



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

# BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 12

OCTOBRE 2011

Conseil départemental de la Haute-Vienne

*Élections au Conseil  
Départemental*

**POURQUOI  
PAS VOUS ?**



## DOSSIER

### *Le secret médical* p. 5

Le secret médical est régi par l'article L.1110-4 du code de la santé publique. Le développement des nouvelles pratiques de soins, les nouvelles exigences légales et économiques vont imposer des modifications de cet article, et ce, dans le seul intérêt du patient, en respectant la déontologie et l'éthique.



**Soins  
psychiatriques :  
la loi change** p. 10



**Violences contre  
les médecins** p. 14

# édito



Dr François ARCHAMBEAUD

## sommaire

■ <b>Édito</b>	p. 2
■ <b>Exercice professionnel</b>	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 3 et 4
■ <b>Dossier</b>	
• Le secret médical	p. 5 à 9
■ <b>Informations pratiques</b>	
• Psychiatrie : modifications de la loi concernant les soins psychiatriques sans consentement	p. 10 et 11
• Certificat médical harcèlement au travail	p. 11
• Épidémie de rougeole	p. 12 et 13
• Circulaire du Conseil de l'Ordre	p. 13
• Violence contre les médecins en Haute-Vienne	p. 14
• Mise en garde : annuaires professionnels	p. 14
• Info : urgences de gynécologie obstétrique	p. 15
• XII <sup>e</sup> colloque de la SFRP	p. 15
• Nouveau diplôme universitaire	p. 15
• Conférence sur les AVC	p. 15
■ <b>L'agenda</b>	p. 16

Publication du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne  
 Drs Pierre Bourras, Philippe Blegny, Joël Malgouyard, 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

### Engagez-vous !

Le 29 janvier 2012, nous sommes appelés à voter pour le renouvellement par moitié du Conseil Départemental de la Haute-Vienne. Dans notre département, il y aura lieu de pourvoir 19 postes.

Toutes les professions libérales, dans les grands pays, sont régies par des Ordres. Les avocats fêtent, cette année, le bicentenaire de leur Barreau.

Les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les podologues ont rédigé un code professionnel plus récemment.

L'institution de l'Ordre des Médecins, confirmée par l'ordonnance du 26 septembre 1945 a conduit à la rédaction du premier code de déontologie publié le 28 juin 1947. Ce code établit les différentes règles qui régissent les rapports des médecins entre eux ou entre eux et les malades. Il est soumis à l'administration, au Conseil d'État et au gouvernement pour être publié au Journal Officiel. Il fait partie intégrante du Code de la Santé Publique.

Ce sont des textes qui évoluent en permanence pour faire leur place aux progrès scientifiques et à l'évolution des pratiques de même qu'aux grands débats contemporains. Les refontes importantes datent de 1955 et 1979. La dernière édition date de juin 2009.

Il demeure que les grands principes généraux qui se dégagent de ces textes sont la primauté de la personne et le respect de la vie humaine. Ils fondent l'exercice professionnel sur un principe de liberté qui concerne aussi le patient et qui est la base du contrat de soins.

La mission de soins ainsi conférée au médecin exige de lui des qualités professionnelles et une indépendance à l'abri de toute influence personnelle ou matérielle.

L'évolution fait que les échanges de plus en plus fréquents et indispensables avec les autres professionnels de santé doivent respecter des règles de confraternité.

Le Conseil Départemental a la mission de veiller à l'application du code de déontologie mais il a d'autres rôles :

- celui de tenir le Tableau des inscriptions ; la refonte actuelle avec le numéro RPPS (répertoire partagé des professions de santé) permettra, à terme, de mieux connaître la compétence de chaque confrère,

- l'entraide entre médecins qui ne peut être alimentée que par la connaissance des difficultés de chacun,

- la conciliation dont l'organisation est une obligation légale lors de la survenue d'un conflit afin d'éviter, si cela semble légitime et possible, le transfert des plaintes à la Chambre Disciplinaire qui est présidée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 par un Magistrat, clôturant définitivement les soupçons de compéage,

- de veiller à la qualité des contrats pour garantir l'exercice des médecins.

Pour assurer l'ensemble de ces missions, il vous est demandé une cotisation annuelle, toujours trop élevée, mais celle-ci est le gage de votre indépendance.

En fin de mandat, je peux vous dire combien l'aventure ordinale est variée et enrichissante.

Alors oui, **présentez-vous nombreux et votez tous** afin que toutes les catégories de médecins puissent être représentées : hommes et femmes, hospitaliers, libéraux et salariés, car nous sommes tous concernés par une médecine indépendante et de qualité.

## TABLEAU

**INSCRIPTIONS** Du 10/03/2010 au 07/09/2011

**Dr AVODE Zinsou** *Médecine générale*  
Remplaçant - 11/05/2011

**Dr BERCIU Alina-Roxana**  
*Médecine générale Libérale*  
Saillat-sur-Vienne - 06/04/2011

**Dr BLANCHER-PROUZERGUE Julie**  
*Médecine générale Remplaçante*  
07/09/2011

**Dr COLIN Pierre-Clément**  
*Médecine générale Remplaçant*  
11/05/2011

**Dr COUATARMANACH Brice**  
*Médecine générale Remplaçant*  
11/05/2011

**Dr COULIBALY Bema**  
*Anatomie et cytologie pathologiques*  
CHU Dupuytren - 06/07/2011

**Dr DUDAU Daniela**  
*Anesthésie-réanimation* CHU Dupuytren  
07/09/2011

**Dr ETOUBLEAU Cécile** *Pédiatrie*  
Hôpital Mère et Enfant - 11/05/2011

**Dr GARNIER Sandrine**  
*Médecine générale Libérale* - Nexon  
05/05/2011

**Dr GUINAUD Julie** *Pédiatrie*  
Remplaçante - 11/05/2011

**Dr JALLAGEAS Raphaël**  
*Médecine générale Remplaçant*  
06/07/2011

**Dr KALFON Marc** *Chirurgie générale*  
Retraité actif - 07/09/2011

**Dr LAUMOND Mathieu**  
*Médecine générale Collaborateur libéral*  
St Yrieix la Perche - 07/09/2011

**Dr LEMOINE Bruno** *Psychiatrie*  
C.H. Esquirol - 07/09/2011

**Dr MATONNAT-DAUGE**  
*Médecine générale* CHU Dupuytren  
11/05/2011

**Dr MERVEILLE Hervé** *Médecine générale*  
C.H. Esquirol - 07/09/2011

**Dr NASSOURI Sika** *Endocrinologie,  
diabétologie, maladies métaboliques*  
CHU Dupuytren - 11/05/2011

**Dr NESSIGHAOUI Hichem** *Gériatrie*  
H.I.H.L. Bellac - 11/05/2011

**Dr PAIRE Denis** *Médecine générale*  
Remplaçant - 06/04/2011

**Dr PICOT Benoît** *Médecine générale*  
Collaborateur libéral à St-Junien  
06/04/2011

**Dr POPESCU Dan Silviu** *Chirurgie générale*  
sans activité - 06/04/2011

**Dr RAKOTOHOVA Clément**  
*Anesthésie-réanimation Libéral*  
Clinique du Colombier - 07/09/2011

**Dr REDON-MONTEIRO Isabelle**  
*Pédiatrie Libérale* - Limoges - 06/04/2011

**Dr REYNIER Vincent** *Médecine générale*  
Collaborateur libéral - Limoges  
07/09/2011

**Dr SURGET Marie** *Médecine générale*  
Remplaçante - 11/05/2011

**Dr TANDY Laurence** *Médecine générale*  
ARS du Limousin - 06/04/2011

**Dr VERGNOUX Odile** *Médecine générale*  
Retraîtée - 11/05/2011

**Dr VIGNERON Marie-Claire**  
*Médecine du travail* Mairie de Limoges  
07/09/2011

**QUALIFICATIONS**

Du 10/03/2010 au 07/09/2011

*Spécialité de médecine générale*

**Dr AGLIANY Astrid**

**Dr AUDOIN-PICOT Carole**

**Dr BAILLY-MAITRE Valérie**

**Dr BESSAUDOU-LACHAUD Christine**

**Dr BLAIN Jean-Yves**

**Dr BRUTUS Pierre**

**Dr DAMIENS Jean-Bernard**

**Dr DESORMAIS Gilles**

**Dr DEVALETTE Jean-Jacques**

**Dr GAILLARD Pascal** (St Léonard de Noblat)

**Dr GRIMAUD Magalie**

**Dr GUEMARD-JOUSSAIN Isabelle**

**Dr LARQUE Fabrice**

**Dr LAVAURE Serge**

**Dr LE BORGNE Ana-Maria**

**Dr LE FLAHEC Xavier**

**Dr MOULY-OUANGARI Marie-Anne**

**Dr NORMAND Guillaume**

**Dr PAIRE Denis**

**Dr PELOUX Véronique**

**Dr PICOT Benoît**

**Dr RINUCCINI Florent**

**Dr ROUCHAUD Laurent**

**Dr SERIEYS Boris**

**Dr VAN MELCKEBEKE Guillaume**

*Spécialité de gynécologie médicale*

**Dr DARS Régine**

*Spécialité de psychiatrie*

**Dr BRICAUD-CALVET Magali**

**Dr DELAGE Arnaud**

## TABLEAU suite

## DÉPARTS Du 10/03/2010 au 07/09/2011

**Dr ABSSI Chérine**  
dossier archivé au Conseil national

**Dr ARABIAN Emilie**  
transfert vers le Rhône

**Dr BAN Teodor**  
transfert vers la Seine et Marne

**Dr BARDOU Patrick**  
transfert vers le Tarn et Garonne

**Dr BERCIU Alina-Roxana**  
dossier archivé au Conseil national

**Dr BICHARA Houda**  
dossier archivé au Conseil national

**Dr BOURG Angèle**  
transfert vers la Corrèze

**Dr CELLIER Patrick**  
transfert vers le Morbihan

**Dr CHARIER Yann**  
transfert vers Tarn

**Dr DUFRAISSE Bénédicte**  
transfert vers la Dordogne

**Dr MERCIER Anne-Marie**  
transfert vers le Rhône

**Dr PAVY Jean-Jacques**  
transfert vers la Creuse

**Dr PIVOIS Linda**  
transfert vers la Corrèze

**Dr TILLE Christine**  
transfert vers le Maine et Loire

**Dr WEINBRECK Anne-Marie**  
dossier archivé au Conseil national

## RETRAITÉS Du 10/03/2010 au 07/09/2011

**Dr CHEBROUX Pierre** à Limoges  
le 01/06/2011

**Dr COLAS Jean-Pierre** Médecin  
généraliste à Nexon le 01/04/2011

**Dr COLIN Danielle** Anesthésiste-  
réanimateur à Limoges le 01/09/2010

**Dr DOUMEIX-MADER Marie-Martine**  
Psychiatre à Limoges le 01/01/2011

**Dr FOUGERAS-FORESTIER Maïté**  
Gynécologue médical à Limoges  
le 01/07/2011

**Dr GILLIBERT Annick** Ophtalmologue  
à Limoges le 01/04/2011 - poursuit son  
activité

**Dr KALFON Marc**  
Chirurgie générale le 01/07/2011 -  
activité de remplacements

**Dr LIEBERT Jean-Pierre**  
Ophtalmologue à Limoges le 01/04/2011  
- poursuit son activité

**Dr MICHEL Jean-Marcel** Anesthésiste-  
réanimateur à Limoges le 01/07/2011

**Dr ROUCOULES Jean-Pierre**  
Cardiologue à Limoges le 30/06/2011

**Dr SAADA Sylvain** Médecin généraliste  
à St-Yrieix-la-Perche 01/04/2011 -  
poursuit son activité salariée

**Dr TOURNIER-CATHELY Françoise**  
Diabétologie-nutrition le 01/07/2011

## DÉCÈS

Du 10/03/2010 au 07/09/2011

**Dr BOURZAT Jean-Marie** le 29/03/2011

**Dr CHEVRIER-MALABARD Marie-  
Odette** le 06/05/2011

**Pr GAROUX Roger** le 15/06/2011

**Dr GATHIER François** le 2/06/2011

**Dr LEPETIT Jean-Marc** le 29/06/2011

**Pr LIOZON Frédéric** le 16/04/2011

**Dr NIBOUREL Jean** le 29/01/2010

**Dr RANTY Yves** le 14/08/2011

**Dr SURUN Étienne** le 7/06/2011



# Le secret médical

## SECRET EN PSYCHIATRIE

Dr Anne-Marie Trarieux

Le droit d'accès à l'information médicale a évolué ces dernières années, chacun pouvant accéder à l'ensemble des informations formalisées concernant sa santé (art. 1111 CSP al.1).

Les exigences de respect de la vie privée, de la confidentialité des informations personnelles, médicales, le respect du secret professionnel, ont été tout aussi clairement réaffirmés mais le contexte de l'exercice professionnel s'en trouve radicalement modifié, tout particulièrement en psychiatrie.

Ces dispositions prévoient un accès direct du patient à son dossier médical, en psychiatrie comme ailleurs. Le principe reste celui d'une information adaptée à l'état de santé de la personne et du respect du secret professionnel. La notion de données communicables et non communicables est apparue, avec celle des

*La psychiatrie conserve quelques points particuliers dans la transmission de l'information.*

données non transmissibles correspondant aux informations relatives à des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge ou concernant de tels tiers, qui sont exclues de toute transmission.

La psychiatrie conserve aussi quelques points particuliers dans la transmission de l'information. C'est le cas pour un patient en soins psychiatriques sans consentement. À titre exceptionnel, l'article L 1111-7 CSP al.2, prévoit que la consultation du dossier par l'intéressé puisse se faire, non pas de façon directe, mais soit subordonnée à la présence

d'un médecin désigné par le demandeur, en cas de risques d'une particulière gravité. En cas de refus, la Commission Départementale des soins psychiatriques sans consentement est saisie et son avis s'impose.

Des réserves ont été prévues concernant la révélation de l'identité du tiers qui signe la demande de soins psychiatriques sans consentement mais là encore, l'évolution récente du contexte législatif avec la saisine obligatoire du Juge des Libertés et de la Détention avant le 15<sup>e</sup> jour d'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement, et la tenue d'une audience publique vient de modifier les choses, l'identité du tiers pouvant être révélée à cette occasion.

On le voit, les nouvelles exigences légales, mais aussi économiques, technologiques, les nouveaux modes d'exercice nous placent dans des contradictions face aux exigences de la déontologie, de l'éthique vis-à-vis desquelles nous devons rester vigilants, les limites étant difficiles à tracer. ■

## SECRET MÉDICAL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dr Pierre Bourras

Le secret professionnel a été institué dans l'intérêt des patients et, loin de protéger le médecin, comme cela est souvent reproché, il s'impose à celui-ci. Il couvre tout ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire ce qui lui a été confié, ce qu'il a vu et entendu (art 4127-4 du code de la santé publique).

L'évolution de la pratique médicale dans les établissements de santé, en particulier :

- L'exercice de plus en plus fréquent de la pluridisciplinarité.
- La circulation des informations d'un service à l'autre.
- La collégialité de la pratique de soin.
- La gestion de l'information à des fins comptables.
- Les contrôles opérés par les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie.
- L'intervention importante d'agents administratifs pour le fonctionnement quotidien de l'établissement (questionnaire d'admission, statistiques etc...) amènera à se poser un certain nombre d'interrogations inspirées par la pratique quotidienne.

Nous avons été questionnés à plusieurs reprises sur le respect du secret médical au sein des établissements de soins et les problèmes rencontrés par nos confrères de l'informatique médicale à ce sujet témoignent de la difficulté à faire respecter des textes de loi pourtant précis.

### Échanges d'informations entre professionnels de santé

Ils sont encadrés par l'article L 1110-4 du code de la santé publique ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)) : « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations les concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ».

Sur le plan pratique, les conséquences de cet article sont détaillées dans les commentaires de l'article 4 du code de déontologie.

La définition de l'équipe de soins, que ce soit en établissement de santé, mais aussi en ville, est à l'étude au Conseil National de l'Ordre des Médecins : il est proposé une définition, non plus structurelle, mais fonctionnelle et plus proche de la réalité : « professionnels de santé participant effectivement à la prise en charge du patient, à la continuité et à la coordination des soins ».

Il en résulte d'abord que le secret médical n'est plus réservé au médecin, mais à l'ensemble des professionnels de santé (infirmier, masseur kinésithérapeute, pharmacien).

Le secret médical ayant été « institué dans l'intérêt des patients », a, pour but de protéger l'intime du patient tout en ne masquant pas des informations indispensables à sa prise en charge ; la question qui s'impose donc est « **qui a accès et à quoi ?** »

Il est indispensable, d'une part de « trier » les informations nécessaires et/ou indispensables pour la meilleure prise en charge possible, d'autre part de ne pas « galvauder » des informations inutiles à cette même prise en charge et qui pourraient même nuire au malade ; enfin la transmission des informations doit pouvoir être soumise à l'avis du malade lui-même.

■ En ce qui concerne les premiers points, l'informatisation, bien raisonnée et bien conduite du dossier médical, apparaît peut être comme la « chance » de pouvoir collaborer efficacement dans l'intérêt du malade : s'il est évident que le tri des destinataires de tel ou tel diagnostic, antécédent ou traitement, compliquerait prodigieusement l'utilisation des dossiers, **la traçabilité de l'accès au dossier** peut avoir un rôle protecteur efficace pour le secret médical et dissuasif

pour ceux qui abuseraient de la possibilité illimitée du partage d'information. **L'accès au dossier doit impérativement être médicalement justifié, et ce, dans le seul intérêt du malade.**

Le même article L 1110-4 punit d'un an d'emprisonnement et de 15000,00 euros d'amende le fait d'accéder ou de tenter d'accéder aux données médicales sans en avoir le droit.

■ Le consentement du malade au partage des données de son dossier doit-il être un consentement écrit ou un droit d'opposition ? Quelle que soit la réponse, le refus du patient à un professionnel de santé d'accéder à des données médicales indispensables à sa prise en charge sera toujours un échec au même titre que le refus de soin de la part d'un patient.

### Échanges d'informations et personnel administratif

Si le secret médical semble bien protégé entre professionnels de santé et si, jusqu'alors, personne, qu'il soit du côté soignant ou du côté soigné, ne mettait en doute la protection des informations transmises, l'ambiguïté de certains textes récents inquiète et doit impérativement être levée.

La première ambiguïté est entre secret et discrétion professionnelle, d'une part, et secret médical de l'autre.

Quelle peut être l'interprétation du texte suivant ?

« • *Le secret médical s'applique désormais : aux informations purement médicales... aux informations personnelles, relatives à la vie privée d'une personne ; celles-ci peuvent concerner la famille, la profession, le patrimoine.*

• *Les personnes soumises au secret médical sont :*

- *les professionnels de santé : personnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers et libéraux,*

- *les professionnels intervenant dans le système de santé, ce qui inclut notamment les personnels administratifs ou travaillant dans les établissements de soins,*

- *les professionnels intervenant auprès de la personne : cercle beaucoup plus vaste, dont font partie, par exemple le personnel des collectivités locales appelé le cas échéant à intervenir (travailleurs sociaux, auxiliaires de vie...).*

Il y a là un amalgame entre l'accès aux informations relevant de la simple discrétion personnelle et « d'éducation », de la discrétion et secret professionnels tels que définis à l'article 26 du titre 1° du statut général des fonctionnaires, et le strict secret professionnel.

Il n'y a aucune raison d'être plus laxiste de façon générale en EPHAD ou en milieu hospitalier vis-à-vis du personnel administratif que dans les cas particuliers définis par la loi : art L 1112-1 du code de la santé publique qui protège la confidentialité des informations, et ce, entre médecins :

« *Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leur mission.* ».

Il n'y a aucune raison d'être plus laxiste vis-à-vis du personnel administratif que vis-à-vis de la justice ou des compagnies d'assurance, comme il est étudié dans un autre article.



En conclusion, pour reprendre le texte des commentaires de l'article 4 du code de déontologie :

« *Si l'article L 1110-4 du code de la santé publique prévoit dans son alinéa 3 des échanges d'information entre professionnels de santé participant aux soins (sauf opposition de la personne dûment avertie) et si « les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins rien n'autorise le personnel administratif à partager ce secret.* ».

*Le secret médical  
repose sur  
des règles  
et des textes  
législatifs précis.*

## Conclusion

■ Le secret médical repose sur des règles et des textes législatifs précis.

Le bon sens, l'éducation, le sentiment de responsabilité personnelle, l'éthique et une formation professionnelle à ce sujet

doivent aider à appliquer ces règles.

■ Le secret médical n'appartient à personne.

• Ni au malade qui ne peut en délier lui-même le médecin.

• Ni au médecin qui n'en est que le dépositaire et ne peut se permettre aucune divulgation en dehors des cas où la loi l'y oblige, l'autorise ou le laisse libre de donner certains renseignements.

■ Le secret médical est parfois en conflit avec d'autres intérêts et d'autres principes.

Le médecin rencontre des cas de conscience qu'il devra résoudre, après avoir pris conseil, en sachant que toute transgression engage sa responsabilité.

S'il a une hésitation, il devra faire prévaloir la conception rigoureuse du secret professionnel car, une fois le secret révélé, il est trop tard pour revenir en arrière.

■ Il est indispensable que l'élargissement du secret médical aux professionnels de santé s'accompagne d'une formation de ceux-ci pendant leurs études et leur vie professionnelle.

**Aucun texte législatif, aucune règle administrative ne pourra remplacer le sens de la responsabilité des professionnels de santé, la volonté de travailler et de collaborer dans l'intérêt du malade et une réflexion éthique sur le secret médical.** ■

## SECRET MÉDICAL ET ADMINISTRATION DE LA PREUVE JUDICIAIRE

Nadège Bernacki, Juriste,  
le Sou Médical, Groupe MACSF

Le corps médical est soumis au secret médical et le corps judiciaire est soumis au secret de l'enquête. Ces deux secrets se complètent et parfois sont partagés par leur détenteur.

Le secret médical, condition essentielle à l'exercice de la médecine, se heurte au processus judiciaire répressif.

En effet, les progrès scientifiques sont tels que le corps humain est devenu un instrument de preuve incontournable. Le médecin, qu'il soit requis, expert ou témoin, joue un rôle fondamental dans le cadre de l'administration de la preuve permettant au juge d'exercer sa mission.

Certes le secret médical, de portée générale et absolue, revêt un caractère d'ordre public. Sa violation entraîne par conséquent des sanctions civiles, pénales ou ordinaires. Néanmoins, le secret médical est devenu un enjeu en termes de preuve judiciaire. Le médecin, s'il peut opposer le silence aux demandes du juge sous couvert du secret médical, ne peut, pour autant, faire obstacle à l'établissement de la vérité.

### Les articles de loi

L'article 4 du code de déontologie médicale (article R. 4127-4 du code de la santé publique) rappelle : « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

L'article 226-13 du code pénal énonce : « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit part été ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

Toutefois, l'article 226-14 du même code prévoit : « l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

« 1°) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de

*privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique » ;*

« 2°) Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République des sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises » ;

« 3°) Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une ».

Ces textes à la fois contraignants et dérogatoires doivent permettre au médecin et au juge d'assurer le respect de l'intégrité physique et psychique de la personne. Celle-ci constitue une liberté individuelle dont le juge est le garant dans notre société.

*Le corps médical est soumis au secret médical et le corps judiciaire est soumis au secret de l'enquête...*

### Témoignage en justice du médecin

En matière de témoignage en justice le médecin ne peut être contraint.

Le décès du patient ne libère pas le médecin de son obligation au secret médical. Par ailleurs, l'autorisation donnée par le

patient au médecin de témoigner n'oblige pas ce dernier à le faire.

Il convient de bien distinguer les informations recueillies au cours de l'exercice professionnel des informations reçues dans le cadre strictement privé. Seules les premières sont couvertes par le secret.

Appelé en qualité de témoin, le médecin doit se présenter à la convocation, prêter serment, refuser de répondre à toute question qui mettrait en cause une information couverte par le secret médical, même si la divulgation de l'information est susceptible d'aller dans le sens de l'intérêt du patient.

Si le médecin a cette liberté de décider de dire ou de taire, il ne doit pas cependant abuser du droit de garder le silence.

### Perquisition au cabinet médical

Les perquisitions et les saisies de dossier au cabinet médical sont prévues par le code de procédure pénale.

Selon l'article 56-3 du code, les perquisitions dans le cabinet d'un médecin sont légalement autorisées en vue de l'aboutissement de l'enquête pénale.

Le juge d'instruction ne doit pas rencontrer d'obstacle dans la recherche d'indices.

Parce que le secret médical ne doit pas entraver l'établissement de la vérité mais qu'il ne doit pas pour autant être vidé de tout fondement, le code de procédure pénale prévoit les conditions dans lesquelles sont faites les perquisitions et les saisies de dossier.

Seul un magistrat instructeur ou un officier de police judiciaire sur commission rogatoire, en présence d'un membre du Conseil de l'Ordre, peut opérer une perquisition au cabinet du médecin.

Le conseiller ordinal est chargé de trier les documents nécessaires à l'enquête et ceux qui ne le sont pas et qui doivent rester couverts par le secret.

Les scellés sont alors apposés sur les documents objet de la saisie.

En dehors de cette procédure, le médecin ne doit remettre aucun document médical.

## CERTIFICAT MÉDICAL ET ASSUREUR

La Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, dans un arrêt du 8 juin 1999, a jugé que la chambre d'hôtel d'un médecin attaché à une équipe cycliste en déplacement ne constitue pas un cabinet médical. Il en résulte que la perquisition opérée n'est pas légale.

### Exercice des droits de la défense

Partant du principe que toute personne a le droit de se défendre, l'exercice des droits de la défense justifie la révélation d'informations à caractère secret.

Le médecin mis en cause personnellement peut ainsi dévoiler des informations pour les seuls besoins de sa défense. Il en résulte que le médecin qui contacte son avocat ou son assureur ne viole pas le secret.

Dans un arrêt du 16 février 1996, la Cour d'Appel de Paris a jugé que *«Ne se rend donc pas coupable de violation du secret médical le médecin opposant à un document médical dont il est fait usage contre lui dans une instance judiciaire un autre document médical dont les énonciations le précisent, le complètent et permettent donc de contester certaines appréciations»*.

Le médecin doit donc pouvoir se défendre, mais en limitant ses divulgations d'informations à ce qui est strictement nécessaire à sa défense. ■



Les données médicales sont nécessaires à l'assureur pour l'établissement du contrat et pour l'application de celui-ci. Le problème du secret médical se pose alors pour différents intervenants et notamment pour le médecin traitant. Ce dernier doit être vigilant face aux demandes formulées par les sociétés d'assurances telles que la demande de questionnaire de santé et le certificat post mortem.

*Les données médicales sont nécessaires à l'assureur pour l'établissement du contrat...*

### Le questionnaire de santé de l'organisme assureur

La règle est claire: le médecin traitant, même avec l'accord de son patient, ne doit pas remplir ce questionnaire de santé, quand bien même il le remettrait ensuite en mains propres à son patient afin qu'il en dispose. Par ailleurs, le médecin n'a pas à confirmer, en apposant sa signature, le document qu'aurait rempli le patient. Seul un certificat médical remis au patient et à lui seul (ou à son représentant légal en cas d'incapacité) et rédigé honnêtement sans complaisance, préservera le secret médical. En outre, il est vivement recommandé de mentionner, en bas du document: *«certificat délivré à la demande de l'intéressé et remis en main propre ce jour»* et de faire signer le patient.

### Certificat médical post mortem

En vue de faire valoir les droits du défunt (par exemple le versement du capital

d'une assurance-vie), les ayants droit légitimes sollicitent le médecin traitant afin qu'il établisse un certificat sur la cause du décès. Là encore, le certificat ne pourra être remis directement à l'organisme d'assurances ou à son médecin conseil. Seuls les ayants droit du patient décédé pourront obtenir ce document sauf si le médecin a reçu interdiction du vivant de son patient, ou s'il a connaissance d'un conflit familial d'ordre successoral par exemple. La rédaction du certificat post mortem est encadrée puisque le médecin ne peut dévoiler la cause médicale du décès mais a le droit d'attester que la cause du décès ne figure pas parmi les clauses d'exclusion des garanties.

Citons le cas du suicide, souvent exclu des garanties et en toute hypothèse durant un an suivant la souscription du contrat, où le médecin ne peut ni faire état d'une mort de cause naturelle, ni signaler le suicide. Ainsi, le médecin ne peut délivrer un certificat que si la cause du décès correspond aux garanties du contrat, le décès ayant une cause naturelle ou résultant d'un accident. ■



# Psychiatrie

**Modifications concernant les soins psychiatriques sans consentement: loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge**

Dr Anne-Marie Trarieux



La loi n° 2011-803 du 5 Juillet 2011 entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> août 2011 et ses décrets et circulaires d'application réforme la loi de 1990 concernant les hospitalisations en psychiatrie.

Une adresse internet, proposée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé: [www.loipsy2011.sante.gouv.fr](http://www.loipsy2011.sante.gouv.fr), propose les textes, des outils, fiches de procédure, documents-modèles.

Précisons que des **certificats administratifs à télécharger** sont proposés sur le site du Centre Hospitalier ESQUIROL:

[www.ch-esquirol-limoges.fr](http://www.ch-esquirol-limoges.fr)

Cette loi nous confronte tous à des changements contraignants dans nos fonctionnements, précisons tout de suite qu'elle prévoit que les **certificats soient dactylographiés**. Il est évident que les circonstances ne vont, souvent, pas le permettre et cela devra alors être mentionné pour éviter de possibles difficultés ultérieures.

Schématiquement, il semble que nous puissions faire mention de ce qui ne change pas et reprendre les grandes lignes de ce qui change.

**Ce qui ne change pas :**

- Les soins libres demeurent la règle.
- Deux procédures de contrainte distinctes persistent, à la demande d'un tiers et sur décision du Préfet, ainsi que le maintien des dispositifs d'urgence.

**Ce qui change :**

■ L'hospitalisation n'est plus la règle en ce qui concerne les soins sans consentement. En effet, après une période de 72h obligatoirement en hospitalisation complète, un « programme de soin » peut être proposé par un psychiatre participant à la prise en charge et mis en place sur décision du Directeur ou du Représentant de l'État dans le Département.

■ Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, représentent le premier des deux modes d'hospitalisation sans consentement, les soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de

risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade correspondent à l'ancienne hospitalisation sur demande d'un tiers et au péril imminent.

■ Les modalités d'admission restent sensiblement les mêmes si ce n'est que l'ancien péril imminent correspond maintenant à un dispositif d'urgence lorsqu'il existe un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**.

• Comme par le passé, 2 certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours sont nécessaires dont un obligatoirement établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil pour le premier cas de figure (article L. 3212-1-II-1°).

• En cas d'urgence, un seul certificat pouvant émaner d'un médecin de l'établissement est exigé en sachant que les certificats désormais nécessaires après l'admission, certificats des 24 h et des 72h, ne pourront pas être établis par ce même médecin, **excluant** quasiment de facto la possibilité qu'un médecin de l'établissement puisse maintenant établir ces certificats. Le certificat est circonstancié, constate l'urgence et le risque grave de l'atteinte à l'intégrité du malade (article L. 3212-3).

• Une disposition nouvelle - art. L. 3212-1, II, 2°, s'adresse aux soins psychiatriques en cas de **péril imminent pour la santé de la personne** et correspond dorénavant à une **procédure sans tiers**, prononcée dans un cadre légal strict par le Directeur lorsque l'on se trouve dans l'impossibilité d'obtenir une demande de soins par un tiers, avec existence d'un péril imminent pour la santé de la personne à la date de l'admission. Un seul certificat, ne pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement, est nécessaire. Le **certificat est circonstancié, constate le péril imminent et l'état mental du patient, indique les caractéristiques de la maladie, la nécessité de recevoir des soins**.

■ En ce qui concerne les nouvelles dispositions pour le maintien dans le dispositif de soins, des différences notables sont à retenir.

- Les certificats sont requis dans les 24 h qui suivent l'admission, dans les 72 h, du 6 au 8<sup>e</sup> jour, puis tous les mois
- À l'issue de la période de soins et d'observation de 72h, un psychiatre participant à la prise en charge du patient propose soit la **poursuite des soins en hospitalisation complète** soit des **soins en ambulatoire** qu'il détaille dans le cadre d'un « programme de soin », hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations, activités thérapeutiques (**Décret n° 2011-847 du 18/07/2011**). La décision revient au Directeur d'Établissement.
- Un **contrôle systématique par le Juge des Libertés et de la Détention** intervient obligatoirement, au plus tard, au bout de **15 jours d'hospitalisation complète continue**, puis, si l'hospitalisation se prolonge, au bout de **6 mois d'hospitalisation complète continue**. Ce contrôle n'exclut pas la possibilité, comme par le passé, d'une **saisine facultative du juge à tout moment**.
- Le directeur saisit le juge au plus tard le 12<sup>e</sup> jour. Le juge peut demander des expertises complémentaires, l'hospitalisation se prolonge alors de 14 jours au maximum.
- En l'absence de saisine dans les délais, de décision du juge dans les délais, **la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise sans débat**.
- **L'audience est prévue avec audition du patient, sauf si impossibilité pour raisons médicales**. Elle a lieu en audience publique, avec possibilité d'audience en chambre du conseil, à huis clos, sur demande du patient ou de son entourage, s'il y a **atteinte à l'intimité de la personne**. Elle se déroule, en ce qui concerne notre département, à l'hôpital ESQUIROL où une salle de visioconférence a été aménagée ou au siège du tribunal de grande instance si

opposition du patient. En cas de contre-indication médicale, celle-ci est attestée par un certificat médical.

- **Des sorties de courte durée** pour motif thérapeutique ou démarche nécessaire peuvent être accompagnées, non seulement par des soignants, mais également par un **membre de la famille** ou la **personne de confiance**.
- Dans le cas où les soins dépasseraient 1 an, **une évaluation de l'état mental** de la personne par un **collège de soignants** est rendue nécessaire (art. L 3211-9). Ce collège est convoqué à la demande du Directeur de l'établissement.

■ **La levée de la mesure de soins psychiatriques**, intervient, comme par le passé, à tout moment, sur avis médical, sur la demande de la famille ou d'une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, **en l'absence de désaccord attesté par le psychiatre traitant**, mais aussi, sur décision du **Juge des Libertés et de la Détention**, ou par défaut de décision de sa part, défaut de certificat médical ou sur demande de la **Commission des soins psychiatriques**.

■ **Les soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État**, deuxième procédure de contrainte, correspondent à l'ancienne hospitalisation d'office (article L.3213-1).

■ **Les mesures d'urgence, mesure provisoire des maires** sont maintenues.

■ **Des dispositions spécifiques** font l'objet d'un décret. Elles sont prévues pour des patients dont la mesure fait suite à une déclaration d'**irresponsabilité pénale** ou qui ont été hospitalisés en **UMD** ou avec de tels **antécédents** au cours des 10 années précédentes.

■ Le déroulement de la prise en charge correspond à celui décrit pour les soins psychiatriques sur demande d'un tiers, en rappelant que ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée mais les soins et que le psychiatre, dans ce cadre également, va décider de la forme de ces soins, hospitalisation complète ou autre, formalisée en un «**programme de soin**», dans lequel les **type, lieu, périodicité des soins** seront établis, modifiables seulement par

**un psychiatre participant à la prise en charge.**

■ **Des dispositions diverses enfin abordent :**

**Les droits des patients qui sont renforcés** en ce sens que **l'information sur leurs droits et voies de recours est tracée et qu'un recueil de leurs observations sur les décisions les concernant est demandé. Le rôle des Commissions départementales des soins psychiatriques** est recentré sur les situations les plus sensibles.

**L'organisation territoriale** en ce qui concerne la mission de service public, l'organisation territoriale de la réponse à l'urgence avec l'ensemble des acteurs, dont les transporteurs sanitaires (nb), le suivi des patients en alternative à l'hospitalisation complète dans leurs modalités de collaboration à définir par conventions. ■

*nb: les transports des soins psychiatriques sur demande du Représentant de l'État sont assurés par le Centre Hospitalier Esquirol; les transports des soins psychiatriques à la demande d'un tiers sont assurés de façon privée, sauf pour les patients venant des urgences du CHU, pour lesquels le transport reste assuré par le CH ESQUIROL.*

NOUVEAU

## SITE INTERNET

Le site internet de notre Conseil départemental, **www.ordremedecins87.com**, va être mis en ligne dans le courant du mois d'octobre. Médecins, étudiants en médecine et patients, pourront y trouver des informations utiles concernant l'actualité de la médecine dans notre département.

WWW

## Certificat médical harcèlement au travail

Dr Anne-Marie Trarieux

Le médecin est de plus en plus sollicité par les patients pour des actes qui l'engagent et le conduisent à se prononcer sur des faits médicaux dont les conséquences sociales, économiques, juridiques peuvent être importantes. Le praticien est isolé dans son exercice et il doit pouvoir répondre à ces sollicitations, sans se mettre en danger sur le plan de sa responsabilité.

Savoir ce qu'on peut faire est loin d'être toujours simple face à un patient en souffrance qui vous sollicite.

La demande d'un certificat dans le cadre d'une situation où le harcèlement au

travail est en cause doit répondre à des règles simples.

Comme toujours, le médecin ne peut certifier que ce qu'il constate, observe, ce dont le salarié se plaint. Une relation de cause à effet ne peut être établie. En effet, **le harcèlement moral correspond à une situation juridique précise et ce n'est pas au médecin qu'il appartient de l'établir**. Sa responsabilité a, alors, toutes les chances d'être mise en cause.

Il appartient au médecin de rester dans les limites de sa compétence, tout en répondant aux intérêts de son patient.

## Épidémie de rougeole

Une épidémie de rougeole sévit en France depuis début 2008 et à ce jour, plus de 10 500 cas ont été déclarés.

La circulation du virus s'est intensifiée en début d'année 2010 conduisant à la déclaration de plus de 5 000 cas entre janvier et décembre. La courbe épidémique montre un pic d'incidence en avril 2010 pour la saison hiverno-printanière 2009-2010. La re-augmentation du nombre de cas déclarés dès le mois d'octobre 2010 a annoncé une 3<sup>e</sup> vague de l'épidémie qui se poursuit sur les premiers mois de l'année 2011. Cette vague est de très grande ampleur puisque plus de 3 700 fiches de déclaration obligatoire ont été réceptionnées à l'InVS à ce jour pour des cas survenus en janvier et février 2011. De plus, plusieurs éléments sont en faveur d'une sous-estimation de l'incidence réelle par la déclaration obligatoire.

En 2010, parmi les cas déclarés près de 1 500 cas (29,5%) ont été hospitalisés. Cette proportion élevée s'explique probablement par un taux de déclaration plus important pour les cas hospitalisés mais elle révèle également la plus grande sévérité de la maladie chez les enfants de moins de un an et les adultes de 20 ans et plus, avec une proportion de cas hospitalisés égale respectivement à 38% et 46%. La circulation du virus a touché en 2010 l'ensemble du territoire métropolitain, et particulièrement en Midi-Pyrénées. L'incidence très élevée observée dans certains départements a été le reflet de cas groupés de grande ampleur dans différentes collectivités mais également d'une circulation communautaire très intense. Près de la moitié des cas déclarés en janvier 2011 sont survenus en région Rhône-Alpes.

En 2010, 8 encéphalites infectieuses ou post infectieuses ont été recensées par la déclaration obligatoire dont une conduisant à un décès. Un autre décès est survenu en 2010 chez un patient atteint d'une pneumopathie. À ce jour et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 9 nouvelles complications neurologiques ont été déclarées et un décès est survenu dans un contexte de pneumopathie.

La Direction Générale de la Santé a mis en place, pour la rentrée scolaire, une

action de sensibilisation des parents d'enfants scolarisés de la 6<sup>e</sup> à la terminale ainsi qu'en 2<sup>e</sup> année de CAP/CAPA BEP/BEP. Après vérification du carnet de santé par les infirmières scolaires, les parents, dont les enfants ne sont pas à jour de leur vaccination contre la rougeole, seront invités à se rendre chez leur médecin traitant ou dans un centre de vaccination pour la mise à jour de celle-ci.

Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande, en 2011, de compléter à deux doses de vaccin trivalent oreillons-rougeole-rubéole, la vaccination de toutes les personnes nées depuis 1980, et d'administrer une dose de vaccin trivalent aux professionnels de santé et aux personnes en charge de la petite enfance sans antécédent certain de rougeole, nés avant 1980 et non vaccinés.

Comme auparavant, le HCSP continue de recommander qu'à l'âge de 24 mois tous les enfants aient reçu deux doses de vaccin trivalent oreillons-rougeole-rubéole. En général, la première dose est à administrer à l'âge de 12 mois et la seconde dose entre 13 et 24 mois, en respectant un délai d'au moins un mois entre les deux doses. Pour les enfants gardés en collectivité, la première dose est avancée à l'âge de 9 mois, la deuxième dose étant alors à administrer au mieux entre 12 et 15 mois.

### Prévention autour d'un cas de rougeole

En cas de contact avec une personne ayant une rougeole, une vaccination dans les 72 heures suivant le contact est susceptible d'éviter la maladie aux personnes potentiellement réceptives. En cas de contact proche, une dose de vaccin monovalent contre la rougeole est à administrer dans les 72 heures aux nourrissons âgés de 6 à 8 mois; l'enfant recevra par la suite les deux doses de vaccin trivalent, selon le calendrier vaccinal général. Une première dose de vaccin trivalent est à administrer aux nourrissons âgés de 9 à 11 mois non encore vaccinés, la vaccination étant ensuite complétée par une deuxième dose.

Selon le HCSP, la vaccination est déconseillée pendant la grossesse en raison d'un risque tératogène théorique.

Cependant, une vaccination par mégarde ne justifie pas une interruption médicale de grossesse.

Chez les personnes non immunisées à risque de complications, exposées à une rougeole en phase contagieuse, une injection d'immunoglobulines polyvalentes permet souvent d'éviter l'apparition d'une rougeole, et peut-être quelques rares complications, mais les effets indésirables chez les enfants de moins d'un an et chez les femmes enceintes restent à mieux évaluer. ■

#### Pour en savoir plus sur les MDO

Lien pour accéder au dossier MDO sur le site de l'InVS (fiche de notification, aide-mémoire, etc.):

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>

#### À qui signaler et notifier ?

A la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire

ARS Limousin

Tél. 05 55 11 54 54

Fax : 05 67 80 11 26

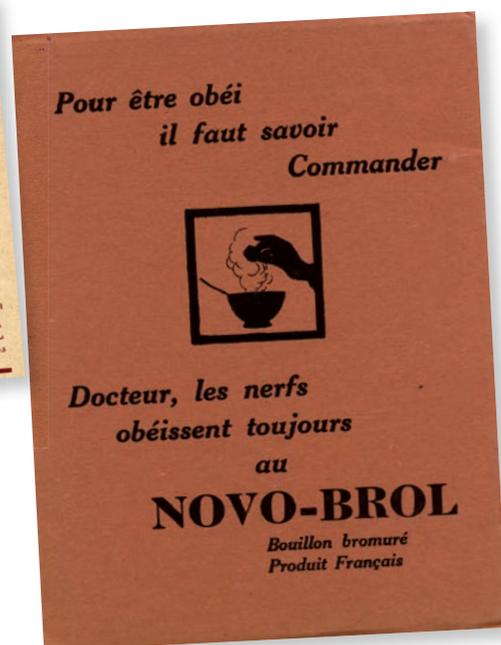
Courriel : [ars87-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars87-alerte@ars.sante.fr)

#### Où se procurer des formulaires de notification et les fiches d'information des personnes ?

Par internet, sur le site de l'InVS:

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire> ou

En contactant la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire de l'ARS Limousin au 05 55 11 54 54



### Les 30 maladies à déclaration obligatoire

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë symptomatique par virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque (IIM)
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique

## Circulaire du Conseil de l'Ordre

le 13 septembre 2011

Circulaire n° 11-087

Section Éthique et Déontologie

Tél : 01.53.89.32.91

Mots-clés : Déclaration de morsure canine

Mon Cher Confrère,

Le Directeur Général de la Santé appelle notre attention sur les dispositions de l'article 7 de la loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux, qui prévoient (code rural - section 2: chiens dangereux et errants - art. L 211-14-1) que :

« *Tout fait de morsure d'une personne par un chien est déclaré par son propriétaire ou son détenteur ou par tout professionnel en ayant connaissance dans l'exercice de ses fonctions, à la mairie de la commune de résidence du propriétaire ou du détenteur de l'animal.* ..... ».

Les services médicaux d'urgence, les médecins appelés à donner des soins à une personne qui se dit mordue par un chien ou dont les blessures présentent les apparences d'une telle morsure sont soumis à cette obligation de déclaration.

Le médecin n'a à déclarer que la morsure mais ni le nom de la victime ni celui du propriétaire du chien.

Cette déclaration présente un réel intérêt en termes de santé publique, le médecin étant généralement le seul à avoir connaissance de la survenue d'une morsure canine.

C'est pourquoi, je vous demande de diffuser de nouveau cette information auprès de nos confrères.

Je vous en remercie par avance.

Veuillez agréer, Mon Cher Confrère, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Le Secrétaire Général  
Dr Walter Vorhauer

## La violence contre les médecins en Haute-Vienne

Dr Patrick Mounier

Il existe un observatoire pour la sécurité des médecins, créé par le Conseil National de l'Ordre.

À l'échelon local, nous répertorions toutes les agressions au sens large du terme (aussi bien verbales que physiques).

### Que faire en cas d'agression ?

La **FICHE DE SIGNALEMENT** permet aux médecins de transmettre au Conseil départemental de l'Ordre, l'agression subie, afin d'être aidé et soutenu par l'institution ordinaire.

Cela permettra l'analyse du problème et l'étude des solutions possibles.

Un livret de sécurité, à l'usage des médecins, est disponible auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

### Quand faire un signalement ?

Toute agression verbale ou toute atteinte aux biens, justifie le dépôt d'une plainte.

C'est un délit PÉNAL.

Le dépôt d'une main courante est nécessaire pour le problème de l'assurance des biens.

Le Conseil départemental de l'Ordre peut s'associer à la plainte et se porter partie civile, ou se substituer au confrère qui craindrait des représailles.

### RÉSULTATS 2010 DE L'OBSERVATOIRE

1 000 déclarations en 2010 contre 500 en 2009.

Ce sont surtout les agressions verbales qui ont augmenté par rapport aux agressions physiques.

Les vols sont la 2<sup>e</sup> cause d'agression.

Les généralistes sont les plus touchés (60%). Les spécialistes les plus touchés sont les ophtalmologistes, les médecins du travail et les psychiatres.

Le nombre de victimes femmes a augmenté de 10%.

**LES CAUSES les plus fréquentes** sont :

- Le reproche d'une mauvaise prise en charge,
- Le vol
- Le refus de prescription
- Le temps d'attente jugé excessif

Ce problème de violence est à prendre en compte car il est une des causes négatives sur l'installation des médecins en libéral.

**En Haute-Vienne :**

- 1 déclaration en 2008
- 4 déclarations en 2009
- 6 déclarations en 2010

15% des agressions ont lieu en milieu rural.

15% des incidents ont lieu dans un établissement de soins.

**DES SOLUTIONS :** diverses...

Organisation du cabinet médical à plusieurs, caméra de surveillance pour la salle d'attente ou pour l'ouverture de la porte d'entrée, ilotage des forces de l'ordre dans les zones à risques,...



## Mise en garde : annuaires professionnels

Une nouvelle fois, nous devons attirer l'attention des médecins sur les formulaires qui leur sont adressés par des sociétés proposant de mettre en ligne leurs coordonnées professionnelles.

Des sociétés comme TEMDI.COM, The European Medical Directory, RSI Répertoire des Sociétés et des Indépendants, United Directorios Lda, NovaChannel, etc... s'adressent régulièrement aux professionnels.

Depuis l'année 2000, le Conseil National, relayé par notre Conseil Départemental,

vous alerte régulièrement. Les documents qui vous sont envoyés sont en réalité des bulletins d'adhésion de prestation publicitaire et d'annuaire payant.

Le médecin qui signe ce type de document se trouve engagé dans un quasi contrat.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins recommande donc l'extrême vigilance dans la lecture et l'examen de ce type de propositions :

**si l'entreprise a son siège en France :** de saisir la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes d'une plainte, et contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société ;

**si l'entreprise a son siège hors de France :** de saisir le Procureur de la République du lieu d'exercice du médecin contre la société en cause et de contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société.

XII<sup>e</sup> COLLOQUE de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
de RELAXATION PSYCHOTHÉRAPIQUE (S.F.R.P.)

## Rites, cultures et relaxations

Limoges les 2 et 3 décembre 2011



Au Centre Hospitalier Esquirol

15, rue du Docteur Marcland 87025 Limoges Cedex

Organisé par le Professeur Jean-Pierre Clément,  
les docteurs Philippe Nubukpo, Christophe Peugnet, Yves Ranty†  
La S.F.R.P. et l'École Française du Training Autogène (EFTA)

### Rites, cultures et relaxations

Médicaments et pratiques corporelles thérapeutiques et psychothérapeutiques sont ou prétendent être directement en prise sur l'état physiologique naturel du patient. Ils semblent en tout cas constituer la part représentative et médiatrice du charisme du soignant à incorporer par le patient : en effet le soignant est l'ambassadeur du sacré-divin ou scientifique selon les cultures, entre le malade fautif au regard des dieux ou bien entre le citoyen désinséré des normes de « la santé » et la cohérence de son groupe culturel. Son médicament, sa parole, sa méthode sont incorporés comme soignants et ainsi relie et renforcent le patient.

La relaxation sollicite pour notre gouverne de thérapeute, la reconnaissance du magique et du sacralisé sinon du sacré au sein de notre pratique et du cadre culturel de celle-ci. Dans cette optique, nous comparerons avec profit nos pratiques soignantes avec celles d'autres cultures et pourrions discerner notre héritage à l'égard de certaines ; à l'intérieur de notre culture, la comparaison s'affinera en considérant les pratiques psychothérapeutiques des relaxations entre elles et avec les pratiques médicales, nombre de psychothérapeutes étant au demeurant également prescripteurs.

Nous serons introduits d'emblée au cœur du problème en suivant l'histoire de la maladie grave d'Indo Pino, une shaman indonésienne des Célèbes, soignée par des shamans de sa tribu, puis par des ethnologues non médecins mais équipés, comme tout bon croyant occidental en la science médicale, d'une pharmacie miraculeusement adéquate : la guérison viendra avec l'acculturation préparée par la relation affectueuse, suffisamment soutenue par le groupe tribal, achevée par l'efficacité du médicament, lequel sera rapidement intégré par la rescapée à la mythologie traditionnelle locale.

Pour tout renseignement contacter le Secrétariat du Colloque

Madame Isabelle Montet

Fédération Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte

et du Sujet Agé au C.H. Esquirol

Tél. 05 55 43 11 99

Mail : isabelle.montet@ch-esquirol-limoges.fr

## URGENCES DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Monsieur le Docteur Jean-Pierre EYRAUD, gynécologue obstétricien à la Clinique des Émailleurs nous informe, en accord avec Monsieur le Professeur Yves AUBARD, qu'il existe à la **Clinique des Émailleurs, un accueil pour les urgences de gynécologie obstétrique, ouvert 24 h / 24 et 7 jours / 7.**  
Le numéro des urgences est le 05 55 43 39 16.

### DIPLÔME UNIVERSITAIRE « développement, psychopathologie et soins de l'enfant »

organisé par le Pôle de Pédopsychiatrie du CH ESQUIROL en collaboration avec l'université de Limoges.

Ce nouveau diplôme universitaire vise à promouvoir un enseignement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent apportant une formation complémentaire pour les médecins ou professionnels de l'enfance en formation ou en activité auprès d'enfant pouvant présenter des troubles psychopathologiques.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez prendre contact avec le Centre de Psychologie Clinique Infantile (date limite d'inscription le 15/12/2011) :

■ par e-mail à [pc7@ch-esquirol-limoges.fr](mailto:pc7@ch-esquirol-limoges.fr)

■ par tél. au 05 55 43 12 60

■ par fax au 05 55 43 68 99

### LA FONDATION POUR LA RECHERCHE MÉDICALE COMITÉ DU LIMOUSIN

organise le 9 novembre 2011 à 18 heures

à la **nouvelle Faculté de Droit à Limoges**

5, rue Félix Eboué

**une conférence sur les Accidents Vasculaires Cérébraux  
par le Professeur Pierre AMARENCO**

UNV - Hôpital Bichat - Paris

(entrée et parking gratuits)

## AGENDA

- 13 avril 2011, le Docteur Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical à Chateaufort-la-Forêt.
- 4 mai 2011, le Docteur Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical au CHU de Limoges.
- 11 mai 2011, le Docteur Vincent Sauget a participé au Comité de Pilotage de l'étude d'organisation de l'accès aux soins de premier secours sur la zone rurale du Pays d'Ouest Limousin.
- 12 mai 2011, les Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé à l'ARS du Limousin, à une réunion sur la permanence des soins.
- 13 mai 2011, le Docteur Anne-Marie Trarieux a assisté à une saisie de dossier médical au Centre Hospitalier Esquirol.
- 1<sup>er</sup> juin 2011, le Docteur Anne-Marie Trarieux a assisté à une saisie de dossier médical au Centre Hospitalier Esquirol.
- 14 juin 2011, le Docteur Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical à Bessines-sur-Gartempe.
- 14 juin 2011, les Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé au comité de suivi du dispositif expérimental de permanence des soins.
- 18 juin 2011, les Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé aux Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins à Paris.
- 24 juin 2011, le Docteur François Touraine a assisté à une saisie de dossier médical au CHU Dupuytren.
- 28 juin 2011, le Docteur Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier médical au CHU de Limoges.
- 30 juin 2011, le Docteur Jacques Lamouraux a assisté à une saisie de dossier médical à Saint-Léger-Magnazeix.
- 15 septembre 2011, le Docteur François Archambeaud a participé à la soirée de clôture des manifestations du bicentenaire des Barreaux du Limousin.
- 21 septembre 2011, les Docteurs Florence Duché et Ludovic Pinson, ont participé au Conseil National à Paris, à une réunion d'information sur le thème des dérives sectaires dans le domaine de la santé.
- 28 septembre 2011, les Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne ont participé, à l'ARS du Limousin, au comité de suivi du dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- 29 septembre 2011, le Docteur François Archambeaud a participé à la conférence de presse de lancement de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière.

