



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

n° 8

# Bulletin de l'ORDRE DES MÉDECINS

OCTOBRE 2009

Conseil départemental de la Haute-Vienne

**ENQUÊTE  
SANTÉ  
MÉDECIN**

**30''**



*Consacrez 30 secondes  
à votre santé  
en répondant  
à notre enquête  
encartée dans  
ce bulletin*



**CAMPAGNE  
DE VACCINATION  
VIRUS H1N1**



**PANDÉMIE  
GRIPPALE  
EN ARGENTINE**





## Sommaire

■ <b>Éditorial</b>	p. 2
■ <b>Exercice professionnel</b>	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 3
• Les relations médecins - industries	p. 4
• Permanence des soins	p. 5
• MEP	p. 6
• La grippe dans l'histoire	p. 7
■ <b>Informations pratiques</b>	
• Campagne de vaccination contre le virus H1N1 Statut des médecins	p. 8 et 9
• La pandémie grippale en Argentine	p. 10 et 11
• Soins palliatifs du CHU de Limoges	p. 12
• La personne de confiance	p. 13 et 14
• Dopage	p. 16
• Offres d'emploi	p. 16
■ <b>L'agenda</b>	p. 15

*Il y a deux ans, les médecins actifs et leurs confrères retraités avaient répondu de façon exemplaire à l'appel des autorités administratives pour vacciner la population des enfants scolarisés, lors de la survenue d'un foyer de méningite en Limousin.*

*Actuellement, une épidémie de grippe se profile, qui pourrait devenir une véritable pandémie, les médecins actifs, retraités et remplaçants sont à nouveau sollicités pour une campagne de vaccination ou pour renforcer les effectifs sur le terrain. Vous êtes déjà nombreux à avoir participé aux rencontres d'informations organisées dans le département sur ce sujet. Nul doute que là encore, vous ferez tout votre possible pour faire face aux besoins sanitaires de la population, fidèles à votre devoir de soigner et soucieux de ne pas être nous-mêmes des vecteurs de contamination.*

*Or, dans ce contexte, comment s'étonner que le premier projet de décret de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) soit relatif aux modalités d'organisation de la continuité des soins en médecine ambulatoire et qu'il demande aux médecins libéraux de signaler leur absence de plus de six jours, deux mois à l'avance. Nous devons tous assurer la continuité des soins et il est nécessaire pour cela de nous organiser et c'est envers nos patients que nous avons une obligation d'information. Si l'entente entre confrères ou le remplacement ne sont pas possibles, le Conseil départemental informé pourrait se charger de le constater, et tenter de trouver une solution pour permettre aux patients un accès aux soins. La réglementation ne doit pas être un frein à l'exercice dans les zones en difficulté.*

*D'autres décrets sont à venir et ne manquerons pas eux aussi de susciter bien des réactions :*

- *comme le contrôle des compétences,*
- *l'obligation faite aux CPAM de communiquer les suspicions de manquement à la déontologie,*
- *la poursuite possible par les Conseils départementaux des médecins chargés d'un service public.*

*Doit-on alors s'étonner que seulement 10 % des jeunes s'orientent vers une activité libérale, et que si le corps médical s'est accru en 2009 de 1,2 % par rapport à 2008, l'augmentation de 5,2 % des médecins retraités fait que la densité des médecins en activité diminue ?*

*La Haute-Vienne est le reflet de cette évolution et, forte de 1 734 médecins inscrits dont 269 retraités pour 367 115 habitants, elle se situe quant à sa densité médicale, dans la moyenne mais très bientôt rattrapée par la décroissance.*

*Une réorganisation se profile mais il serait préférable que nous en soyons les maîtres d'œuvre. Là aussi, nous ferons face.*

## INSCRIPTIONS AU TABLEAU

Du 15 / 04 / 2009 au 02 / 09 / 2009

**Dr ABITA Thiare Juvenal**  
*Chirurgie Viscérale et Digestive*  
CHU Dupuytren à Limoges  
25/06/2009

**Dr BOUTET Jeanne-Marie**  
*Médecine du travail - retraitée*  
10/06/2009

**Dr CHARIER Yann**  
*Spécialiste médecine générale*  
remplaçant  
10/06/2009

**Dr CREYSSELS Bénédicte**  
*Médecine générale - remplaçante*  
08/07/2009

**Dr DAMIENS Jean-Bernard**  
*Médecine générale - remplaçant*  
08/07/2009

**Dr DESORMAIS Ileana**  
*Médecine générale*  
Hôpital Jean Rebeyrol  
10/06/2009

**Dr DOFFOEL-HANTZ Valérie**  
*Dermato-vénérologie*  
CHU Dupuytren  
13/05/2009

**Dr DUPRAT Pascal**  
*Médecine générale*  
Mutualité Sociale Agricole Limoges  
13/05/2009

**Dr FARGEAS Jean-Baptiste**  
*Médecine générale*  
C.H. J. Boutard à St-Yrieix-la-Perche  
15/04/2009

**Dr GROSJEAN Juliette**  
*Pédiatrie*  
H.M.E. Limoges  
13/05/2009

**Dr HEISSAT Sophie**  
*Pédiatrie*  
H.M.E. Limoges  
13/05/2009

**Dr LACOUR Céline**  
*Néphrologie*  
CHU Dupuytren  
13/05/2009

**Dr MANISOR Monica**  
*Neurochirurgie*  
CHU Dupuytren  
26/06/2009

**Dr MONS Fabienne**  
*Pédiatrie*  
H.M.E. Limoges  
13/05/2009

**Dr PIVOIS Linda**  
*Endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques*  
Hôpital du Cluzeau  
10/06/2009

**Dr PONCHEL Corinne**  
*Ophthalmologie*  
CHU Dupuytren  
13/05/2009

**Dr STROESCU Constantin**  
*Médecine générale*  
Saint-Léger-Magnazeix (87190)  
06/08/2009

**Dr TAHIR Abdelilah**  
*Pédiatrie*  
H.M.E. Limoges  
13/05/2009

**Dr WILLEBOIS Stéphanie**  
*Médecine générale*  
Hôpital Jean Rebeyrol  
13/05/2009

## QUALIFICATIONS

Du 15 / 04 / 2009 au 02 / 09 / 2009

*Spécialité de gynécologie médicale*

**Dr BASSINET Patrick**  
**Dr CHARTIER Nathalie**

*Spécialité de gériatrie*

**Dr THOMAS Delphine**

*Spécialité psychiatrie*

**Dr BLANCHARD-BOUHAJJA Françoise**  
**Dr MEISSONNIER Frédérique**  
**Dr VIEBAN François**  
**Dr WALOCHA Delphine**

## DÉPARTS

Du 15 / 04 / 2009 au 02 / 09 / 2009

**Dr ALFIERI Alessandra**  
dossier archivé au Conseil National

**Dr ALIHONOU Nathalie**  
transfert vers les Hauts-de-Seine

**Dr ANDREESCU Florina**  
transfert vers la Seine-et-Marne

**Dr BAUDOIN Michel**  
transfert vers la Charente-Maritime

**Dr BAYLE Aurélie**  
transfert vers la Réunion

**Dr BOUTHIER François**  
transfert vers les Deux-Sèvres

**Dr BOUTHIER Françoise**  
transfert vers les Deux-Sèvres

**Dr CENDRAS Julie**  
transfert vers l'Hérault

**Dr COSSON Patrick**  
transfert vers la Haute-Savoie

**Dr HATTOUM-ZAZOUA Lydia**  
transfert vers le Lot-et-Garonne

**Dr HEISSAT Sophie**  
transfert vers le Rhône

**Dr MATHE Nicolas**  
transfert vers la Charente

**Dr MATOS-ROUMAGNAC Hélène**  
transfert vers la Drôme

## RETRAITÉS

Du 15 / 04 / 2009 au 02 / 09 / 2009

**Dr BRUN-MALAUZAT Dominique**  
*Médecin généraliste Et. Public de Santé*  
Jalouneix Bertoff  
le 01/04/2009

**Dr JULIA Jean-Paul**  
*Médecin généraliste à Panazol*  
le 01/07/2009

**Dr LIEBERT Luc**  
*Médecin généraliste à Limoges*  
le 01/07/2009

**Dr POMPON Jean-Pierre**  
*Radiologue à Limoges*  
le 01/07/2009

## DÉCÈS

Du 15 / 04 / 2009 au 20 / 09 / 2009

**Dr LANDON Michel** le 02/08/2009

**Dr MONASSIER Martine** le 07/08/2009

**Pr CAIX Michel** le 19/09/2009

# Les relations médecins - industries

Dr François TOURAINE

Un des rôles de l'Ordre est l'analyse des relations entre médecins et industrie. Ces relations sont réglementées essentiellement par les articles L.4113-6, L.4113-9 et L.4113-13 du Code de la Santé Publique.

**ARTICLE L. 4113-6 :** les médecins ne peuvent recevoir " tout avantage " " en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit " par des entreprises biomédicales " assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale ". Une convention entre les deux parties est donc obligatoire.

■ S'il s'agit d'une **convention d'hospitalité** (EPU, congrès, séminaire...) le rôle de l'Ordre est d'apprécier le niveau de l'hospitalité qui doit être raisonnable et accessoire, l'objet de la manifestation, le lieu, le programme et la justification des frais.

Un décret, paru en 2007, simplifie les modalités de transmission de cette convention entre le laboratoire et l'Ordre : la convention doit parvenir à

l'Ordre au plus tard un mois avant la date prévue. Si l'avis est favorable, l'Ordre ne répond pas et l'accord est implicite. Si, par contre, l'Ordre donne un avis défavorable, il doit le signaler sans tarder à l'entreprise, laquelle informe le ou les médecin(s).

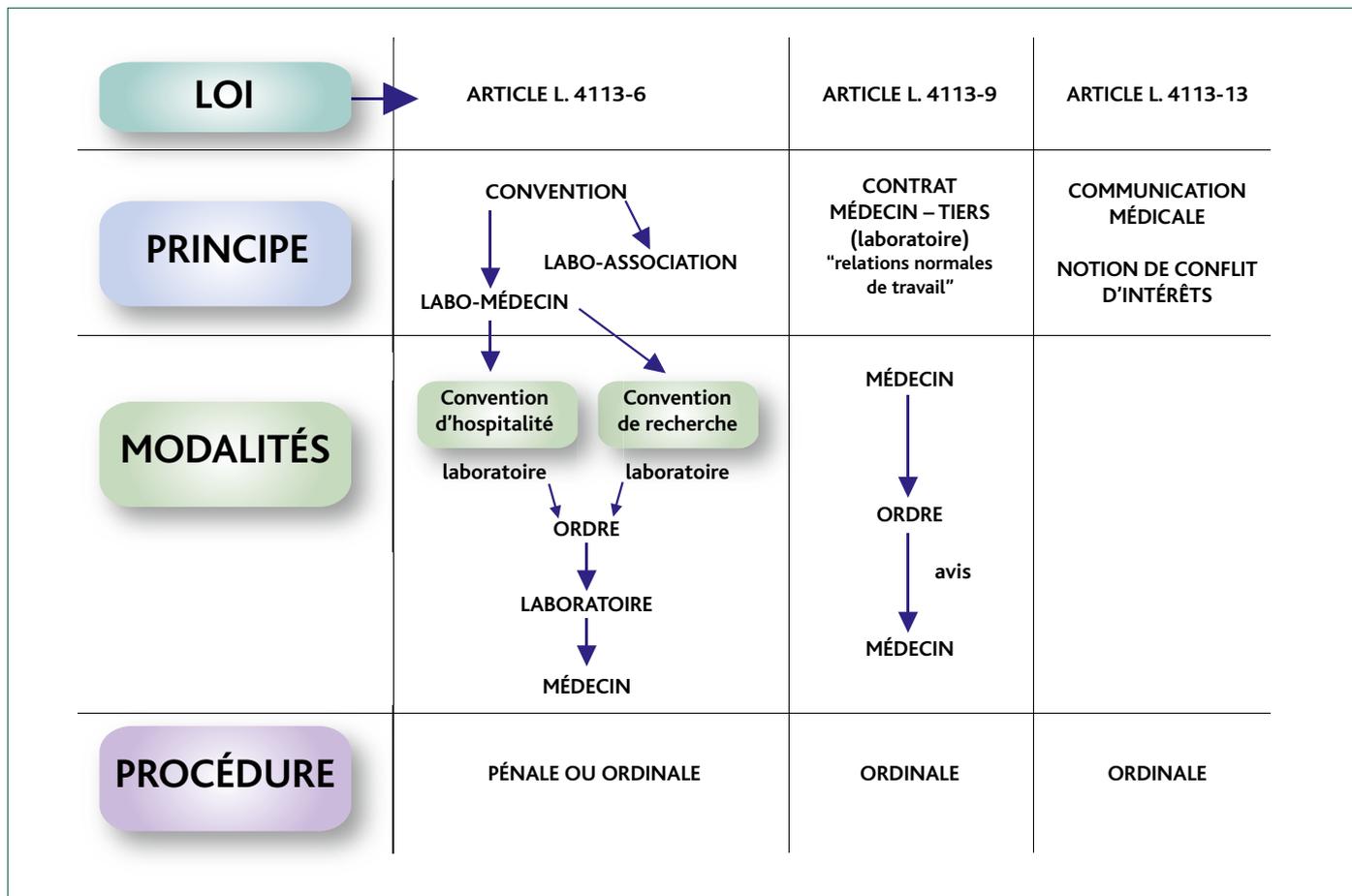
■ S'il s'agit d'une **convention de recherche** (Loi HURIET SERUSCLAT), le principe est le même, le laboratoire doit envoyer la convention au moins deux mois avant la date prévue. Dans le cadre de l'article L. 4113-6, le médecin peut être mis en cause pour non respect de l'article L. 4113-6 (procédure pénale), pour non respect du Code de Déontologie Médicale (procédure disciplinaire), ou pour mauvaise exécution de la convention.

**ARTICLE L. 4113-9 :** cet article régit d'autres relations entre médecins et laboratoires : activités de formation, recherche bibliographique, interventions dans des congrès sur des thèmes généraux, rédaction d'articles, participa-

tion à des groupes de réflexion " scientifique ou stratégique ".

C'est alors au médecin de transmettre à l'Ordre le contrat. L'Ordre rend son avis en se basant sur le Code de Déontologie. En cas de plainte, la Chambre Disciplinaire est saisie.

**ARTICLE L. 4113-13 :** il gère la communication médicale. Le décret d'application date de mars 2007. La loi prévoit que " les membres des professions médicales qui ont des liens avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou les organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de le faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits ". Il s'agit ici de la notion de conflit d'intérêt. " Ces manquements aux règles peuvent être l'objet de sanctions prononcées par l'Ordre ". La chambre disciplinaire peut donc être saisie.





# Permanence des soins

**Dr Philippe Bleynie**

Secrétaire Général - Responsable  
de la Commission Permanence des Soins



## RÉFLEXIONS SUR L'ANNÉE ÉCOULÉE

Samedi 12 septembre 2009... J'ai attendu le dernier moment pour rédiger un article sur la permanence des soins. J'espérais que nous aurions, début septembre, la réponse ministérielle relative au dossier déposé par la Mission Régionale de Santé pour la nouvelle organisation de la permanence des soins dans notre département... Hélas... Point de réponse...

A l'automne 2008, en effet, Madame Evelyne Ratte, Préfet de la région Limousin, Préfet de la Haute-Vienne, demandait une nouvelle organisation de la permanence des soins pour notre département, s'appuyant pour cela sur les recommandations de la mission d'appui, installée auprès du Ministère de la Santé. Depuis cette date, les événements ont été nombreux. Je n'en retracerai pas la chronologie, mais permettez-moi de vous livrer quelques réflexions que m'inspirent les événements de cette année écoulée...

### 1 La mobilisation des médecins

Vous, les confrères qui assurez la permanence des soins, vous vous êtes particulièrement mobilisés pour ce dossier. D'accord ou pas avec le système qui a été projeté, vous l'avez fait savoir. Vous l'avez dit lors des réunions organisées ou par divers autres biais. Les débats ont souvent été très vifs, mais je crois, chacun s'est montré respectueux de l'opinion d'autrui. Il est bon pour notre profession qu'un tel état d'esprit existe et ce, d'autant plus, que la marge de manœuvre pour s'organiser était, cette fois, très réduite, étant donné l'architecture du nouveau dispositif. Que chacun en soit chaleureusement remercié. Cet esprit de responsabilité fait honneur à notre profession.

### 2 La mobilisation des élus locaux

De nombreux élus locaux, maires et conseillers généraux, se sont impliqués dans le débat. Tout est parti d'une motion votée par le Conseil Général, manifestant l'opposition de cette institution au dispositif projeté. Il s'en est suivi un certain nombre de réunions et débats.

Les élus locaux s'inquiètent des conditions dans lesquelles leurs administrés vont être soignés... quoi de plus normal. Leur position, la plupart du temps, était que le système actuel fonctionnant bien, il n'y avait aucune raison d'en changer. Les porteurs du projet ont essayé d'expliquer les difficultés à venir en matière de démographie médicale et le souci d'anticipation du Conseil de l'Ordre. Je ne suis pas sûr que nous ayons toujours été bien compris. Pas facile ce débat avec les élus locaux mais, après tout, c'est le jeu d'un fonctionnement démocratique. Il semble aussi que cette affaire de permanence des soins est, pour les élus locaux, un dossier parmi d'autres, avec comme convergence, la disparition de nombreux services publics en milieu rural. C'est, sans doute, ce qui peut expliquer la virulence de certains.

### 3 Les tenants et les aboutissants d'un dossier

Là, c'est un peu curieux... Le projet qui a été bâti tient compte, en grande partie, des recommandations de la Mission d'appui auprès du Ministère de la Santé. Reçus en juin 2008, on nous avait signifié qu'à échéance de 18 à 24 mois, il fallait mettre en place un dispositif proche de celui que nous avons élaboré...

Et là, on voit que le Ministère a du mal à donner son aval... Qu'en est-il ? Il y a eu la loi HPST qui a beaucoup accaparé le cabinet de Madame le Ministre... maintenant, il y a la perspective d'une pandémie grippale... Il y a, sans doute aussi, des considérations financières car le budget prévisionnel de notre projet ne ferait guère d'économies... En somme, l'affaire est bien là sans doute... L'argent

est toujours le nerf de la guerre !

### 4 Et les patients ?

L'une ou l'autre pétition a circulé... Une association d'usagers de la santé, mal informée, a fait paraître un article dans un quotidien local... C'est vrai qu'ils n'ont pas été consultés. Mais cela paraissait bien difficile, je dirais même irréaliste...

Le système qui a été conçu est certainement moins "confortable" pour les patients : il leur sera, en particulier, demandé de se déplacer, la plupart du temps, pour se rendre sur le lieu où se tiendra le médecin de garde. Le service rendu peut apparaître comme moindre mais l'ensemble du département sera couvert. En conservant le dispositif actuel, nous étions déjà confrontés à de grosses difficultés dans certains secteurs (Rochechouart ou Magnac Laval, par exemple) et la démographie médicale en faisait craindre d'autres dans un délai proche.

Si notre nouvelle organisation est acceptée, il sera indispensable que l'information des assurés soit faite correctement, en essayant d'éviter certaines "désinformations"...

Il me faut conclure... Ma conclusion sera en forme de question. Les multiples évolutions de la permanence des soins au cours de ces vingt dernières années ont toujours donné lieu à des débats agités. La création d'une régulation par le biais du Centre 15..., la sectorisation géographique..., la reconnaissance de la permanence des soins comme mission de service public..., le volontariat..., un dispositif nouveau projeté qui change les habitudes... Chacun a son avis sur tout cela. Mais au bout du compte, la permanence des soins ne reste-t-elle pas assurée, et je dirais même, bien assurée ?

# MEP

Dr Patrick Mounier

## Ostéopathie



## Acupuncture



## DÉFINITION

Les MEP sont des médecins généralistes, qui ont acquis une expertise particulière permettant des prises en charge complémentaires ou spécifiques des patients, en collaboration avec leurs confrères, dans le cadre du parcours de soins.

Les médecins à expertise particulière sont, en France, entre 15 et 20000 et ont des pratiques (nutrition, ostéopathie, sexologie, médecine du sport, gériatrie, mésothérapie, urgentiste, homéopathie, acupuncture, etc...) répondant à une demande et à des exigences de santé publique qui les placent au cœur du système de santé en tant que médecins de premier et/ou de second recours.

## HISTORIQUE

La dénomination MEP (médecin à exercice particulier) a été imposée par les caisses primaires d'assurance maladie dans les années 1970.

D'autres dénominations conviendraient peut-être mieux : par exemple médecins à orientation thérapeutique alternative serait plus en accord avec la désignation internationale pour l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, l'ostéopathie.

Les MEP sont recensés différemment suivant les sources et les critères retenus. Il y en aurait 10000 selon la CNAMTS, plus de 35000 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (statistiques 2006), plus de 62000 d'après le pôle santé de l'INPES (2003).

Une cinquantaine de disciplines sont recensées par l'Ordre des Médecins, mais parmi elles, très peu sont reconnues.

Certaines disciplines comme l'angiologie, l'échographie, l'allergologie... semblent plus concernées par une juste reconnaissance de leurs spécialités.

Certains MEP peuvent être source d'économie de santé, en raison du faible coût de leurs thérapeutiques, de l'action de prévention inhérente à leur exercice, et leur activité est inscrite dans un schéma de maîtrise médicalisée.

## HAUTE-VIENNE

Environ 50 MEP exclusifs sur 470 médecins généralistes :

- 4 allergologues
- 8 homéopathes
- 3 acupuncteurs
- 14 urgentistes
- 4 échotomographistes
- 1 phoniatre
- 16 angiologues

## DROITS ET DEVOIRS

Les MEP ont les mêmes devoirs que tous les médecins, au niveau des règles déontologiques et vis-à-vis des engagements avec les Caisses d'Assurance Maladie.

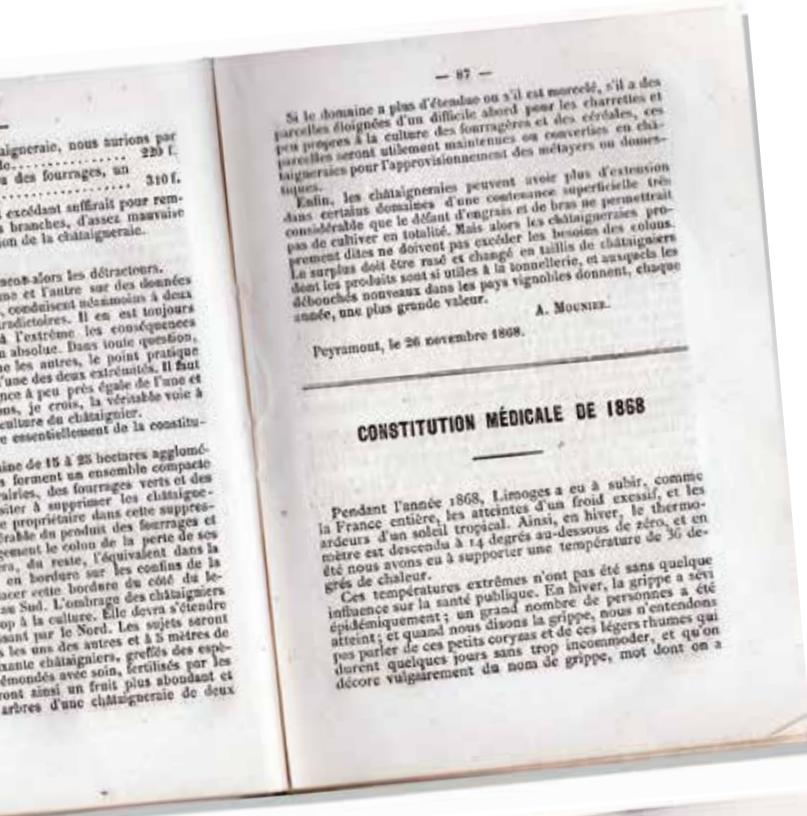
Concernant leurs honoraires, certains sont en secteur 1 et ont donc des honoraires fixés par la convention, d'autres sont en secteur 2, à honoraires libres et doivent respecter la notion de tact et de mesure, si difficile à encadrer. Certains sont en secteur 3, hors convention.

## EN CONCLUSION

Les MEP enrichissent la pratique de l'ensemble des médecins et apportent généralement des économies de prescription et une limitation de la iatrogénie. ■

# LA GRIPPE DANS L'HISTOIRE

Extrait de l'almanach limousin de Ducourtieux de 1869



## CONSTITUTION MÉDICALE DE 1868

Pendant l'année 1868, Limoges a eu à subir, comme la France entière, les atteintes d'un froid excessif, et les ardeurs d'un soleil tropical. Ainsi, en hiver, le thermomètre est descendu à 14 degrés au-dessous de zéro, et en été nous avons eu à supporter une température de 36 degrés de chaleur.

Ces températures extrêmes n'ont pas été sans quelque influence sur la santé publique. En hiver, la grippe a sévi épidémiquement; un grand nombre de personnes a été atteinte; et quand nous disons la grippe, nous n'entendons pas parler de ces petits corysas et de ces légers rhumes qui durent quelques jours sans trop incommoder, et qu'on a décoré vulgairement du nom de grippe, mot dont on a

# EUCALYPTINE LE BRUN

**GRIPPE  
BRONCHO-PNEUMONIE  
PNEUMONIE  
COQUELUCHE-BACILLOSE  
BRONCHITE PÉTIDE  
TRACHÉO-BRONCHITE**



SIROP

4 cuillerées à soupe par jour

AMPOULES de 1 à 5 cc. par jour  
en injections intra-musculaires

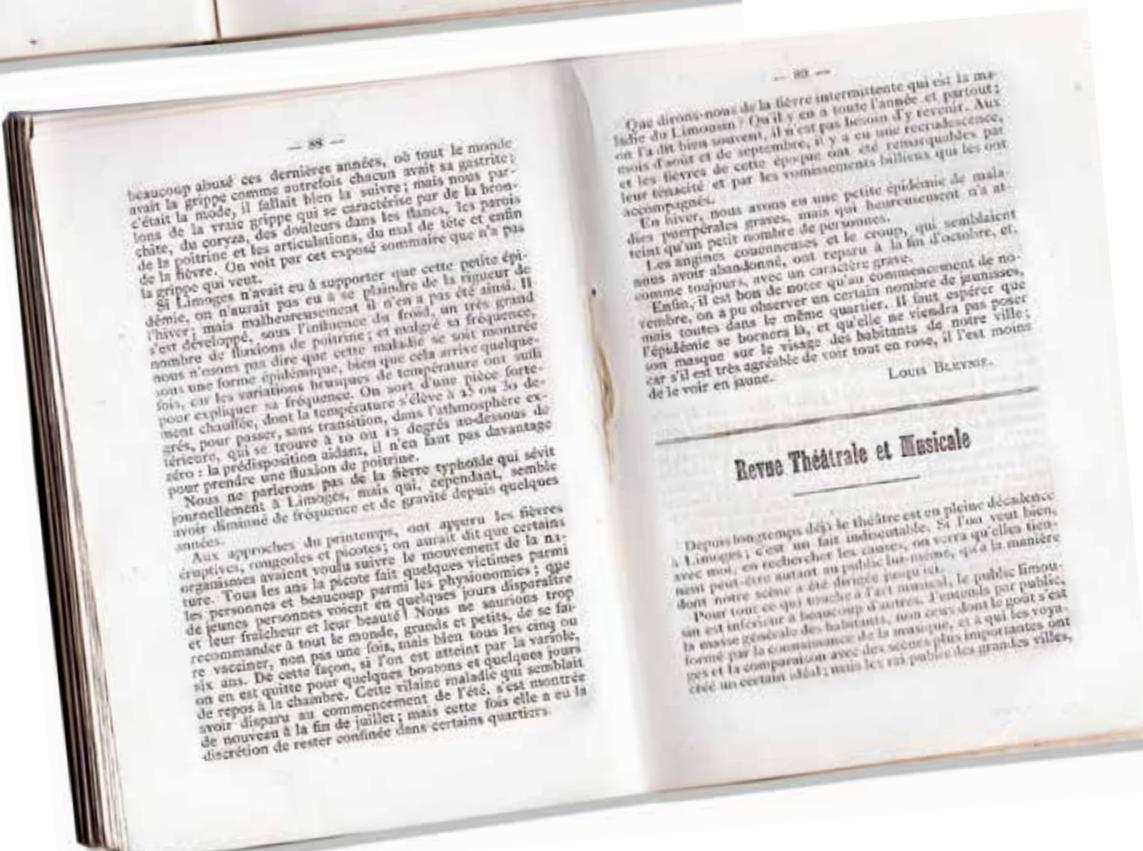
CAPSULES GLUTINISÉES  
6 capsules par jour

Littérature et Échantillons

LABORATOIRE LE BRUN, 155, Boulevard Magenta, PARIS (IX<sup>e</sup>)

Ridendo 23

Pub de 1937



— 89 —

Que dirons-nous de la fièvre intermittente qui est la maladie du Limousin? Qu'il y en a toute l'année et partout; on l'a dit bien souvent, il n'est pas besoin d'y revenir. Aux mois d'août et de septembre, il y a eu une recrudescence, et les fièvres de cette époque ont été remarquables par leur tenacité et par les vomissements bilieux qui les ont accompagnés.

En hiver, nous avons eu une petite épidémie de maladies puerpérales graves, mais qui heureusement n'a atteint qu'un petit nombre de personnes.

Les angines couenneuses et le croup, qui semblaient nous avoir abandonné, ont reparu à la fin d'octobre, et nous avoir abandonné, avec un caractère grave.

Enfin, il est bon de noter qu'au commencement de novembre, on a pu observer un certain nombre de jaunisses, mais toutes dans le même quartier. Il faut espérer que l'épidémie se bornera là, et qu'elle ne viendra pas poser son masque sur le visage des habitants de notre ville; car s'il est très agréable de voir tout en rose, il l'est moins de le voir en jaune.

LOUIS BUREVIEUX.

## Revue Théâtrale et Musicale

Depuis longtemps déjà le théâtre est en pleine décadence à Limoges; c'est un fait indiscutable. Si l'on veut bien, avec nous, en recherchant les causes, on verra qu'elles tiennent peut-être autant au public lui-même, qu'à la manière dont notre scène a été dirigée jusqu'ici.

Pour tout ce qui touche à l'art musical, le public limousin est inférieur à beaucoup d'autres, non ceux dont le goût s'est formé par la connaissance de la musique, et à qui les voyages et la comparaison avec des scènes plus importantes ont créé un certain idéal; mais les vrai public des grandes villes,

## Campagne de vaccination contre le virus H1N1 Statut des médecins

**Rappelons tout d'abord que :**

- En date du 7 septembre 2009, cette vaccination n'est pas obligatoire, mais proposée à toute la population.
- Elle n'a pas vocation à être renouvelée.
- Elle ne modifie pas la vaccination habituelle contre la grippe saisonnière.

**Cette campagne de vaccination s'effectue sur 4 mois et exclusivement de façon collective : les pharmacies d'officine ne seront pas en possession de ces vaccins et les médecins ne vaccineront pas à leur cabinet.**

- Avec un ordre de vaccination pour les personnes prioritaires.
- Un schéma de vaccination de 2 doses à 3 semaines d'intervalle.
- Et une traçabilité individuelle rendue indispensable par l'utilisation concomitante de 4 vaccins fabriqués par les laboratoires SANOFI-PASTEUR, GSK, BAXTER et NOVARTIS.

Le médecin travaille au sein d'une équipe de vaccination comprenant dans la forme type : (voir tableau ci-dessous)



Fonction	Personnels administratifs ou techniques	Étudiants en médecine ayant validé la 2 <sup>e</sup> année du 2 <sup>e</sup> cycle des études médicales et élèves infirmiers ayant validé la 2 <sup>e</sup> année d'étude	Paramédicaux de plein exercice	Médecin ou interne en médecine (Au plus un interne sur deux profils médicaux)
Accueil et orientation	2			
Questionnaire médical	1	1		
Traitement des questionnaires	X		1	
Consultation médicale et prise en charge des effets secondaires	X	X	X	1
Préparation des injections	X	2	1	
Vaccinations	X	3		
Sortie administrative	2			
Supervision	X			1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

X signifie que la catégorie de personnel de la colonne ne peut effectuer la tâche décrite en début de ligne.  
La case vide signifie que la catégorie de personnel de la colonne peut assurer la tâche décrite en début de ligne.



## Statut du médecin

Il est rappelé que la décision de campagne de vaccination étant prise par les Ministres de l'Intérieur et de la Santé, le médecin ne peut être tenu pour responsable des éventuels effets secondaires de la vaccination.

### 3 possibilités :

- Statut de collaborateur occasionnel du service public (statut adopté lors de la vaccination pour la méningite il y a 2 ans).
  - Décision prise par le préfet sur proposition de la DDASS.
  - Assuré et rémunéré selon l'article L 311-3-21 du code de la sécurité sociale et les décret et arrêté 2008-267 du 18/03/2008.
- Réquisition
  - Décision prise par le Préfet : l'article 160-7 du code des assurances précise que la réquisition de services entraîne de plein droit la suspension des effets des contrats d'assurance de dommage du requis au profit exclusif de la responsabilité de l'État.

### ■ EPRUS :

- Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires.
- Il s'agit d'un établissement public administratif créé par la loi du 05/03/2007.
- Basé sur le volontariat, il s'agit d'un réel engagement, pour une durée de trois ans, dans la réserve d'intervention ou dans la réserve de renfort donnant lieu à la signature d'un contrat soit tripartite si le médecin est salarié, soit entre EPRUS et médecin si ce dernier a une activité libérale.

Il s'agit d'un engagement qui nécessite " parfaite forme physique et mentale " pour la réserve d'intervention et " état général satisfaisant " pour la réserve de renfort ; de nombreuses contre-indications pour pathologies chronique et allergique seront recherchées lors d'une visite d'aptitude ainsi que les mises à jour des vaccinations. L'EPRUS assure la formation, l'assurance et la rémunération du médecin.

Renseignement sur :  
[reservesanitaire@epurus.fr](mailto:reservesanitaire@epurus.fr)

# La pandémie grippale en Argentine

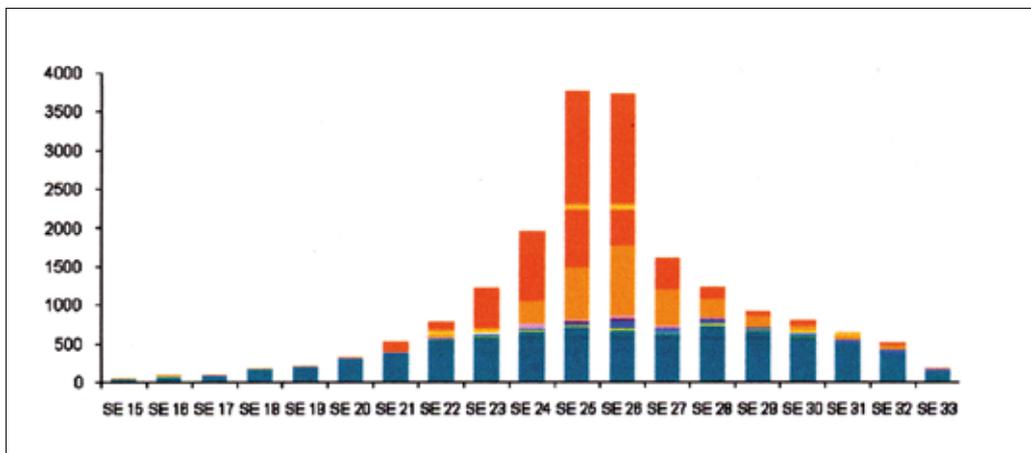
Dr François Touraine

A la veille de la pandémie grippale H1N1, voici quelques chiffres et diagrammes illustrant l'épidémie en Argentine, entre le 17 mai et le 20 août 2009. Ces renseignements sont fournis par le Ministère de la Santé argentin :

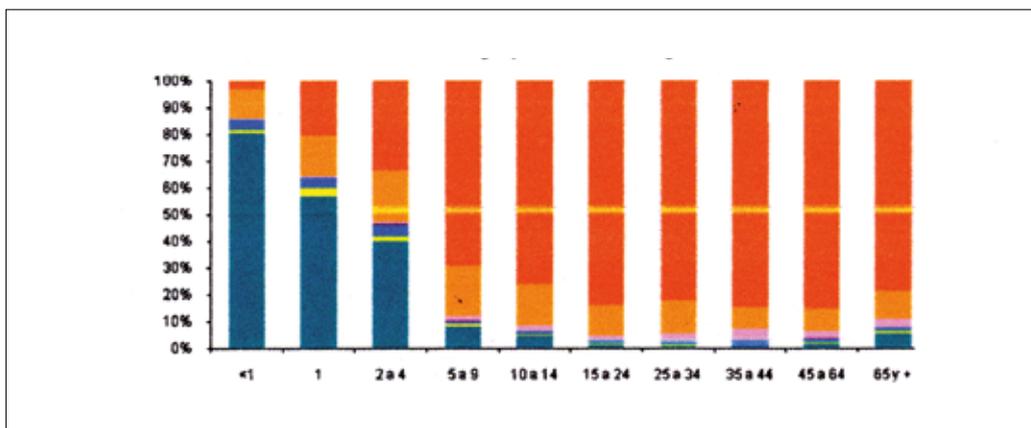
- nombre de cas estimés 818031
- confirmation H1N1 8240 cas  
18385 prélèvements
- nombre d'hospitalisations pour atteinte respiratoire : 8584
- nombre de décès 465
- les tranches d'âge les plus atteintes sont les enfants de moins de 5 ans et les adultes de plus de 50 ans.



Répartition des virus respiratoires sur les semaines 14 à 33 de l'année 2009



Répartition des virus respiratoires par groupe d'âge Argentine 2009



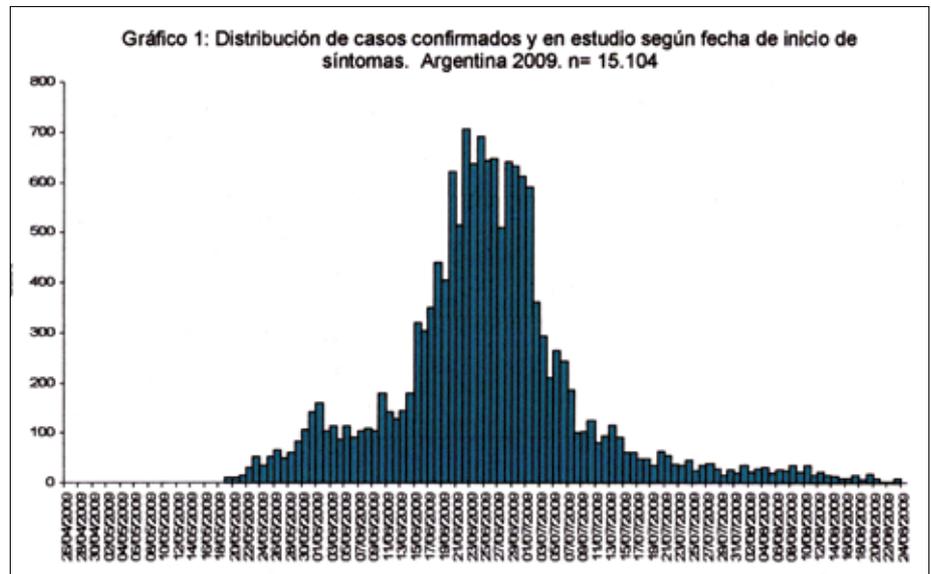


Tabla 1: Distribución de casos y tasas de ETI notificadas, confirmadas, hospitalizados y defunciones acumuladas. Argentina, SE 20 a 33 de 2009

	Casos y tasas acumuladas desde la SE 20 a 33 de 2009	
ETI estimadas a la SE 31*	Total casos	818.031
	Tasa semana 31	10,1/10.000 hab.
	Tasa acumulada	259,1/10.000 hab.
Casos confirmados SE 32		8.240
Casos hospitalizados por enfermedad respiratoria SE 32		8.584
Nº casos Fallecidos confirmados SE 32		465

## Le service d'accompagnement et de soins palliatifs du CHU de Limoges

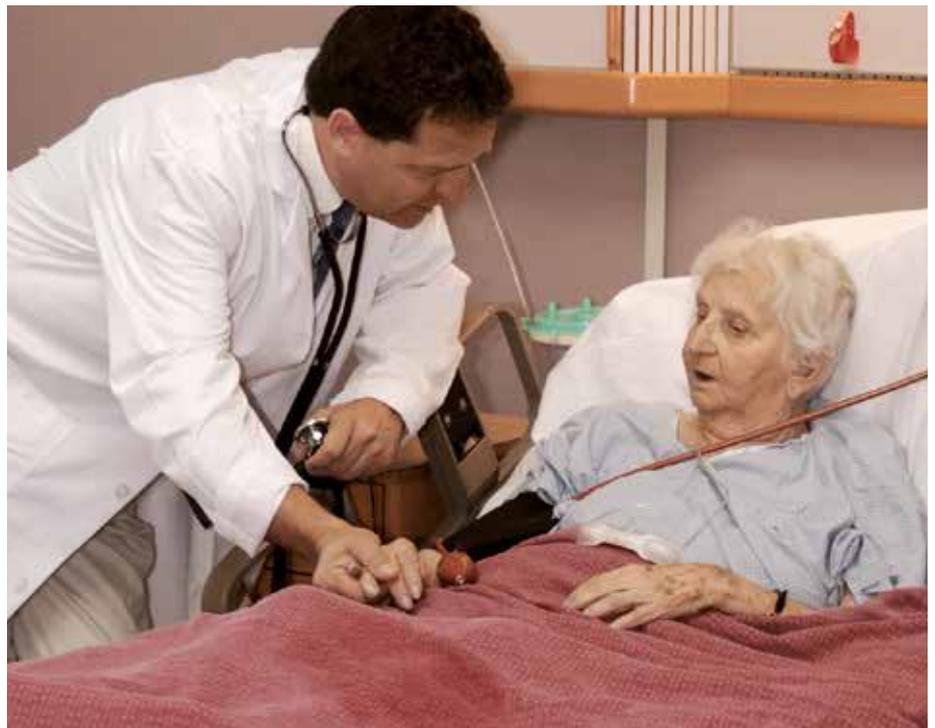
Dr Gérard Terrier

Chef de Service

Le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges est doté d'une Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) depuis 1998. Les soins dits " palliatifs " sont dispensés à des malades qui n'ont plus la certitude de voir leur maladie évoluer vers la guérison ou la stabilisation. Mais ce n'est pas l'arrêt des soins, bien au contraire ! Ces soins se situent très exactement entre acharnement thérapeutique et euthanasie, en affirmant très clairement le double refus de l'un et de l'autre.

Ils ne se limitent pas aux maladies cancéreuses mais concernent un champ très vaste de pathologies congénitales ou acquises (mucoviscidose, myopathies, SEP, SLA, maladies orphelines...). C'est une prise en charge globale du patient visant à assurer son confort physique (douleur), psychique et spirituel. Celle-ci ne s'adresse pas qu'au malade lui-même, mais également à ses proches et à l'équipe soignante. D'où le terme d'accompagnement, qui a été choisi par l'ensemble du personnel du service, comme préambule aux soins eux-mêmes.

Le Service d'Accompagnement et de Soins palliatifs du CHU de Limoges est composé de deux unités : l'équipe mobile (EMSP) et l'unité fixe (les lits d'hospitalisation) ou USP. Dans ces deux unités travaillent un ensemble de 35 personnes : médecins, cadres, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues,



aides-soignantes, agents, secrétaires, assistante sociale, diététicienne, socio esthéticiennes ; des bénévoles prêtent également leur concours (deux associations conventionnées, ASP et VAL, et un musicologue) ; tous sont tournés vers la prise en charge globale du patient et de son entourage.

L'EMSP a une compétence départementale et intervient non seulement auprès de patients hospitalisés dans les établissements publics ou privés, mais aussi à domicile, auprès des familles, de l'entourage et des soignants. Elle assure également des consultations dans ses locaux, situés au 9<sup>e</sup> étage de l'Hôpital Universitaire Dupuytren. Ces consultations sont dispensées par différents professionnels de santé, en fonction des besoins et des compétences sollicitées. L'EMSP a aussi une importante charge d'enseignement et de formation.

Est ensuite apparue, au fil des ans, la nécessité de pouvoir disposer de lits d'hospitalisation. C'est pourquoi, avec l'aide de l'Agence Régionale de l'Hos-

pitalisation (ARH), la direction du CHU de Limoges a décidé en 2005, la création d'une USP de 5 lits dits " dédiés ", dotés de tout le confort possible, située à l'Hôpital Dupuytren dans l'aile D, au 8<sup>e</sup> étage (avant d'être transférée en fin d'année 2009 au 9<sup>e</sup> étage, avec une capacité doublée). L'USP a, elle, un rôle de pôle de référence régionale. Ce dispositif est complété par l'ouverture de lits dits " identifiés " de soins palliatifs (LISP) dans plusieurs services du CHU et dans d'autres établissements publics ou privés du département.

Ainsi est mis en place un dispositif qui répond à ce qu'écrivait Emmanuel HIRSCH : " il revient à l'hôpital d'aujourd'hui de constituer le maillon qui sauve, reconforte, restitue à l'homme son intégrité. Un service fondamentalement différent d'une servitude, tant il sollicite notre humanité, nos générosités et compétences : une disponibilité ou une faculté d'être que l'on peut ramener à la notion de sollicitude. "



# La personne de confiance

Dr Vincent Pacaud

La personne de confiance désignée par votre patient a plusieurs missions qui lui sont dévolues par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé d'une part, et celle du 22 avril 2005 sur les droits des malades et sur la fin de vie du Code de la Santé Publique, d'autre part.

Il s'agit d'une mesure permettant à toute personne majeure de désigner une personne habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant une hospitalisation.

Rappelons ses missions :

- si le patient le souhaite, elle peut l'accompagner dans ses démarches et peut l'assister lors des entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (la personne de confiance ne représente pas le patient, sa mission est de conseiller le patient dans ses décisions).
- elle doit être consultée si votre patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune investigation ou intervention (hors urgence) ne peut être réalisée sans que la personne de confiance n'ait été consultée. Par ailleurs, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, elle peut (au même titre que la famille et l'entourage proche du patient) recevoir des informations afin de lui permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier.

Cependant, elle ne peut avoir accès au dossier médical du patient, sauf dans le cas où elle est mandatée par ce dernier et, à ce titre, dispose d'un mandat, tout en conservant à l'esprit le fait qu'il ne doit y avoir aucun conflit d'intérêts et que le seul but de cette démarche reste la défense des seuls intérêts du patient. Il en est de même pour la famille et les proches.

Autre exception à l'accès au dossier médical du patient : le décès. La personne de confiance, au même titre que la famille, peut avoir accès au dossier médical en cas de décès du patient.

Le patient peut s'opposer à la communication d'informations le concernant vis-à-vis de la personne de confiance, et le personnel hospitalier devra se conformer à cette décision.

## Qui peut désigner une personne de confiance ?

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

En conséquence, un mineur, ou un majeur sous tutelle, ne peuvent pas désigner de personne de confiance. Cependant, si une personne de confiance a été désignée préalablement à la mise sous tutelle, le juge des tutelles peut révoquer sa désignation, ou la confirmer.

La personne sous curatelle peut, quant à elle, faire le choix d'une personne de confiance qui peut être différente de la personne qui est son curateur.

## Qui peut être une personne de confiance ?

Il s'agit d'une personne librement désignée par le patient et en qui il a toute confiance (parent, proche, ou le médecin traitant).

La désignation de la personne de confiance n'est pas une obligation, mais un droit du patient.

Pour le médecin traitant, il serait préférable de refuser d'être désigné comme personne de confiance par son patient car il pourrait y avoir confusion des rôles, ce qui n'est pas dans l'esprit de la loi. Mais, en revanche, en cas d'hospitalisation du patient, la désignation du médecin traitant comme personne de confiance pourrait s'avérer utile, tant pour le patient que pour l'équipe médicale.

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade  
article L.1111-6 du code de la santé publique

### FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) : ....., patient(e) majeur(e) hospitalisé(e)  
au CHS, au CHG, à la clinique de : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicile : .....

désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami,  
épouse, père, médecin etc. (préciser la nature des relations),

Nom - Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicile : .....

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut  
pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi  
m'y autorise à tout moment.

Date et signature du patient hospitalisé : .....

# La personne de confiance *(Suite)*

Dr Vincent Pacaud

## Quelles sont les modalités de désignation d'une personne de confiance ?

Comment s'effectue la désignation ?

La désignation d'une personne de confiance relève d'une démarche volontaire de votre patient et s'effectue par écrit. Le document doit préciser les nom, prénoms, adresse et moyen de joindre la personne de confiance.

Combien de temps est valable la désignation ?

La désignation de la personne de confiance est révocable à tout moment, remplacée par la désignation d'une autre personne de confiance à la demande du patient.

Cette désignation peut avoir lieu en cas d'hospitalisation ou en ambulatoire. Elle restera valable :

- en cas d'hospitalisation : pour la durée de l'hospitalisation, ou plus longtemps si le patient exprime une volonté contraire,
- en ambulatoire, absence de durée déterminée.

## À mentionner dans le dossier médical du patient

Le dossier médical spécifie l'identité de la personne de confiance désignée par le patient et le formulaire de désignation doit être inséré dans le dossier médical.



Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade  
article L.1111-6 du code de la santé publique

### FORMULAIRE DE RÉVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

..... patient(e) majeur(e) hospitalisé(e)  
au CHS, au CHG, à la clinique de : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicile : .....

révoque comme personne de confiance à compter du : .....  
mon ami, épouse, père, médecin etc. (préciser la nature des relations),

Nom - Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicile : .....

désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami,  
épouse, père, médecin etc. (préciser la nature des relations),

Nom - Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicile : .....

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Date et signature du patient hospitalisé : .....

## L'agenda du Conseil Départemental

- 3/04/2009, les Docteurs François Archambeaud, Michel Barris et Jean-Jacques Texier ont rencontré Monsieur Peyronnet, Sénateur de la Haute-Vienne au sujet du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.
- 4/04/2009, les Docteurs François Archambeaud et Pierre Bourras ont participé à la réunion des présidents et secrétaires généraux des conseils départementaux et régionaux, organisée à Paris par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- 7/04/2009, à 17 h 30, les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Michel Jacquet ont participé à une réunion sur l'évolution de la permanence des soins, à la Mairie de Rilhac-Rancon, avec les élus de l'arrondissement de Bellac.
- 8/04/2009, à 20 h, les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Michel Jacquet ont participé à une réunion sur l'évolution de la permanence des soins au Châtenet en Dognon, avec les élus du Pays des Monts et Barrages.
- 8/04/2009, à 11 h 30, les Docteurs François Archambeaud et Pierre Bourras ont rencontré l'Attaché Parlementaire de Monsieur Demerliat, sénateur de la Haute-Vienne, au sujet du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.
- 9/04/2009 à 17 h 30, les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne, et Vincent Sauget ont participé à une réunion sur l'évolution de la permanence des soins à Saint-Yrieix-la-Perche, avec les élus du Pays de Saint-Yrieix, Sud Haute-Vienne.
- 14/04/2009, à 17 h 30, les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Éric Rouchaud ont participé à une réunion sur l'évolution de la permanence des soins dans les locaux de la DDASS, avec les élus du Pays de Limoges.
- 16/04/2009, à 17 h 30, les Docteurs François Archambeaud, Luc Aubanel et Philippe Bleyne ont participé à une réunion sur l'évolution de la permanence des soins à Bessines-sur-Gartempe, avec les élus d'Ambazac, Bessines, Bersac sur Rivalier, Bellac et Le Dorat.
- 6/05/2009, à 17 h 30, le Docteur Jean-Jacques Texier a participé à une réunion du CODAMUPS à la Préfecture au sujet du virus de la Grippe A
- 19/05/2009, à 11 h, les Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé à une réunion avec Madame le Préfet sur l'état d'avancement de la préparation d'une nouvelle organisation de la PDS en Haute-Vienne
- 17/06/2009, à 18 h 30, le Docteur François Archambeaud, a participé à la signature, au Conseil Général de la Haute-Vienne, du protocole relatif à la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes en Haute-Vienne.
- 19/06/2009, les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Éric Rouchaud ont participé, au Pavillon Buxerolles à Limoges, à une réunion avec les élus du département sur le thème de la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.
- 27/06/2009, les Docteurs François Archambeaud et Pierre Bourras ont participé aux Assises du Conseil National à Paris.
- 22/07/2009, le Docteur Jean-Jacques Texier a participé, à la Préfecture, à une réunion du CODAMUPS au sujet de la prise en charge des patients grippés, en ambulatoire.
- 23/07/2009, à 15 h, le Docteur François Archambeaud a participé, à la Préfecture, à la réunion du Centre Opérationnel Départemental en Situation de Veille Active (CODSVA), afin de faire le point face au risque de pandémie grippale
- 01/09/2009, à 9 h, dans les Locaux de l'ARH du Limousin, le Docteur François Archambeaud a participé à une réunion de préparation du plan de lutte contre la pandémie grippale A dans les établissements de santé.
- 01/09/2009, à 16 h, le Docteur Jean-Jacques Texier a participé à une réunion à la Préfecture concernant la pandémie grippale A.
- 03/09/2009, à 11 h 30, le Docteur Jean-Jacques Texier a participé aux travaux du sous comité des transports sanitaires, à la DDASS.
- le 18/09/2009, à 16 h 30, le Docteur François Archambeaud a assisté à l'audience solennelle de la Cour d'Appel de Limoges au cours de laquelle Monsieur Alain Mombel a été installé dans ses fonctions de Premier Président.

## Offres d'emploi

### La Chênaie

En vue de l'ouverture de son EHPAD de 76 lits (dont 16 d'hébergement temporaire) au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2010, le Centre SSR La Chênaie envisage le recrutement d'un médecin coordonnateur.

#### Conditions générales

■ Médecin diplômé, DU de médecin coordonnateur d'EHPAD ou capacité de gériatrie ou DESC de gériatrie.

#### Conditions spécifiques

■ Médecin salarié présent du lundi au vendredi à raison de 14 heures par semaine.

#### Rémunérations

■ Convention collective CCNT  
salaire mensuel brut pour 14 heures hebdomadaires : 1802,12 € (+ gratification annuelle égale au salaire normal du dernier mois de chaque année + une allocation de vacances égale à un mois de salaire)

Les personnes intéressées devront adresser une lettre de candidature dûment motivée, **avant le 15 novembre 2009** à :

**Madame la Directrice  
La Chênaie - BP n° 7  
87430 Verneuil-sur-Vienne  
Tél. 05 55 43 33 00**

### Médecin coordonnateur

Recrutement d'un médecin coordonnateur à mi-temps  
pour le réseau NÉPHROLIM

#### Objectif général du réseau

■ Meilleure prise en charge coordonnée des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique en Limousin

#### Contact

■ **Lorène TEMPS - Tél. 05 55 71 23 84**



### Service d'assistance médico-technique à domicile

en lien avec les hôpitaux et cliniques de la région Limousin

recrute un médecin CDD 30 h / sem (pas de garde)

De Janvier à Septembre 2010  
(remplacement de congé maternité)  
pour :

- Prendre en charge des patients insuffisants respiratoires.
- Participer à diverses actions d'éducation.
- Assurer la veille médicale.

- Participer aux actions de recherche et développement.

Une expérience en Pneumologie, SAMU, Réanimation serait un atout

■ **Contactez le : 05 55 50 65 06  
M<sup>me</sup> Gaertner**

## Dopage Nouvelle liste de produits interdits en 2010

Dr Anne Cheipe

Cette liste approuvée par le Comité exécutif de l'AMA lors de sa réunion, le 19 septembre 2009, sera publiée sur son site web avant le 1<sup>er</sup> octobre 2009 et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Deux modifications, importantes pour la pratique quotidienne du médecin, interviennent :

- changement de statut pour le salbutamol,
- réintroduction de la pseudoéphédrine.

#### ■ Le salbutamol

Alors que ce produit était considéré comme spécifié, il devient produit autorisé à des concentrations inférieures à 1000 nanogrammes/ml. Son utilisation par inhalation ne nécessitera plus d'AUT<sup>(1)</sup> mais une simple déclaration d'usage.

#### ■ La pseudoéphédrine

Elle est réintroduite dans la liste comme stimulant spécifié.

Depuis 2004, elle n'était plus interdite mais était incluse dans le programme de surveillance de l'AMA<sup>(2)</sup>. Les résultats de cette surveillance faite sur 5 ans ont montré clairement des preuves scientifiques indiquant une amélioration de la performance au-delà de certaines doses de cette substance.

La pseudoéphédrine sera donc réintroduite en 2010 à un seuil de concentration dans l'urine de 150 milligrammes/ml.

(1) Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

(2) Agence mondiale antidopage  
[www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)

Substance spécifiée : susceptible de donner lieu à une sanction.