



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Haute-Vienne

n° 11

AVRIL 2011



DOSSIER

Les réseaux de santé p. 5

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires



**Le statut
de médecin
remplaçant** p. 16



**Le Service
de Santé
des armées** p. 17



sommaire

- **Édito** p. 2
- **Exercice professionnel**
 - Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès p. 3 et 4
 - Nécrologie p. 24
- **Dossier**
 - Les réseaux de santé p. 5 à 15
- **Informations pratiques**
 - Le statut de médecin remplaçant p. 16 à 17
 - La réserve citoyenne au service de santé des armées p. 17
 - Précisions sur le certificat médical de coups et blessures p. 18 et 19
 - Contrats et médecine du sport p. 20 à 21
 - Mentions autorisées sur les en-tête d'ordonnances, titres et plaques p. 23
 - L'épilepsie chez le nourrisson et l'enfant p. 23
- **L'agenda** p. 24

Publication du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne
 Drs Pierre Bourras, Philippe Blegnye, Joël Malgouyart, Patrick Mounier, Vincent Pacaud, François Touraine, Anne-Marie Trarieux
 19, rue Cruveilhier 87000 Limoges
 Tél. 05 55 77 17 82
 E-mail : haute-vienne@87.medecin.fr
 Conception et réalisation :
 Graphik-Studio - Tél. 05 55 32 06 32 - ©Fotolia - ©IStock

édito



Dr François ARCHAMBEAUD

Dépendance – Indépendance

À l'heure où les pouvoirs publics s'inquiètent de la dépendance liée à l'âge et demandent un effort de solidarité, on peut dire que si la durée de vie progresse, c'est bien grâce aux progrès de la médecine, de la prévention, du mode de vie. Les médecins, malgré le discrédit souvent jeté sur eux, y ont pris une part active. Il leur faut maintenant repousser autant que possible la survenue de la dépendance.

Le temps où les praticiens étaient seuls pour diagnostiquer, exerçant leur art pour traiter, exerçant leur pouvoir, est révolu. La survenue des spécialités liées aux nouvelles connaissances, que ce soit la biologie, l'imagerie, les nouvelles thérapeutiques articulées avec le médecin généraliste ont formé l'ébauche des premiers réseaux.

Afin que les patients bénéficient du développement de ces spécialités, de la multiplication des techniques, de la place grandissante de l'éducation thérapeutique, de l'information nécessaire et afin de réaliser une meilleure prise en charge et le suivi de certaines pathologies, les réseaux font intervenir un plus grand nombre d'acteurs et doivent tenir compte des composantes médicales, psychologiques et des facteurs sociaux de chaque patient.

Allons-nous donc, aussi, devenir dépendants de ces structures ? Nous sommes déjà dépendants les uns des autres, des organismes de tutelle, du patient dont on doit respecter, pour chacun, sa volonté et son choix de vie ; son intérêt et son bien-être devant prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science.

La seule dépendance nécessaire du médecin doit être celle de la qualité de notre pratique, dépendance au savoir et au bien faire ; c'est elle qui nous donnera l'indépendance professionnelle indispensable pour conserver, coûte que coûte, cette relation privilégiée avec une personne souffrante qui se confie et dont les droits doivent être préservés tout en assurant des soins sûrs et de qualité.

NÉCROLOGIE



Le Docteur Bernard BOULLAUD est décédé le 28 septembre 2010 des suites d'une longue maladie qu'il a combattue avec force et courage, ayant même un temps, réclamé par ses patients, repris son activité. Il est né le 22 janvier 1957 d'une famille limousine, son père a été médecin généraliste à Compreignac. Il a fait ses études à Limoges pour s'installer comme ophtalmologiste dans cette ville en 1988.

Son frère est lui aussi médecin et il exerce en tant que Médecin Inspecteur à l'ARS du Limousin. Bernard BOULLAUD s'était engagé dans la fonction ordinaire en 2002, élu comme conseiller titulaire et réélu en 2008.

Il a toujours fait preuve d'une disponibilité constante et d'un grand bon sens.

À toute sa famille durement touchée par les épreuves,

À son épouse et à ses deux fils Romain et Luc, nous témoignons qu'il laisse parmi nous une marque bien vivante.

TABLEAU

INSCRIPTIONS Du 02/09/2010 au 09/03/2011

- Dr ALGAYRES Pierre** Médecin retraité
09/02/2011
- Dr ALLARD Julien** Néphrologie
CHU Dupuytren - 06/10/2010
- Dr BAN Teodor** CHU Dupuytren
03/11/2010
- Dr BARDOU Patrick**
Anesthésie-réanimation
Centre Hospitalier St-Junien - 01/12/2010
- Dr BEDIN Bertrand** Chirurgie générale
CHU Dupuytren 03/11/2010
- Dr BENAYOUN Yohan** Ophtalmologie
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr BICHARA Houda** Psychiatrie
C.H. Esquirol - 01/12/2010
- Dr BOUHLEL Abdelkader** Chirurgie
urologique CHU Dupuytren - 09/03/2011
- Dr BOUYGUES Antoine**
Gastro-entérologie et hépatologie
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr BRUTUS Pierre** Médecine générale
Remplaçant - 27/01/2011
- Dr BURGOS Delphine** Rhumatologie
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr CANT Margaret** Médecine générale
Remplaçante - 09/03/2011
- Dr CHABRIER Michel** Médecine générale
Médecin retraité - 05/01/2011
- Dr CIEZAREK Martin** Ophtalmologie
Remplaçant - 09/02/2011
- Dr COUVE-DEACON Élodie** Biologie
médicale CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr CROS Jérôme** Anesthésie-réanimation
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr CUGY Emmanuelle**
Médecine physique et réadaptation
Hôpital Jean Rebeyrol - 03/11/2010
- Dr DE STAUTE Claire** Médecine générale
Remplaçante - 03/11/2011
- Dr DESORMAIS Gilles** Médecine
générale Remplaçant - 09/03/2011
- Dr DOUZON Annabel** Cardiologie et
maladies vasculaires Centre Hospitalier
St-Yrieix-la-Perche - 01/12/2010
- Dr DOUZON Vincent** Médecine générale
Remplaçant 01/12/2010
- Dr FLACHER Christian**
Médecine générale
C.H. Esquirol - 09/02/2011
- Dr GAGOS-ZAHARIA Oana**
Ophtalmologie CHU Dupuytren
03/11/2010
- Dr GANDJI Jean-Alain** Médecine
générale HIHL Bellac - 05/01/2011
- Dr GARDET Emmanuel** Chirurgie
générale CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr GARMi Rachid** Chirurgie générale
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr GHEWY Thierry**
Oncologie option radiothérapie
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr GORY Benjamin**
Radiodiagnostic et imagerie médicale
CHU Dupuytren - 01/12/2010
- Dr GUEORGUIEV Svetoslav** Médecine
générale Remplaçant - 05/01/2011
- Dr HAZANE Éric** Chirurgie générale
CHU Dupuytren - 01/12/2010
- Dr JESUS Pierre** Médecine générale
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr JOSTE Romain**
Médecine physique et réadaptation
Hôpital Jean Rebeyrol - 02/11/2010
- Dr LABOURET Emilie** Médecine générale
Remplaçante - 09/03/2011
- Dr LAGARDE Mireille** Médecine générale
CPAM Hte-Vienne - 09/02/2011
- Dr LAMOUR Arnaud** Médecine générale
MSA de la Hte-Vienne - 09/02/2011
- Dr LANOÉ Matthieu** Chirurgie générale
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr MARQUET Cédric** Médecine générale
Libéral - Ambazac - 17/12/2010
- Dr MARTEL Clothilde** Biologie médicale
CHU Dupuytren - 01/12/2010
- Dr MARTZOLFF-PONSONNARD Anne**
Psychiatrie C.H. Esquirol - 03/05/2010
- Dr MOZZICONACCI Marie-Claire**
Médecine générale CHU Dupuytren
03/11/2010
- Dr PICCARDO Alessandro**
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHU Dupuytren - 09/02/2011
- Dr POIREL Christian** Médecine générale
Centre Hospitalier St-Yrieix-la-Perche
- Dr PONSONNARD Sébastien**
Anesthésie-réanimation CHU Dupuytren
03/11/2010
- Dr ROBERT-KERBRAT Philippe**
Anesthésie-réanimation
Clinique Chénieux - 06/10/2010
- Dr ROCHETTE Anne** Rhumatologie
Remplaçante - 03/11/2010
- Dr ROUCHAUD Laurent**
Médecine générale Remplaçant
03/11/2010
- Dr ROUDAUT Charlotte** Rhumatologie
CHU Dupuytren - 03/11/2010
- Dr ROUX Antoine** Médecine générale
Remplaçant - 05/01/2011
- Dr SIRVEN Sébastien**
Médecine du travail
AMCO-BTP Limoges - 03/11/2010

EXERCICE PROFESSIONNEL

INSCRIPTIONS Du 02/09/2010 au 09/03/2011 (suite)

Dr TILLY Bruno
Santé publique et médecine sociale
CRAM Limoges - 06/10/2010

Dr TOURRET Dominique Médecine
générale CHU Dupuytren - 06/10/2010

Dr VIVENT Muriel
ORL et chirurgie cervico-faciale

CHU Dupuytren - 03/11/2010

Dr YACHINE Mehdi
ORL et chirurgie cervico-faciale
CHU Dupuytren - 01/12/2010

QUALIFICATIONS Du 02/09/2010 au 09/03/2011

Spécialité de chirurgie générale
Dr GROUSSEAU Dominique

Spécialité de chirurgie infantile
Dr FOURCADE Laurent

Spécialité de chirurgie urologique
Dr PLAINARD Xavier

Spécialité de chirurgie orthopédique et
traumatologie

Dr CORDIER Guillaume
Dr SIEGLER Julien

Spécialité de maladies de l'appareil
digestif

Dr LOUSTAUD-RATTI Véronique

Spécialité de médecine physique
et de réadaptation

**Dr COUVILLIERS-LATOURNERIE
Catherine**

Spécialité de médecine du travail
Dr PERRIER Marie

DÉPARTS Du 02/09/2010 au 09/03/2011

Dr ABI TAYEH Maroun
dossier archivé au Conseil national

Dr AL CHAYEB Hani
transfert vers les Yvelines

Dr ATTYE Julie transfert vers la Corrèze

Pr BEAULIEU Pierre
inscription sur la liste des médecins
exerçant à l'étranger

Dr CAIRE François
transfert vers la Gironde

Dr CAMBONIE Cécile
transfert vers la Creuse

Dr CASSE Guillaume
transfert vers la Haute-Garonne

Dr CHAUMEIL Arnaud
transfert vers la Ville de Paris

Dr DEPOUX Stéphanie
transfert vers la Corrèze

Dr DEROUCHE Olga transfert vers l'Indre

Dr DUPRAT Pascal
transfert vers la Dordogne

Dr EL REFY Abdelbasset
dossier archivé au Conseil national

Dr FALKOWSKI Sabrina
transfert vers la Corrèze

Dr FERRIÉ Éric transfert vers le Var

Dr GUY-MOYAT Benoît
transfert vers la Haute-Garonne

Dr LAURANCEAU Georges
transfert vers le Calvados

Dr LEURS Hugo transfert vers la Gironde

Dr MANISOR Monica
transfert vers le Bas-Rhin

Dr MARTIN Jean transfert vers la Corrèze

Dr MERVILLE Hervé
transfert vers la Corrèze

Dr METZGER Ludovic
transfert vers la Charente-Maritime

Dr MORERA Pierre
transfert vers les Bouches du Rhône

Dr NICOLAUD Blerta
transfert vers l'Aude

Dr NORMAND Richard
transfert vers les Pyrénées-Atlantiques

Dr PARACHAUD-SIOU Nadine
transfert vers le Val d'Oise

Dr PATRON Vincent
transfert vers le Calvados

Dr PEPINO Frédéric
transfert vers les Bouches du Rhône

Dr PINAQUY Jean-Baptiste
transfert vers la Gironde

Dr ROCHE-BRET Anne
transfert vers la Drôme

Dr SABATIER Amélie
transfert vers le Var

Dr VERDIERE François
transfert vers l'Ille et Vilaine

Dr VERGER-PRATOUCY Jean-Claude
transfert vers le Lot

RETRAITÉS Du 02/09/2010 au 09/03/2011

Dr BANQUEY Jean-Louis Anesthésiste
réanimateur à Limoges le 01/10/2010,
activité salariée

Dr BARRE Jacques Médecin généraliste
à Saillat sur Vienne le 01/10/2010

Dr CARRIER Marcel Médecin
généraliste à Nieul le 01/10/2010,
poursuit son activité

Dr CHAMPION Régine Dermatologue
à Limoges le 31/12/2010

Dr DELERON Jean-François Médecin
généraliste au Vigen le 31/12/2010

Dr DUMONT-LOUCHART Marie-José
Médecin du travail à Limoges
le 01/11/2010

Pr GASTINNE Hervé Médecin interne
à Limoges le 30/09/2010

Dr GASTINNE Michèle Anesthésiste
réanimateur à Limoges le 31/12/2010

Dr GUERINEAU Jean-Pierre Médecin
généraliste à Couzeix le 31/12/2010

Dr JAMOIS Yves Neurochirurgien
à Limoges le 31/12/2010

Dr MURAT Annie Dermatologue
à Limoges le 31/12/2010

Dr PUIFFE Catherine Médecin
généraliste salariée le 31/12/2010

Dr RANTY Yves Psychiatre à Limoges,
poursuit son activité le 31/12/2010

Dr ROCHETTE Marie-France Médecin
généraliste salariée, poursuit son activité
le 01/10/2010

Dr VALIERE-VIALEIX Jean-Pierre
Ophtalmologue à Limoges, poursuit son
activité le 31/12/2010

DÉCÈS

Du 02/09/2010 au 09/03/2011

Dr BOULLAUD Bernard le 28/09/2010

Dr DANY Marie-Thérèse le 04/10/2010

Dr TAUVERON Pierre le 21/12/2010



Les réseaux de santé

Définition juridique des réseaux de santé

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

(Art L 6321-1 du Code de la Santé Publique)

Environ 750 réseaux répartis sur l'ensemble du territoire.

Les réseaux sont financés par le FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le montant de l'enveloppe FIQCS (nationale) est déterminé chaque année par la LFSS.

Une dotation régionale est ensuite déléguée par le Comité national de gestion du fonds.

À titre indicatif, l'enveloppe régionale 2010 s'élevait à environ 3 900 000 € pour le Limousin dont 2 900 000 € consacrés aux réseaux.

(Le FIQCS finance également des projets liés à la permanence des soins (Maison Médicale de Garde...), à l'organisation de l'offre de soins (maisons de santé pluri-professionnelles)

Suite à la parution du décret du 30 août 2010 relatif au fonctionnement du FIQCS, la décision de financement de chaque réseau est prise par le directeur général de l'ARS.

Le texte introduit également la notion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui s'imposent désormais aux réseaux de santé.

Les réseaux font l'objet d'une **évaluation externe triennale** (Cf. Circulaire du 2 mars 2007 relative à l'évaluation des réseaux de santé).

C'est le résultat de cette évaluation et les recommandations faites qui conditionnent la poursuite d'un financement et les modalités éventuelles d'attributions budgétaires.

Dans la région Limousin : 19 réseaux sont actuellement financés par le FIQCS :



Des réseaux pour quoi faire ?

Les réseaux de santé ont émergé dans les années 80 à l'initiative de professionnels de santé « de terrain » soucieux de décloisonner leur pratique.

Les premiers réseaux étaient consacrés à la prise en charge des patients atteints du VIH.

L'objectif de ces structures innovantes est multiple : il s'agit à la fois de mettre en place une démarche d'amélioration des pratiques (diffusion de référentiels, organisation de formations...) dans le cadre d'une prise en charge globale du patient et de proposer aux professionnels de santé adhérents un certain nombre de services visant à simplifier leur exercice.

Ainsi, certains réseaux de la région mettent à la disposition des professionnels, des référentiels actualisés en ligne, des annuaires, organisent des sessions de formation indemnisées.

Les réseaux permettent également aux professionnels de bénéficier de « dérogations tarifaires », soit pour majorer une consultation au cours de laquelle le professionnel va expliquer un diagnostic, une pathologie, soit pour permettre la prise en charge d'actes non pris en charge par les caisses d'Assurance maladie (exemple : indemnisation pour participation à une réunion de concertation pluridisciplinaire).

L'intérêt pour le patient est double : il bénéficie d'une prise en charge globale (participation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers mais également de professionnels médico-sociaux) et coordonnée (réunions multidisciplinaires, plan personnalisé de santé prévoyant les interventions de l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi...).

Quel avenir pour les réseaux de santé ?

Bien que représentant des modes innovants de prise en charge, faisant l'objet d'évaluations régulières, les réseaux ne sont pas exempts de reproches.

C'est notamment le nombre important de réseaux « thématiques » consacrés à une seule pathologie qui est mis en avant par les médecins généralistes. Ils soulignent la difficulté à adhérer et à s'impliquer simultanément dans une dizaine de réseaux.

Les réseaux territoriaux de proximité pourraient constituer une réponse à ces interrogations, il s'agit de réseaux de santé polypathologiques tournés vers une population, pour l'ensemble de ses besoins en santé, et qui coordonnent sur un territoire l'ensemble des acteurs concourants à la prise en charge globale du patient.

Chaque professionnel du territoire n'a donc qu'un seul interlocuteur pour l'ensemble de sa patientèle.

Quelques exemples dans la région

Le réseau **LINUT**, se consacre à l'état nutritionnel des personnes âgées vivant en EHPAD ou à domicile, des bilans sont réalisés et un suivi individuel de l'évolution du patient est organisé. Les diététiciennes du réseau donnent également (sur demande) un avis sur les menus élaborés au sein des EHPAD. Des formations sont organisées, notamment en direction des cuisiniers des structures.

Le réseau **PERINATLIM** a pour objectif principal de coordonner la prise en charge de couples désireux de concevoir un enfant, de femmes enceintes et de nouveaux nés ou de jeunes parents vulnérables.

Concrètement, cela se traduit par exemple, par la mise à disposition des professionnels de santé (méde-

cins généralistes, gynécologues, sages-femmes...) de ressources permettant de faciliter la prise en charge dans certains cas particuliers :

- diffusion d'un annuaire des professionnels sociaux susceptibles d'apporter une aide à une patiente enceinte sans domicile fixe

- évaluation antéconceptionnelle du bénéfice risque **des traitements psychotropes envisagés au cours de la grossesse** (pathologies psychiatriques et addictions)

Le réseau vise également à organiser des formations en direction des professionnels, il a enfin pour rôle **de recueillir et de transmettre des données épidémiologiques.**

Le réseau COGLIM

“Repérer tôt pour soigner mieux”

Historique

Sous l'impulsion du CMRR du Limousin (centre mémoire de ressources et de recherche) et de médecins de ville, le réseau COGLIM a été créé en 2007 et est financé par l'Agence Régionale de Santé.

Mission

Il regroupe aujourd'hui 509 professionnels médicaux et médico-sociaux dont 176 médecins, dans le but de **promouvoir le diagnostic précoce et d'améliorer la prise en charge** de la **maladie d'Alzheimer** et des **affections apparentées** en Limousin.

Organisation

Ce **réseau de santé ville-hôpital régional** repose sur un statut association loi 1901. Le bureau est composé de médecins généralistes et spécialistes des 3 départements :

Présidente : **Dr Nathalie Dumoitier**,
médecin généraliste (87)

Vice-président : **Dr Jean-Yves Blain**,
médecin généraliste (87)

Trésorier : **Dr Jean-Michel Croguennec**,
neurologue (19)

Trésorier-adjoint : **Dr François Vieban**,
psychogériatre (87)

Secrétaire : **Dr Leslie Cartz-Piver**,
neurologue (87)

Secrétaire-adjointe : **Dr Christel Selin**,
gériatre (23)

L'équipe de coordination comprend 1 médecin directeur, 1 temps de psychologue, 1 coordinatrice administrative, 1 chargé de développement et 1 secrétaire.

Action / Fonctionnement

Le réseau propose :

- Des actions de formation destinées aux médecins et tous professionnels de santé :

- Interventions en **FMC** ;

- **Formations au diagnostic précoce** avec dérogations tarifaires correspondantes ;

- Organisation (ou co-organisation) de **journées à thèmes**, telle que la « Journée ALOIS » dont le thème en 2011 sera les démences jeunes.

- Des actions d'information et de communication autour de la maladie d'Alzheimer et des affections apparentées :

- Publication d'une **Newsletter trimestrielle** diffusée aux professionnels pour une information rapide sur l'actualité de la maladie et les initiatives locales ;

- Mise à disposition du **Répertoire ALOIS** qui recense sur la région, l'ensemble des services spécialisés dans la maladie d'Alzheimer (consultations mémoire, services favorisant le maintien à domicile, structures d'hébergement spécifiques, structures d'accompagnement de la famille et de son entourage...). Publié en 2010, il est accessible de manière interactive sur le site



www.sante-limousin.fr/coglim et remis à jour régulièrement.

- **Conférences grand public** à la demande de partenaires.

- **Manifestations pour sensibiliser le grand public et les professionnels** telles la « Semaine de la Maladie d'Alzheimer » en Haute-Vienne (2009), en Creuse (2010) et en Corrèze qui se déroulera du 19 au 23 septembre 2011.

Coordonnées

Des informations personnalisées peuvent être obtenues en contactant directement le réseau COGLIM au **05 55 14 03 16**.

Pour en savoir plus :

www.sante-limousin.fr/coglim

Le réseau DIABLIM

Réseau Régional de soins en diabétologie



Historique

DIABLIM est le réseau de soins regroupant, depuis **avril 2005**, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 sur le Limousin (Haute-Vienne, Creuse et Corrèze).

Le réseau compte actuellement environ 200 professionnels de santé et près de 350 patients.

Organisation

Composition du bureau

Président : **Dr Jean Luc Bugeaud**,
médecin généraliste

Vice présidente : **Pr Françoise**

Archambeaud, *diabétologue hospitalier*

Trésorier : **M. Christophe Moreau**,
podologue

Secrétaire : **Pr Marie Pierre Teissier**,
diabétologue hospitalier.

Composition du Conseil
d'Administration

Dr Serge Nouhaud, *médecin généraliste*

Dr Baptiste Grizon, *podologue*

Dr Sylvie Nadalon, *diabétologue hospitalier et libéral*

Dr Jean Marie Jadaud, *diabétologue hospitalier et libéral*

Dr Jean Pierre Haulot, *diabétologue hospitalier*

M^{me} Hélène Daubech, *infirmière*.

Cellule de coordination

Médecin coordonnateur :

Dr Sophie Fourcade, *diabétologue*

Coordonnateur administratif :

Habib Kodsi.

Action / Fonctionnement

Pourquoi le réseau ?

- Pour répondre à un problème de santé publique
- Décloisonner les diverses interventions et coordonner les soins entre les professionnels de santé
- Faciliter la prise en charge pluridisciplinaire des patients
- Éviter les multiples complications et hospitalisations des patients

Objectifs

- Faciliter l'accès aux soins des patients diabétiques
- Garantir, pour les patients, une prise en charge en accord avec les référentiels
- Faciliter l'information entre les professionnels de santé.

Comment ?

- Harmoniser les soins grâce à la formation de tous les professionnels de santé
- Prévenir les risques et éduquer le patient
- Suivre et évaluer l'évolution du diabète grâce aux documents internes au réseau
- Rémunérer les consultations prises en charge par le réseau.

Coordonnées

26, avenue des Courrières 87 170 Isle

Tél. **05 55 50 02 16**

Fax : 05 55 05 03 68

Mail : diablrim@wanadoo.fr

Site internet :

www.sante-limousin.fr/diablrim

Le réseau ADDICTLIM

Réseau de Santé Ville-Hôpital en Addictologie du Limousin



Historique

Le premier réseau Ville-hôpital de la Haute-Vienne a vu le jour en avril 1996. Il s'agissait de développer un outil pour les professionnels de terrain impliqués dans la prise en charge des patients dépendants. La mise sur le marché de traitements de substitution aux opiacés: la méthadone (1995) et la buprénorphine haut dosage (1996) nous a poussés à développer la formation des médecins et des pharmaciens dans ce domaine. Ce réseau prit la forme d'une association de loi 1901 « Toxicomanie Soins Réseau 87 ». L'association a permis de faire travailler ensemble sur la prescription et la dispensation des médicaments de substitution aux opiacés :

- des professionnels hospitaliers et libéraux ;
- des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine.

Organisation

André Nguyen, coordonnateur de santé

Dr Pierre Villéger, *psychiatre addictologie*, président d'AddictLim

Mission

Ce travail a contribué à améliorer la prise en charge et la continuité des soins du patient addict mais il a également favorisé le dialogue et la rencontre entre médecins et pharmaciens. En 2004, l'association « Toxicomanie Soins Réseau 87 » a été le promoteur du Réseau de Santé

Ville-hôpital en Addictologie dont l'objectif était de faire un état des lieux des pratiques professionnelles et proposer les bases d'un réseau de santé régional: AddictLim. Ce dossier a été déposé à l'A.R.S. et intègre dans son fonctionnement les missions suivantes :

- Favoriser l'accès aux soins des usagers du système de santé,
- Assurer la continuité des soins,
- Organiser leur coordination,
- Garantir l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires,
- Développer une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins,
- Participer à des actions de santé publique,
- Procéder à des actions d'évaluation.

Action / Fonctionnement

L'organisation du réseau de santé en addictologie possède des spécificités par rapport aux autres réseaux de santé. Les problèmes cliniques sont complexes et fréquemment intriqués avec des pathologies somatiques. Leur évolution est souvent chronique. Le repérage est difficile et le nomadisme médical fréquent chez les patients. Ces différents aspects renforcent l'idée que le réseau avec son approche pluridisciplinaire et sa prise en charge globale (médico-psycho-sociale), sont les seules véritables réponses à l'ensemble des problèmes posés. Cette organisation intègre :

- La notion de durée dans le suivi d'une personne dépendante, en soulignant l'importance de la continuité entre les différents acteurs de la prise en charge, notamment les échanges entre la ville et l'hôpital.

- La dimension psychopathologique du trouble addictif.

L'organisation psychique du sujet conditionne en grande partie la prise en charge et le pronostic.

- Les difficultés liées à l'exclusion, à la précarité et à la marginalisation.

C'est dans ce cadre qu'AddictLim propose aux professionnels des outils pour les aider dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement des patients. Ces outils ont été développés à la suite de demandes de professionnels ou testés et évalués par d'autres réseaux en France. Parmi eux, la formation apparaît comme un outil transversal, multiprofessionnel et de proximité. Elle permet aux différents acteurs issus du milieu sanitaire, médico-social ou éducatif, de se rencontrer, d'échanger et ainsi d'apprendre à se connaître pour travailler ensemble. La formation pose les bases d'une culture et

de pratiques communes, éléments essentiels à la mise en place d'un réseau de santé. Le « Repérage Précoce et l'Intervention Brève » est un outil développé pour le dépistage des addictions en médecine de ville. Il permet d'aborder de manière simple et rapide la question de la consommation et d'envisager des perspectives de soins pour les consommations nocives ou dépendantes (DSM IV-TR).

Le réseau de santé Ville-hôpital en addictologie AddictLim souhaite apporter de la cohérence dans la prise en charge, favorisant une coopération entre les acteurs de la région Limousin, des échanges de savoir-faire et une fluidité des prises en charge.

Coordonnées

26, avenue des Courrières 87 170 Isle
Tél. **05 55 50 02 16**
Fax : 05 55 05 99 00
Mail : addictlim@gmail.com

Le réseau HÉMATOLIM

Réseau d'hématologie en Limousin



La région Limousin constitue la région la moins peuplée de France métropolitaine, avec 737000 habitants répartis sur 3 départements, avec un habitat dispersé éloignant parfois les patients à plus d'une heure de trajet d'un service d'hématologie. C'est une population âgée (26% de plus de 60 ans versus 20% national), deux tiers des limousins vivent dans des villes de moins de 10000 habitants. Les caractéristiques de cette région expliquent la nécessité d'une organisation adaptée à la dispersion géographique des populations fragiles par leur âge avancé et leur éloignement des centres hospitaliers de référence en oncologie.

Historique

1994 Création du Réseau entre médecins de façon informelle,

1999 Formalisation du réseau par la mise en place d'un poste de praticien hospitalier hématologue partagé entre les hôpitaux pour des consultations « avancées » d'hématologie, le Dr M. Touati, renforcé en 2003 par deux autres postes de praticiens hospitaliers (1 par département).

2007 Suite aux recommandations du premier Plan Cancer, le décret du 25 septembre 2007 rend obligatoire la créa-

tion de réseaux régionaux de cancérologie. En Limousin, le réseau HEMATOLIM est alors officialisé par sa constitution, fin 2007, **en association loi 1901 à but non lucratif**. Il est composé de professionnels médicaux d'établissements de santé publics et privés et professionnels libéraux qui s'engagent à travailler en concertation, autour de la prise en charge des patients atteints d'hémopathie maligne ou non.

Organisation

Marie Charlotte LAFFETAS,
coordinatrice du Réseau HEMATOLIM
Dr Mohamed TOUATI,
Président du Réseau HEMATOLIM
Pr Dominique BORDESSOULE,
responsable pédagogique du Réseau HEMATOLIM.

Mission

Le Réseau exerce une double mission
Sa mission régionale pour la **coordination des professionnels de santé** au niveau du Limousin et l'amélioration **des pratiques en hématologie** (régionalisation des outils du site référent – le CHU de Limoges – en collaboration avec le comité patient).

Sa mission territoriale permet d'assurer aux patients la continuité des soins en lien avec le médecin traitant et favorise la liaison ville-hôpital. Une infirmière coordinatrice des soins, cofinancée par l'ARS et la Ligue contre le Cancer du Limousin, coordonne les retours à domicile difficiles au sein du Centre de Coordination en Cancérologie Régional en Hématologie (3C RH).

Action / Fonctionnement

Les actions régionales sont tournées vers les professionnels :

- Formation des professionnels de santé (20 réunions en 2010).
- Écriture et/ou implémentation des référentiels médicaux (4 validés ou actualisés en 2010).
- Création de documents d'informations à destination des professionnels et des patients (PPS, fiche d'informations pathologies, fiche liaison ville-hôpital...).
- Actions de recherche clinique au sein du réseau grâce à une interface étroite avec l'unité de recherche clinique du service d'hématologie du CHU de Limoges et l'Équipe Mobile de Recherche Clinique (EMRC).

■ Mise en place de projets comme le dispositif ESCADHEM (Externalisation et Sécurisation des Chimiothérapies injectables A Domicile pour les Hémopathies Malignes) pour l'amélioration de la prise en charge des patients par le développement de l'administration à domicile de certaines molécules injectables de chimiothérapie.

■ Création et animation d'un site internet.
■ D'autres missions restent à développer tels que le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC), l'Evaluation de Pratiques Professionnels (EPP),...

Les actions de proximité sont orientées vers les patients :

■ Consultations avancées en hématologie dans les établissements périphériques de la région (1431 consultations en 2009 et 110 actes autres pour 981 patients) afin de réduire au maximum les déplacements des patients vers le CHU de Limoges et favoriser un accès aux soins de proximité tout en gardant une prise en charge optimale. Grâce à une collaboration avec le 3C RH, les dossiers sont discutés en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). Il y a un médecin référent/correspondant dans chaque établissement. 70% des patients de consultations avancées ne sont pas connus du CHU.

■ PSY'Hématolim : réseau de psychologues hospitaliers et libéraux pour la prise en charge psychologique des patients et/ou proches, avec des psychologues libéraux adhérents, financée par dérogation tarifaire par le Réseau à hauteur de 6 séances (98 consultations pour 31 patients en 2010).

■ GER'Hématolim : création d'un outil régional d'évaluation gériatrique à usage infirmier concernant des patients de plus de 65 ans porteurs d'une hémopathie maligne.

■ NUTRI'Hématolim : prise en charge nutritionnelle au domicile du patient, en partenariat avec le réseau LINUT (Limousin Nutrition).

■ Numéro vert infirmier ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h (1089 appels en 2009) : une infirmière d'éducation thérapeutique répond pour donner des informations et conseils sur :

- les traitements et types de chimiothérapie et/ou soins de support à domicile (facteurs de croissance, ...),
- le site implantable, cathéter tunnelisé,
- la vie quotidienne pendant les traitements par chimiothérapie et/ou aplasie médullaire.

Ce numéro est destiné aux patients suivis en hématologie, à leur entourage et aux infirmiers libéraux.

■ Les journées d'informations : myélodysplasies, Journée mondiale du lymphome, établissement français du sang, Journées de la Ligue contre le Cancer,...

Le réseau Hématolim se veut une réponse à l'inégalité d'accès aux soins, à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique dans la région Limousin. Le développement de la pluridisciplinarité et de la transversalité au sein d'HEMATOLIM est une autre expérience, innovante et originale qui répond aux besoins de mutualisation des réseaux. Sa double mission favorise une dynamique humaine cohérente et efficace aux bénéfices des patients. Cela permet d'assurer la continuité des soins dans la diversité des prises en charge des patients atteints d'hémopathies. Cette ouverture s'intensifiera vers les IDE libérales pour favoriser un lien ville hôpital personnalisé en 2011, en priorisant les thèmes de l'évaluation de leurs besoins et de la chimiothérapie à domicile.

Coordonnées

CHU Dupuytren - 2, avenue Martin
Luther King 87042 Limoges Cedex
Mail : reseau.hematolim@gmail.com
Tél. 05 55 05 60 63

Le réseau ICARLIM

Réseau d'insuffisance cardiaque

Historique

ICARLIM, réseau limousin de prise en charge de l'insuffisance cardiaque est né en 2005.

Le concept a été développé à partir des résultats d'études de prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque en Europe du Nord, en Australie et aux États-Unis.

Ces études, contrôlées, avaient montré une réduction significative de mortalité, de ré hospitalisations et une amélioration de la qualité de vie des insuffisants cardiaques lorsqu'ils étaient pris dans une structure pluridisciplinaire impliquant, le médecin généraliste, le spécialiste, des infirmières formées à l'éducation thérapeutique et des diététiciennes. On y a adjoint secondairement des kinésithérapeutes, des pharmaciens et des acteurs sociaux.

Mission

ICARLIM est un réseau régional, Association 1901, présidée par le **Professeur P. Virot**, dont le médecin coordinateur est le **Docteur F. Dany**.

Il s'agit d'un réseau de suivi et de soins, basé sur l'éducation thérapeutique (recommandation de grade I A de la société Européenne de Cardiologie).

Le réseau ICARLIM est totalement indépendant de la structure hospitalo-universitaire. Elle mêle des acteurs libéraux et des médecins hospitaliers.

Action / Fonctionnement

Après accord du patient, de son cardiologue traitant et du médecin généraliste, l'éducation thérapeutique est réalisée avant la sortie de l'établissement par une infirmière formée (durée 2 à 3 heures)

et est complétée par un entretien diététique (2h environ).

Les patients sont ensuite suivis régulièrement par leur propre infirmière libérale avec une quarantaine de visites annuelles. Ils bénéficient également de consultations diététiques et on leur propose de participer à des ateliers diététiques, médicamenteux et d'activité physique. ICARLIM a organisé également des séances ateliers culinaires en lycée hôtelier.

Depuis 2005, ICARLIM a inclus près de 300 patients, mais ce nombre est insuffisant par rapport aux potentialités (il y a 500 nouveaux insuffisants cardiaques par an en Limousin).

Les inclusions se font essentiellement en Haute-Vienne et en Corrèze avec un fort déficit de recrutement en Creuse.

La structure de coordination d'ICARLIM agit comme prestataire de services : elle



forme les intervenants à une meilleure connaissance de l'insuffisance cardiaque, au diagnostic éducatif, à la diététique sans sel. Elle propose et distribue les outils, que chaque centre pourra utiliser, en conservant jalousement son indépendance. Elle est chargée de la rétribution des intervenants (médecins, cardiologues, infirmiers diététiciens) selon une grille de rémunération fixée chaque année par l'URCAM. Elle établit des statistiques de morbidité et de mortalité au fil des ans.

Les résultats de suivi sont publiés annuellement sur le site Internet ICARLIM (hébergé par le portail santé limousin) : mortalité, morbidité, résultats comparatifs avec des groupes témoins (réduction de mortalité de 29%).

ICARLIM a participé activement au registre national Odin, récemment publié qui démontrait une réduction de plus de 25% de la mortalité des patients lorsqu'ils bénéficiaient d'une éducation thérapeutique.

Le réseau LINUT

Réseau Limousin Nutrition

Historique

Le réseau LINUT, créé en 2004, est le premier réseau ville-hôpital spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en Limousin, auquel peut contribuer tout professionnel de santé travaillant auprès de personnes âgées.

Mission

Les objectifs sont: d'améliorer la prise en charge nutritionnelle, (1896 évaluations en 2010), d'accroître la diffusion de l'information et renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge nutritionnelle.

Action / Fonctionnement

Le fonctionnement du réseau est assuré par une équipe opérationnelle (2 médecins, 3 diététiciennes, 1 responsable administratif et financier, 1 secrétaire) et fait appel à des diététiciens vacataires pour réaliser ses missions :

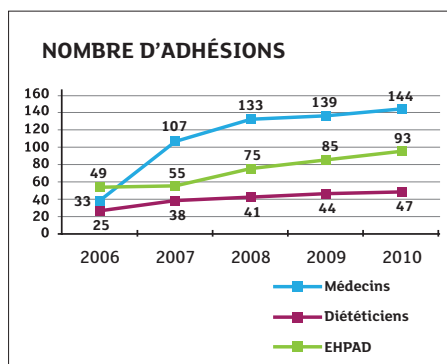
- Évaluations nutritionnelles, à la demande des médecins, des sujets âgés de 65 ans ou plus vivant en EHPAD* ou à domicile selon l'autorisation de l'ARS (patients sortant d'une hospitalisation aux SSR** du CH de Saint Junien ou de la Chênaie, ou de la Clinique du Colombier, patients insuffisants respiratoires suivis par ALAIR et AVD, et patients insuffisants rénaux avant dialyse suivis par le réseau NEPHROLIM, ainsi que les patients atteints de SLA***), sans limite d'âge en collaboration avec le Centre SLA du CHU de Limoges.

	File active 2010	Nbre total d'évaluations réalisées en 2010
EHPAD	352	1485
ALAIR et AVD	41	194
SLA	23	102
SSR ST-JUNIEN	28	81
SSR LA CHÊNAIE	16	34

- Formations (72 sessions en journées ou soirées pour 1190 participants en 2010) et informations (communications, site internet articles scientifiques,...) destinées à tout professionnel de santé.

- Accompagnement des EHPAD (participation diététique aux commissions de menus [102 en 2010], avis sur menus [1130 semaines étudiées]...).

- Recherche clinique Pluridisciplinaire, le réseau LINUT est composé principalement de médecins (généralistes, gériatres et autres spécialistes) et de diététiciens.



Coordonnées

ICARLIM
4, avenue de la révolution 87000 Limoges
Tél. 05 40 16 12 02



Le réseau LINUT, présidé par le **Professeur Jean-Claude Desport** est une association loi 1901 régie par un Conseil d'Administration et un Bureau constitués de personnes expertes en nutrition et de personnes qualifiées et financé par l'Agence Régionale de Santé.

* Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

** Soins de Suite et de Réadaptation

*** Sclérose Latérale Amyotrophique

Coordonnées

Résidence l'Art du Temps
16, rue du Cluzeau 87170 Isle
Tél. 05 55 78 64 36
Fax : 05 55 78 64 37
linut@wanadoo.fr
www.sante-limousin.fr/linut

Le réseau ONCOLIM

Réseau régional de Cancérologie du Limousin



Le réseau Oncolim : une organisation régionale

Le réseau Oncolim est une structure de coordination des acteurs de la cancérologie au niveau régional. Oncolim n'est ni un réseau de soins, ni un réseau de prise en charge, ni un réseau d'inclusion directe de patients.

Historique

- Initié en 1999
- 10 Juillet 2001 - Association loi 1901 Officialisation ARH
- Décembre 2004 - Financement DRDR
- Février 2006 - Nouvelle version des statuts
- 2010 - Financement par l'ARS.

Organisation

Assemblée générale

16 établissements de soins
1 centre de radiothérapie privé
Association de patients
URML

526 adhésions de professionnels de santé
Registre des cancers / Association de dépistage

Conseil d'administration

Entité décisionnelle

Bureau

Entité exécutive

Président : **Dr Jean-Jacques Pavy**

Cellule de coordination

Entité opérationnelle

Cécile Vincent.

Mission

Circulaire de 2007 sur les réseaux régionaux de cancérologie

- Aide à l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).
- Promotion et amélioration de la qualité en cancérologie (référentiels).
- Promotion d'outils communs de communication au sein de la région.

■ Information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches.

■ Aide à la formation continue des professionnels de santé.

■ Recueil des données et évaluation des pratiques en cancérologie.

Les groupes de travail thématiques

■ Des groupes de spécialités

Digestif, Gynécologie, Sénologie, Dermatologie, ORL, Thorax, Urologie, Sarcome, Neurologie, Endocrinologie

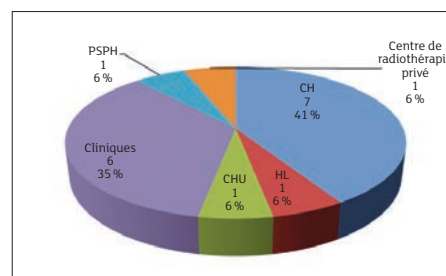
■ Des groupes transversaux

Infirmiers et pharmaciens.

Les acteurs

- Oncologues/radiothérapeutes : 17
- Spécialistes médicaux : 104
- Spécialistes chirurgicaux : 96
- Radiologues/médecins nucléaires : 39
- Anatomopathologistes : 12
- IDE : 86
- Pharmaciens : 153
- Autres : 19.

Les établissements



Coordonnées

12, rue Robert Schuman 87170 Isle

Tél. **05 55 50 51 81**

Fax : **05 55 01 53 70**

oncolim@sil.fr

www.sante-limousin/oncolim.fr

ONCOLIM, quelques chiffres

- 3 départements couverts
- 32 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire de spécialité de cancérologie dans la région
- 5000 nouveaux cas de cancer/an
- 14000 fiches informatisées en 2010

Encadrement Réglementaire

- Plan Cancer 2003-2007
- Circulaire de février 2005 sur l'organisation des soins en cancérologie
- Circulaire de septembre 2007 sur les Réseaux Régionaux de Cancérologie
- Plan Cancer 2009-2013

Diffusion d'information

- Un site internet www.sante-limousin/oncolim.fr
- Des réunions régionales
- Des comptes-rendus de congrès
- Une veille informationnelle à partir de sites institutionnels

Des outils communs

- Des recommandations nationales et des référentiels régionaux pour les tumeurs solides
- Pour les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie :
 - Un logiciel de gestion des RCP et une fiche informatisée
 - Une Charte qualité
 - Des annuaires de RCP
- Une messagerie sécurisée
- Des fiches conseils sur les traitements anticancéreux oraux.

Oncolim, l'équipe

- Une cadre administrative
- Un biostatisticien
- Une assistante/webmaster
- Une secrétaire.

Le réseau NÉPHROLIM

Réseau de santé Néphrologie du Limousin



Historique

Le réseau de santé Néphrolim a obtenu un accord de financement de l'ARH et de l'Urcam le 24 décembre 2008. Les premières actions du réseau ont débuté en fin d'année 2009.

Mission

- Favoriser le dépistage précoce des maladies rénales chez les patients à risque,
 - Améliorer la prise en charge de proximité des patients insuffisants rénaux dans les territoires à faible densité médicale,
 - Renforcer l'information et l'éducation du patient à tous les stades de la maladie.
- Une prise en charge précoce de la maladie rénale, accompagnée d'un traitement néphroprotecteur, d'une alimentation adaptée et d'une hygiène de vie, permet de ralentir la progression de la maladie afin d'éviter ou retarder le stade d'insuffisance rénale terminale et le passage en dialyse.**

Action / Fonctionnement

Les services proposés aux professionnels de santé

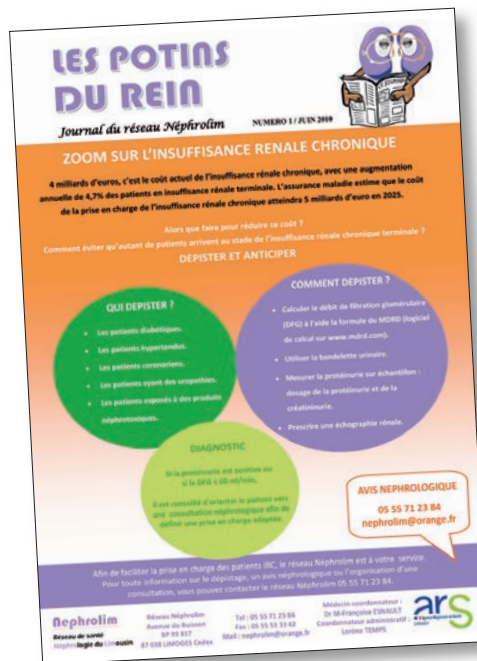
Les professionnels de santé qui interviennent auprès des patients insuffisants rénaux sont les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les infirmiers libéraux, les biologistes, les pharmaciens, les psychologues et les diététiciens.

Les professionnels de santé bénéficient :

- de formations décentralisées indemnisées,
- d'informations sur les actualités néphrologiques grâce aux « Potins du Rein »,
- d'outils pour faciliter le dépistage et le suivi des patients insuffisants rénaux (ordonnances préétablies),
- d'un accès simplifié à l'avis néphrologique et à la consultation d'urgence.

Les services proposés aux patients

- Un parcours de soin personnalisé : il indique la fréquence des consultations avec le médecin généraliste, le néphrologue et le diététicien selon le stade de la maladie rénale.



- Un dossier de suivi et de liaison : il permet de partager les informations médicales entre les différents professionnels de santé.
- Des consultations diététiques gratuites au domicile du patient : elles sont assurées par les diététiciennes du réseau de nutrition Linut, formées aux aspects particuliers de la diététique des patients insuffisants rénaux.
- Des consultations gratuites avec un psychologue : elles sont assurées par des psychologues libéraux.
- Des informations médicales grâce au journal « Les échos du réseau ».

Les actions du réseau

Le réseau Néphrolim organise, en partenariat avec le réseau de santé Diablim et les associations de patients, des actions de dépistage en milieu rural et dans des administrations, afin de sensibiliser le public.

Les projets

Un programme d'éducation thérapeutique est en cours d'élaboration pour la fin de l'année 2011. Il consiste en l'organisation d'ateliers collectifs thérapeutiques, de groupes de paroles animés par des

psychologues, infirmiers et médecins, et la mise en place de consultations individuelles d'éducation thérapeutique avec des infirmiers libéraux formés.

Organisation

L'association Néphrolim, support juridique du réseau Néphrolim, est présidée par le **Pr Marie Essig**, néphrologue au CHU de Limoges. Le réseau compte deux salariés, le **Dr Marie-Françoise Esnault**, médecin coordonnateur, et **Lorène Temps**, coordonnateur administratif.

Coordonnées

Réseau Néphrolim
Avenue du Buisson – BP 93 817
87 038 Limoges Cedex
Tél. 05 55 71 23 84
Fax : 05 55 53 33 62
nephrolim@orange.fr
www.sante-limousin.fr/nephrolim



Le réseau PÉRINATLIM

Réseau de santé en périnatalité du Limousin



Organisation

L'équipe de coordination actuelle est composée de :

Médecin coordonnateur :

Dr Monique Amaniou

Coordonnateur administratif :

Madame Christine Doré.

Coordonnées

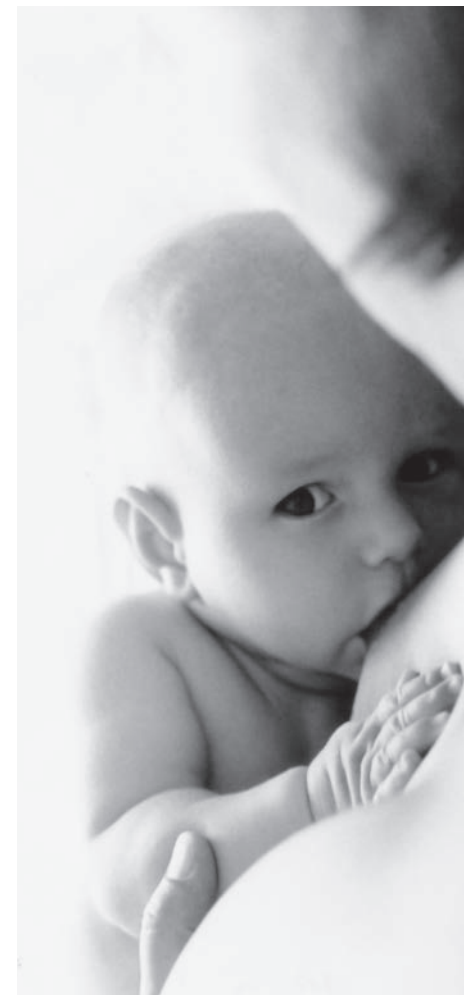
26, avenue des Courrières 87170 Isle

Tél. 05 55 14 83 75 - 06 33 33 48 07

Fax : 09 71 51 84 22

perinatlim@gmail.com

sante-limousin.fr/perinatlim



Historique

Le promoteur du réseau Périnatlim est une association loi 1901, financée par l'ARS dans le cadre du FIQCS. Elle a reçu son premier financement en décembre 2009. Son Conseil d'administration est composé de 25 membres et son Bureau de 6 membres. Son Président est le **Docteur Jean-Pierre Eyraud**.

Mission

Les objectifs généraux du réseau sont de répondre aux besoins dans le domaine de la périnatalité, conformément à la circulaire N°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Les principaux objectifs du réseau sont :

- Améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge de la femme enceinte et de son enfant.

- Favoriser le suivi médico-psycho-social de la mère et de l'enfant et la coordination des différents professionnels de la santé.

Les moyens envisagés sont :

- L'organisation de dépistages permettant de détecter les facteurs de risque avant, pendant et après la grossesse.

- L'élaboration de protocoles communs aux différents acteurs impliqués dans le réseau et de guides de bonnes pratiques.

- L'information et la formation des acteurs impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes et de leurs enfants.

- Le recueil et la transmission des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité.

- L'organisation et le partage de l'information dans le respect de la vie privée et du secret médical.

Le réseau RTCL

Réseau traumatisés crâniens Limousin

Association Limousine d'Aide à la Réinsertion des Cérébro-Lésés



Mission

Le Réseau Traumatés Crâniens Limousin est une structure originale portée par l'ALARC et financée après une première expérience sur des crédits européens par les dotations Réseaux de Santé.

Le Réseau est donc une structure autonome mais puissamment articulée à la filière de prise en charge des cérébro-lésés Adrien DANY.

L'ambition du Réseau est globale afin de structurer autour du handicap invisible du traumatisé crânien l'ensemble des partenaires régionaux: sanitaires, médico-sociaux, socioprofessionnels.

Pour l'instant les actions du Réseau sont essentiellement des actions d'insertion professionnelle.

Action / Fonctionnement

Le fonctionnement obéit à une double logique d'accompagnement individuel par des case-managers et de partenariats dans la dynamique des réseaux. Nous avons progressivement fédéré autour des projets de réinsertion professionnelle l'ensemble des acteurs de l'insertion.

Schématiquement nous proposons après évaluation médicale spécifique un diagnostic des besoins, des attentes, une aide pour compenser les déficits en situa-

tion professionnelle (mémoire, attention, concentration), un référent personnel spécialisé dans la cérébro-lésion. Nous utilisons tous les dispositifs disponibles sur le plan de l'intégration professionnelle et des mises en situation et singulièrement des médecins: traitant, du travail, conseil, MDPH....

Dans cette logique du partenariat et du Réseau nous proposons aussi des actions à destination des professionnels de l'insertion et des entreprises, étude de postes de travail et de leur aménagement, étude des séquelles au niveau professionnel, travail sur la compensation, tout ceci à des niveaux recentrés à travers le case-manager sur le blessé. En parallèle nous développons, en complémentarité avec les dispositifs existants, Pôle Emploi, CAP Emploi, missions locales..., une aide à la compréhension du handicap invisible par des actions de formation.

Nous cherchons à développer un réseau global sanitaire et médico-social autour du traumatisé crânien.

Actuellement l'équipe comprend un médecin de médecine physique et de réadaptation à temps partiel et deux case-managers.

Le Réseau est contacté soit directement par les blessés soit par les partenaires sanitaires ou socioprofessionnels.



Coordonnées

Madame Hélène Sido
Psychologue du Travail
Tél. 06 83 33 70 58
helene.sido@gmail.com

Conclusion sur les réseaux

Les réseaux doivent améliorer la prise en charge des patients.

Sur le plan déontologique :

- en préservant la liberté de choix du médecin par le patient.

Sur le plan administratif :

- en facilitant l'intégration du médecin traitant par le réseau.

Sur le plan pratique :

- contrainte de lieu, d'horaire...

Espérons que les réseaux restent non discriminatoires et que leurs responsables s'attachent à la plus grande rigueur de fonctionnement dans le seul but du service rendu au patient:

« l'outil ne doit pas fonctionner pour lui-même ».



Les avantages

- Meilleure coopération entre médecins dans le but d'améliorer la prise en charge du patient.
- Formation des médecins.
- Partage des informations recueillies.



Les risques

- Lourdeurs administratives et frais de fonctionnements excessifs.
- Exclusion de certains médecins.
- Structures disproportionnées par rapport aux buts recherchés.

Le statut de médecin remplaçant

Dr Pierre Bourras

Plusieurs litiges entre médecins remplaçants et remplacés ont été étudiés récemment au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Le nombre de médecins remplaçants a augmenté entre 2007 et 2010 de 9 % en France.

Ils représentent 4,5 % des médecins en activité.

Devant ces chiffres et afin d'éviter d'éventuels futurs heurts et litiges, nous avons souhaité rappeler les textes réglementant les remplacements avant de donner des résultats de l'enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins sur les remplaçants, et enfin, aborder la question non résolue de l'intérêt d'un statut de médecin remplaçant.

Règlementation du remplacement

Qui peut remplacer ?

• Médecin inscrit au Tableau :

un médecin inscrit au Tableau ne peut que remplacer un confrère de même spécialité que lui.

• Remplaçant étudiant (ou chef de clinique) :

Il doit demander au Président du Conseil Départemental de l'Ordre du lieu de la faculté ou de l'hôpital où il remplit des fonctions hospitalières, une **licence de remplacement**.

• Autorisation de remplacement

Tout remplacement doit faire l'objet d'une information préalable auprès du Conseil Départemental de l'Ordre (article R.4127-65 du code de la santé publique) pour les médecins inscrits au Tableau et d'une demande d'autorisation pour les étudiants titulaires d'une licence.

• Contrat de remplacement

C'est un document indispensable qui finalise l'accord contractuel entre le médecin remplaçant et le médecin remplacé. Par la double signature inscrite sur le contrat, est scellée la confiance mutuelle entre les deux médecins. Si, d'une manière ou d'une autre, cette confiance est prise en défaut, il servira de référence pour régler un éventuel litige. Ce contrat, comme tout contrat, doit être transmis au Conseil de l'Ordre. Les compagnies d'assurance, s'il faut leur faire appel, le demanderont toujours en cas de problème (article R.4127-91 du code de la santé publique). Bien entendu, en cas de remplacement ultérieur par le même remplaçant, il n'est pas nécessaire de rédiger un nouveau

contrat si les conditions sont inchangées. Dans cette hypothèse, il suffira d'indiquer sur la demande d'autorisation de remplacement: «*les conditions du contrat signé le... sont reconduites*».

• Remplacement administrativement irrégulier

Remplacement sans autorisation = exercice illégal de la médecine (art. L 4161-1 du code de la santé publique).

«*le médecin ou l'établissement ayant suscité le remplacement peut être considéré comme complice, il peut être poursuivi, ainsi que son remplaçant, devant un tribunal correctionnel et passible d'une amende de 15000,00 et/ou d'un emprisonnement d'un an* » (art 4161-5 du code de la santé publique).

• Restriction à l'installation après remplacement (art. R.4127-86 du code de la santé publique)

«*Un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins qui, le cas échéant, exercent avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental.*

À défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du Conseil Départemental de l'Ordre».

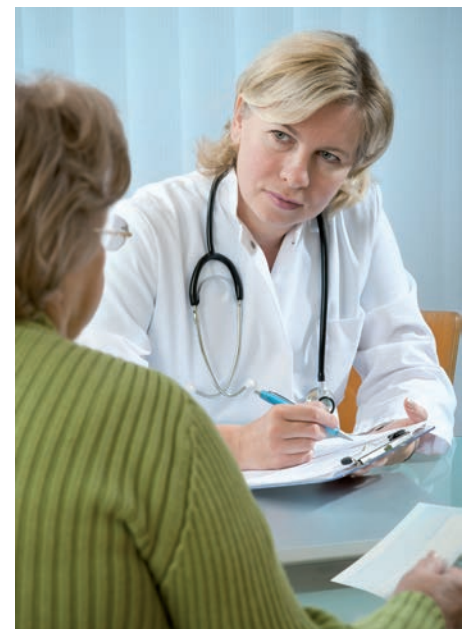
Si quel que soit le laps de temps sur lequel ils s'étalent, les remplacements ont une durée inférieure à 90 jours, aucune autorisation n'est à demander pour l'installation.

• Nombre de nouvelles licences de remplacement délivrées sur 5 ans

Année	Spécialistes	Généralistes
2006	15	26
2007	22	24
2008	28	15
2009	20	16
2010	15	17

■ Nombre de médecins inscrits au Tableau ayant une activité de médecin remplaçant : 28

■ Nombre de médecins remplaçants effectuant des gardes (PDSA)
- effecteurs mobiles : 20
- effecteurs fixes : 49



Enquête du CNOM

L'enquête réalisée par le Dr Romestaing, président de la section santé publique du CNOM, a porté sur les 6000 médecins remplaçants qui n'ont jamais été installés :

- 2/3 sont des femmes avec un âge moyen de 37 ans (50 % travaillent moins de 3 jours par semaine)
- 1/3 sont des hommes avec un âge moyen de 40 ans
- 78 % travaillent plus de 6 mois/an
- 84 % souhaitent continuer à remplacer.

Les motivations pour ne pas s'installer :

- 79 % Lourdeur des charges administratives
- 53 % Solitude de l'exercice
- 50 % La contrainte des gardes
- 38 % La profession du conjoint
- 32 % La rémunération insuffisante
- Seulement 2 % souhaitent un statut de médecin remplaçant
- 10000 médecins remplaçants avec une augmentation de 9 % entre 2007 et 2010.

Le statut de médecin remplaçant

Si l'enquête du CNOM révèle que le besoin de statut de médecin remplaçant est une des dernières préoccupations de ceux-ci c'est, par contre une demande capitale pour le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR)

Leurs arguments sont :

- L'absence de couverture maladie et de cotisation retraite obligatoire.
- La comptabilisation des actes des remplaçants même thésés sur les médecins remplacés.
- L'impossibilité d'être candidat ou électeur aux élections aux URPS.

C'est également l'avis des syndicats SML et CSMF qui ajoutent qu'un tel statut permettrait de contrôler les obligations et les devoirs des remplaçants. Ces syndicats souhaiteraient une limitation dans le temps de l'exercice de remplaçant. ■

La Réserve Citoyenne du Service de Santé des Armées ■



Étant professionnel de santé, vous pouvez exprimer le souhait de connaître la Réserve Citoyenne du Service de Santé des Armées :

- c'est un acte qui affirme votre adhésion à l'esprit de défense,
- cela vous permettra de mieux connaître ou d'approfondir des questions médico-militaires qui peuvent toucher le milieu civil telles que, par exemple, le terrorisme ou le risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (NRBC) entre autres,
- ce sera pour vous la possibilité d'appréhender un autre cadre de vie et de créer des liens conviviaux et d'amitié avec des personnels du Service de Santé partageant les mêmes valeurs,
- pour beaucoup d'entre vous, ce sera l'occasion d'être le témoin d'un lien familial ancien ou récent avec le milieu médico-militaire actuel.

Cette démarche s'adresse à tous, hommes et femmes.

Par son rôle d'information, le Pôle de Réserve Citoyenne vous accueillera, vous conseillera, vous orientera.

Un ancien peut même vous parrainer.

Vous pourrez assister à des conférences ou des journées d'information.

Grâce à sa bibliothèque, vous profiterez d'une documentation sur les différents aspects du Service de Santé des Armées et sur le devoir de mémoire.

Le Service de Santé des Armées saura mettre en valeur vos compétences.

Vous pouvez transmettre vos coordonnées à :

■ **Direction Régionale du Service de Santé des Armées (DRSSA)**
Pôle Réserve Citoyenne
5, rue Saint Nicolas CS 31132
33080 Bordeaux Cedex
qui vous contactera. ■

Précisions sur le certificat médical de coups et blessures

Dr Vincent Leroy

Lors de la réunion du 25 novembre 2010 de la Commission d'Action contre les violences intra familiales, Monsieur le Procureur de la République déplore des erreurs de rédaction du certificat médical, erreurs résultant souvent de la confusion entre l'ITTP (incapacité totale de travail

personnel) et l'ITT (incapacité temporaire de travail), plus communément appelée arrêt de travail.

L'élaboration d'un certificat médical type apparaissait nécessaire.

Le Conseil National donne les précisions suivantes sur la notion d'ITTP ainsi qu'un modèle de certificat de constatation de coups et blessures.

Voici les informations du Conseil National :

La notion d'ITTP

«L'ITT» utilisée en droit pénal est l'**Incapacité Totale de Travail Personnel**.

Elle doit donc plus justement être appelée ITTP ce qui évite de la confondre avec l'ITT utilisée en droit civil (Incapacité Temporaire de Travail), plus communément appelée arrêt de travail.

L'utilité judiciaire de la notion d'ITTP : elle est prise en compte pour déterminer la gravité de l'infraction et le tribunal compétent pour juger l'affaire.

Par exemple, les coups et blessures volontaires constituent une simple contravention relevant du Tribunal de police s'ils ont entraîné une ITTP inférieure ou égale à 8 jours.

Ils constituent en revanche un délit, relevant du Tribunal correctionnel et passible de peines plus lourdes si l'ITTP est supérieure à 8 jours.

L'incapacité Totale de travail Personnel est l'incapacité de se livrer à un travail quelconque.

Il n'est pas nécessaire que tout effort musculaire soit impossible au patient.

Mais il faut cependant la perte temporaire de toute autonomie dans les gestes élémentaires de la vie quotidienne (toilette, préparation et consommation des repas, habillage, déshabillage...) et a fortiori dans les occupations personnelles (activités ménagères, bricolage, jardinage...).

En d'autres termes, lorsque le blessé reste en mesure de se livrer à une partie de ses activités habituelles, il ne s'agit que d'une incapacité partielle qui peut être mentionnée sur le certificat, mais séparément de l'ITTP.

L'incapacité Totale de Travail Personnel doit être appréciée indépendamment de l'activité professionnelle réelle du patient.

Elle est donc différente de l'arrêt de travail, qui, lui, est étroitement lié à cette activité professionnelle effective.

Par exemple, un nourrisson ou un retraité ne peuvent, faute d'exercer une profession, bénéficier d'un arrêt de travail, mais peuvent tout à fait subir une ITTP.

Ou encore, une fracture du poignet gauche doit entraîner la ITTP pour un violoniste et pour un comptable, alors que l'arrêt de travail sera très long pour le premier et très court pour le second.

C'est pourquoi, il est nécessaire qu'un certificat médical destiné à être utilisé dans une procédure judiciaire constate séparément :

la durée de l'ITTP

la durée de l'arrêt de travail

Copie du document réalisé par le Parquet du Tribunal de grande instance de Perpignan, extrait du compte rendu de la 11ème journée des Urgences médico-judiciaires, 18 juin 1993.

Nous conseillons à tous les confrères de conserver ces informations qui leur seront très utiles s'ils étaient confrontés à de telles situations.

Modèle de certificat de constatations de coups et blessures

A ajouter si le médecin agit sur réquisition

Je soussigné(e) : Dr (nom, prénom).....,

agissant sur réquisition en date du

de (OPJ, police, gendarmerie, procureur ...)

afin de procéder à (mission figurant sur réquisition)

Je soussigné(e) : Dr (nom, prénom).....,

certifie avoir examiné le (heure, jour, mois, année)

Madame, Mademoiselle, Monsieur (nom, prénom)

né(e) le : (jour, mois, année)

domicilié(e) : (adresse précise).

Mme, Mlle, M. déclare avoir été victime d'une agression le (heure, jour, mois année).....

à (lieu)

(retranscription des déclarations de la victime

de

.....

.....

.....

La victime se plaint de

.....

Madame, Mademoiselle, Monsieur présente les signes suivants :

- observation générale :

(préciser le comportement : prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état dépressif ...)

- à l'examen somatique :

(donner la description précise de toute lésion observée : traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, lésions pouvant évoquer une strangulation, tuméfactions, brûlures ..., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité ...)

Joindre un schéma lésionnel

- examens pratiqués : prélèvements, radiographies ...

(Préciser le retentissement fonctionnel sur les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir, faire ses courses ...) ...)

En conclusion, Madame, Mademoiselle, Monsieur présente (ou non) des traces de traumatismes récents et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression que la victime dit avoir subie. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression)

L'incapacité totale de travail (ITT) pourrait être de jours sous réserve de complications.

Une réévaluation serait souhaitable. (*si on l'estime*)

Certificat établi le et remis en main propre :

- à l'intéressé(e).
- à l'autorité requérante (si le médecin agit sur réquisition)

signature du médecin

Contrats et médecine du sport ■ Dr Jean-Jacques Texier

Le médecin peut être amené à participer à différentes actions dans le monde sportif, comme la surveillance des épreuves sportives, l'expertise de l'aptitude de sportif, soins à donner à des sportifs qui sont sous contrat avec une structure associative ou membre de l'équipe de France... Autant de domaines où l'exercice professionnel du médecin est requis.

L'article R.4127-83* et l'article R. 4127-84** du Code de la Santé Publique (articles 83 et 84 du Code de déontologie médicale) font obligation à tout médecin participant à ces actions, d'établir un contrat avec les structures organisatrices.

Et puis le simple bon sens montre l'intérêt d'un tel contrat qui permet de définir les éléments qui doivent être pris en compte lors de la participation à ces actions. Enfin, ce contrat permet de formaliser les droits et les devoirs des deux protagonistes, ce qui est particulièrement utile pour éviter des contestations ou un conflit.

Il existe trois modèles de contrats pour la médecine du sport, décrits ci-après, que vous pouvez retrouver, entre autres, sur le site du Conseil National à l'adresse

www.conseil-national.medecin.fr (sur la page d'accueil, rubrique « services aux médecins », puis « tous les modèles de contrats »). Ces documents peuvent être importés au format Word, et ainsi aisément modifiables dans tout logiciel de traitement de texte. Ils sont réactualisés régulièrement en fonction de l'évolution de la législation et des jurisprudences.

**Article 83 (article R.4127-83 du code de la santé publique)*

Conformément à l'article L.4113-9 du code de la santé publique, l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code.

Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental de l'Ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Toute convention ou tout renouvellement de convention avec un des organismes prévus au premier alinéa, en vue de l'exercice de la médecine, doit être communiqué au conseil départemental intéressé, de même que les avenants et règlements intérieurs lorsque le contrat y fait référence. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le Conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirmera sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil.

***Article 84 (article R.4127-84 du code de la santé publique)*

L'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public doit faire l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le médecin a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

Le médecin est tenu de communiquer ce contrat à l'instance compétente de l'Ordre des médecins. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au médecin concerné.

Schéma de contrats : surveillance des épreuves sportives

13 articles dont voici le contenu :

Le chapeau du contrat comporte d'une part des précisions sur l'identité de la structure organisatrice, adresse, nature, représentant... et d'autre part l'identité du médecin, adresse, qualification, numéro d'inscription au tableau de l'Ordre.

Article 1 : Définition de la nature de la mission du médecin ; nécessité de respect des règlements fédéraux et des règles de déontologie médicale.

Article 2 : Renseignements nécessaires à fournir par la structure organisatrice afin que le médecin puisse accomplir sa mission.

Article 3 : Les moyens mis à disposition.

Description des moyens humains et techniques qui doivent être affectés à la mission, nombre des personnels, compétence technique, temps de disponibilité pour les missions... moyens en adéquation avec la mission à réaliser.

Description des locaux, et/ou l'équipement.

Fournitures médicales, entretien des locaux.

Article 4 : Bornes du contrat : le lieu, date, durée de la manifestation et horaires.

Article 5 : Le secret professionnel, aussi bien pour le médecin que pour les personnels de secours.

Article 6 : Indépendance du médecin.

Article 7 : Relations avec le médecin traitant d'une personne éventuellement secourue.

Article 8 : Interdiction de publicité.

Article 9 : Assurance au titre de la responsabilité civile professionnelle.

Article 10 : Rémunération et frais professionnels.

Article 11 : Conciliations en cas de litige.

Article 12 : Communication pour avis au conseil de l'Ordre des médecins, de toute prolongation ou de tout renouvellement au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 13 : Clause d'interdiction de modification de la portée du contrat par avenant ou contre-lettres non soumis au conseil de l'Ordre des médecins.

Date et lieu et signature.



Schéma de contrats pour un médecin du sport, suivi et aptitude

18 articles dont voici le contenu :

Le chapeau du contrat comporte d'une part des précisions sur l'identité de la structure organisatrice, adresse, nature, représentant... et d'autre part l'identité du médecin, adresse, qualification, numéro d'inscription au tableau de l'Ordre.

Article 1 : Définition de la nature de la mission du médecin ; obligation de respect des règlements fédéraux et des règles de déontologie médicale.

Délivrance de certificats de non-contre-indication à la pratique du sport.

Organiser et assurer la surveillance et le suivi médical.

Informers les sportifs sur le dopage et ses conséquences.

Favoriser les rapports avec les instances médicales fédérales nationales ou internationales.

Réaliser, le cas échéant, en cas d'urgence les premiers secours que requiert l'état des sportifs.

Siéger, à titre consultatif, au sein du comité directeur avec le souci de préserver la santé du sportif dont il a la charge et la surveillance.

Engagement à ne pas soigner sauf urgence les sportifs dont il a la charge.

Engagement de lutter contre le dopage.

Engagement de ne délivrer aucune feuille de soins ni ordonnance dans le cadre de la visite médicale d'aptitude.

Article 2 : Engagement de la structure sportive d'informer préalablement le médecin de toute décision pouvant avoir un lien ou des conséquences sur la santé des sportifs.

Article 3 : Détails des moyens humains et techniques qui doivent être suffisants pour l'accomplissement des actes à effectuer.

Détails sur personnels soignants et administratifs sur lequel le docteur X. aura autorité : détails, temps consacré, compétences techniques...

Consultation du docteur X. pour les candidatures envisagées.

Possibilité de demande d'exclusion d'un personnel dont le comportement compromet le bon fonctionnement de son service.

Possibilité d'opposition au recrutement au sein de la structure d'un personnel ne répondant pas aux critères du code de santé publique.

Description des locaux, et/ou l'équipement.

Fournitures médicales, entretien des locaux.

Article 4 : Descriptions du temps de travail et des modalités.

Article 5 : Secret professionnel du médecin et de ses collaborateurs.

Article 6 : Indépendance professionnelle vis-à-vis des structures ; dépistage de dopage.

Article 7 : En cas de vacances seulement, possibilité d'exercer une autre activité, mais interdiction d'utiliser sa qualité de médecin du sport pour accroître une éventuelle clientèle personnelle.

Article 8 : Interdiction de publicité.

Article 9 : Assurance au titre de la responsabilité civile et professionnelle.

Article 10 : Rémunération et frais professionnels.

Article 11 : Cadre juridique régimes de retraite complémentaire.

Article 12 : Congés annuels.

Article 13 : Formation continue.

Article 14 : Congés de maladie.

Article 15 : Conciliations en cas de litige.

Article 16 : Fin de contrat résiliation, délai.

Article 17 : Communication pour avis au conseil de l'Ordre des médecins, de toute prolongation ou de tout renouvellement au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 18 : Clause d'interdiction de modification de la portée du contrat par avenant ou contre-lettres non soumis au conseil de l'Ordre des médecins.

Date et lieu et signature.



Contrats et médecine du sport ■ suite

Modèle de contrat pour un médecin du sport donnant des soins aux sportifs qui sont salariés ou contrat d'une structure sportive ou membre des équipes de France.

20 articles dont voici le contenu :

Le chapeau du contrat comporte d'une part des précisions sur l'identité de la structure organisatrice, adresse, nature, représentant... et d'autre part l'identité du médecin, adresse, qualification, numéro d'inscription au tableau de l'Ordre.

Article 1 : Missions, engagement.

Respect des dispositions législatives et réglementaires qui concernent l'exercice professionnel.

Proposer un traitement approprié, après examen et information.

Assurer la continuité des soins, compte rendu pour le médecin traitant.

Veiller au respect de la réglementation relative aux accidents du travail. Prendre toute décision utile à la santé du sportif et uniquement dans ce but.

Respecter la réglementation relative aux accidents du travail. Interdiction de médecine de soins pour les sportifs surveillés.

Impossibilité de cumuler avec la fonction de médecin du travail pour la structure sportive qui emploie des sportifs professionnels.

Information claire lorsque des substances interdites aux sportifs sont utilisées et respect du refus du sportif pour ce traitement.

Article 2 : Engagement de la structure sportive à informer le médecin de toute décision pouvant avoir des conséquences sur la santé des sportifs.

Article 3 : Secret professionnel.

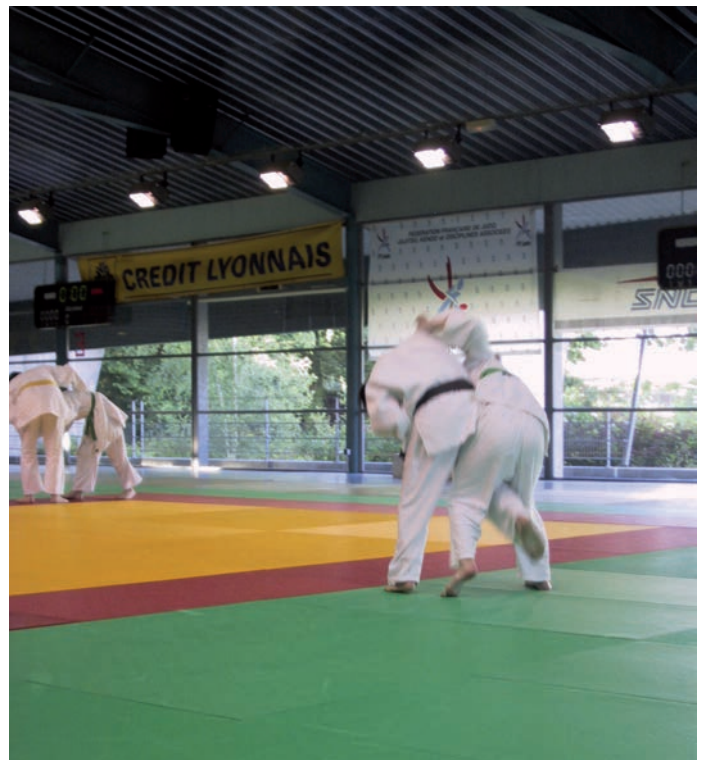
Article 4 : Mesures conjointes à prendre pour assurer le secret professionnel et médical concernant les locaux la conservation des dossiers et l'ouverture du courrier.

Article 5 : indépendance professionnelle et respect de la procédure prévue lorsqu'il y a une suspicion de dopage.

Article 6 : Détails des moyens humains et techniques qui doivent être suffisants, en adéquation avec la nature des actes médicaux à effectuer.

Détails sur personnels soignants et administratifs sur lesquels le docteur X. aura autorité, temps consacré, compétences techniques...

Consultation du docteur X. pour les candidatures envisagées ; Possibilité de demande d'exclusion d'un personnel dont le comportement compromet le bon fonctionnement de son service. Il doit s'opposer au recrutement au sein de la structure. Possibilité d'opposition au recrutement au sein de la structure d'un personnel ne répondant pas aux critères du code de santé publique opposition.



Article 7 : Description de l'équipement et des locaux ; entretien et fourniture du matériel médical.

Article 8 : Descriptions du temps de travail et des modalités.

Article 9 : Possibilité d'exercer une autre activité sans pouvoir se substituer au médecin traitant des sportifs pris en charge.

Il doit éviter toute confusion possible entre ses activités de médecin de structure sportive professionnelle et celle de son exercice libéral ou hospitalier.

Article 10 : Interdiction de publicité.

Article 11 : Assurance au titre de la responsabilité civile et professionnelle.

Article 12 : Rémunération et frais professionnels.

Article 13 : Cadre juridique régimes de retraite complémentaire.

Article 14 : Congés annuels.

Article 15 : Formation continue.

Article 16 : Congés de maladie.

Article 17 : Conciliations en cas de litige.

Article 18 : Fin de contrat résiliation, délai.

Article 19 : Communication pour avis au conseil de l'Ordre des médecins, de toutes prolongations ou renouvellement au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 20 : Clause d'interdiction de modification de la portée du contrat par avenant ou contre-lettres non soumis au conseil de l'Ordre des médecins.

Date et lieu et signature.

À PROPOS

Des en-têtes, titres et mentions autorisées sur les plaques et ordonnances

Tout titre médical mentionné sur votre plaque professionnelle, sur vos ordonnances ou sur tout document destiné aux patients doit être validé par votre Conseil Départemental de l'Ordre.

La possession d'un DU ou d'un DIU n'ouvre, pour son détenteur, aucun droit à qualification ordinale, quelles que soient la durée et la valeur de la formation sanctionnée par le DU ou le DIU.

C'est ainsi que conformément aux articles R.4127-79, 80 et 81 du Code de la Santé Publique, il appartient au Conseil National de l'Ordre de fixer la liste des titres que le médecin peut mentionner sur sa plaque, ses feuilles d'ordonnances ou dans un annuaire professionnel.

Seuls peuvent figurer les diplômes et mentions autorisés dont la liste peut être consultée sur le site : www.conseil-national.medecin.fr (page d'accueil, rubrique exercer la médecine).

Vous pouvez également vous adresser au secrétariat du Conseil Départemental qui vous renseignera.

Docteur Marcel Durand
De la faculté de médecine de Limoges
Médecine générale
Consultations sur rendez-vous
87 1 00000 0

Prise en charge médicale des convulsions et épilepsies du nourrisson et de l'enfant

Le terme «**épilepsie**» véhicule de nombreuses images génériques d'anxiété : le suivi médical des épilepsies et l'accompagnement des enfants et de leurs parents comporte donc une écoute importante et doit apporter des informations simples mais explicites sans ajouter à l'anxiété entourant le diagnostic. Cette information, apportée à l'enfant, à ses parents et aux autres intervenants, doit être personnalisée et s'affranchir des clichés souvent associés à l'Épilepsie (déclenchement psychologique de la maladie, arriération mentale ou folie associée, guérison à l'adolescence, traitement à vie) : l'épilepsie n'est pas une maladie unique. Il vaut mieux parler des épilepsies. Elles correspondent à l'ensemble des affections, quelle qu'en soit la cause, connue ou non, mais sans cause extra-cérébrale décelable, au cours desquelles, des crises épileptiques se répètent sur le mode chronique. Pronostic et traitement dépendent du type d'épilepsie et de sa cause. En raison de cette diversité, une démarche diagnostique précise, parfois prolongée, doit être mise en œuvre pour porter un diagnostic, proposer un traitement et établir un pronostic. Selon les situations, des investigations complémentaires, parfois contraignantes (hospitalisations prolongées, anesthésie...), sont utiles. Un traitement précoce est souhaitable car il soulage des crises rapidement, mais il ne garantit pas, à long terme, un bon pronostic, souvent lié à la cause.

[Nota : la dernière classification des crises épileptiques, épilepsies et syndromes épileptiques (Epilepsia, 51(4):676-685, 2010) ne fait plus référence aux épilepsies idiopathiques, cryptogéniques ou symptomatiques mais s'appuie surtout sur leurs causes, génétiques, structurelles-métaboliques ou inconnue. La distinction

entre épilepsies partielles et épilepsies généralisées n'est plus retenue. Les classifications de 1981 et 1989 étaient basées sur des concepts ne tenant pas compte des progrès de l'imagerie médicale, des techniques génétiques actuelles et des concepts de biologie moléculaire modernes. Néanmoins, par simplification et pour la clarté de l'exposé, la terminologie des classifications précédentes sera conservée.]

■ **Dr Jean-Marc Pinard Unité de NeuroPédiatrique**
Hôpital Raymond Poincaré, 92380 Garches

Si vous souhaitez recevoir le texte intégral de cet article, vous pouvez le demander par mail à l'adresse limousin@epilepsie-france.fr



Épilepsie-France

LIMOUSIN

Lorsqu'elle frappe, l'épilepsie s'apparente toujours à un séisme pour celui qui en est la victime et pour son entourage. Il faut apprendre à vivre avec la maladie et le regard des autres.

Epilepsie-France/Limousin accueille les patients et leur famille, elle réunit, écoute, soutient. **Tél. 05 55 50 50 10**

www.epilepsie-france.fr

AGENDA

- **7 septembre 2010**, les Drs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé à la réunion de coordination des Conseils Départementaux du Limousin au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.
- **9 septembre 2010**, le Dr François Archambeaud, a assisté à la rencontre organisée par l'ARS, ayant pour objet la démographie des professionnels de Santé. Comment attirer des professionnels libéraux ou salariés en Limousin ?
- **14 septembre 2010**, à 14 h 30, le Dr François Archambeaud a participé, au siège du Conseil Départemental de la Haute-Vienne à une réunion sur la permanence des soins avec les représentants de l'ARS et de la CPAM.
- **22 septembre 2009**, le Dr Philippe Bleyne a participé à la réunion organisée par l'URML sur le thème « Le Burn Out des Médecins Libéraux en Limousin » au Pôle de Lanaud à Boisseuil.
- **28 septembre 2010**, les Drs François Archambeaud et Jean-Jacques Texier ont assisté à l'inauguration des locaux du Conseil de l'Ordre des Infirmiers.
- **5 octobre 2010**, les Drs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé au Comité de suivi de la Permanence des Soins à l'ARS.
- **8 octobre 2010**, le Dr François Archambeaud a participé à la remise des bourses de l'AFEM au Ministère de la Santé.
- **9 octobre 2010**, les Drs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé à la réunion des présidents et secrétaires généraux organisée par le Conseil National de l'Ordre à Paris.
- **13 octobre et 12 novembre 2010**, le Dr Bernard PAPEL a assisté à une saisie de dossier médical au CHU Dupuytren à Limoges.
- **15 novembre 2010**, le Dr François Archambeaud a participé à la remise des prix de santé publique organisée par la CPAM de la Haute-Vienne.
- **16 novembre 2010**, le Dr Éric Rouchaud a participé à la réunion du groupe de travail « Territoires de proximité de la Haute-Vienne »
- **18 novembre 2010**, les Drs François Archambeaud, et Philippe Bleyne ont participé à la réunion de coordination de la permanence des soins à l'ARS.
- **18 novembre 2010**, le Dr Jean-Jacques Texier a participé à une réunion-débat ayant pour thème « la législation spécifique et la responsabilité juridique des médecins et organisateurs de manifestation », organisée par le Comité Régional Olympique et Sportif du Limousin à l'Hôtel de Région à Limoges.
- **23 novembre 2010**, les Drs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Pierre Bourras ont rencontré, à l'ARS, Monsieur Michel Laforcade, Directeur Général.
- **25 novembre 2010**, le Dr Vincent Leroy a participé à la réunion d'action contre les violences intrafamiliales.
- **14 décembre 2010**, les intervenants dans la mise en place du dispositif expérimental de la permanence des soins en Haute-Vienne ont été invités à participer à un cocktail organisé au Conseil Départemental de l'Ordre.
- **18 décembre 2010**, le Dr Antoine Bariaud a participé à la réunion des trésoriers organisée par le Conseil National de l'Ordre à Paris.
- **7 janvier 2011**, le Dr François Archambeaud a assisté à l'audience solennelle de la Cour d'Appel de Limoges ainsi qu'à la réception de nouvel an à la Préfecture.
- **12 janvier 2011**, le Dr Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical au cabinet d'un confrère médecin spécialiste.
- **18 janvier 2011**, les Drs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé au Comité de suivi de la permanence des soins à l'ARS.
- **26 janvier 2011**, le Dr Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical au CHU Dupuytren à Limoges.
- **26 janvier 2011**, le Dr Anne-Marie Trarieux a assisté à une saisie de dossier médical au Centre Hospitalier Esquirol à Limoges.
- **12 février 2011**, les Drs François Archambeaud et Pierre Bourras ont participé à l'assemblée générale des présidents et secrétaires généraux des conseils départementaux et régionaux organisée par le Conseil National à Paris.
- **8 mars 2011**, une réunion des coordinateurs des secteurs gardes effecteurs fixes et mobiles, des membres de la commission de la permanence des soins, a eu lieu au Conseil Départemental en présence des Drs François Archambeaud et Philippe Bleyne.
- **9 mars 2011**, le Dr Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical au cabinet d'un confrère médecin généraliste.
- **22 mars 2011**, le Dr Philippe Bleyne a participé à la réunion du comité de suivi de la permanence des soins.