des médecins relais pour les injonctions thérapeutiques

Le décret n° 2008-364 du 16 avril 2008 instaure les médecins relais pour le suivi des mesures d'injonction thérapeutique.

Le médecin relais est inscrit, à sa demande, sur une liste départementale établie par le Préfet (art. R 3413-2). Il doit être inscrit au Tableau de l'Ordre depuis au moins 3 ans, ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs. Il ne doit pas faire l'objet d'une sanction devenue définitive d'interdiction permanente ou temporaire assortie ou non du sursis. Il ne peut pas assurer le traitement ou la surveillance médicale de la personne soumise à la mesure d'injonction thérapeutique.

Le déroulement de l'injonction thérapeutique :

■ l'autorité judiciaire transmet au préfet dans les 15 jours, les pièces correspondant aux mesures d'injonction thérapeutique prononcées,

■ le préfet communique sans délai ces pièces au médecin relais qu'il a désigné,

■ le médecin relais a un mois pour examiner la personne et faire connaître à l'autorité judiciaire son opinion sur la nécessité d'une mesure d'injonction thérapeutique. S'il la juge opportune :

- il informe la personne et l'invite à choisir un médecin destiné à assurer la prise en charge médicale. Il informe par écrit ce médecin de sa mission.

- il contrôle l'application de la mesure et refait un examen au 3^{ème} et au 6^{ème} mois puis tous les 6 mois si la mesure se poursuit.

Pour plus de renseignements ou si vous souhaitez être inscrit(e) sur la liste « médecins relais », vous pouvez vous adresser directement à :

Dr Marie-Hélène DESBORDES,
médecin inspecteur de santé publique
tél. 05 55 11 54 23
e.mail :
marie-helene.desbordes@sante.gouv.fr
ou
DD87-SANTE-PUBLIQ-PREVENTION
@sante.gouv.fr

MISES EN GARDE

Annuaire professionnels

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a été, à de nombreuses reprises, alerté par les Conseils départementaux et les médecins sur des formulaires adressés aux médecins par des sociétés proposant de mettre en ligne leurs coordonnées professionnelles.

En tout état de cause, la DGCCRF invite l'ensemble des médecins victimes de publicité trompeuse ou de nature à induire en erreur, à contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société, ce qui entraîne son annulation. Le contrat doit être contesté dans le délai d'un an depuis le moment où l'erreur a été découverte.

Si, malgré la contestation du contrat, la société insiste pour que le médecin effectue le règlement des sommes, celui-ci peut faire valoir que le contrat a été annulé et refuser de faire suite aux différentes sommations de payer.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins recommande donc :

- L'extrême vigilance dans la lecture et l'examen de ces propositions d'insertions dans les annuaires professionnels ;
- De saisir la **Direction Départementale** de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, d'une plainte, si l'entreprise a son siège en France, une infraction de publicité trompeuse peut être relevée.
- De saisir la **Direction Régionale** de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, d'une plainte (192 avenue Thiers, immeuble Auréallys, 69457 LYON Cedex 06) et de contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société, si l'entreprise a son siège hors de France.

Pour des informations complémentaires vous pouvez consulter la page internet de la DGCCRF sur les propositions d'insertion dans les annuaires professionnels :

http://www.minefi.gouv.fr/DGCCRF/profil_entreprises/annuaires_prof.htm



Le Conseil National de l'Ordre des Médecins communique

Un certain nombre de conseils départementaux ont été destinataires des conventions de participation proposées par la Société ALLERGAN à nos confrères afin de les faire figurer sur l'annuaire du site SOFTLIFTING.

La société ALLERGAN ayant fait part de son projet au Conseil national de l'Ordre des médecins, le Bureau, sur proposition de la Section Éthique et Déontologie, a conclu à une violation du code de déontologie médicale et a mis en demeure la société ALLERGAN de renoncer à son projet.

Dès lors, si malgré cet avis défavorable du Conseil national, des médecins de votre département adhéraient à ce programme et vous transmettaient ce contrat, il vous appartiendrait de les mettre en garde et en cas de persistance de les déférer devant les juridictions disciplinaires.

Mise en garde Weight Watchers

Dr Philippe Bleyne

Monsieur le Docteur Jacques AIMEDIEU, Médecin-conseil à la MSA du Limousin, nous avait alerté, au mois de mai 2008, concernant un courrier reçu de la société Weight Watchers.

Dans un document adressé à certains médecins, cette société promet un nouveau programme d'amaigrissement, sous le nom de FlexiPoints Plus.

Dans ce cadre, la société contacte les médecins, leur propose une visite découverte et leur adresse :

- divers documents (fiches, dépliants) à mettre dans leur salle d'attente ;
- des bons de visite découverte à remettre aux patients sur lesquels serait apposé le cachet du médecin.

Il ne semble pas que le médecin recevrait personnellement un avantage pour la « collaboration » apportée.

Nous avons interrogé le Conseil National de l'Ordre des Médecins au sujet de cette affaire. Il nous a confirmé que les médecins ne peuvent pas participer à cette opération promotionnelle.

Merci à vous d'être vigilant et merci au Docteur Jacques AIMEDIEU de nous avoir alertés.

Qualification en médecine générale

Dr Éric ROUCHAUD

Compte-rendu de la réunion ordinaire du 17 mai 2008 à Paris

(en présence du Docteur Xavier Deseur)

- Au 15 mai 2008, 20798 médecins ont été qualifiés médecins spécialistes en médecine générale, 69 dossiers sont en appel, soit 0,003 %
- La qualification en médecine générale est une qualification d'exercice de la médecine générale. Le processus a été institué afin d'éviter toute discrimination liée à l'application de la directive européenne 2005 - 36 et aussi pour être en conformité avec les derniers promus en médecine générale de novembre 2007.

Modalités de qualification individuelle de médecin spécialiste en médecine générale

- le médecin doit faire une demande **individuelle** apportant la preuve de son exercice **effectif** en médecine générale (questionnaire officiel non transformable, pouvant être accompagné d'un C.V. détaillé).

Les critères

Ils sont laissés à l'appréciation des conseils départementaux et permettent au médecin de justifier son exercice effectif de la médecine générale.

Cette liste n'est pas exhaustive et tous ces critères ne doivent pas être nécessairement satisfaits.

■ Quelques éléments d'appréciation

- structure : publique, privée, libérale ou salariée,
- mode d'exercice : plein temps, remplaçant, retraité remplaçant, collaborateur libéral ou salarié,
- libellé des ordonnances (la mention « médecine générale » doit y figurer),
- nombre de patients ayant désigné ce médecin généraliste en qualité de médecin traitant (document CPAM),
- participation volontaire à la permanence des soins au Centre de régulation médicale,
- FMC en médecine générale effective (Formation Médicale Continue),
- Adhésion à un processus d'évaluation des pratiques professionnelles de médecine générale (EPP),

- participation à des réseaux de soins en médecine générale,
- fonction d'enseignant en médecine générale (maître de stage),
- étude du profil d'activité (TSAP ou SNIR).

■ Après concertation avec les commissions d'appels, trois nouveaux critères ont été définis :

- 3 ans d'exercice de la médecine générale en continu,
- **moins de 3 ans d'interruption d'exercice** de la médecine générale, sous réserve que le médecin ait continué sa FMC en médecine générale,
- remplacement en médecine générale à plus de 50 %.

Au terme de l'analyse du dossier par la commission de qualification, le conseil départemental se prononce :

- soit la décision est favorable : le médecin est reconnu et inscrit spécialiste en médecine générale,
- soit la décision est défavorable : le médecin peut faire appel de la décision rendue, dans un délai de deux mois. Cet appel est alors étudié par la commission d'appel en médecine générale

Quid des médecins à exercice particulier (MEP)

- Médecins à exercice particulier à orientation thérapeutique (homéopathie, ostéopathie, acupuncture) : ils ne peuvent se décoder d'un acte médical princeps (interrogatoire, inspection, examen clinique, synthèse diagnostique), puis « orientation thérapeutique » éventuelle, si celle-ci est opportune.
- le conseil national leur recommande de demander leur « spécialité en médecine générale » tout en respectant au mieux les critères d'exercice de la médecine générale énoncés par les commissions départementales de qualification.
- À priori, ces orientations thérapeutiques ne seront pas des spécialités reconnues sur la totalité du territoire européen
- Médecins à exercice particulier ayant un diplôme reconnu par 2 / 5 des pays européens : c'est en particulier le cas

de l'allergologie, capacité et DESC 1 en France, mais reconnue spécialité dans 2 / 5 des pays européens. Ces médecins pourraient, à terme être naturellement reconnus spécialistes en application de la directive européenne 2005 - 36.

- le Conseil National leur recommande, ainsi qu'aux représentants de leur discipline, de faire évoluer dès à présent leur diplôme en DESC 2, afin d'officialiser leur « spécialité » en France.

• Médecins à exercice particulier dont les diplômes ne peuvent bénéficier d'une reconnaissance implicite, en application de la directive 2005-36 (règle des 2 / 5) : ils ne sont pas directement rattachables à « l'exercice de la médecine générale » et ont peu de chances d'être reconnus spécialistes actuellement (angéiologie - capacité ; médecine d'urgence - capacité, DESC 1 et reconnue spécialité dans neuf pays européens ; nutrition - DESC 1). Le Conseil National leur recommande de :
- faire évoluer leur discipline d'exercice vers une DESC 1, puis peut-être vers un DESC 2, en ce qui concerne l'angéiologie ;
- faire évoluer leur discipline d'exercice vers un DESC 2, en ce qui concerne la médecine d'urgence et la nutrition, ou de se rapprocher d'une spécialité déjà existante (exemple de l'endocrinologie et métabolismes pour la nutrition).

Que deviennent les « rejetés » ?

- l'universalité du diplôme reste. Le médecin généraliste non spécialiste n'est pas une honte. L'exercice d'un MEP peut être exclusif,
- en cas d'arrêt d'activité supérieur à 3 ans, il existe un projet de diplôme inter-universitaire de « remise à niveau » avec bilan de compétence, formation à la carte... avec stage chez le praticien, DIU de réadaptation à la médecine générale (revues...)

Toujours est-il qu'il est urgent de faire sa demande de qualification de spécialiste en médecine générale :

date limite 1^{er} octobre 2010 !!



Circulaires

IMMATRICULATION A L'URSSAF des MÉDECINS et ÉTUDIANTS en MÉDECINE REMPLAÇANTS

L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) nous a indiqué que les médecins remplacés qui auraient recours à **des médecins ou des étudiants en médecine non immatriculés à l'URSSAF** pourraient être poursuivis pour infraction à la réglementation sur le travail dissimulé. La loi prévoit également, dans ce cas, l'obligation pour « l'employeur » de s'acquitter de cotisations sociales calculées sur une base forfaitaire de près de 8000 €.

L'ACOSS nous suggère, au regard de l'ampleur du risque encouru, d'informer les médecins remplacés de la nécessité de s'assurer de la régularité de la situation du remplaçant.

Il est donc recommandé que le numéro URSSAF du remplaçant figure dans le contrat de remplacement. D'ores et déjà, le modèle de contrat de remplacement du Conseil national, tel qu'il figure sur notre site Internet, a été complété en ce sens.

Le R.P.P.S. devient opérationnel

Dr Joël Malgouyard - Dr François Archambeaud

Le RPPS est le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, base nationale de données recensant l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Il attribue à chacun d'entre eux un numéro d'identification unique qu'il gardera tout au long de sa carrière.

Son but est de permettre une meilleure organisation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de simplifier les démarches administratives grâce à un guichet unique. En ce qui concerne les médecins, celui-ci sera géré par l'Ordre qui voit ainsi sa mission renforcée, ce qui explique sa participation dans le projet.

Historique

Le RPPS a été défini en 2003 et devait être opérationnel fin 2004. Son développement, financé par l'Assurance Maladie, a été beaucoup moins médiatisé que celui du DMP (Dossier Médical Partagé) et a pris du retard. Il a été confié au GIP CPS (Groupement d'Intérêt Public Carte Professionnel de Santé).

En 2008 : le RPPS entre en phase active, les premiers identifiants commencent à être attribués : aux pharmaciens d'abord, aux médecins ensuite, puis à tous les paramédicaux dotés d'un ordre.

A terme, le dispositif sera généralisé à l'ensemble des acteurs de la santé, aux personnels du service de santé des armées et même à la réserve sanitaire (personnes ayant signé un contrat pour être appelé en cas de crise sanitaire grave sur le territoire métropolitain ou à l'extérieur).

Structure du Répertoire Partagé

Chaque professionnel de santé se voit attribué un identifiant RPPS : c'est un numéro unique de onze chiffres, pérenne tout au long du parcours professionnel et non significatif (chaque chiffre pris individuellement ne signifie rien).

Ces numéros sont liés au Répertoire proprement dit qui regroupe un ensemble de données d'intérêt commun, fiables et certifiées :

- l'état civil (à partir des données de l'INSEE).
- Les diplômes
- La profession exercée

- Les compétences et qualifications
- Les renseignements sur l'activité (lieu et mode d'exercice, date d'installation, de fin d'activité...)

Pour les médecins, ces renseignements seront collectés et enregistrés par l'Ordre et seront dès lors réputés valides et opposables.

Le répertoire est également un système d'échanges entre les partenaires du projet (Etat, ordres, caisses d'assurance maladie...). Il s'agit pour l'instant d'un niveau « un » appelé à évoluer dans tout le monde de la santé et même vers les services judiciaires, permettant de connaître par exemple, dans le futur, leurs décisions, telle une interdiction temporaire d'exercer prononcée par un tribunal.

Mais seule, à partir du fichier RPPS d'un médecin, détenu par l'Ordre, est prévue la diffusion des données d'état civil et celles utiles pour renseigner un patient sur la spécialité ou l'adresse d'un professionnel de santé.

Le numéro RPPS sera progressivement inscrit sur les cartes CPS au fur et à mesure de leur renouvellement. Il devra figurer obligatoirement sur les ordonnances, en plus de leur numéro de sécurité sociale pour les médecins libéraux, en plus du numéro de leur structure pour les médecins hospitaliers, salariés ou militaires.

Notons que l'attribution d'un identifiant RPPS n'est pas un droit d'exercice : les médecins retraités par exemple, qui n'exercent pas, resteront dans le cadre du RPPS même s'ils se sont fait radier de l'Ordre.

L'enjeu

Le RPPS devient le répertoire de référence, il se substitue à de multiples bases parfois redondantes et non centralisées : fichiers de l'Ordre, n° ADELI des DDASS, fichier SYGMED des hospitaliers...

La première conséquence de son déploiement sera la simplification des obligations administratives : le médecin en s'inscrivant auprès de son Conseil Départemental n'aura plus à effectuer d'autres démarches, son inscription au Tableau vaudra l'enregistrement de son

diplôme et l'attribution d'un numéro RPPS s'il ne l'a pas obtenu auparavant. Le passage par la DDASS n'existera plus et il recevra automatiquement sa carte CPS. On ne désespère pas de supprimer à terme le guichet de la CPAM.

La seconde sera pour l'Ordre et ses partenaires au sein du projet, un progrès dans la connaissance en temps réel de la démographie des professionnels de santé. Il permettra notamment le suivi des internes et des médecins hospitaliers ou salariés qui jusqu'à présent pouvaient être inscrits dans un département et exercer dans un autre (sans parler des médecins non inscrits par omission ou laxisme institutionnel, inconnus des statistiques actuelles, phénomène heureusement très rare dans notre région).

On peut logiquement en déduire que la possession d'un outil de référence ainsi que des statistiques fiables et régulièrement réactualisées devraient donner à l'État le pouvoir de faire plus facilement toutes les études prospectives jugées utiles ou nécessaires dans le domaine de la santé et également, lui permettre d'asseoir sa politique sur des chiffres irréfutables. Ses décisions notamment en ce qui concerne la répartition des internes et le numerus clausus, seront facilitées.

Les Caisses d'Assurance Maladie sont très impliquées dans le projet. Elles vont disposer du reflet réel de tous les professionnels de santé, ce qui devrait améliorer l'organisation et le suivi du parcours de soins.

Mais le RPPS est aussi un outil important de la maîtrise des dépenses de santé car il permet d'avoir une traçabilité parfaite et personnalisée de toutes les dépenses générées, par les médecins libéraux bien sûr, mais aussi par les différents prescripteurs hospitaliers, ce qui est nouveau : il permettra « ...d'obtenir une connaissance affinée de tous les offreurs de soins, dispensateurs d'actes et de prescriptions » (d'après un document de la CNAM consultable sur internet). Cette connaissance améliorée des prescriptions issues de l'hôpital devraient généraliser, en son sein, la maîtrise « médicalisée » des dépenses de santé.

L'agenda du Conseil Départemental

Conclusions (provisoires)

Le RPPS, indéniable contribution de fond à l'amélioration de la connaissance du système de santé sur le plan démographique et statistique, simplificateur des démarches administratives, s'avère donc être aussi un système de surveillance des prescriptions. Espérons qu'il ne devienne pas à l'avenir un instrument de coercition.

En pratique

Sur le plan informatique, la bascule officielle est prévue le 15 octobre 2008. L'abandon du numéro ADELI et la simplification administrative étaient programmés le 1^{er} janvier 2009 mais les multiples difficultés rencontrées sur le plan pratique obligent à repousser cette échéance au dernier semestre 2009.

Tout nouveau médecin recevra alors en s'inscrivant au Tableau de l'Ordre, son numéro RPPS.

Pour les médecins déjà inscrits **il n'y a aucune démarche à effectuer** : l'Ordre leur adressera en temps voulu leur numéro d'identification.

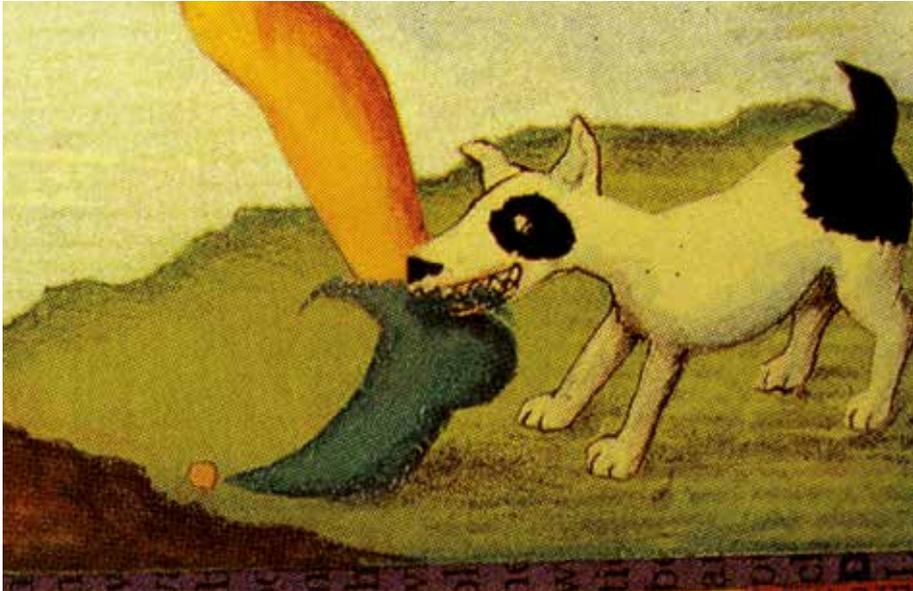
Les internes en médecine seront répertoriés par le Conseil Départemental selon des modalités encore à définir.

De même notre Conseil examinera toutes les situations particulières selon les directives nationales.

Biblio :

- Bulletin de l'Ordre des médecins n°2, février 2006.
- Bulletin de l'Ordre des médecins n°8, octobre 2007
- Communiqué du Conseil National 28 mars 2008
- Infos Ordinales juillet-août 2008
- Site du GIP CPS : <http://www.gip-cps.fr>
- Document de la CNAM. ■

- 21 avril 2008, le Dr Jean-Louis Filloux a assisté au conseil d'administration extraordinaire du Régime Social des Indépendants (RSI).
- 22 avril 2008, le Dr Vincent Leroy a participé à la réunion 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.
- 15 mai 2008, les Drs François Archambeaud et Pierre Bourras ont participé à une réunion sur les médicaments génériques au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens.
- 20 mai 2008, les Drs Philippe Bleynie, Michel Jacquet et Éric Rouchaud ont participé à Nexon à une réunion sur la permanence des soins.
- 27 mai 2008, les Drs Luc Aubanel, Philippe Bleynie, Marcel Carrier et Michel Jacquet ont participé à Bellac à une réunion sur la permanence des soins.
- 3 juin 2008, les Drs François Archambeaud, Philippe Bleynie et Michel Jacquet ont participé à la « Mission d'Appui Permanence des Soins » au Ministère de la Santé à Paris.
- 16 juin 2008, le Dr Philippe Bleynie a participé à la réunion du CODAMUPS.
- 25 juin 2008, le Dr Luc Aubanel a assisté à une saisie de dossier médical.
- 26 juin 2008, le Dr Vincent Leroy a participé à la réunion 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.
- 28 juin 2008, les Drs François Archambeaud et Pierre Bourras ont participé aux Assises du Conseil National de l'Ordre à Paris.
- 30 juin 2008, le Dr Jean-Jacques Texier a participé au conseil d'administration du RSI.
- 1^{er} juillet 2008, réunion, dans les locaux du Conseil Départemental, sur la permanence des soins de Limoges et la couronne.
- 2 juillet 2008, le Dr Vincent Leroy a participé à la réunion 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.
- 9 juillet 2008, les Drs François Archambeaud et Philippe Bleynie ont reçu Monsieur Chevalier, directeur adjoint chargé des services financiers, du contrôle de gestion et des travaux, et Madame Poumeroulie, attachée d'administration hospitalière, à propos des certificats médicaux signés par les remplaçants titulaires d'une licence de remplacement.
- 11 juillet 2008, le Dr François Archambeaud a assisté à la réception donnée à l'occasion du départ de Monsieur Brunot, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet.
- 18 juillet 2008, le Dr Jean-Jacques Texier a assisté à une saisie de dossier médical.
- 23 septembre 2008, le Dr Vincent Leroy a participé, au Conseil Régional du Limousin, à une réunion sur « le risque radon en Limousin ».
- 3 octobre 2008, le Dr François Archambeaud a assisté à la réception donnée à l'occasion de l'installation du Conseil Régional de l'Ordre des Pédiatres-Podologues du Limousin.
- 20 octobre 2008, les Drs François Archambeaud, Luc Aubanel et Philippe Bleynie ont participé à une réunion, à la Préfecture de la Haute-Vienne, sur la permanence des soins.
- 21 octobre 2008, le Dr Vincent Sauget a assisté à une saisie de dossier médical. ■



Déclaration de morsure canine en mairie

Circulaire n° 08.055. Section Éthique et Déontologie. CNOM

Le Conseil National de l'Ordre nous demande de diffuser l'article 7 de la loi n°2008-582 du 20 juin 2008 qui renforce les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux.

Ainsi, le code rural-section 2 : chiens dangereux et errants –art. L211-14-1, prévoit que... « tout fait de morsure d'une personne par un chien est déclaré par son propriétaire ou son détenteur

ou par tout professionnel en ayant connaissance dans l'exercice de ses fonctions en mairie de la commune de résidence du propriétaire ou du détenteur de l'animal ».

Le médecin n'a à déclarer que la morsure. Le nom de la victime et celui du propriétaire du chien n'ont pas à être déclarés.

Cette déclaration présente un intérêt en termes de santé publique.



Non obligation des certificats pré-nuptiaux

Les actions de prévention concernant les futurs conjoints ont été modifiées par la loi du 20 décembre 2007 qui abroge les articles L.2121-1 et L.2121.2.

L'examen médical pré-nuptial n'est plus demandé dans le nouveau texte de loi.

Sécurité des manifestations sportives

L'organisateur d'une manifestation sportive a l'obligation d'assurer la sécurité des compétiteurs et des spectateurs.

Pour cette raison, l'autorité administrative et/ou fédérale peut imposer la présence d'une assistance médicale, voire d'un médecin qui participe à la chaîne des soins, de secours et d'évacuation.

Ce médecin exerce toujours dans le respect du code de déontologie.

Un contrat entre le médecin et la structure organisatrice doit préciser les obligations des 2 parties : étendue des missions du médecin, moyens mis en œuvre, respect du secret professionnel et médical, indépendance du praticien. ...Un exemplaire de ce document devra être communiqué à l'ODM.

Un schéma de contrat est disponible sur le site de l'Ordre National des Médecins.

Le médecin doit être inscrit à l'Ordre départemental de son lieu de pratique. Si la manifestation sportive se déroule hors de ce lieu, il doit solliciter une autorisation temporaire d'exercice à l'Ordre du département sur le territoire duquel se situe la manifestation.

Les médecins de garde du secteur ne peuvent pas participer au dispositif mis en place pour cet événement sportif.

Le médecin doit aussi contacter son assurance professionnelle pour vérifier que son contrat inclut les risques de ce type de pratique médicale. Rares sont les assurances qui le proposent.

Si les sportifs engagés pour cette manifestation sont des professionnels, tout accident devra faire l'objet d'une déclaration « accident du travail ». ■

De la médecine confisquée à la science infuse

Dr Georges RAFFIER

« La médecine, puisqu'elle est désormais scientifiquement et techniquement armée, doit accepter de se voir radicalement désacralisée. »

Encore un ingénu du cortex qui a trébuché sur une singulière mais un peu rude affirmation, jusqu'à la transformer en vérité d'actualité.

La médecine, « au carrefour de l'Art et de la Science », est-elle en train de perdre son âme, à se frotter au fondamentalisme ? Insidieuse, mais inévitable fréquentation qui relègue ses valeurs millénaires au rang des vieilles lunes !...

... Un de nos Maîtres en initiation clinique, très jaloux de ses prérogatives mandarinales, se gaussait des facilités que, à l'époque, pouvaient apporter certaines récentes pratiques, qu'il taxait de « modes passagères », rien ne pouvant se substituer à la connaissance lucide et intuitive, à la dextérité, seules garantes de l'excellence du résultat... Démarche (!) qui devait le conduire, lui et sa coxarthrose bilatérale, à une prothèse de hanche sous anesthésie générale en circuit fermé. L'autodidacte présomptueux se dût de composer avec une chirurgie orthopédique balbutiante, mais déjà sûre d'elle.

L'époque se prêtait à une approche plus pragmatique de cette profession, déjà si éloignée du bon Docteur Benassis et des « Hommes en blanc » d'André Soubiran, lesquels virèrent au bleu avant d'en arriver au vert, écologie oblige ! - et d'opter pour le stéthoscope en sautoir ! Prudente avancée décorative, tant il est vrai que le rouge faisait tâche et qu'il fallait bien humaniser l'invasion technologique déjà déferlante.

Déferlante, en effet, qui nous vit abasourdis par la disparition quasi instantanée et miraculeuse de la tuber-

culose, de la syphilis, des salmonelloses, de la poliomyélite..., et autres variétés de « coques » dont certaines pimentaient nos chansons de salle de garde.

La grande faucheuse semblait avoir changé de camp en déblayant à tout va du côté de nos ennemis héréditaires. À tel point qu'un de nos Maîtres en pédiatrie s'inquiétait devant notre « pléthorique démographie » face à un champ d'exploitation de plus en plus étriqué.

Pour un peu, invoquant les mânes de Galien, d'Hippocrate,... autres Paracelse et... Ambroise Paré, lequel se réfugiait sous la tutelle divine comme garantie de ses pratiques... « *Je l'ai pansé, Dieu l'a guéri* »... nous aurions bien souhaité un retour vers les sommets brumeux de la mythologie olympienne dont les chamaileries étaient tenues pour responsables de la nosologie humaine...

Vouant aux gémonies nos Pères Fondateurs, Pasteur, Claude Bernard,... et consorts..., qui ont ouvert en grand les portes sur une désertification pathologique, nous abandonnant, de ce fait, à une passivité boudeuse mais, néanmoins, humblement admirative.

Funeste désacralisation sans cesse aggravée par de géniaux bricoleurs qui mirent sur le marché maintes trouvailles, toutes acharnées à déposséder le médecin de son « sens clinique ». Le « pifomètre » ancestral chancelle, contraint de s'intégrer à la nébuleuse technologique aux multiples et imparables traquenards.

Le malaise est certain dans cette partie perdue, pour les petits diagnostiqueurs de chevet, aveuglés par cette imagerie numérisée, miniaturisée, omni foui-

neuse, voire indécente, qui veut les ignorer sous couvert d'une toute puissance porteuse de thérapies pointues. Hébétés et perdus de surcroît au milieu des pitreries sidérantes du diagnostic génotypique, fondement d'une médecine « prédictive », dépourvue de tout scrupule, pourvoyeuse de manipulations et autres prospectives, dont on peut redouter ou espérer une avalanche de Merveilles ou de Catastrophes.

Que nous reste-t-il, hormis cette « peau de chagrin » vestige du champ clos où nous ont parqués ces vénérables fondateurs, responsables mais sûrement pas coupables d'un tel état de faits ?

Ci-gisent les restes d'une vocation déshumanisée mais toutefois soumise et fascinée.

Qu'en sera-t-il demain ? Où l'apprenti médicastre, enchaîné à la diabolique informatique n'aura plus qu'à surfer au gré d'un Web qui ne sera plus matérialisé que par un quelconque support virtuel ! Aura-t-il d'autre refuge que le Rêve et la Foi qui portaient ses Anciens ?

OUI ! Reste l'ESPÉRANCE, refuge suprême de celui qui souffre et qui demeure la divine thérapie. Ultime mission du médecin au-delà de sa carapace de savoir : cultiver l'ESPOIR.

« *Peu de science éloigne de Dieu, beaucoup de science y ramène* »

« *Sur la mort - Le soir d'un beau jour* »
Georges CABANIS

À lire absolument :

« *L'homme en quête d'humanité* »

Pr Jean-François MATTEI
Presses de la renaissance.



Le service universitaire de pédopsychiatrie de Limoges propose une conférence débat le jeudi 23 novembre 2008 à 20 h 30 à la Faculté de Médecine de Limoges

« Prévenir le suicide des adolescents : c'est possible ! »

par le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Le suicide est la deuxième cause de mortalité des adolescents après les accidents de la voie publique. Mais le suicide revêt une importance particulière en Limousin : 2^e région la plus touchée derrière la Bretagne. Seuls les territoires urbains de Limoges et Brive sont dans la moyenne nationale, tous les autres connaissent une surmortalité, importante dans certains secteurs ruraux (sources : INSERM CépiDC). La part relative des décès par suicide s'élève à 15,5 % des décès pour les 15-24 ans en Limousin.

Les résultats de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Limousin montrent que 8,5 % des élèves de 13 à 19 ans déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie

(proportion pratiquement deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons), 2,5 % déclarent en avoir fait plusieurs, tandis que 2 % déclarent avoir été hospitalisés pour cela. Ces chiffres sont un peu plus élevés que ceux enregistrés dans une enquête nationale de l'INSERM en 1993 (6,5 %) qui, il est vrai, incluait des enfants plus jeunes (11-19 ans).

L'enquête limousine de l'ORS montre par ailleurs que 8 % des 13-19 ans déclarent penser assez souvent au suicide. Cette étude montre également que, contrairement aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé, la majorité des adolescents ne sont pas hospitalisés après une tentative de suicide.

Offres d'emploi

ONCOLIM

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

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

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

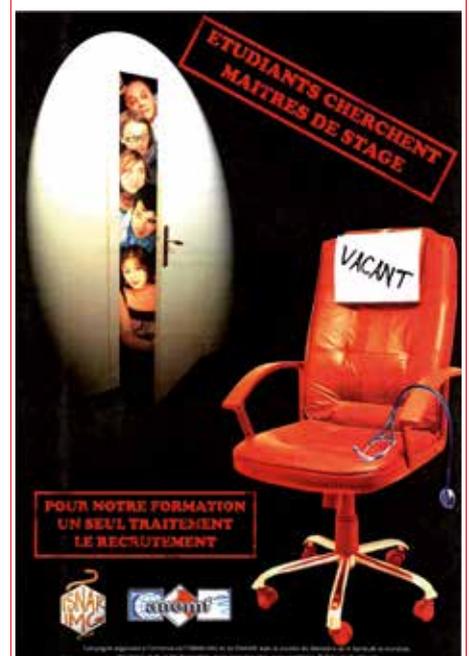
La version papier peut également être consultée directement auprès du secrétariat du Conseil Départemental de l'Ordre.

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



**La médecine générale recrute...
des maîtres de stage !**

**Renseignez-vous auprès
du Département
de Médecine Générale
ou du Doyen de la faculté
de médecine de votre région.**