



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

# Bulletin de L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 7

MAI 2009

Conseil départemental de la Haute-Vienne

## Sommaire

- **Éditorial** p. 2
- **Exercice professionnel**
  - Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès, p. 2 à 4
  - Approche déontologique de la fin de vie p. 4
  - Cotisation 2009 p. 5
  - La prévoyance chez le médecin libéral p. 5 et 6
  - Permanence des soins p. 6 et 7
  - La nouvelle procédure disciplinaire ordinale p. 8 et 9
- **L'agenda** p. 9
- **Vie du Conseil**
  - Inauguration du Conseil Régional de l'Ordre des médecins du Limousin p. 10
- **Circulaires** p. 11 à 14
- **Histoire de la médecine**
  - Histoire de l'homéopathie p. 15 à 17
- **Informations pratiques**
  - Expertise psychiatrique en droit pénal p. 18 et 19
  - Compérage p. 20
  - Semaine européenne de la vaccination 2009 en Limousin p. 20
  - Substances et méthodes interdites p. 21
  - L'œuvre interdépartementale du don au décès p. 22
  - Tabac et grossesse p. 23
  - Les assises régionales Alzheimer du Limousin p. 23
  - Offres d'emploi p. 24
  - Formation p. 24

## LES APHORISMES MÉDICAUX



PRIMUM NON NOCERE .

# éditorial



Dr François ARCHAMBEAUD

## INQUIETS !...

*Tous nous sommes inquiets,*

*Les plus jeunes, quand ils pensent aux menaces qui planent plus ou moins sur leur liberté d'installation, quand ils constatent que la pratique de leurs aînés n'est pas conforme à leurs aspirations, quand ils repoussent à 39 ans l'âge moyen de leur première installation, manifestent leur profonde inquiétude.*

*Inquiets les plus âgés, de partir à la retraite sans trouver de successeur avec un sentiment d'abandon et d'inutilité des efforts fournis pendant l'activité professionnelle.*

*Inquiets l'ensemble des libéraux devant l'évolution des pratiques médicales, le consumérisme des patients, les critiques ou les agressions qu'ils subissent, les contraintes toujours renouvelées (recommandations multiples, contrôle de l'activité, modification de la permanence des soins, possibilité de testing au sein du cabinet, contrats d'intéressement...).*

*Les hospitaliers aussi s'inquiètent de la nouvelle gouvernance hospitalière formulée dans la future loi HPST où leur capacité de décision devrait être considérablement limitée. Certains redoutent également les effets pervers de la tarification à la T2A qui favorise les pathologies qui " rapportent ".*

*Les médecins conseils ne connaissent pas vraiment leur avenir au sein des nouvelles agences régionales de santé, c'est inquiétant pour eux.*

*Les spécialistes libéraux surveillent avec inquiétude l'évolution des pourparlers sur les tarifications et le secteur II, ainsi que l'évolution de leurs liens avec les établissements dans lesquels ils exercent.*

*Ceux qui s'occupent de FMC, d'informatique médicale, du DMP, s'inquiètent de la lenteur d'évolution de ces dossiers. Le futur Développement Professionnel Continu (DPC) vient d'apparaître et rassemble FMC et EPP. Les systèmes de messagerie n'ont pas encore de critères opérationnels bien définis. Le DMP est au point mort. L'Ordre s'inquiète des difficultés rencontrées à mettre en place un annuaire national de référence par le biais du RPPS.*

*Tout le monde s'inquiète et bien d'autres motifs sont parfaitement recevables.*

*Eh bien, défendons toujours ce qui fait l'honneur d'un beau métier que beaucoup nous envient : l'intérêt du patient. Bien sûr cela ne calmera pas toutes vos inquiétudes.*

*Inquiets...*

## INSCRIPTIONS

### AU TABLEAU

Du 9 / 10 / 2008 au 11 / 03 / 2009

**Dr ANDREESCU Florina**

CHU Dupuytren à Limoges  
10/12/2008

**Dr BAILLY-MAITRE Valérie**

Médecine générale - remplaçante  
12/11/2008

**Dr BASQUIN Caroline**

Spécialiste médecine générale  
remplaçante - 12/11/2008

**Dr CARRIER Paul**

Gastro-entérologie hépatologie  
CHU Dupuytren - 12/11/2008

**Dr CASSE Guillaume**

Ophthalmologie - CHU Dupuytren  
07/01/2009

**Dr CASTAING Marie-Astrid**

Psychiatrie - C.H. Esquirol  
12/11/2008

**Dr CHANDON Guillaume**

Psychiatrie - C.H. Esquirol  
12/11/2008

**Dr COMBRES-KESKES Emna**

Médecine générale - remplaçante  
12/11/2008

**Dr CORDIER Guillaume**

Chirurgie générale - CHU Dupuytren  
10/12/2008

**Dr COSSON Patrick**

Médecine générale - remplaçant  
10/12/2008

**Dr DURIEUX Sébastien**

Médecine générale - remplaçant  
12/11/2008

**Dr DUROX Hélène**

Dermato-vénérologie  
CHU Dupuytren - 12/11/2008

**Dr EKOLLO EPEE Jean-Michel**

Médecine générale - remplaçant  
12/11/2008

**Dr FAURY Alexandre**

Radiodiagnostic et imagerie médicale  
CHU Dupuytren - 12/11/2008

**Dr FERRIÉ Éric**

Médecine générale - remplaçant  
10/12/2008

**Dr FORTE Raimondo**

Ophthalmologie - CHU Dupuytren  
04/02/2009

**Dr FRANÇOIS Antoine**

Médecine générale - remplaçant  
04/02/2009

**Dr GAILLARD Jérôme**

Spécialiste médecine générale  
CHU Dupuytren - 10/12/2008

**Dr GIRAUD Alexandre**

Gastro entérologie et hépatologie  
CHU Dupuytren - 10/12/2008

**Dr GUY-MOYAT Benoît**

*Pathologie cardio-vasculaire*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr HARDEMAN Stéphanie**  
*Gynéco-obstétrique*  
 Hôpital Mère Enfant - 12/11/2008  
**Dr HATTOUM-ZAZOUA Lydia**  
*Pédiatrie*  
 Centre Hospitalier Saint-Junien  
 07/01/2009  
**Dr LESAGE Aurélie**  
*Psychiatrie - C. H. Esquirol - 12/11/2008*  
**Dr LESCURE Fabien**  
*Psychiatrie - C.H. Esquirol - 12/11/2008*  
**Dr LEURS Hugo**  
*Chirurgie générale - CHU Dupuytren*  
 12/11/2008  
**Dr LOUM Ousmane**  
*Gynéco-obstétrique - CHU Dupuytren*  
 12/11/2008  
**Dr MARCHEIX Pierre-Sylvain**  
*Chirurgie générale - CHU Dupuytren*  
 12/11/2008  
**Dr MARTIN Michel**  
*Médecine générale - retraité - 11/03/2009*  
**Dr MATHÉ Nicolas**  
*Oncologie option thérapie - remplaçant*  
 12/11/2008  
**Dr MATHÉ-BESSALEM Véronique**  
*Endocrinologie-diabète-maladies métaboliques - CHU Dupuytren - 12/11/2008*  
**Dr MERCIER Anne-Marie**  
*Médecine générale - Direction Régionale*  
 Service Médical CRAM - 10/12/2008  
**Dr MEZIANE Djamel**  
*Ophthalmologie - Clinique du Colombier*  
 07/01/2009  
**Dr MORERA Pierre**  
*Chirurgie générale - CHU Dupuytren*  
 10/12/2008  
**Dr MORINEAU Aline**  
*Spécialiste médecine générale - libérale*  
 10/12/2008  
**Pr MOUNAYER Charles**  
*Radio diagnostic et imagerie médicale -*  
 CHU Dupuytren - 10/12/2008  
**Dr NGUYEN HOANG Chi-Lan**  
*Médecine physique et réadaptation -*  
 Hôpital Jean Rebeyrol - 12/11/2008  
**Dr NICOLAUD Blerta**  
*Neurologie - CHU Dupuytren*  
 04/02/2009  
**Dr OSENDA Pierre**  
*ORL et chirurgie cervico-faciale*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr OSSEILI Ali**  
*Oncologie option thérapie*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr OULD OMAR Alexandra**

*Spécialiste médecine générale*  
 remplaçante - 10/12/2008  
**Dr PAILLER Mathieu**  
*Spécialiste médecine générale - libéral*  
 12/11/2008  
**Dr PATRON Vincent**  
*ORL et chirurgie cervico-faciale*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr PEPINO Frédéric**  
*Anesthésie-réanimation*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr PICARD-CROGUENNEC Marianne**  
*Gastro-entérologie et hépatologie*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr PONSON François-Olivier**  
*Anesthésie-réanimation - Centre*  
 Hospitalier Saint-Junien - 12/11/2008  
**Dr RIGAL Sylvain**  
*Médecine générale - remplaçant*  
 12/11/2008  
**Dr ROMERA Anne**  
*Médecine générale - Centre Hospitalier*  
 Saint-Junien - 12/11/2008  
**Dr ROUGIER Yannick**  
*Anatomie cytologie -*  
 retraité - 11/03/2009  
**Dr SIGNOL Nicolas**  
*Spécialiste médecine générale*  
 remplaçant - 12/11/2008  
**Dr SIMON Anne**  
*Rhumatologie - CHU Dupuytren*  
 12/11/2008  
**Dr TANGUY Bénédicte**  
*Cardiologie et maladies vasculaires*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008  
**Dr THUILLIER Frédéric**  
*Endocrinologie-diabète-maladies métaboliques - 12/11/2008*  
**Dr TOURNEBEUF Laurence**  
*Médecine générale - libérale - 11/03/2009*  
**Dr TRUFFY Christophe**  
*Pneumologie - CHU Dupuytren*  
 12/11/2008  
**Dr VACQUERIE Virginie**  
*Chirurgie générale - CHU Dupuytren*  
 12/11/2008  
**Dr VALADE Valérie**  
*Médecine générale - remplaçant*  
 12/11/2008  
**Dr VERDIÈRE François**  
*Radio diagnostic et imagerie médicale*  
 CHU Dupuytren - 12/11/2008

## QUALIFICATIONS

Du 9 / 10 / 2008 au 11 / 03 / 2009

*Spécialité de médecine générale*

**Dr ATGIÉ Florence**  
**Dr BASQUIN Caroline**  
**Dr BEAUDOUIN Claire-Marie**  
**Dr BOUHET François**  
**Dr CHAMAUD Alain**  
**Dr CHAPUT Anne-Marie**  
**Dr CHAPUT Marie-Christine**  
**Dr CLÉMENT Frédéric**  
**Dr DUMAS Jean-Jacques**  
**Dr DUPINET-GRIFFON Marie-Pierre**  
**Dr FABRE Bernadette**  
**Dr FERRIÉ Éric**  
**Dr FRESSINAUD-MARIE Anne-Catherine**  
**Dr GAYOUT Serge**  
**Dr HAENDLER Emmanuel**  
**Dr JULIA Jean-Paul**  
**Dr LAMASSIAUDE-LAVANDON Michel**  
**Dr LAPLAGNE Olivier**  
**Dr MARTIAL-MARZOLFF Yannick**  
**Dr MERVEILLE Hervé**  
**Dr MILLET Patrick**  
**Dr MORINEAU Aline**  
**Dr MOUNIER Patrick**  
**Dr NGUYEN-GARCIA Rémi**  
**Dr NORMAND Richard**  
**Dr PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule**  
**Dr PETIT Christian**  
**Dr REBIERE Serge**  
**Dr REIGUE Stéphane**  
**Dr SMOOT Richard**  
**Dr TANDY Stéphanie**  
**Dr THOMAS Lydia**  
**Dr TRICARD Pierre**  
**Dr VAN EUNEN Sandrine**  
**Dr VAREILLE Serge**  
**Dr VASSEUR Élisabeth**  
*Spécialité anesthésie réanimation*  
**Dr RIGAUD Ghislaine**  
*Spécialité chirurgie viscérale et digestive*  
**Dr BOUNICAUD David**  
*Spécialité de gériatrie*  
**Dr BURGUET Myriam**  
*Spécialité de gynécologie médicale*  
**Dr BARRATEAU Josiane**  
**Dr BAZANAN Véronique**  
**Dr BESSE Anne-Marie**  
**Dr DUCHÉ Florence**  
**Dr FOUGERAT-FORESTIER Maïté**  
**Dr GARRAUD Marylène**  
**Dr HERVY Élisabeth**  
**Dr LAGARDE Marc**  
**Dr LEVY-FREBAULT Jacques**  
**Dr MOREAU Chantal**  
**Dr SAVY Dominique-Françoise**  
*Spécialité médecine du travail*  
**Dr Stéphanie BONNAUD**  
*Spécialité psychiatrie*  
**Dr ROUYER Véronique**  
**Dr THOMAS Philippe**

## DÉPARTS

Du 9 / 10 / 2008 au 11 / 03 / 2009

- Dr AGUDZÉ Kossi**  
transfert vers la Manche
- Dr AHMAD Saïd Amanollah**  
transfert vers le Cher
- Dr AL HAFEZ Zouhair**  
transfert vers le Cher
- Dr ALBAGNAC Véronique**  
transfert vers la Haute-Garonne
- Dr BOISSEAU Pierre-André**  
transfert vers la Corrèze
- Dr DECROISSETTE Chantal**  
transfert vers la Haute-Savoie
- Dr DECROISSETTE Emmanuel**  
transfert vers la Savoie
- Dr DIACONITA Mirela**  
transfert vers le Val de Marne
- Dr DURAND Anne**  
transfert vers le Rhône
- Dr GALISSIER Bertrand**  
transfert vers la Haute-Garonne
- Dr GUERLIN Antoine**  
transfert vers le Lot-et-Garonne
- Dr HABONIMANA Désiré**  
transfert vers les Pyrénées-Atlantiques
- Dr IPEAU Anne**  
transfert vers la Loire-Atlantique
- Dr JOURDES Laurence**  
transfert vers les Deux-Sèvres
- Dr LACOSTE Matthieu**  
transfert vers les Deux-Sèvres
- Dr MARCHAND Annie**  
transfert vers la Haute-Garonne
- Dr MARCHAND Alain**  
transfert vers la Haute-Garonne
- Dr MARTIN-DUPONT Sophie**  
transfert vers la Dordogne
- Dr NUBRET-LE CONIAT Karine**  
transfert vers la Gironde
- Dr OSSEILI Ali**  
transfert vers l'Allier
- Dr PECH DE LACLAUSE Bertrand**  
transfert vers la Seine-Maritime
- Dr TARDELLI Tommaso**  
transfert vers la Saône et Loire
- Dr TILLY Bruno**  
transfert vers l'Ille et Vilaine
- Dr VERGNOLLES Vincent**  
transfert vers les Pyrénées Atlantiques
- Dr VILLACEQUE Marc**  
transfert vers l'Hérault

## RETRAITÉS

Du 9 / 10 / 2008 au 11 / 03 / 2009

- Dr ALBERT Daniel**  
*Mutualité Sociale Agricole* à Limoges,  
le 01/12/2008
- Dr CAPERAN Jean**  
*Médecin généraliste* à Oradour S/Vayres,  
le 01/01/2009
- Dr CHAZALY Josiane**  
*sans activité* à Saint-Paul, le 01/01/2009
- Dr OLINET Paulette**  
*Médecin généraliste*, Inspection  
Académique Limoges, le 09/03/2009
- Dr PEYRICHOUX Marie-Claude**  
*Médecin généraliste* à Nexon,  
le 01/01/2009
- Dr ROGER Nicole**  
*Médecin don du sang*, EFS Limoges,  
31/12/2008
- Dr TRAN Alain**  
*Médecin généraliste* à Cussac,  
le 01/01/2009
- Dr VERGNE François**  
*Médecin généraliste* à Limoges,  
le 01/01/2009
- Dr VINCENT Élisabeth**  
*Médecin conseil* à Limoges,  
le 01/10/2008

## DÉCÈS

Du 9 / 10 / 2008 au 11 / 03 / 2009

- Dr BAILLOT Andrée** le 24/01/2009
- Dr BARRIÈRE Guy** le 15/02/2009
- Dr DROUET Bernard** le 28/01/2009
- Dr FAUCHER Gérard** le 26/12/2008
- Dr SOUSTRE Jean-Jacques**  
le 28/11/2008

## Approche déontologique de la fin de vie

(article R.4127-37 du Code  
de la Santé Publique)

Pr Jean-José Bouquier

La Loi Léonetti d'avril 2005 vient d'être évaluée. Les membres de la Commission parlementaire n'ont pas jugé, ni nécessaire, ni souhaitable, de la modifier en particulier après étude des pratiques des autres pays européens.

Sa pertinence a été réaffirmée et il a été bien précisé que l'existence de cas particuliers, même extrêmes et angoissants, n'entraînait pas la justification de mesures collectives différentes.

Le respect de la vie, ainsi que le respect du choix de la personne et celui de la qualité de la vie, sont confirmés, de même que l'importance majeure des soins palliatifs.

Il est bon de rappeler les 4 items de cette Loi :

- **respect de la volonté de la personne**  
droit de refuser, limiter ou interrompre tout traitement après information adaptée ;
- **soulager la douleur à tout prix**  
qualité de vie prime sur quantité de vie. Les soins palliatifs représentent un droit pour le malade et un devoir pour le médecin ;
- **arrêter ou ne pas entreprendre des soins**
  - inutiles,
  - déraisonnables,
  - disproportionnés ;
- **procédure collégiale de la décision médicale.**

# ➤➤➤ Cotisation 2009

L'Ordre des Médecins est une institution de droit privé. Notre cotisation nous permet de garder notre indépendance vis-à-vis des différentes instances politiques et de la sécurité sociale.

Mais l'augmentation de la cotisation 2009 nécessite quelques explications :

## ■ sa répartition :

- 104,00 € pour le Conseil National, soit une augmentation de 8,92 %,
- 153,00 € pour le Conseil Départemental, soit une augmentation de 2,68 %,
- 33,00 € pour le Conseil Régional, soit une augmentation de 8,2 %, pour un total de 290,00 €.

## ■ sa destination : à quoi ça sert ?

### *pour le Conseil National*

- **le fond d'harmonisation** : les Conseils de moins de 500 médecins ont de plus en plus besoin d'aide (18 départements sont concernés), et vont percevoir une

somme de 200 00,00 € chacun.

- **l'entraide** reste un poste important, avec plus de 100 dossiers traités cette année pour un total de 270 000,00 €.

Il est bon de rappeler, à cette occasion, qu'il faut prendre une couverture d'assurance pour combler les 90 premiers jours d'arrêt de travail, non pris en charge par la CARMF.

### • le réseau informatique

il doit répondre aux normes. La mort du système actuel (Ordinal 6) et l'arrivée d'Ordinal 7 représentent un poste important dans le budget du Conseil National.

### *pour le Conseil Régional*

Son installation dans des locaux indépendants (27, boulevard Gambetta à Limoges), la création de la Chambre Disciplinaire, l'emploi d'une nouvelle secrétaire, sont une avancée pour notre

profession. Cependant, cela a entraîné des frais supplémentaires.

### *pour le Conseil Départemental*

- la communication avec les médecins du département,
- un matériel informatique qui a été changé pour s'adapter au nouveau logiciel,
- les salaires et charges,
- l'entraide que nous souhaitons plus importante (nous soutenons par exemple l'AFEM par l'envoi d'un chèque de 10.800,00 €, ce qui correspond à l'aide de deux étudiants).

Le Trésorier est responsable du recouvrement de la cotisation.

Toutefois, pour les médecins en difficultés financières, il existe une possibilité d'exonération totale ou partielle.

Les membres du Conseil Départemental restent à votre écoute et à votre disposition. ■

## La prévoyance chez le médecin libéral : mal assuré, gare aux pièges, limites et exclusions

extrait du texte rédigé par le Dr Marc Biencourt

Membre de la Commission Nationale Permanente - Président du Conseil Départemental du Pas de Calais

Le médecin a, trop souvent, une prévoyance mal organisée et sous évaluée par rapport aux besoins nécessaires, par rapport aux chiffres d'affaires et aux montants des frais professionnels. L'importance des rétrocessions d'honoraires aux remplaçants, pouvant parfois atteindre plus de 80 %, aggrave ce phénomène.

En dehors de la CARMF, qui ne se déclenche qu'au bout de 90 jours et dont le versement des premières indemnités n'intervient qu'en fin du quatrième mois d'arrêt (pourvu que le médecin malade n'oublie pas de renvoyer le formulaire d'engagement sur l'honneur de non reprise d'activité), et qui est largement insuffisante pour couvrir même les frais professionnels, il apparaît qu'un grand nombre de médecins malades se retrouvent dans une situation très difficile par manque d'une bonne prévoyance. Il est regrettable que les organismes spécialisés, type AGMF, l'UNIM, Médicale de France, MACSF etc... soient

peu incitatifs envers les médecins pour réellement évaluer de façon satisfaisante le niveau de la prévoyance nécessaire en cas d'arrêt maladie, en particulier de courte durée ou de durée inférieure à 90 jours. La réévaluation des niveaux de couverture est rarement proposée par ces organismes, ce qui est particulièrement regrettable.

Il est pourtant évident que la majorité des médecins, et en particulier les médecins à gros chiffres d'affaires, n'imaginent pas la possibilité d'un arrêt d'activité.

Les contrats d'association prévoient également, dans certains cas, une solidarité pour l'associé malade, le plus souvent pour l'exclure pour des arrêts supérieurs à six mois ; mais parfois des engagements " type tontine " sont prévus dans le contrat d'association qui doivent absolument être limités aux 90 premiers jours d'arrêt, et au décès éventuellement, car ces engagements peuvent mettre en péril les associés restants.

À noter que les organismes bancaires n'incitent jamais les médecins à se couvrir en indemnités journalières pour leurs prêts professionnels et privés et ne proposent que rarement une franchise inférieure à 90 jours. Or, ce sont les 90 premiers jours les plus difficiles à supporter dans la plupart des cas, de par le retard apporté à la prise en charge des assurances.

Une réévaluation régulière de la situation de prévoyance des médecins est nécessaire, une formation adaptée est donc utile afin que tous les médecins en activité réévaluent la totalité de leurs contrats de prévoyance au moins tous les 5 ans.

Enfin, si vous avez subi un problème de santé, il importe de ne jamais résilier imprudemment un contrat passé, même si creusé de lacunes et exclusions, pour un contrat " meilleur ", sans en connaître exactement ses modalités d'acceptation.

(suite page 6)

## La prévoyance chez le médecin libéral (suite)

Pour ne pas être déçu en arrêt de travail ou en invalidité, voici les garanties que vous devriez exiger de toute société d'assurances :

- les **indemnités journalières** doivent être servies aussi à **50 % en exercice partiel** sans limitation à 3 ou 6 mois ;
- les **indemnités journalières** doivent être servies normalement en cas de maladies dépressives ou de psychopathologies ;
- la **rente d'invalidité** : on doit respecter vos **critères professionnels** pour l'évaluation de votre taux d'invalidité (**pas de mélange avec le taux fonctionnel**) ;
- la **rente doit être totale** dès 66 % d'invalidité professionnelle et non diminuée à 2/3 de la rente ;
- la **rente totale doit être compatible** avec un certain exercice professionnel résiduel, (à ce sujet la CARMF depuis quelques mois semble vouloir accepter le concept de reprise partielle : affaire à suivre !) ;
- à **33 % d'invalidité** : la **rente doit s'élever à 50 %** et non à 33 % ;
- de **33 % à 66 % d'invalidité** : la rente ne doit pas être "proportionnelle" au taux d'invalidité, mais calculée selon la formule **n/66** (ex., à 50 % d'invalidité : 75 % de la rente et non 50 %) ;
- la **rente doit être servie jusqu'à 65 ans** (et non jusqu'à 60 ans) à **100 %** (et non à 50 %) ;
- la **rente** doit couvrir aussi les risques de dépression et de psychopathologies ;
- en **décès** : il faut un vrai capital décès mais **hors loi Madelin** afin que le capital reste un capital non fiscalisé, sans **2 x ou 3 x en accident**, car les besoins du conjoint ne dépendent pas de la cause du décès.
- **Exonération des cotisations** : il faut obtenir une exonération totale en période d'indemnités journalières et en rente totale et exonération partielle en indemnités journalières partielles, et en rente partielle, **jusqu'à 65 ans**, si possible ne pas limiter les contrats à 65 ans mais à l'arrêt de l'activité professionnelle en cas d'activité partielle.

- **prévoir les frais de scolarité des enfants**, c'est fondamental pour la survie de la famille. Les **propositions de moduler les prises en charge des frais de scolarité selon l'avancement des études** sont à bien examiner. Leur suppression doit intervenir dès la fin des études de chaque enfant.

- les modalités d'augmentation des primes selon l'âge doivent être strictement précisées.

**Où trouver tous ces avantages rassemblés dans un même contrat ?** Voici une liste de quelques sociétés connues (mutualistes ou privées), par ordre alphabétique :

- **AGIPI** 12, avenue Pierre Mendès France 67312 Schiltigheim Cedex [agipi.fr](http://agipi.fr)
- **AGMF** 30, boulevard Pasteur 75015 Paris [agmf.fr](http://agmf.fr)
- **BEAM** 5, rue Legendre 95580 Andilly [beam-assurances.fr](http://beam-assurances.fr)
- **MACSF** 10, cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100 92919 La Défense Cedex - [macsf.fr](http://macsf.fr)
- **MÉDICALE DE FRANCE** 50, rue de la Procession 75015 Paris [medicaledefrance.fr](http://medicaledefrance.fr)
- **UNIM** 1, rue Lançon 57046 Metz Cedex [unim.asso.fr](http://unim.asso.fr)

Or, **ces contrats, sauf l'un d'entre eux**, sont grevés de **limites, lacunes et exclusions** (qui peuvent déclencher un refus de paiement), le plus souvent non précisées dans les dépliants publicitaires, mais décelables seulement dans les conditions générales, qu'il importe de lire de façon approfondie et complètement avant de signer. Pour cela il est parfois préférable de s'adresser à un expert qui pourra vous accompagner dans votre démarche. ■

## Permanence des soins

Dr Philippe Bleyne

Secrétaire Général - Responsable de la Commission Permanence des Soins

### Quel chantier !

La permanence des soins est bien un chantier qui fait couler beaucoup d'encre et beaucoup de salive, qui provoque des débats sans fin, et je vous passe le nombre de réunions, de durées interminables, où l'on avance d'un pas, puis on recule de deux... avant de finir par faire un grand bon en avant... ou en arrière...

Beaucoup se mêlent au débat : les médecins, les patients, les élus locaux, les institutions... enfin bref, tous ceux qui sont concernés, car chacun y voit un enjeu... même si les intérêts divergent parfois.

Eh bien, j'ai envie de dire bravo à tous ceux qui s'expriment en manifestant une opinion, et d'abord à vous, les médecins qui vous sentez hautement concernés par cette affaire. Il me semble que c'est un signe de "bonne santé" de l'ensemble du corps médical de notre département. Quand les débats sont "chauds" et "vifs", il y a parfois des invectives et le ton « monte », mais il y a toujours, à la fin, une poignée de mains "confraternelle". Les vues peuvent être divergentes sur le "bien commun" mais l'essentiel est bien de se préoccuper du "bien commun".

Au moment où je rédige ces lignes, le samedi 28 février 2009, où en sommes-nous de ce dossier ? Reprenons la chronologie :

**Décembre 2007** : Madame la Ministre de la Santé décide une extension de la permanence des soins, avec rémunération des médecins, aux samedis après-midi et aux veilles et lendemains de jours fériés, quand ces jours suivent ou précèdent un week-end. Elle y met cependant une condition : la réduction du nombre de secteurs concrétisée par un arrêté préfectoral, après réunion du CODAMUPS. À ce stade, certains d'entre vous ont dit, en substance "après tout, peu importe la rémunération, on reste comme cela...". Cet avis n'était pas partagé par tout le monde... Il faut aussi reconnaître que notre permanence des



soins départementale, tout en fonctionnant bien depuis des années, est marquée par une certaine fragilité qui semble une constante commune au niveau national et non une particularité départementale. C'est le constat fait par le Docteur Jean-Yves GRALL, conseiller général des établissements de santé, remis à Madame la Ministre de la Santé en août 2007.

Pour la Haute-Vienne, cette fragilité peut être illustrée par trois chiffres :

- 7 secteurs sur 31 ont un nombre d'effecteurs égal ou inférieur à 5 ;
- 25 secteurs sur 31 ont un nombre d'effecteurs égal ou inférieur à 10 ;
- d'ici 5 à 10 ans, 40 % des médecins généralistes partiront à la retraite, sans certitude d'avoir une succession.

**La diminution du nombre de secteurs** suppose logiquement leur agrandissement et cette perspective était mal acceptée par les médecins effecteurs, compte-tenu de l'organisation actuelle de la permanence des soins.

Un grand nombre de départements étant en difficulté, le Ministère de la Santé a créé une Mission Nationale d'Appui à l'organisation de la permanence des soins. Cette mission a reçu les représentants de la Haute-Vienne en juin 2008.

À la suite de cette audition, les recommandations de la Mission d'Appui pouvaient être ainsi résumées :

- À échéance de 3 à 6 mois (fin décembre 2008) réduction du nombre de secteurs de 31 à 24.
- À échéance de 18-24 mois, réorganisation complète de la permanence des soins avec agrandissement des secteurs et organisation de la garde autour de points fixes.

**Les discussions entamées** avec les secteurs ayant le plus faible nombre d'effecteurs n'ont pu aboutir à l'automne 2008 pour essayer de parvenir à 24 secteurs. Madame le Préfet a donc demandé de s'atteler à une réorganisation complète.

**Un groupe s'est mis au travail** autour de Madame le Directeur de la DDASS. Vous avez également été consultés au cours de diverses réunions qui ont été très "animées". Communications téléphoniques, courriers, contacts divers... L'activité a été on ne peut plus intense entre la fin 2008 et ce jour.

Résumons le projet au point où il en est au 28 février 2009 :

1) La Haute-Vienne serait découpée en 13 secteurs. Le médecin de garde serait posté, soit à son propre cabinet, soit à un point fixe constant, en fonction des secteurs. Les patients ne pouvant se déplacer par leurs propres moyens seraient transportés en taxi, transport pris en charge sur prescription du médecin régulateur. La nuit, le médecin de garde, assurerait son travail de 20 h à 24 h, le samedi de 12 h à 20 h et les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h.

2) Pour assurer les visites à domicile, dites inévitables ou incompressibles (certificats de décès, personnes en HAD ou en EHPAD, pathologie importante mais ne relevant pas de l'Aide Médicale Urgente, etc.), des "effecteurs mobiles" seraient prévus sur toutes les plages horaires de permanence des soins (y compris de 20 h à 24 h). Leur nombre serait de 5 à 7 pour l'ensemble du département (y compris Limoges).

Ces médecins dits "effecteurs mobiles" pour les visites à domicile pourraient être :

- des médecins des secteurs d'astreinte du territoire ;
- des médecins d'autres secteurs ;
- des médecins d'associations de type SOS Médecins Limoges ou Urgences Médecins 87 ;
- des médecins remplaçants autorisés ;
- des internes autorisés ;

Ils pourraient être basés :

- au sein du territoire dans un établissement de santé ou médico-social ;
- ou bien sur Limoges (SAMU Centre 15) point de départ ;
- ou à son domicile si le médecin réside au cœur du territoire.

Bien sûr, de nombreuses incertitudes planent encore à propos de ce projet :

- incertitudes dans la finalisation de la sectorisation : tout n'est pas réglé dans certaines zones du département ;
- incertitudes concernant l'alternative entre point fixe de garde constant ou cabinet médical du médecin qui est de garde ;
- incertitudes concernant les effecteurs mobiles : leur nombre, leur rémunération, leur mode de fonctionnement. Sur ce point, nous ne pouvons pas plus avancer pour l'instant et ce, à cause des plus grosses incertitudes énoncées ci-après ;
- incertitudes administratives et financières : ce dispositif, vous vous en doutez, a un coût et son organisation sort des "sentiers battus" du dispositif conventionnel. Pour pouvoir mettre en œuvre une telle organisation, qualifiée dans les textes d'expérimentation, un décret ministériel est nécessaire. Pour la Haute-Vienne ce décret n'a, à ce jour, et selon nos informations, pas été pris.

Que d'incertitudes, ne manqueront pas de dire les plus réticents(es) à la mise en place de ce système !!!!! Que d'inquiétudes pour celles et ceux qui y sont favorables !!!!!

Nous avons espéré pouvoir débiter au 1er juin 2009. Le temps passant, nous devons convenir qu'il faudra sans doute attendre un peu plus...

Ces incertitudes, ces inquiétudes, cette attente, ne doivent pas nous démobiliser. Il faut profiter de ce temps pour débattre et informer. Le vendredi 27 février 2009, autour de Madame le Préfet, une réunion s'est tenue en présence de Madame la Présidente du Conseil Général de la Haute-Vienne et des Maires et Conseillers Généraux qui siègent au CODAMUPS. Une information en direction des élus locaux a été prévue dont il reste à fixer les modalités.

Au cours de cette réunion, les élus locaux nous ont beaucoup interpellés à propos de la déontologie, craignant qu'elle soit mise à mal dans ce nouveau dispositif. La déontologie n'est pas, me semble-t-il, d'abord une affaire de structure ou d'organisation mais plutôt une manière d'être dans l'exercice de notre belle profession. Et, sur ce sujet là, permettez-moi de vous le dire, l'institution ordinale fait totalement confiance à chacun d'entre vous. ■

# La nouvelle procédure disciplinaire ordinale

Dr Michel Barris et Joël Malgouyard

Elle est entrée en vigueur en février 2007 avec l'installation des nouveaux conseils régionaux de l'Ordre.

Régie par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, l'Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005, le Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007, le Décret n° 2007-552 du 13 avril 2007, les Articles R. 4126-1 à R. 4126-54 du CSP (Code de la Santé Publique), cette procédure a pour objectifs de séparer l'instance disciplinaire de l'instance administrative de l'Ordre. Elle accroît les droits des plaignants et met fin aux critiques récurrentes de justice d'exception qui voulait que des médecins accusés soient jugés uniquement par d'autres médecins.

## La chambre disciplinaire de 1<sup>re</sup> instance

Elle reprend le rôle de l'ancien conseil régional de l'Ordre mais est maintenant distincte de lui, lui étant simplement adossée. Elle est présidée par un magistrat du corps administratif, rémunéré par l'État. Elle a pour rôle de "dire le droit". Elle peut infliger des amendes en cas de plainte abusive et condamner la partie perdante aux dépens (rappelons qu'avant la modification législative, le plaignant n'avait pas le statut de "partie" mais de "témoin" : c'est le conseil départemental qui portait plainte en son nom auprès du conseil régional).

Le président acquiert des prérogatives : il lui est possible, en effet, par ordonnance motivée et sans instruction préalable, de rejeter ou de constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une plainte.

Pour ce qui concerne le Limousin, la chambre est présidée par Monsieur LEPLAT, Président du Tribunal Administratif. Il est assisté d'une greffière (Madame LABIDURIE) qui est placée sous son autorité fonctionnelle. Elle est chargée de suivre l'instruction des affaires, d'exécuter les actes de procédure, d'assurer le greffe des audiences (elle assiste au délibéré) et de signer les courriers par délégation.

Les conseillers (assesseurs) au nombre de huit, sont élus par les membres titulaires du conseil régional, pour moitié en son sein, pour l'autre parmi tous les membres et anciens membres des conseils de l'Ordre, tous échelons confondus.

## La saisine de la chambre disciplinaire de 1<sup>re</sup> instance

L'action devant la chambre disciplinaire peut être déclenchée de plusieurs manières :

■ **Saisine directe** par le ministre chargé de la santé, le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien intéressé (et non plus le directeur de la DDASS), le préfet de la région, le directeur de l'A.R.H. dans le ressort de laquelle exerce le praticien intéressé, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau, un syndicat ou une association de praticiens, le conseil national, le conseil départemental au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction.

Pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers, la situation est inchangée : seul le ministre chargé de la santé, le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien concerné et le directeur de l'A.R.H. ont la compétence.

■ **Saisine par l'intermédiaire du conseil départemental**, par toute personne ayant qualité et intérêt à agir (patients, organismes locaux d'assurance maladie obligatoire, médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical près d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, autres praticiens, quel que soit le tableau auquel ils sont inscrits (la liste de l'article R. 4126-1 n'est pas limitative).

■ **En résumé** : toute plainte d'un patient (ou association de patients) envers un médecin ou plainte d'un médecin envers un de ses confrères doit obligatoirement être adressée au conseil départemental où est inscrit ce dernier :

Le conseil départemental, dès réception du courrier, doit enregistrer la plainte (accusé de réception), informer le médecin mis en cause, mettre le dossier à l'ordre du jour de sa prochaine réunion et mettre en place une réunion de conciliation dans le délai d'un mois, c'est une obligation légale. En cas d'échec de celle-ci, il doit transmettre la plainte à la chambre disciplinaire en s'associant ou non à celle-ci, dans les 3 mois, à dater de la réception de la plainte.

## La plainte

La plainte doit concerner tout manquement au code de déontologie médicale et plus largement aux devoirs professionnels. Elle n'est pas soumise au principe de légalité criminelle. À noter qu'il n'existe pas de prescription de l'action.

La plainte est recevable à condition qu'elle soit signée par son auteur ou que ce dernier ait la qualité à agir si la plainte est déposée au nom d'une personne morale (la plainte doit alors être accompagnée, sous peine d'irrecevabilité, de la délibération de l'organe statutairement compétent pour autoriser la poursuite). Si la plainte émane du conseil départemental ou national de l'Ordre, elle doit être accompagnée de la délibération signée par le président et comporter l'avis motivé du conseil.

La chambre disciplinaire de 1<sup>re</sup> instance compétente est celle de la région dans le ressort de laquelle le praticien, ou la société professionnelle, poursuivi est inscrit au tableau à la date où la juridiction est saisie ou l'était à la date des faits s'il n'est plus inscrit à aucun tableau.

Lorsqu'une chambre disciplinaire est saisie d'une plainte qu'elle estime relever de la compétence d'une autre chambre disciplinaire, son président transmet sans délai le dossier à cette chambre. Si le président de celle-ci estime que cette juridiction n'est pas compétente, il transmet sans délai le dossier au président de la chambre nationale qui règle la question de compétence. Un renvoi pour cause de suspicion légitime est possible. Le président de la chambre disciplinaire nationale, à la demande de toute partie, peut transmettre le dossier à une autre chambre disciplinaire.

**Le délai pour statuer est de 6 mois à compter de la réception de la plainte.**

Sous peine de nullité de la requête, les copies doivent être en nombre égal à celui des autres parties, augmenté de 2. L'inventaire des pièces jointes est obligatoire (avec copies en même nombre que pour les mémoires).

## La procédure

Dès réception de la plainte, le greffier notifie et envoie copie de l'intégralité du dossier au médecin mis en cause qui peut se faire représenter par un avocat (art. L. 4126-2) ou assister par un avocat

ou par un confrère (non membre du conseil de l'ordre). Le conseil national ou départemental peut se faire représenter par un de ses membres.

### L'instruction

Dès réception de la plainte, un rapporteur est désigné par le président, parmi les assesseurs en dehors de ceux du conseil départemental de l'intéressé. Il doit entendre les parties, recueillir tous les témoignages et procéder à toutes les constatations utiles à la manifestation de la vérité. Il demandera aux parties toutes les pièces ou tous les documents utiles à la solution du litige, dressera un procès-verbal de chaque audition (et demandera à la personne entendue de le contresigner). À l'issue de son instruction, il remet au président de la chambre son rapport qui doit constituer un exposé objectif des faits, des pièces du dossier et des actes d'instruction accomplis (une expertise et/ou une enquête complémentaire sont possibles). Les mémoires et pièces seront également adressés aux parties.

L'instruction devra être close au moins trois jours avant l'audience ou à une date fixée par le président.

### Le jugement

Le rapporteur siège à l'audience (convocation au moins 15 jours avant la date) qui est publique (avec possibilité pour le président de prononcer le huis clos). La délibération est secrète. La décision (pouvant aller, en cas de sanction, de l'avertissement à la radiation) est prise à la majorité des voix ; en cas d'égalité, celle du président est prépondérante. La décision est rédigée conformément à l'art. R. 4126-29 CSP. Elle est rendue publique par affichage (avec possibilité d'anonymisation), signée par le président et le greffier.

Elle est notifiée au praticien poursuivi et à son avocat, à l'auteur de la plainte, au conseil départemental qui a transmis la plainte ou qui l'a formulée, au conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit à la date de la notification, au préfet et procureur de la République dans ce même département, au préfet de région, au conseil national de l'ordre des médecins (qui informera les conseils départementaux), au ministre chargé de la santé.

### Frais et dépens

Les dépens comprennent les frais d'expertise, d'enquête et de toute autre mesure d'instruction (dont les frais ne sont pas à la charge de l'État). Sous réserve de dispositions particulières, les dépens sont à la charge de la partie perdante sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient partagés entre les parties. Nouveauté : il existe la possibilité d'infliger une amende pour requête abusive.

### Voies de recours

Il existe une possibilité d'appel auprès de la Chambre disciplinaire nationale, dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de la chambre disciplinaire de première instance, puis éventuellement d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat, dans un délai de 2 mois, à compter de la notification de la décision de la chambre nationale.

■ La révision est possible, l'opposition concerne seulement les décisions de la Chambre disciplinaire nationale.

## L'agenda du Conseil Départemental

- Réunions pour la Permanence des Soins auxquelles ont participé les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleynie, et des Membres de la Commission PDS : Drs Luc Aubanel, Michel Bonnaud, Michel Jacquet, Éric Rouchaud, Vincent Sauget :
  - 29/10/2008, à 20 h 30 à la DDASS.
  - 4/11/2008, à 20 h 30, au Conseil de l'Ordre, réunion des coordinateurs de secteur.
  - 17/11/2008, à 20 h 30 à la DDASS
  - 18/11/2008, à 21 h, à Chéops réunion des médecins de Limoges et la couronne.
  - 25/11/2008, à 21 h, à Châteauponsac, réunion des médecins du Nord du département.
  - 26/11/2008, à 21 h, réunion à Saint-Junien avec les médecins des secteurs 17, 18 et 19.
  - 9/12/2008, à 21 h, à Nexon, réunion des médecins du Sud du département.
- 15/12/2008 à 20 h 30, à la DDASS.
- 9/01/2009, à 20 h 30, réunion à la DDASS.
- 12/01/2009, à 20 h 30, réunion à la DDASS
- 22/01/2009, à 14 h 30, réunion à la Préfecture.
- 27/02/2009, à 18 h, réunion à la Préfecture en présence de Madame Marie-Françoise Pérol-Dumont, Présidente du Conseil Général et des élus, membres du CODAMUPS.
- 12/03/2009, à 17 h, réunion à la Préfecture, point sur l'organisation de la PDS sur les secteurs 17, 18 et 19.
- 16/03/2009, à 11 h, rencontre avec Monsieur Jacky Herbuel-Lepage à l'URCAM.
- 23/03/2009, à 20 h 30, réunion à l'URCAM.
- 26/11/2008, à 15 h 30, le Dr Vincent Leroy a représenté le Conseil Départemental lors de la remise des prix de Santé Publique à la CPAM de la Haute-Vienne.
- 10/12/2008, à 15 h, le Dr Vincent Leroy a représenté le Conseil Départemental, à la Préfecture, lors de 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.
- 13/12/2008, le Docteur Antoine Bariaud a participé à la réunion des Trésoriers au Conseil National.
- 8/01/2009, le Docteur François Archambeaud a assisté à l'audience solennelle de la Cour d'Appel de Limoges.
- 9/01/2009, à 18 h, le Docteur François Archambeaud a assisté à la réception de Nouvel An de la Préfecture.
- 26/03/2009, à 11 h, le Docteur François Archambeaud a assisté à une saisie de dossier médical.
- 26/03/2009, le Docteur Jean-Jacques Texier a assisté à la réunion des contrats au Conseil National de l'Ordre des Médecins à Paris ■

## INAUGURATION DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU LIMOUSIN



C'est en présence du Docteur Walter VORHAUER, Secrétaire Général du Conseil National (le Président LEGMANN étant malheureusement souffrant), que les nouveaux locaux du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin (sis désormais 27, boulevard Gambetta à Limoges) ont été inaugurés le 5 décembre 2008. Bien évidemment, notre Conseiller National, le Docteur ROUSSELOT, son prédécesseur le Professeur BOUQUIER, les Présidents et Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux étaient présents, tout comme de nombreux confrères, ainsi que les Autorités régionales qui ont ainsi montré l'attachement qu'elles portaient à l'Institution Ordinale.

Les conseillers régionaux espèrent que le rôle qui leur est désormais dévolu, sera confirmé dans la loi HPST, en siégeant au sein de l'ARS.



### Mesdames et Messieurs les Président(e)s des conseils départementaux

Paris, le 15 janvier 2009

Mots-clés : Honoraires / information écrite et préalable

Madame, Monsieur le Président et cher Collègue,

L'obligation légale d'une information écrite et préalable des patients sur les honoraires pratiqués par un médecin doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> février 2009.

Elle concerne, d'une part, les actes pour lesquels les honoraires totaux facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 € et sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire. Les deux conditions sont cumulatives.

Elle concerne, d'autre part, la situation dans laquelle l'acte prescrit est réalisé lors d'une consultation ultérieure, y compris si les honoraires prévus sont inférieurs à ce seuil, dès lors qu'ils sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, l'information sera remise lors de la consultation précédant la réalisation de l'acte.

Cette obligation contribuera sans aucun doute à une meilleure information des patients mais constitue indéniablement une nouvelle charge pour les praticiens.

Après avoir consulté en ligne l'ensemble des médecins, le Conseil national de l'Ordre des médecins dresse les constats suivants :

Dans un certain nombre d'hypothèses, le praticien ne pourra pas informer préalablement le patient du coût exact d'une consultation comme la loi le prévoit. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il ne connaît pas le patient et son état de santé.

Le médecin ne peut alors anticiper ni la durée de consultation, ni sa complexité, ni la situation financière du patient ni les actes techniques qui seront immédiatement effectués dans le cadre de cette consultation.

Il n'est pas concevable que l'obligation légale ait pour effet, dans ce dernier cas, de contraindre le médecin à donner une information erronée ou lacunaire ou d'obliger le patient à revenir pour une seconde consultation, la première ayant eu pour objet de l'informer sur les coûts des actes à réaliser...

Pour autant, le patient n'est pas dépourvu de moyens d'information préalable qu'il obtiendra du médecin lui-même, tenu d'afficher ses honoraires ou barèmes d'honoraires dans sa salle d'attente, ou encore de l'assurance maladie qui a mis en place un dispositif d'information des assurés sur les honoraires des actes cliniques ou médicotechniques et chirurgicaux.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins demande instamment au Ministre de la Santé qu'une réflexion soit menée sur les difficultés de la mise en œuvre de la loi et que l'obligation d'information préalable sur les honoraires soit dans l'attente de ces résultats réservée aux actes médicotechniques et chirurgicaux programmés, conformément d'ailleurs aux travaux parlementaires.

Si, dans ces situations, des difficultés d'application peuvent également surgir, compte tenu de leur diversité et de la complexité de la réglementation, elles apparaissent surmontables et le Conseil national de l'Ordre des médecins propose un modèle d'information de nature à faciliter la tâche des praticiens.

Dans tous les cas, l'Ordre des médecins rappelle que l'information des patients est un impératif déontologique, quelles que soient ses modalités. Il en va de même pour l'obligation d'assurer à la population sans distinction aucune, un accès effectif aux soins.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur le Président et cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Docteur Walter VORHAUER  
*Secrétaire Général*

Les commentaires de ce document (mentions entre parenthèses)  
doivent évidemment être supprimés avant qu'il soit remis aux patients.

### Note préalable d'information sur les honoraires

(article L1111-3 du code de la santé publique et arrêté du 2 octobre 2008 paru au Journal Officiel du 11 octobre 2008)

Le Dr ..... X ....., qualifié .....,  
médecin conventionné à honoraires libres, inscrit au conseil départemental du .....  
..... dont le siège se trouve .....,  
vous informe qu'il va effectuer un acte médicotechnique / un acte chirurgical, en réponse à la demande de soins  
que vous avez formulée.

Cet acte porte le code CCAM : ..... avec l'intitulé suivant :  
.....

**(Cette information sur les actes pratiqués est destinée au seul patient et n'a pas à être communiquée  
à des tiers, y compris les assureurs complémentaires)**

Le médecin a fixé, pour cet acte, le montant de ses honoraires à : ... **euros**

Cet acte est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sur la base d'un tarif fixé à : ... **euros**

Il en résulte une différence d'un montant de ... **euros** qui pourra, le cas échéant, être pris en charge  
par votre assurance maladie complémentaire, en tout ou partie, en fonction du contrat souscrit

*(si un second acte est envisagé, le mentionner suivant les mêmes modalités)*

Le Dr ..... X ..... a été autorisé à fixer librement ses honoraires par la réglementation.

Il est tenu en vertu du code de déontologie médicale de les fixer avec tact et mesure et de répondre  
à toute demande d'information préalable et d'explication.

Si, au décours de la réalisation de l'acte, un autre acte non prévu initialement se révèle immédiatement  
nécessaire dans l'intérêt du patient, il sera effectué avec votre consentement et pourra être facturé.

Le médecin ne peut refuser un acquit des sommes perçues ni imposer un mode particulier de règlement.

Le Dr ..... X ....., remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste  
l'avoir reçue. S'il ne la remet pas personnellement il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la  
réalisation de l'acte.

Fait en double exemplaire, le ....., à .....

Le Dr ..... M. / Mme / Melle .....

Cachet et signature du médecin

Signature du patient (ou de son représentant légal)

***(Le praticien ne peut demander des honoraires différents des tarifs fixés par la réglementation aux  
personnes bénéficiant de la CMU-Complémentaire, en vertu des documents qu'elles présentent.)***

### AFFICHAGE DES HONORAIRES

Afin de faciliter la tâche de nos confrères, le Conseil National de l'Ordre nous transmet une notice d'utilisation ainsi que des modèles d'affiches d'honoraires que vous trouverez ci-après.

#### Quelques conseils à lire absolument avant affichage

Ces conseils résultent des termes du décret, de l'analyse qui en a été faite, et de précisions apportées par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF).

Le " remplissage " de ce modèle d'affiche communiqué à la DGCCRF est la garantie du respect de la loi.

L'absence d'affiche ou un affichage déficient peut donner lieu à des sanctions administratives pouvant atteindre 3 000 €.

Elles n'interviendraient toutefois que dans un deuxième temps, si après un rappel par l'enquêteur des exigences de la loi et de la réglementation, le médecin ne s'est pas mis en conformité lors de la 2<sup>e</sup> visite de celui-ci quel que soit le moment de celle-ci (au plus tôt 15 jours après le 1<sup>er</sup> contrôle). La DGCCRF nous a bien indiqué qu'il n'y aurait pas un deuxième rappel.

1. ■ L'obligation d'affichage s'impose aux médecins " qui reçoivent des patients ". Un médecin spécialiste (médecin biologiste ou anatomo-cyto-pathologiste) qui ne recevrait de patients qu'exceptionnellement devra cependant souscrire à cette obligation et procéder à l'affichage des tarifs des actes pratiqués.
2. ■ L'obligation d'affichage s'impose également aux praticiens hospitaliers à temps plein autorisés à développer une activité libérale à l'hôpital.
3. ■ Dans le cadre d'un cabinet de groupe et si tous les médecins qui exercent relèvent du même secteur conventionnel et pratiquent les mêmes actes et tarifs d'honoraires, l'affiche peut être commune et préciser alors le nom de tous les praticiens.
4. ■ L'affiche doit être apposée de manière visible et lisible dans la salle d'attente. L'information doit être accessible et compréhensible et l'affiche ne doit pas être dissimulée au regard des patients. A défaut de salle d'attente, elle doit être apposée de manière tout aussi visible et lisible dans le cabinet de consultation du médecin.
5. ■ Les mentions en italique sont des mentions obligatoires définies par l'article R1111-22 du code de la santé publique.
6. ■ Dans un souci de simplification de l'information destinée au patient, le détail sur l'affiche des actes et majorations (exemple CS + MPC + MCS) n'est pas nécessaire mais uniquement la mention du montant final de l'acte.
7. ■ Les deux premiers tableaux des médecins généralistes et le premier tableau des médecins spécialistes correspondent aux informations obligatoires listées à l'article R 1111-21 du code de la santé publique : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins. Si le médecin effectue même ponctuellement certains de ces actes, l'affiche doit obligatoirement en indiquer les tarifs. Ainsi, un médecin spécialiste qui ne réaliserait de visites que de façon exceptionnelle devra cependant en indiquer le tarif. En revanche, si le médecin ne réalise jamais certains de ces actes, l'affiche ne les mentionnera pas. Il en va ainsi du médecin généraliste qui, compte tenu de l'organisation locale de la permanence des soins, n'effectuerait aucun acte en nuit profonde. Il n'aurait pas alors à mentionner les majorations correspondantes.
8. ■ La réglementation ne prévoit pas pour le premier tableau l'indication du tarif de la visite non majorée. Il est cependant recommandé de le remplir si vous effectuez ce type de visites.

Les tableaux très détaillés donnés ci-joints en exemples devront être adaptés aux modalités d'exercice de chaque praticien (les lignes non utilisées dans ces tableaux par les praticiens pourront être supprimées dans le " fichier word " à partir de la barre d'outils en cliquant sur *Tableau* puis sur *supprimer Lignes*. De la même façon des lignes pourront être insérées ou modifiées).

Pour ce qui concerne le tableau correspondant aux actes ou prestations les plus couramment pratiqués : il peut s'agir d'actes techniques mais aussi de consultations majorées couramment réalisées (consultation pour nourrisson) ; il peut s'agir également d'ensemble d'actes facturés de façon forfaitaire conformément à la NGAP ou la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Ce tableau peut comporter moins de 5 actes ou prestations si les modalités d'exercice du professionnel et la variété de son activité ne permettent pas de dégager 5 actes fréquemment réalisés.

Dr [.....] ,

médecin spécialiste conventionné relevant du secteur à honoraires libres (secteur 2)

*“ Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie. ”*

*“ Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer. ”*

*“ Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. ”*

*“ Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie. ”*

	Fourchettes des honoraires pratiqués	Base de remboursement
Consultation	entre 23 € et ... €€	23 €€
Visite à domicile et majoration de nuit	entre 50,15 €€ et ... €€	50,15 €€
Visite et majoration de dimanche et jour férié	entre 44,06 €€ et ... €€	44,06 €€

Actes ou prestations les plus couramment pratiqués		
	Fourchettes des honoraires pratiqués	Base de remboursement
exemple 1 :		
exemple 2 :		
exemple 3 :		
exemple 4 :		
exemple 5 :		



# Histoire de l'homéopathie

Dr Philippe Pignel-Dupont

## DÉFINITION

Méthode thérapeutique qui utilise à doses non toxiques des substances médicamenteuses d'origine minérale, végétale ou animale capables de déclencher à doses toxiques ou subtoxiques selon la méthode expérimentale de Hahnemann, médecin allemand chimiste et toxicologue, (1755-1843) un ensemble de symptômes (fonctionnels et lésionnels) semblables à celui du tableau clinique observé.

Elle se différencie des autres techniques pharmacologiques par trois critères :

- **Un premier critère**, fondamental, détermine la sélection du ou des médicaments à prescrire selon la relation de similitude :

les médicaments sont susceptibles de guérir des manifestations pathologiques semblables à celles qu'ils peuvent provoquer chez des sujets sains et sensibles.

- **Deux autres critères** sont des règles d'application de la relation de similitude.

A) L'observation du malade envisagé dans son unité biologique.

B) L'utilisation de dilutions infinitésimales.

Comme toute thérapeutique, l'Homéopathie à un domaine d'application et des limites.

## HISTORIQUE

L'histoire de l'homéopathie nous enseigne que cette discipline est née dans un environnement préscientifique. Il s'agit pourtant bien de l'une des premières méthodes fondées sur l'expérimentation, telle que le définira Claude Bernard en 1860.

En effet, Hahnemann crée et utilise une méthode expérimentale clinique.

- 1) - Il observe un fait curieux :

Le quinquina peut à la fois guérir (il était utilisé à l'époque dans le traitement du paludisme) et déclencher chez un sujet sain un état fébrile bien particulier (semblable à celui rencontré dans le paludisme qui lui est provoqué par le plasmodium).

- 2) - Il recherche d'autres faits semblables dans la littérature.

Cinq siècles avant notre ère, Hippocrate et son école avaient remarqué qu'il existe

souvent un parallélisme d'action entre le pouvoir toxicologique d'une substance et son pouvoir thérapeutique.

- LA CANTHARIDE (mouche espagnole) provoque des cystites et des hématuries. On utilisait la cantharide à petites doses pour traiter les infections urinaires.

- L'ELLÉBORE BLANC (vératrum album) provoque en toxicologie des diarrhées et vomissements avec douleur abdominale crampoïde, déshydratation pouvant aboutir à un état de collapsus. À petites doses, il était utilisé jusqu'au Moyen Age pour traiter les épidémies de choléra asiatique.

- 3) - Reprenant ces observations tombées dans l'oubli, Hahnemann

- a - émet une hypothèse " les substances médicamenteuses sont susceptibles de guérir des symptômes semblables à ceux qu'elles peuvent produire ",

- b - vérifie par l'expérimentation cet état de fait empirique. Nous sommes en 1790 :

- dans un premier temps il regroupe les données connues de la toxicologie puis il étudie sur lui-même et son entourage à doses subtoxiques, les effets des différentes substances de la pharmacopée de son époque : aconit, belladonne, noix vomique, pulsatille, digitale, arsenic, mercure...

- dans un second temps, il utilise ces mêmes substances, mais cette fois comme agents thérapeutiques chez des individus malades qui présentent des symptômes semblables à ceux qu'il a obtenus expérimentalement.

- c - constate que le phénomène résumé par Hippocrate se vérifie à condition d'utiliser des doses thérapeutiques faibles.

En 1810 après vingt années de recherches, il rassemble ses connaissances dans un livre : l'Organon de l'art de guérir.

## LA MATIÈRE MÉDICALE HOMÉOPATHIQUE

L'étude de la matière médicale homéopathique rassemble l'action potentielle de chaque substance médicamenteuse sur l'individu sain. Elle est indispensable pour pratiquer l'homéopathie.

Pour chaque substance trois sources sont à considérer :

## I / La toxicologie

Elle est, soit aiguë, soit chronique, volontaire, accidentelle ou professionnelle, et provoque essentiellement des lésions organiques. Elle est caractéristique d'une substance et met en évidence ses polarités d'action et par conséquent celles du médicament homéopathique dans la limite de ses possibilités.

Exemple : le phosphore, en toxicologie chronique, provoque en particulier au niveau des parenchymes hépatique, pulmonaire et rénal puis du cœur des phénomènes lésionnels caractérisés successivement par : des états congestifs, suivis bientôt d'hémorragies, puis de dégénérescence graisseuse.

Dans le domaine cardiaque, par exemple, Phosphorus 15 CH pourra être utilisé en complément de la thérapeutique classique dans l'insuffisance cardiaque.

- L'activité de Phosphorus 15 CH sera dépendante des possibilités réactionnelles à une stimulation de faible intensité d'un organisme présentant d'importantes lésions.

- On prescrira Phosphorus 15 CH chaque jour puis en espaçant selon l'amélioration en se basant sur les variations du débit urinaire. On se guide alors sur la réapparition de l'oligurie après la diurèse déclenchée par l'administration du médicament.

## II / L'expérimentation pathogénétique

Elle est réalisée pendant un temps donné, avec des doses diverses mais non toxiques, de substances pharmacologiquement actives sur des sujets sains d'âge et de sexe différents, donc d'inégale réceptivité.

Elle provoque surtout des symptômes fonctionnels ou généraux, des changements éventuels de comportement général c'est-à-dire, comme disait Hahnemann, des "changements dans la manière de sentir et d'agir".

Elle est la grande originalité de l'expérimentation de Hahnemann. En effet il expérimente, des doses diverses données à des sujets d'inégale réceptivité.

- 1) des doses diverses : doses suffisantes pour provoquer une symptomatologie caractéristique chez des sujets



sensibles, mais toujours en dessous des doses réellement toxiques pour ne pas nuire aux expérimentateurs et pour ne pas étouffer, sous une symptomatologie mécanique grossière, les symptômes les plus nuancés.

L'expérience, et l'expérience seule, a conduit progressivement Hahnemann à utiliser dans l'expérimentation et en thérapeutique des doses de plus en plus petites, jusqu'à l'infinimental. Il avait étudié l'effet *placebo* en thérapeutique et ses disciples ont appliqué à l'expérimentation pathogénétique sur l'homme *la méthode du double aveugle*.

■ 2) des sujets d'inégale réceptivité : le mode expérimental adopté par Hahnemann a montré l'extrême diversité des sensibilités individuelles aux substances expérimentées. Tel sujet ne développera aucun symptôme alors que tel autre réagira par une riche symptomatologie.

Cette notion de sensibilisation devait se révéler particulièrement féconde. L'observation a montré que ces individus avaient en commun certaines caractéristiques : tendances pathologiques, trait de caractère, et critères morphologiques. La notion de type sensible constate une concomitance entre ces éléments. Elle permet d'identifier les sujets bons répondeurs et renforce aussi l'indication d'un médicament dans le traitement des maladies chroniques.

### ■ III/ L'observation clinique

Il s'agit de symptômes vérifiés par l'expérimentation clinique et régulièrement guéris par l'utilisation d'un médicament chez le patient. Ils sont de trois ordres :

- d'une part, les symptômes pathologiques semblables aux symptômes pathogénétiques d'une substance et guéris par des dilutions infinitésimales de cette substance ;

- d'autre part, des symptômes pathologiques présentés par des malades sous traitement sans rapport avec des données pathogénétiques, mais disparues concomitamment à l'absorption de dilutions infinitésimales de la substance étudiée et prescrite pour d'autres symptômes ;

- enfin, des symptômes régulièrement guéris par la prise d'un médicament et vérifiés par un grand nombre de médecins. L'emploi du médicament pour de tels symptômes relève alors de l'empirisme médical.

Exemple : l'usage clinique au XIX<sup>e</sup> avait montré l'action de *Caulophyllum* sur l'utérus de la femme enceinte en période d'accouchement. Nous avons pu mettre en évidence l'action de *Caulophyllum* 5 CH dans le faux travail et la dystocie de démarrage.

### **L'expérimentation pathogénétique :**

Elle est à l'origine de la sémiologie homéopathique. Elle rassemble une riche symptomatologie nuancée. Elle ne s'oppose pas à la sémiologie classique, elle la complète. Elle permet, après avoir distingué les signes pathognomoniques caractéristiques d'une maladie, de saisir les nuances les plus personnelles de la réaction du malade envisagé dans son unité somato-psychique, ce qui constitue son mode réactionnel. Citons :

#### ■ L'étude des modalités :

Une modalité est une qualification de symptôme dans le sens de l'aggravation ou de l'amélioration. On distingue essentiellement :

1) *les modalités horaires* : aggravation < ou > amélioration selon les heures de la journée, la semaine, le mois, les saisons.

2) *les modalités d'ambiance* : < ou > par la chaleur (pièce, soleil), le froid (sec, vent, courant d'air) ou l'humidité, l'orage.

3) *les modalités psychiques* : < ou > par la consolation, la contradiction, les émotions.

#### ■ L'étude des signes généraux :

*Les désirs et aversions alimentaires, le type des douleurs* (brûlure, lancement, etc...), les troubles d'hyperesthésie ou d'hypoesthésie des *cinq sens*, les caractéristiques des *sécrétions* physiologiques (sueurs) ou pathologiques, les caractéristiques du *sommeil* (rêves), les *modifications comportementales* si elles sont nettes, caractéristiques.

Un cadre à part est l'étude des circonstances étiologiques qui induisent le tableau clinique. Elle fera penser à certains groupes de remèdes.

Prenons un exemple : le venin de serpent *Lachesis*, venin mortel, provoque à doses faibles chez l'individu sain, en particulier, dans un premier temps des bouffées congestives, des ecchymoses spontanées, des alternances d'excitation loquace et de dépression avec mutisme, méfiance et jalousie. Cet ensemble fera de *Lachesis* un remède de bouffées de chaleur chez une femme en pré-ménopause avec ce type de comportement.

On retrouve : une extrême sensibilité au moindre contact, à toute constriction, intolérance de tout vêtement serré au niveau du cou et de la taille. Un désir d'alcool, l'aggravation par le toucher, par la chaleur, le soleil, au printemps. Le sommeil est perturbé (peur de s'endormir, rêves de serpents d'enterrements, de mort). On pourra retrouver dans les antécédents des influences psychogènes (jalousie, deuil, chagrin prolongé, déception sentimentale). Cet ensemble constitue son mode réactionnel.

Cet ensemble symptomatique, dont chaque élément peut être plus ou moins important, correspond à une forme clinique de bouffées de chaleur que *Lachesis* pourra améliorer.

*Nux Vomica*, remède de constipation spasmodique avec hémorroïdes correspond à un patient sédentaire, hyperactif, ne supportant pas la contradiction. Il aime les repas riches, l'alcool qui l'aggrave. Insomniaque, il se réveille vers trois heures du matin. Aggravé le matin au réveil, il est amélioré par une courte sieste. Ce remède, dont un des alcaloïdes est la strychnine, provoque à dose toxique dans un premier temps : une hyperexcitabilité et une tendance spasmodique notamment au niveau du système nerveux et de l'appareil digestif. Le malade viendra consulter soit pour des troubles digestifs soit pour une hypertension artérielle débutante, des troubles du sommeil, des céphalées, des migraines. Dans tous ces cadres nosologiques correspondant à l'action générale de *Nux Vomica* en toxicologie, on aura un mode réactionnel identique.

### ■ SCHÉMA D'UNE CONSULTATION

La consultation homéopathique consiste :

1. à faire le diagnostic de l'affection en cause.

2. si cette affection relève d'un traitement homéopathique :

- sélectionner le ou les remèdes dont l'action générale (toxicologique) correspond à l'affection en cause.

- parmi ces remèdes choisir celui dont le mode réactionnel (expérimentation pathogénétique) correspond à celui du malade dans sa maladie.

■ 1) exemple d'application dans une maladie aiguë :

- deux malades consultent pour un zona intercostal : l'un présente une éruption vésiculeuse avec œdème d'apparition brutale et sensation de douleur piquante et brûlante améliorée momentanément par des applications froides. Son remède est *Apis Mellifica*. L'autre présente également des vésicules avec œdème accompagnés de sensation de brûlure mais ici améliorés momentanément par des applications chaudes. Ces douleurs sont aggravées vers minuit, une heure du matin, avec agitation et anxiété (peur d'être incurable).

- l'étude toxicologique et pathogénétique du venin d'abeille (*Apis Mellifica*) montre chez tous les sujets sensibles une réaction inflammatoire cutanée avec œdème d'apparition brutale, la sensation douloureuse associée la brûlure à la piqure.



Le froid soulage (modalité caractéristique mise en évidence par l'expérimentation à dose faible chez l'individu sain). Si le sujet est particulièrement sensible, une réaction fébrile avec oligurie, absence totale de soif et parfois réaction méningée se produisent.

- l'étude toxicologique et pathogénétique de l'anhydride arsénieux (Arsenicum Album) fait apparaître aussi localement des vésicules avec œdème inflammatoire d'apparition brutale accompagné de sensation de brûlure intense mais ici améliorée par la chaleur locale. Des caractéristiques plus générales peuvent s'y associer : affaiblissement rapide de l'état général, agitation, anxiété (sentiment d'incurabilité), frilosité générale.

L'aggravation de la douleur, l'agitation sont maximum entre minuit et deux heures du matin.

Ces deux malades présentent la même affection mais avec un mode réactionnel différent. Ils auront deux thérapeutiques différentes.

■ 2) Exemple dans une maladie chronique : rhinopharyngites à répétition chez l'enfant. Le terrain prend le pas sur le germe quand il existe :

- deux enfants sont vus en consultation pour des rhinopharyngites à répétition. Tous deux présentent des écoulements du nez jaunes verdâtres épais (enfants morveux) traînant surtout en hiver, pouvant s'accompagner d'otites à répétition. Les rhumes peuvent évoluer en bronchites avec encombrement quasi permanent. À l'examen local de nombreuses adénopathies sous angulo-maxillaires sont palpables. Calcarea Carbonica et Sulfur Iodatum sont deux remèdes possibles pathogénétiquement dans ce type d'affection.

L'un, Calcarea Carbonica, correspond à un enfant de morphologie bréviligne. Gros, trapu, souvent blond aux yeux bleus. Le comportement est timide, peureux. C'est un enfant dépendant. À l'interrogatoire, on note parfois dans le passé un retard à la fermeture des fontanelles, à la dentition, à la marche. Les acquisitions motrices sont lentes, prudentes. À l'examen, il transpire anormalement de la tête à l'effort. Mode réactionnel : frileux il dort très couvert, aggravé par le froid humide, amélioré par le temps sec.

L'autre, Sulfur Iodatum, est bien différent. Enfant plutôt maigre, longiligne. De comportement pressé, agité, il est facilement irritable, d'humeur changeante. Peu frileux, il supporte mal la chaleur, se découvre la nuit, mais reste cependant sensible au froid humide qui déclenche

la pathologie O.R.L. et /ou respiratoire.

Ces deux enfants ont la même maladie chronique, mais des modes réactionnels différents. De plus, ici, chacun présente un type sensible qui renforce l'indication du médicament. Pour la même maladie chronique ils auront un remède différent.

La prescription des remèdes de fond Calcarea Carbonica 15 CH ou Sulfur Iodatum 15 CH, une dose par semaine, permettra d'espacer et d'arrêter les rechutes. En cas de poussée aiguë, celle-ci pourra être résolue soit par un traitement homéopathique d'action locale soit par un traitement classique si les possibilités réactionnelles du malade sont dépassées.

Reprenons l'exemple d'Apis Mellifica : le tableau clinique qui fait suite à une piquûre d'abeille et à ses complications éventuelles chez un sujet sensible se manifestera par des symptômes au niveau de la peau, des muqueuses, des séreuses, de l'appareil uro-génital. Le dénominateur clinique commun à toutes ces manifestations est la brutalité de l'apparition de l'œdème et du syndrome inflammatoire. Par analogie, Apis sera indiqué :

- au niveau de la peau en cas d'urticaire, d'érythème solaire, dans diverses manifestations allergiques...
- au niveau des muqueuses, l'œdème peut être spectaculaire (muqueuses oculaires ou génitales) ou dramatique (œdème de la glotte ou des muqueuses respiratoires).
- au niveau des séreuses : pleurésie, péricardite, méningite aseptique, hydarthrose.

- au niveau de l'appareil uro-génital, néphrite aiguë, ovarite surtout droite.

Le mode réactionnel commun à ces affections est : l'œdème d'apparition brutale, les sensations de douleurs piquantes et brûlantes, les modalités d'aggravation par la chaleur et d'amélioration par le froid sous toutes ses formes, pouvant s'accompagner d'un état fébrile sans soif.

Un autre remède, Bryonia, a la même action générale mais un mode réactionnel différent.

## INDICATIONS ET LIMITES DE L'HOMÉOPATHIE

La thérapeutique homéopathique doit être considérée comme une thérapeutique de terrain individuel et le médicament homéopathique comme un stimulant spécifique de l'organisme. Elle s'adresse à tous ceux qui gardent des possibilités réactionnelles suffisantes

## APERÇUS SUR LA RECHERCHE

De nombreux travaux ont été effectués depuis 30 ans. Citons en particulier :

- 1° - En physiopathologie : étude pharmacologique de la rétention et de la mobilisation de l'arsenic sous l'influence de dilutions hahnemanniennes d'Arsenicum Album 7 CH chez le rat.
- 2° - Effet de dilutions d'histamine (15 à 19 CH) sur le test de dégranulation des basophiles, étude multicentrique.
- 3° - En physique : étude des modifications de la structure de l'eau avec chlorure de lithium 15 CH par thermoluminescence.

### Références bibliographiques

- *Étude expérimentale de l'action du Caulophyllum dans le faux travail et la dystocie de démarrage (1979-1980) thèse (faculté de médecine de Limoges) Martine Deguillaume. Service de gynéco-obstétrique du professeur Tabaste.*
- *Présentation de l'Homéopathie Docteur Denis Demarque (annuaire thérapeutique Tallendier 4<sup>e</sup> édition 1975-76).*
- *Thérapeutique Homéopathique Docteur J. Jouanny... (édition Boiron 1986).*
- *Homéopathie pédiatrique Docteur Jaques Édouard Poncet (édition Boiron 1991).*
- *Pharmacologie et matière médicale homéopathique (édition Boiron 1993).*
- *Recherche en homéopathie (C.E.D.H 2005). Docteur Philippe Pignel-Dupont, responsable du diplôme universitaire d'homéopathie de la faculté de médecine et de la faculté de pharmacie de Limoges (1981-1997).*

pour faire eux-mêmes les frais de leur maladie. Cela dépend du malade, de la maladie, du remède, du degré plus ou moins étendu de similitude. Cela va des maladies aiguës les plus diverses à l'immense domaine des fonctionnels sans exclure certains lésionnels dont les lésions sont réversibles. Cela dépend, on s'en doute, des connaissances et de l'expérience du médecin homéopathe, de son sens de l'observation et de son esprit critique vis-à-vis des résultats obtenus.

## LA DOSE INFINITÉSIMALE

Que les substances soient directement solubles ou qu'elles soient micronisées par trituration, elles sont progressivement diluées (la plupart du temps au centième), chaque étape se faisant sous forte agitation mécanique. La teneur en principe actif diminue donc rapidement pour atteindre, en 14 CH, la limite en concentration fixée par le nombre d'Avogadro. Pour une 15 CH et au-delà, en théorie, il n'y a plus aucune trace restante de la substance de départ. Paradoxalement c'est à de telles dilutions que la pratique attribue la plus forte réponse thérapeutique.

La dose infinitésimale a un double intérêt :

- pas d'effet iatrogène.
- augmentation de l'action thérapeutique.

## EXPERTISE PSYCHIATRIQUE EN DROIT PÉNAL

*L'expertise psychiatrique et le droit pénal, après toutes les affaires judiciaires qui ont intéressé l'actualité ces derniers mois, nous incitent à vous communiquer l'approche éclairée d'un professionnel sur ce sujet, modérateur d'une conférence à la Faculté de Droit en 2008, réunissant juristes et médecins experts.*

*Nous remercions Maître Bertrand Villette, Avocat au Barreau de Limoges, pour ses communications.*

*Dr Vincent Pacaud*

### Expertise psychiatrique en droit pénal

#### Le point de vue d'un avocat

La Commission d'Enquête Parlementaire, née de l'affaire dite d'OUTREAU, et chargée en 2006 de rechercher les causes des dysfonctionnements de la justice et de formuler des propositions pour éviter leur renouvellement, a consacré dans son rapport, un chapitre entier à la question des expertises.

La Commission relevant une revalorisation excessive du rôle des experts, s'est intéressée plus particulièrement aux expertises psychiatriques et psychologiques en raison "du rôle qu'elles ont joué". Nul ne conteste, en effet, la place prépondérante des expertises psychiatriques et psychologiques dans le processus de décision du Juge, surtout en l'absence de preuve matérielle de la culpabilité.

Un certain nombre de problèmes liés à l'expertise psychiatrique ont, à cette occasion, été soulevés :

- le contenu des missions confiées aux experts psychiatres reste l'affaire du Juge. Or, en pratique, il est apparu que certaines questions posées à l'expert dépassent le cadre strict de la mission.

Tel est le cas lorsque l'expert est amené à se prononcer sur le sens moral de la personne mise en examen, sur les traits d'abuseurs sexuels, sur la crédibilité des propos de l'auteur ou des victimes...

- la défense est très largement absente des opérations d'expertise.

L'expertise psychiatrique, comme l'expertise pénale, en général, n'est pas contradictoire, au contraire, de l'expertise civile, les parties n'ayant que la possibilité de demander une contre-expertise ou un complément d'expertise.

- l'affaire d'OUTREAU a, par ailleurs, révélé une certaine confusion entre

l'expertise psychiatrique et l'expertise psychologique, les experts ayant souvent à répondre à des questions semblables alors que le domaine de l'expertise psychologique est largement déterminé, le Code de Procédure Pénale plaçant cette expertise au rang des pièces du dossier de personnalité.

La Commission d'Outreau, partant de ces constats, a formulé un certain nombre de propositions visant à améliorer la qualité des expertises en renforçant les droits de la défense, qui selon la Commission, demeurent la seule garantie de disposer d'expertises qui seront d'autant plus incontestables qu'elles auront pu être contestées, en redéfinissant le rôle de l'expert psychologue et en lançant une réflexion sur la définition d'une mission type d'où serait exclue toute référence à l'imputabilité des faits, à la crédibilité, au sens moral, aux traits caractéristiques des abuseurs sexuels.

Enfin, la Commission prône une amélioration du statut des experts, notamment sur la rémunération.

Les propositions de la Commission d'Outreau sont, pour une très large part, restées au stade de la réflexion.

Les réformes récentes, issues notamment des Lois du 5 mars 2007 et du 25 février 2008, renforcent les cas de recours à l'expertise psychiatrique et modifient en profondeur son rôle traditionnel.

Aux côtés de l'expertise psychiatrique traditionnelle, dite expertise de responsabilité, s'ajoute aujourd'hui une expertise psychiatrique nouvelle, l'expertise de dangerosité, qui amène l'expert psychiatre à se prononcer sur des notions qui dépassent très largement le cadre du simple domaine psychiatrique.

La place de l'expertise psychiatrique dans le procès-verbal s'en trouve par ailleurs très largement modifiée, puisqu'il est fait appel à l'expertise, non seulement au cours du procès mais également dans les phases ante et post sentencielles.

#### L'EXPERTISE DE RESPONSABILITÉ

Traditionnellement, le recours à l'expertise psychiatrique visait à déterminer si l'auteur d'une infraction devait être déclaré, ou non, pénalement responsable. Jusqu'en 1994, l'expert devait répondre à une question simple à partir d'une notion relevant du vocabulaire psychiatrique, celle de la démence.

L'ancien article 64 du Code Pénal déclarait, en effet, que pouvait être déclaré respon-

sable pénalement l'individu qui était en état de démence au moment des faits.

Un premier glissement est intervenu en 1994, avec la suppression de la référence au terme de démence et la rédaction de l'article 122-1 du Code Pénal qui, désormais, envisage deux hypothèses, celles de l'abolition ou de l'altération du discernement ou du contrôle des actes en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique.

En cas d'abolition, la conséquence est l'irresponsabilité pénale de l'auteur, en cas de simple altération, le principe est celui de la responsabilité pénale, la juridiction tenant compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

Les notions d'altération ou d'abolition du discernement ou du contrôle des actes, qui sortent du simple vocabulaire médical, ne font l'objet d'aucune définition précise par les textes.

La matière a fait l'objet d'une profonde réforme avec la Loi du 25 février 2008, relative notamment à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et le Décret du 18 avril 2008, instituant un nouveau titre 28 du Code de Procédure Pénale intitulé "de la procédure et des décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental". Le nouveau dispositif met en place dans notre procédure pénale, ce que l'on a pu qualifier de "procès des fous".

Désormais, lorsqu'en fin d'information, le Juge d'Instruction envisage de faire application des dispositions de l'article 122-1, alinéa 1<sup>er</sup> du Code Pénal (irresponsabilité pénale pour abolition du discernement ou du contrôle des actes), il en avise le Procureur de la République ainsi que les parties (défense et partie civile).

Le Procureur de la République et les parties peuvent alors demander la saisine de la Chambre de l'Instruction pour que celle-ci statue sur l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 122-1 du Code Pénal.

Si aucune demande n'est faite en ce sens, le Juge d'Instruction peut, soit d'office saisir la Chambre de l'Instruction, soit rendre une ordonnance d'irresponsabilité pour cause de trouble mental.

Si la Chambre de l'Instruction est saisie, son Président ordonne, soit d'office, soit à la demande du Procureur Général, de la partie civile ou de l'intéressé, la comparution personnelle de ce dernier, lequel devra être assisté ou représenté par un avocat.



Les débats sont publics (huis clos possible) et si la personne est présente, elle fait l'objet d'un interrogatoire.

Les experts psychiatres qui l'ont examinée doivent être entendus.

Sur décision du Président de la Chambre de l'Instruction, les témoins cités par le Parquet et les parties peuvent être entendus.

Leur audition est nécessaire pour établir s'il existe des charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits reprochés et pour déterminer si l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 122-1 du Code Pénal est applicable.

Si la Chambre de l'Instruction considère qu'il n'y a pas de charge suffisante contre l'auteur d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés, elle dit n'y avoir lieu à suivre.

Si la Chambre de l'Instruction considère, s'agissant des faits, qu'il existe des charges suffisantes à l'encontre de l'auteur, elle doit déterminer si celui-ci est pénalement responsable, ou non, au sens de l'article 122-1, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code Pénal.

Si elle considère que l'auteur est pénalement responsable, elle ordonne son renvoi devant la juridiction du jugement.

Si, au contraire, elle considère que l'auteur était atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique, ou neuropsychique, ayant aboli son discernement, elle rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité et si la partie civile le demande, renvoie l'affaire devant le Tribunal Correctionnel pour statuer uniquement sur la responsabilité civile.

Ce nouveau procès institué par la Loi du 18 avril 2008 s'est trouvé essentiellement justifié par la nécessité de prendre en considération la souffrance des victimes qui avaient beaucoup de difficultés à voir le procès pénal brutalement s'interrompre par une décision du Juge constatant l'irresponsabilité de l'auteur des faits, sans débats préalables.

Pour autant, la mise en scène d'un procès ne permettra vraisemblablement pas de

répondre aux questions que se posent les victimes, notamment dans l'hypothèse où l'état de l'auteur ne lui permettra pas de comparaître.

#### LE NOUVEAU RÔLE DE L'EXPERT PSYCHIATRE AU TRAVERS DE LA RÉTENTION DE SÛRETÉ

La Loi du 25 février 2008 a également mis en place un dispositif qu'elle qualifie d'exceptionnel, celui de la rétention de sûreté.

Ce dispositif vise les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité par une probabilité très élevée de récidive, parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité.

Ces personnes peuvent alors faire l'objet, à l'issue de la peine, d'une rétention de sûreté.

Sont concernées, les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée supérieure ou égale à 15 ans, pour les crimes d'assassinat, de meurtre, de tortures ou d'actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration commis sur une victime mineure ou pour les crimes d'assassinat, de meurtre aggravé, de torture ou actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravés sur une victime majeure.

Dans le nouveau dispositif, il faut que la Cour d'Assises ait expressément prévu dans sa décision de condamnation que la personne pourra faire l'objet, à la fin de sa peine, d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté en fonction de sa dangerosité en fin de peine, la rétention de sûreté consistant en un placement dans un centre socio-médico judiciaire de sûreté où il est proposé, de manière permanente, une prise en charge médicale, psychologique et sociale destinée à permettre la fin de la mesure.

Un an au moins avant la date prévue de libération, l'intéressé est soumis à un examen médical (la Loi ne parle pas ici d'expertise), à la demande de la Commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté (créée par la Loi sur la récidive du 12 décembre 2005). La personne est placée au moins six semaines dans un service spécialisé, en observation, aux fins d'une expertise d'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité, assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts.

Si, au vu des résultats de cette expertise

et de cet examen, la Commission conclut à une particulière dangerosité et à un risque élevé de récidive, la Commission propose au Procureur Général de saisir la juridiction régionale de la rétention de sûreté qui est seule habilitée à décider d'une telle mesure.

Si la Commission conclut à une simple dangerosité, elle renvoie alors au Juge de l'Application des Peines.

Devant la juridiction régionale de la rétention de sûreté, un débat contradictoire public peut avoir lieu, si le condamné le demande, lequel est assisté par un avocat.

La décision de rétention de sûreté est exécutoire immédiatement, à l'issue de la peine (recours non suspensif possible devant la juridiction nationale de la rétention de sûreté).

La décision de rétention de sûreté est valable un an et elle peut être renouvelée après avis favorable de la Commission.

Ainsi, de nouveaux dispositifs, conçus pour lutter contre la récidive, conduisent à interroger l'expert psychiatre sur la dangerosité d'un condamné à l'issue de sa peine, ou le risque élevé de récidive après sa libération.

Le législateur n'apporte aucune définition précise des notions de dangerosité ou de risque élevé de récidive.

Le recours à l'expertise psychiatrique est ici détourné de son objectif traditionnel, l'expert étant amené à se prononcer sur des notions qui dépassent très largement le domaine médical.

L'expertise psychiatrique, dans son nouveau rôle, post sentenciel, devient l'instrument déterminant d'une justice que l'opinion publique veut infaillible.

C'est l'image même du procès pénal qui s'en trouve modifiée.

Le Juge, aujourd'hui, ne doit plus se tromper et l'expertise psychiatrique constitue l'instrument qui doit permettre au Juge de ne plus douter.

Là où le doute était autrefois une notion permettant de garantir le justiciable d'erreur judiciaire, lors d'un procès pénal, on trouve aujourd'hui une exigence de certitude pesant largement sur l'expertise psychiatrique, garante de toute erreur sur l'avenir.

Le recours de plus en plus fréquent à l'expertise psychiatrique, et ce, à tous les stades de la procédure, risque de se heurter à une difficulté matérielle : celle du nombre de plus en plus faible d'experts psychiatres ! faiblesse des effectifs qui se ressent déjà au quotidien dans nombre de juridictions. ■

## Compéragé

Vincent Pacaud

On entend par compéragé l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages au détriment du patient ou de tiers.

*Article 23 du code de déontologie (article R.4127-23 du code de la santé publique)*

*“ Tout compéragé entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit ”.*

Cet article qui vise médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux mais aussi les autres professions médicales (sages-femmes, chirurgiens-dentistes), interdit toute entente illicite qui entacherait la liberté et l'indépendance professionnelle des médecins et porterait ainsi atteinte au libre choix des patients.

Toutes les formes de compéragé sont concernées, notamment avec d'éventuels pourvoyeurs de clients et “ rabatteurs ” de clientèle.

Les auxiliaires médicaux installés dans les mêmes locaux qu'un médecin ont un statut de salarié du médecin ou un exercice libéral. Dans cette dernière éventualité, le médecin se doit d'éviter le risque de compéragé, d'autant plus que le double statut libéral pourrait le favoriser. Cette situation devient encore plus exposée lorsqu'il s'agit de deux conjoints exerçant leur profession respective sans contrat.

Il peut y avoir compéragé sans versement d'argent, mais avec coalition d'intérêt et tout ce qui se cache derrière la phrase de Knock au pharmacien Mousquet : “ Comptez sur moi comme je compte sur vous ”.

Le développement de certains moyens thérapeutiques, tels que l'aromathérapie, la phytothérapie, entraîne une “ spécialisation ” de certaines officines, créant un circuit entre elles et le médecin prescripteur.

Le décret du 3 août 1994 permettant la création des sociétés d'exercice libéral (SEL) de médecins **non** biologistes interdit la participation au capital de la société, à tout pharmacien, qu'il soit d'officine ou non.

Enfin, l'article L. 4113-6 du code de la santé publique (ancien art. L. 365-1) a réglementé les avantages consentis aux médecins par l'industrie pharmaceutique.

En conclusion : les médecins doivent, car leur déontologie l'impose, respecter le libre choix de la pharmacie par la seule décision du patient. Il en va de même pour la relation pharmacien – médecin.

## Semaine Européenne de la Vaccination 2009 en Limousin

Dr Marie-Laure FÉRIAL - Dr Bernard TAPIE



Notre région s'engage pour la première fois dans cette action de mobilisation européenne. Le groupement régional de santé publique du Limousin (GRSP) a souhaité répondre favorablement à la demande de participation à la semaine européenne de la vaccination 2009.

L'ensemble des acteurs locaux et régionaux impliqués dans la prévention vaccinale ont été invités à participer à l'élaboration du programme d'actions et à la mise en œuvre de ce programme régional qui se décline en deux axes : une sensibilisation du public et des professionnels de santé par une large diffusion de supports d'informations sur la vaccination et une enquête “ flash ” un jour donné sur la couverture vaccinale des limousins.

### Trop de vaccins ?

Encore une campagne de sensibilisation européenne et nationale... sur les vaccinations qui s'adresse et s'appuie sur le médecin de famille...

J'ai une réponse rapide... et agacée car je suis fatigué par les sollicitations incessantes, même justifiées...

Je peux aussi profiter de la proposition pour faire le point sur ma pratique vaccinale.

La vaccination est une prévention des maladies infectieuses.

Cette pratique est bien ancrée dans notre conscience médicale.

Les conséquences des vaccinations pour la santé publique et individuelle sont immenses.

Mais l'impact de ces campagnes de communication vaccinale en terme d'augmentation du taux de vaccination de la population n'est pas affirmé encore. Elles sont pourtant bien relayées par les médias mais les médecins libéraux y sont peu sensibles sauf les pédiatres.

### ■ “ Alors les vaccinations ” en France aujourd'hui, ou en est-on ?

La population des enfants de 2 ans fait partie des maillons forts de la chaîne vaccinale.

Elle est vaccinée à plus de 90 % pour le DT-PolioCoq et Hib.

La vaccination anti pneumococcique a vu diminuer de façon spectaculaire les infections à pneumocoques en France.

La vaccination contre le papillomavirus à partir de 14 ans marche bien en terme de vente.

Mais le taux des enfants vaccinés contre la rougeole stagne à 85 / 86 %. Des flambées épidémiques réapparaissent chez des adolescents et des adultes. Nous sommes loin de l'éradication de la rougeole qui devait être atteinte en France en 2010.

Quant à la vaccination anti grippale : 67 % des français de plus de 65 ans seraient vaccinés contre la grippe. C'est bien, mais l'OMS en voudrait 75 %.

Le maillon faible reste la vaccination contre l'hépatite B dont le taux est inférieur à 30 %.

Cette vaccination souffre de suspicion ; c'est dommage car en 2008, il n'existe pas de preuve scientifique sur un lien entre cette vaccination et la SEP ; mais il existe des preuves de son intérêt pour les personnes et pour la santé de la population.

Les campagnes de vaccination de 1995 à 1998 évaluées le démontrent.

Bien sûr, il y a beaucoup d'autres vaccins. Rappelons-nous du BCG, cet ancêtre remarquable qui n'est plus obligatoire ; on peut le regretter, mais il est recommandé dans les populations à risque. Or ces personnes ont du mal à se faire vacciner.

La coqueluche on en parle...

Penser aux piqûres de rappel.

La vaccination anti méningococcique serait proposée dans le calendrier vaccinal 2009.

Les vaccins de demain VIH, Alzheimer...?

**Trop de vaccins ? Non.**

**Pas assez de vaccination ? OUI.**



## Modifications du standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

Le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le nouveau standard pour l'AUT entre en vigueur.

Rappel des critères pour obtenir une AUT :

- le sportif subirait un préjudice de santé important si la substance n'était pas administrée.
- l'usage thérapeutique de la substance ou de la méthode ne devrait produire aucune amélioration de la performance autre que celle au retour normal à un état de santé normal après le traitement d'un état pathologique avéré.
- et il n'y pas d'alternative thérapeutique raisonnable pouvant se substituer à la substance ou méthode normalement interdite.

### 1. Suppression du statut d'AUT abrégée

### 2. AUT standard pour l'asthme

Tous les sportifs ayant besoin d'utiliser des béta-2 agonistes inhalés ou des glucocorticoïdes inhalés pour l'asthme doivent être en possession d'un dossier médical et déclarer ces substances dans ADAMS et sur le formulaire de contrôle du dopage.

*Pour les sportifs de niveau international :*

- les sportifs faisant partie d'un groupe cible international de sportifs soumis aux contrôles doivent avoir une AUT standard approuvée pour l'asthme avant de faire usage de la substance.
- les sportifs ne faisant pas partie d'un groupe de cible international mais qui prennent part à une manifestation laissent à leur fédération internationale le soin de leur attribuer une AUT avant la manifestation, ou de fournir une AUT rétroactive en cas de résultat d'analyse anormal.



*Pour les sportifs de niveau national :*

- il est laissé à la discrétion de l'organisation nationale antidopage d'attribuer une AUT ou de fournir une AUT rétroactive en cas de résultat d'analyse anormal.

### 3. Glucocorticoïdes non inhalés et non systématiques

- le sportif doit fournir une déclaration comprenant le diagnostic, la substance prise et les coordonnées du médecin ayant administré les traitements. Il est laissé à la discrétion de l'organisation antidopage de demander davantage que cette déclaration.
- pour l'usage topique de glucocorticoïdes (crème, gel, pommades ophtalmologiques, instillations auriculaires, pulvérisations nasales) aucune AUT ni déclaration d'usage n'est nécessaire.

## Note pour les médecins prescripteurs

### Liste 2009 des substances et méthodes interdites

La liste 2009 contient des modifications :

- les substances spécifiées,
- suppression de la liste d'une catégorie d'agents masquants,
- substances du programme de surveillance de l'AMA
- standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

#### Les substances spécifiées

L'entrée en vigueur du cadre 2009 fait apparaître la notion de substances spécifiées.

Toute substance interdite ressort du régime des substances spécifiées, à l'exception :

- des agents anabolisants (S1)
- des hormones et substances apparentées (S2)
- des agents modificateurs de(s) fonction(s) de la myostatine et inhibiteurs de la myostatine (S4.4)
- certains stimulants (S6a)

- des méthodes : amélioration du transfert d'oxygène (M1) ; manipulation physique et chimique (M2) ; dopage génétique (M3).

**Conséquence :** quand un sportif peut établir comment une substance spécifiée est entrée dans son organisme ou eu en sa possession, et que cette substance n'était pas destinée à améliorer la performance sportive, la sanction peut être réduite au minimum (avertissement - réprimande sans période de suspension) et au maximum une suspension de 2 ans.

#### Suppression de la liste d'une catégorie d'agents masquants

Les inhibiteurs de l'alpha-réductase jusqu'ici interdits en, et hors, compétition (qui inclut par exemple finastéride) ont été supprimés de la liste 2009.

L'effet masquant de ces substances pour les stéroïdes a été rendu inefficace par l'examen détaillé des profils stéroïdiens par les laboratoires antidopage.

#### Substance du programme de surveillance de l'AMA

Trois substances sont dans ce programme.

Ces substances ne sont pas interdites mais l'AMA surveille afin de déceler des signes d'abus excessif de **caféine** en 2008. La **pseudoéphédrine** fait l'objet de recherches supplémentaires, notamment sur son profil d'excrétion, à la demande des experts internationaux. Ils souhaitent avoir davantage d'éléments scientifiques pour réexaminer le statut de cette substance.

Pour le **sildenafil**, l'AMA suit et subventionne plusieurs recherches menées pour étudier le potentiel de cette substance à restaurer les capacités pulmonaires à hautes altitudes.

Ces projets sont en cours.

# L'œuvre Interdépartementale du Don au Décès

## Une solidarité professionnelle originale

Dr Jean-Pierre Faure

Les drames familiaux créés par la disparition d'un médecin parfois jeune, laissant dans le besoin immédiat ses proches, avaient confirmé au Dr Beynes, alors Président du conseil de l'ordre des médecins de la Haute-Vienne, la nécessité d'une solidarité professionnelle organisée.

Il créa donc en 1953, avec ses homologues de la Corrèze et de la Dordogne, les Docteurs Boutot, Parneix, et Laffont, et le président du Syndicat des médecins de la Haute-Vienne, le Docteur Valegeas, une association d'entraide destinée à apporter une aide immédiate aux personnes choisies par l'adhérent : " **L'œuvre interdépartementale du Don au Décès** ".

Beaucoup en ont déjà au moins entendu parler, mais un rappel n'est pas inutile.

Certes, la profession et son exercice ont évolué, de même que la vie sociale et familiale, mais les besoins persistent ; aussi, 56 ans après, notre œuvre poursuit activement sa route.

L'une des principales raisons en est que les statuts ont été conçus avec des idées novatrices, validées par la vie. En outre, ils ont pu évoluer année après année, grâce à l'administration de l'œuvre par un conseil de gérance qui se réunit tous les ans. Ce dernier est composé de conseillers des trois départements qui ont conservé l'éthique, le dynamisme et l'esprit visionnaire mais pragmatique des fondateurs et des administrateurs successifs.

Les ressources proviennent exclusivement des cotisations, sans que l'on puisse passer sous silence l'aide irremplaçable et jamais démentie des conseils de l'ordre des trois départements et de leurs secrétaires.

La collecte tient compte du nombre d'adhérents décédés pendant l'année. Le conseil fixe annuellement une cotisation de base. Celle-ci est ensuite modulée avec l'âge de l'adhérent. Pour les moins de 35 ans, elle est minorée, et même

presque complètement exonérée la 1<sup>re</sup> année d'adhésion. De même, après 65 ans, la minoration tient compte de la diminution des versements. À noter que le médecin reste adhérent tant qu'il paye ses cotisations.

Les versements sont aussi fixés annuellement par le conseil en tenant compte de l'indice des prix, si besoin tempéré par les possibilités de ressources de l'œuvre. Le montant en varie avec l'âge du médecin, décédé à jour de cotisation.

Il est actuellement de :

- 23500,00 € si le médecin décédé a moins de 45 ans
- 11750,00 € s'il a entre 45 et 65 ans
- et 5875,00 € s'il est âgé de plus de 65 ans.

Le fonctionnement de l'œuvre est rigoureux, car participations et versements sont des variables étroitement liées. En outre, gérée par des bénévoles utilisant locaux et secrétariats des conseils départementaux, les frais de fonctionnement sont réduits et partiellement compensés par les conseils départementaux de sorte que les sommes recueillies sont complètement distribuées.

Les Adhérents peuvent être tous les médecins français ou non, inscrits aux conseils des Ordres départementaux de la Corrèze, de la Dordogne et de la Haute-Vienne, ayant eu moins de 40 ans lors de la primo inscription, quel que soit leur mode d'exercice : libéral, salarié, hospitalier, administratif, syndiqués ou non.

Le ou les bénéficiaires peut être quiconque a été désigné confidentiellement par le médecin en faisant figurer son nom dans une lettre remise cachetée au représentant de l'œuvre. Celle-ci est conservée au siège dans une armoire, propriété exclusive de l'association. Toutefois, l'adhérent peut, sans explication et à tout moment, la récupérer ou l'échanger. Le nom et l'adresse du béné-

ficiaire doit toutefois être soigneusement tenu à jour, tout particulièrement en cas d'évolution de la situation familiale.

Ces lettres ne sont ouvertes qu'au décès de l'adhérent par le représentant de l'œuvre tenu par le secret. Les ayants-droit désignés touchent immédiatement et confidentiellement le montant du don. Si l'avenir de l'œuvre est assuré grâce aux statuts, son fonctionnement est influencé par le nombre d'inscrits, surtout jeunes, du fait de la limitation de l'âge de la première adhésion. Le rapport avec les nouvelles inscriptions aux Conseils de l'Ordre des Médecins des trois départements est donc évident. Quant aux adhésions après 40 ans, même si elles ne sont pas automatiques, elles peuvent être examinées dans certaines conditions par le conseil de gérance.

Actuellement, le Don au Décès compte 914 adhérents. Ils sont en très léger repli, mais surtout, avancent en âge. Or, notre association a été conçue pour les jeunes que, d'ailleurs, les statuts avantagent. Les cotisations étant minorées avant 40 ans alors que les versements sont doublés en cas de décès avant 45 ans.

Pour terminer, on peut écrire que même si l'évolution de la vie sociale, l'indépendance financière des couples, la généralisation des assurances que le Don au Décès ne peut en aucun cas remplacer, cette œuvre conserve sa place. En effet, la solidarité confraternelle avec son aide immédiate est non seulement un complément, mais fait partie intégrante de notre éthique. Elle nous concerne tous du plus jeune au plus âgé. Ces derniers peuvent d'ailleurs non seulement attester de la pérennité de l'œuvre mais encore démontrer qu'ils ont fait, en plus, une bonne affaire.

# Tabac et grossesse

Dr Ch. Rainelli



Entre 18 et 25 ans, 44 % des femmes sont fumeuses. Certaines vont arrêter avant d'être enceintes, mais 37 % restent fumeuses à l'annonce de la grossesse. 10 % vont arrêter de fumer en début de grossesse. Malheureusement, 28,9 % des femmes poursuivent leur tabagisme pendant la grossesse.

La plupart ont une dépendance nicotinique élevée, expliquant leur difficulté à l'arrêt.

Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de survenue :

- d'accidents gravidiques, comme les hématomes rétro placentaires et les placentas bas insérés ;
- de retard de croissance intra-utérin ;
- de prématurité ;
- de mort subite du nourrisson ;
- de consommation globale de soins dans la petite enfance.



L'arrêt total est donc recommandé.

Une aide est souvent nécessaire et commence par une bonne information.

La prescription de substituts nicotiniques peut être envisagée, quel que soit le terme de la grossesse.

Dans ce cas, il est préconisé de ne pas garder le patch la nuit, pour éviter une accumulation de nicotine dans le liquide amniotique. La surveillance est alors impérative.

Principales consultations d'aide à l'arrêt du tabac :

■ **HÔPITAL MÈRE ENFANT**  
*Service de Gynécologie Obstétrique*  
**Madame Chantal BARRIÈRE**  
8, avenue Dominique Larrey  
87042 Limoges cedex  
Tél. 05 55 05 55 55 - poste 51154  
Rendez-vous le vendredi.

■ **CHU DUPUYTREN**  
*Service de Chirurgie Thoracique*  
**Docteur Victor ABOYANS**  
2, avenue Martin Luther King  
87042 Limoges cedex  
Tél. 05 55 05 63 91  
Rendez-vous vendredi matin en groupe.

■ **CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL**  
**Docteur Frédérique MEISSONNIER**  
Tél. 05 55 43 13 23

**Docteur Laurence BEAUSEIGNEUR**  
Tél. 05 55 43 12 30

**Docteur Pierre VILLEGER**  
**Docteur Muriel ARTHUS**  
**Docteur Catherine CHEVALIER**  
Tél. 05 55 43 11 56

■ **CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL**  
**Docteur Lydie DOMINIQUE**  
**Docteur Taoufik FOULI**  
Tél. 05 55 43 11 30

**Docteur Pierre SAZERAT**  
Tél. 05 55 43 11 02

■ **HÔPITAL DU CLUZEAU**  
*Service de Pathologie Respiratoire*  
**Docteurs Bernard DEMONET et François TOURAINE**  
23, avenue Dominique Larrey  
87042 Limoges cedex  
Tél. 05 55 05 68 92  
Rendez-vous jeudi matin et vendredi après-midi.

■ **ANPAA 87**  
9, rue Darnet 87000 Limoges  
Tél. 05 55 34 46 00

**CENTRE D'EXAMEN DE SANTÉ DE LA CPAM**  
6, rue Louvrier de Lajolais  
87000 Limoges  
Tél. 05 55 45 55 37

**CABINET MÉDICAL**  
**Docteur Chantal BILLIET**  
33, rue Théodore Bac 87100 Limoges  
Tél. 05 55 32 57 91

## Les Assises Régionales Alzheimer du Limousin

Organisées par les services de l'État, (DRASS), auront lieu le 13 mai, à partir de 9 h à l'ENSIL, 16, rue Atlantis site ESTER, à Limoges

La mesure 36 du Plan National " Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 " prévoit la tenue d'Assises dans chaque région au cours de l'année 2009. En Limousin, les Assises régionales se dérouleront toute la journée du 13 mai.

Cinq thématiques seront abordées :

- sensibilisation, information et annonce du diagnostic,
- accompagnement du malade et prise en charge,
- soutien aux aidants naturels,
- apport des nouvelles technologies, recherche.

Pour chacune des thématiques, les travaux suivants sont actuellement menés en amont des Assises par des groupes de travail constitués d'experts et d'intervenants locaux :

- diagnostic local,
- définition des actions prioritaires au regard du plan national et des besoins locaux,
- propositions d'actions concrètes à mettre en place et modalités de mise en œuvre.

Les trois premières thématiques sont prises en charge par des groupes de travail départementaux, pilotés conjointement par les DDASS et les Conseils Généraux. La thématique " apport des nouvelles technologies " relève d'un groupe de travail régional piloté par le Conseil Économique et Social Régional. Enfin, un groupe régional composé notamment de représentants du CHU, du CMRR, de l'URML et de la DRASS réfléchit sur la thématique " recherche ".

Les travaux ainsi réalisés feront l'objet d'une présentation lors de la journée des Assises dont l'objectif est de fédérer les acteurs locaux dans le cadre de la programmation d'actions concrètes sur la période du Plan.

Les actions proposées et retenues le 13 mai doivent permettre l'amélioration de la prise en charge de vos patients et de leurs familles.

Vous êtes invité(e) à participer à cette journée en votre qualité d'acteurs régulièrement confrontés à cette affection.

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter :

- Françoise Roby Verbié, responsable du Pôle " Santé Publique ", DRASS, 05 55 45 80 75.
- Docteur Marie Christine Haulot, médecin conseil MSA, représentant l'ARH, 05 55 93 40 81.

## Offres d'emploi

### Investigateur de l'OMG

Dr Michel Arnould - Médecin généraliste - Directeur de l'OMG

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) est une société savante existant depuis 1973, régie par la loi de 1901. Elle représente la France à la WONCA, et publie de nombreux travaux de recherche en soins primaires. Elle a développé des partenariats, entre autres, avec la CNAMTS, l'IRDES, l'IRESP et l'INSERM.

La SFMG a mis en place, en 1993, un **Observatoire de la Médecine Générale (OMG)** qui recueille et analyse les données médicales produites, en temps réel et en continu, par un réseau de médecins généralistes. L'OMG travaille activement avec les autres réseaux européens de collecte de données en soins primaires.

L'objectif de cet Observatoire est de fournir des informations sur les modalités de prise en charge des problèmes de santé (morbides et non morbides), par les médecins généralistes à des fins de recherche et d'enseignement. Ces données sont disponibles, en libre accès, sur un site Internet dédié (<http://omg.sfm.org>). Après quinze années d'existence, la base de données de l'OMG recense 700.000 patients, 6,3 millions d'actes, 8,4 millions de diagnostics, 15,2 millions de lignes de prescriptions médicamenteuses, donnant une idée de la richesse et de la complexité de l'exercice de la médecine générale en France. Ces informations, seront d'une grande importance une fois mises en place les Agences Régionales de la Santé.

L'OMG a besoin de recruter de nouveaux médecins généralistes investigateurs.

#### Pourquoi devenir Investigateur de l'OMG ?

Les intérêts pour un médecin généraliste, de faire partie du réseau de l'OMG sont nombreux :

- L'activité de recueil épidémiologique et la participation à des études scien-

tifiques enrichissent et diversifient l'exercice quotidien du médecin, et contribuent à valider une partie de ses obligations de Formation Médicale Continue.

- Un accès "privé" au site de l'OMG permet à tout médecin du réseau de disposer de données objectives sur son activité personnelle, et de les comparer à celles du groupe.

- L'appartenance à l'OMG permet de disposer d'une aide personnalisée à l'utilisation de l'informatique : déclaration à la CNIL, formation à l'utilisation du logiciel métier, mise en place des sauvegardes, optimisation et sécurisation du poste informatique.

- Les contacts et les échanges au sein du groupe sont favorisés par l'existence d'un "forum Internet" et d'une équipe d'animation.

- L'utilisation d'outils informatiques adaptés à la médecine générale permet aux médecins de l'OMG de mieux structurer leur dossier médical, et de mieux communiquer avec leurs correspondants.

#### Comment devenir Investigateur ?

Les conditions d'entrée dans le réseau sont simples et ne demandent pas de pré requis en connaissance informatique. Il suffit :

- D'être adhérent de la SFMG (gratuité la première année - 70 € offerts).

- D'être équipé ou s'équiper d'un logiciel médical compatible (Axisanté v4, Easyprat v5 ou v6, Hypermed, Médistory, Mégabaze, Shaman, X-Med.)

- De s'engager à utiliser le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC), la CISP ou CIM10 pour relever ses actes.

- D'être volontaire pour envoyer régulièrement des données anonymisées sur son activité médicale afin d'alimenter l'entrepôt de données de l'OMG. L'exportation des données est automatisée et rapide. Elle se fait à l'aide d'un logiciel spécifique mis en place par la SFMG. Les données sont cryptées au

## FORMATION MÉDICALE CONTINUE DU LIMOUSIN

La 5<sup>e</sup> Journée de Formation Médicale Continue du Limousin se déroulera le samedi 21 novembre 2009 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

cabinet médical, et envoyées automatiquement à une adresse Internet spécifique sécurisée.

- D'accepter de transmettre à la SFMG, chaque année, ses RIAP

#### L'inscription peut se faire :

- en ligne, sur Internet : <http://omg.sfm.org>
- par courrier :  
SFMG, 141 avenue de Verdun,  
92130 Issy-les-Moulineaux
- par fax : 01 41 90 07 82
- par téléphone : 01 41 90 98 20
- par courriel : [reseau@sfmg.org](mailto:reseau@sfmg.org)

## Régime social des indépendants du Limousin (R.S.I.)

Le Service Médical du Régime Social des Indépendants recherche un médecin pour effectuer des vacations de Praticien Conseil à temps complet ou partiel.

Pour tout renseignement vous pouvez contacter :

- Docteur Philippe FLAHOU - Médecin Conseil Régional - Tél. 05 55 11 59 25