



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 14

OCTOBRE 2012

Conseil départemental de la Haute-Vienne



DOSSIER

Liberté d'installation

p. 5

Largement soutenue par les médias, la polémique engagée depuis le séminaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, à la mi-mai 2012, sur la régulation de l'installation des jeunes médecins a heureusement entraîné des réunions, des débats, des réflexions des professionnels concernés.



Mise à jour du code
de déontologie
médicale

p. 14



Aide ordinaire
aux médecins
en difficulté

p. 16



sommaire

- **Édito** p. 2
- **Exercice professionnel**
 - Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès p. 3 et 4
- **Dossier**
 - Liberté d'installation p. 5 à 13
- **Informations pratiques**
 - Mise à jour du code de déontologie p. 14 et 15
 - Aide ordinaire aux médecins en difficulté p. 16
 - Internes et certificats médicaux p. 17
 - « Allergie à l'iode » mythe ou réalité ? p. 18
 - Médecine libérale, continuité des soins p. 19
- **L'agenda** p. 20

Publication du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne
 Drs Pierre Bourras, Christophe Descazeaud, Joël Malgouyard, Patrick Mounier, Vincent Pacaud, François Touraine, Anne-Marie Trarieux, Philippe Garnier, Éric Rouchaud, Vincent Sauget
 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

édito



Dr François ARCHAMBEAUD

Demandé par la commission des finances de l'assemblée nationale, le récent constat de la cour des comptes se montre très sévère quant à la gestion du coût du Dossier Médical Partagé (DMP).

Conçu par la loi de 2004, mis à disposition des usagers en janvier 2011 par le Ministère de la Santé, il regroupe sous forme électronique et gratuit, des informations médicales.

158 000 dossiers sont ouverts à ce jour, ce qui est un chiffre insuffisant au regard de l'objectif de 500 000 dossiers à la fin 2011.

Le DMP aurait coûté 210 millions d'euros de 2005 à 2011 et un demi milliard si on inclut les dossiers hospitaliers.

Un manque d'évaluation de son utilité, une insuffisance de suivi financier, une multiplication d'expériences sans lendemain, jusqu'en 2008, l'absence de parution des décrets définissant le champ et le contenu du DMP, l'absence d'intercommunicabilité entre les différentes instances et l'absence de sécurité des données, font dire à certains députés que « la France souffre d'un déficit de gouvernance politique en santé ».

Dans le même temps, notre Ministre de la santé menace de prendre des décisions par voie réglementaire en ce qui concerne le tact et la mesure, si un accord n'est pas trouvé rapidement à propos de la valeur des actes médicaux.

Sur ces sujets ainsi que sur celui concernant les difficultés d'accès aux soins, n'est-il pas indispensable de définir une stratégie d'ensemble, avec tous les acteurs de santé, comme est en train d'y réfléchir le Conseil National de l'Ordre des Médecins ?

Loin des polémiques, il est nécessaire d'aboutir, unis, à une vision globale de l'organisation du dispositif de soins et des systèmes d'information modernes, en partie pour permettre un égal accès à des soins de qualité pour tous, ce qui est bien dans les missions attribuées à l'Ordre des Médecins.

TABLEAU

INSCRIPTIONS Du 05/04 au 19/09/2012

Dr AIT AHCENE Karim *Gériatrie*
CHU Dupuytren - 13/09/2012

Dr APEDJINOUC TCHALLA Eugénie
Médecine générale Collaborateur libéral
St-Brice s/Vienne - 09/05/2012

Dr AZALBERT Claire *Gériatrie*
CHU Dupuytren - 04/07/2012

Dr BILAND Guillaume *Chirurgie générale*
CHU Dupuytren - 09/05/2012

Dr BORDAS Mathieu *Chirurgie générale*
CHU Dupuytren - 09/05/2012

Dr CARCAUZON Véronique
Chirurgie générale
Hôpital Mère Enfant - 09/05/2012

Dr DANJON-THOMAS Céline
Chirurgie générale
CHU Dupuytren - 09/05/2012

Dr DOMELIER Marie *Médecine générale*
Hôpital Mère Enfant - 05/09/2012

Dr DUMAS Célia *Médecine générale*
Remplaçante - 06/06/2012

Dr EGENOD Thomas *Pneumologie*
Hôpital du Cluzeau - 09/05/2012

Dr GAILLARD Jérôme *Médecine générale*
CHU Dupuytren - 06/06/2012

Dr GREFFE Guillaume
Chirurgie générale CHU Dupuytren
09/05/2012

Dr HARRIKARAN-BILAND Shelley
Pédiatrie Hôpital Mère Enfant
06/06/2012

Dr HOJEIJ Hicham
Pathologie cardio-vasculaire
sans activité - 04/07/2012

Dr KAZANTZI Alexandra
Radiodiagnostic et imagerie médicale
CHU Dupuytren - 05/09/2012

Dr LANSAC-BERHILI Hayat
Médecine physique et réadaptation
Hôpital de Jour Baudin - 05/09/2012

Dr LE CLECH Lise *Médecine générale*
CDG Haute-Vienne - 04/07/2012

Dr MASERAS Cristina *Médecine générale*
sans activité - 04/07/2012

Dr PASCAUD Jean-Léon
Radio-diagnostic CHU Dupuytren
06/06/2012

Dr PENNERET Julie *Médecine générale*
Remplaçante - 09/05/2012

Dr PLOMMET Stéphane
Médecine générale Remplaçant
06/06/2012

Dr QIU Hao
Oncologie option radiothérapie
CHU Dupuytren - 23/08/2012

Dr RANDIER Emmanuelle
Chirurgie générale CHU Dupuytren
09/05/2012

Dr REBIERE Michèle
Médecine du travail Hôpital du Cluzeau
05/09/2012

Dr SENAMAUD Roman
Médecine générale sans activité
04/07/2012-

Dr TOURON-MAY Christine
Médecine générale AIST Limoges
06/06/2012

Dr TURKI Khalil *Ophthalmologie*
CHU Dupuytren - 05/09/2012

Dr VARNOUX Aurélien *Psychiatrie*
CH Esquirol - 04/07/2012

QUALIFICATIONS

Du 05/04 au 19/09/2012

Chirurgie infantile
Dr BEURDELEY Marion

DÉPARTS

Du 05/04 au 19/09/2012

Dr ABITA THIARE Juvénal
transfert vers la Corrèze

Dr BEAUDOUIN Claire-Marie
transfert vers les Pyrénées Atlantiques

Dr BEGUET Mathilde
transfert vers la Gironde

Dr COUTY Morgan
transfert vers la Corrèze

Dr DAMIENS Jean-Bernard
transfert vers l'Indre et Loire

Pr DUMONT Daniel
transfert vers la Corrèze

Dr DUPONT Renaud
transfert vers les Hautes Pyrénées

Dr FUZIER Régis
transfert vers la Haute-Garonne

Dr FUZIER Valérie
transfert vers la Haute-Garonne

Dr HAZANE Éric
transfert vers le Cher

Dr JOULIÉ Stéphane
transfert vers le Rhône

Dr LOPEZ Stéphanie
transfert vers la Corrèze

Dr MAUBON Antoine
transfert vers le Gard

Dr MONTHOUEL Patrick
transfert vers la Sarthe

TABLEAU *suite***DÉPARTS** *(suite)*

Du 05/04 au 19/09/2012

Dr PEREZ Anne-Frédérique
transfert vers la Haute-Garonne

Dr RIGAL Sylvain
transfert vers les Bouches du Rhône

Dr RIVA Roberto
transfert vers le Rhône

Dr SIEGLER Julien
transfert vers les Bouches du Rhône

Dr THEBAULT Émilie
transfert vers la Charente-Maritime

Dr THIABAUD Bernard
transfert vers la Savoie

**RADIATIONS POUR
CONVENANCE
PERSONNELLE**

Du 05/04 au 19/09/2012

Dr POPESCU Dorina

Dr POPESCU Dan Silviu

Dr ROUSSANNE Marie-Claire

RETRAITÉS

Du 05/04 au 19/09/2012

Dr BONNEL Jean-Pierre
Médecin généraliste à Limoges
le 01/07/2012

Pr BONNETBLANC Jean-Marie
Dermatologue à Limoges le 01/09/2012

Dr BREILLOUT Alain
Médecin généraliste à Limoges
le 01/07/2012

Dr BRIL Anne-Marie
Pédiatre à Limoges le 01/07/2012

Dr COLOMBEAU Marie-Claude
Pédiatre à Limoges le 01/07/2012

Dr DANY François
Cardiologue à Limoges le 01/07/2012,
poursuit son activité

Dr DUCHET Jacques
Médecin généraliste à Ambazac
le 01/07/2012

Dr DUPUIS Martine
Psychiatre à Limoges le 01/07/2012

Dr ESCALIÉ Corinne
Médecin du travail à Limoges
le 01/07/2012, poursuit son activité

Dr GAILLARD Suzanne
Médecin du travail à Limoges
le 01/07/2012

Dr HENNEQUIN Denis
Pédiatre à Limoges le 01/07/2012
poursuit son activité

Dr LAMASSIAUDE-LAVANDON Michel
Médecin généraliste à St-Yrieix-la-Perche
le 01/07/2012

Dr LIEURY Christian
Médecin physique et réadaptation
à Limoges le 01/07/2012

Dr PICOT Dominique
Radiologue à Limoges le 01/09/2012
poursuit une activité de remplaçant

Dr SOUYRI Nicole
Dermatologue le 01/07/2012, poursuit
une activité salariée.

DÉCÈS

Du 05/04 au 19/09/2012

Dr GUYOT Paul le 21/08/2012

Pr LÉGER Jean-Marie le 27/04/2012



LIBERTÉ D'INSTALLATION

Dr Pierre Bourras

Largement soutenue par les médias, la polémique engagée depuis le séminaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le 15 mai 2012, sur la régulation de l'installation des jeunes médecins a heureusement entraîné des réunions, des débats, des réflexions des professionnels concernés.

Déjà, en 2003, la Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre avait étudié ce problème de façon approfondie face au constat :

- densité médicale en baisse en 2012,
- vieillissement de la population médicale : 50 ans en moyenne en 2011,
- féminisation : 45 % des médecins en exercice seront des femmes en 2020,
- répartition géographique inégale.

Comme il était annoncé, les difficultés éclatent en 2012 puisque en 9 ans aucune décision n'a été prise contre ce problème annoncé.

Les outils à la disposition des pouvoirs publics sont :

- le numerus clausus,
- l'internat,
- les contraintes et les incitations à l'installation,
- le conventionnement incitatif et / ou contraignant,
- les gains de productivité (augmenter la rentabilité en temps médical de l'activité du praticien : réseaux, informatisation, professionnels de santé non médecins, regroupements, multiplication des sites d'exercice, délégation de tâches...).

Dans cet état des lieux, nous ne recenserons que le 3^e sur les contraintes et les incitations à l'installation, après l'avis des principaux acteurs : les jeunes médecins et une étude sur la génération à laquelle ils appartiennent, génération Y : ce qui peut éventuellement les opposer aux « baby boomer » mais qui en fait, est complémentaire.

La nouvelle génération face aux problématiques de l'installation

Dr Delphine Marchesseau, Sophie Garcia et Brice Tregan

Dans son communiqué de presse du 29 mai 2012, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a recommandé au gouvernement de réguler l'installation des jeunes médecins en créant une obligation d'exercice, d'une durée minimale de 5 ans, dans leur région de 3^e cycle universitaire dans des zones de besoins prioritaires définies par l'ARS. Cette prise de position a entraîné de nombreuses réactions. Réuni en Assemblée Générale au mois de Juin, le CNOM a décidé de mener une concertation avec les structures jeunes.

Dans cette optique, les structures jeunes représentatives du Limousin: ACEMPL (Amicale Corporatiste des Étudiants en Médecine et Pharmacie de Limoges), AIMGL (Association des Internes de Médecine Générale du Limousin) et GJIREL (Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants du Limousin), avons été reçus par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, en présence des représentants du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin, le 10 juillet 2012.

L'accueil réservé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne a été très satisfaisant et la table ronde nous a permis d'exprimer nos remarques et propositions. Nous espérons qu'elles pourront être relayées à l'échelon national.

Tout d'abord, nous estimons qu'il est trop tôt pour juger inefficaces les différentes mesures incitatives mises en place ces dernières années. En effet, 96% des Internes de Médecine Générale (IMG) ne connaissaient pas ces mesures (enquête de l'ISNAR-IMG 2010-2011). Une meilleure stratégie d'information auprès des étudiants (de 2^e et 3^e cycle) nous apparaîtrait opportune. Les mesures telles que le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ou bien la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), développées pour favoriser l'installation libérale sont trop récentes pour que leurs effets puissent être évalués.

Selon la jeune génération, quels sont les divers écueils des mesures «coercitives»? Le risque majeur est l'aggravation de la crise de vocation, que subit déjà la Médecine Générale, et plus généralement la médecine libérale. Rappelons que, chaque année, plus de 600 postes d'IMG restent non pourvus. La préférence de l'exercice salarié pourrait s'accroître, au sein d'une jeune génération à prédominance féminine qui, comme nous le savons, s'oriente plus volontiers vers ce mode d'exercice. L'exemple des pays européens, où de telles mesures de régulation ont été instaurées, tend à nous démontrer qu'elles ne sont pas une solution efficace au problème de démographie médicale. En effet, la profession a été délaissée et les zones de besoins se sont déplacées. Enfin, ces mesures ne nous apparaissent pas pérennes. Il est difficile de savoir si les jeunes médecins resteront dans ces zones déficitaires à la fin de leur obligation.

Concernés par l'égal accès aux soins et la qualité de ces derniers, nous avons pu apporter auprès de nos aînés différentes propositions, de la formation universitaire à l'exercice :

- Débuter la communication sur l'exercice libéral et les aides à l'installation dès le DCEM.
- Développer une formation pratique moins «hospitalo-centrée» avec une augmentation des stages en libéral que ce soit en médecine générale ou dans d'autres spécialités.
- Créer un «guichet unique» pour la rémunération des stages (par l'ARS par exemple), l'enveloppe dédiée aux stages d'externes n'appartiendrait plus uniquement au CHU, permettant ainsi une meilleure mobilité des étudiants et, in fine, une meilleure appréhension des différents modes et lieux d'exercice.
- Développer la Filière Universitaire de Médecine Générale qui, si elle est aidée par les instances de tutelle, trouvera

de jeunes médecins pour s'y engager et promouvoir la pérennité de notre formation initiale.

Ces différentes propositions permettraient de bénéficier d'une formation en médecine générale plus en adéquation avec notre exercice futur et de rendre la médecine libérale plus attrayante pour les futurs médecins.

Enfin, certaines mutations de l'exercice «traditionnel» doivent être envisagées. Les incitations financières ne peuvent répondre, à elles seules, au déficit d'installation. La volonté des jeunes médecins de s'investir pour les patients reste intacte, mais pas en sacrifiant leur vie personnelle, d'autant que des solutions nous paraissent envisageables :

- Créer de nouveaux métiers de la santé permettant aux médecins de se dégager du «temps médical» (par exemple, la gestion des tâches administratives).
- Favoriser l'exercice en groupe et le travail en réseau, développer la télémédecine, évitant ainsi l'isolement professionnel craint par les plus jeunes.
- Envisager une rémunération adaptée aux contraintes de l'exercice, en particulier en zones sous denses, rémunérer les missions de service public, le suivi et la coordination des soins.
- Développer l'attractivité des territoires, en particulier ruraux, par le maintien d'infrastructures permettant d'y trouver un tissu social et un espace de vie.
- Modifier les horaires de Permanence des Soins, en particulier pour la fin de journée (18-20h), permettant de concilier vie professionnelle et familiale, même en zones déficitaires.

Nous croyons que c'est dans un climat de concertation intergénérationnelle, que notre profession pourra répondre au problème de démographie médicale et dans cette optique, nous espérons que les échanges avec l'Ordre des Médecins perdureront. ■

La régulation du 1^{er} exercice

Dr Pierre Bourras

1. LES INCITATIONS

Comme il a été dit dans l'article précédent, les jeunes médecins mettent la qualité de vie au premier plan de leur motivation d'installation et le gouvernement, lors des états généraux de l'organisation de la santé le 8 février 2008, souhaitait « améliorer l'attractivité du métier de médecin généraliste de premier recours ».

Les incitations peuvent se répartir en :

a. exonérations fiscales et sociales

I. exonération partielle de l'imposition sur le revenu :

- des honoraires,
- de la rémunération des gardes et astreintes.

II. exonération de charges sociales :

emploi de personnel au cabinet à l'exemple des « zones franches ».

b. financières

I. bourses allouées aux étudiants en médecine sous condition de stages ou d'installation

• ces incitations existent dans de très nombreuses régions financées par l'assurance maladie, les conseils régionaux (Poitou-Charentes), les conseils généraux, les communautés de communes, parfois en partenariat. Très hétérogènes, ces mesures devraient être recensées mais devraient en grande partie, pour rester attractives, garder leur spécificité au moins régionale, sinon locale.



• le contrat d'engagement de service public :
200 contrats pour les étudiants dont 103 ont été signés
200 contrats pour les internes dont 45 ont été signés (en Limousin 4/6.)
Créé par la Loi HPST, il offre une allocation brute mensuelle de 1200,00 euros en échange de l'engagement d'exercer pendant une durée égale à celle de l'allocation, dans des zones où la continuité des soins est menacée. Les contraintes fortes assorties à ce contrat le rendent peu attractif et un assouplissement de la date de début d'engagement, de la durée d'engagement, des clauses de résiliation, des spécialités offertes, serait indispensable.

II. aides à l'installation

• aides à l'investissement : (convention médicale 2011)
l'assurance maladie : « les médecins généralistes qui réalisent au moins les 2/3 de leur activité dans une zone sous dotée, bénéficient s'ils exercent

en cabinet de groupe, d'une aide à l'investissement de 5000,00 euros par an pendant 3 ans et d'une aide à l'activité représentant 10% de leurs honoraires annuels ».

• les collectivités territoriales peuvent prendre en charge, sous engagement d'un minimum de trois ans du bénéficiaire, des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires.





III. aides à l'exercice regroupé pour les médecins installés en zones sous dotées

L'exercice regroupé favorise :

- la permanence de l'accès aux soins pour le patient,
- la possibilité pour le médecin de temps libre pour sa formation et sa vie personnelle,
- la possibilité pour le médecin installé en zone où les besoins sont satisfaits de consacrer une partie de son temps à seconder ses confrères installés dans une zone sous dotée de proximité avec une rémunération complémentaire de 10 % de son activité réalisée en zone déficitaire.

c. matérielles

Lorsqu'on interroge les jeunes médecins, on se rend compte que le logement, la scolarité des enfants, le statut professionnel du conjoint sont aussi des éléments à prendre en compte.

Il est donc indispensable que les collectivités locales s'impliquent dans le maintien des services publics et collectifs permettant à de jeunes couples de se maintenir dans des zones rurales ou précarisées.



2. LES CONTRAINTES

« Partant du principe selon lequel c'est la collectivité nationale qui a financé les études des médecins – dont le coût moyen est estimé à 200 000,00 euros - le gouvernement peut se juger en droit d'attendre en retour un acte de solidarité de leur part ».

Les principales professions de santé ayant accepté, ou étant soumises à une limitation plus ou moins contraignante de leur liberté d'installation, des mécanismes coercitifs de régulation de l'installation ont été prévus sans avoir été mis en œuvre.

a. Des incitations à l'installation dans des zones sous-dotées, par l'intermédiaire du conventionnement

- soit par réduction des tarifs conventionnels pour les praticiens s'installant dans de telles zones,
- soit par des modalités de prise en charge des cotisations sociales des médecins,
- soit par un refus de conventionnement des médecins s'installant dans des zones sur-dotées.

b. Notion de service public: obligation de première installation de 2 à 5 ans, dans des zones sous-dotées. ■



Génération Y: la complémentarité des générations

Dr Anne-Marie Trarieux

Nous assistons à des changements en profondeur de la société. Cela nous conduit à nous interroger. Les contraintes nouvelles en termes de démographie médicale, de distribution des praticiens sur le territoire viennent bousculer nos pratiques et posent le problème de notre exercice professionnel futur.

À cela s'ajoute l'arrivée dans le monde du travail d'une jeune génération qui a ses codes et valeurs propres, la génération Y. Elle fait l'objet de nombreuses études du fait des difficultés spécifiques que pose son intégration dans le monde du travail. Il semble que les techniques managériales ne leur soient pas adaptées, et cela dans le monde de l'entreprise ou dans le domaine sanitaire et social. Ainsi, des recherches sont menées pour que soit reconnu leur potentiel à s'investir sur le plan professionnel et que leurs qualités d'investissement, de créativité soient prises en compte.

La génération Y est la troisième génération présente dans le monde du travail. Elle est l'héritière de ses aînées mais se différencie radicalement d'eux par son fonctionnement et ses attentes, en particulier au travail.

Il est indéniable que leur appartenance à une génération, la première à être totalement interconnectée, ouverte sur le monde, constitue leur véritable point commun. Cette culture commune en fait une génération unique. Génération individualiste mais soucieuse des autres et de son environnement, elle a aussi été dénommée Génération WHY, génération du pourquoi car il lui est nécessaire de comprendre ce qui lui est demandé pour obtenir son adhésion. Ces jeunes, reliés les uns aux autres, hyper-communicants, ne font pas spontanément confiance et

auront tendance à ne pas trop investir dans les relations humaines comme dans leur vie professionnelle. Leurs valeurs cependant, les porteraient à prioriser les notions de respect, de famille, d'honnêteté, de qualité de vie.

Leurs codes et valeurs sont intriqués avec le monde dans lequel ils vivent et dont internet et les nouvelles technologies font partie intégrante. Leur mode relationnel en est modifié, la culture de leurs pairs primant sur tout le reste. Génération confrontée à l'immédiateté des communications, du fonctionnement dans l'instant, il serait même possible pour certains que les changements soient plus profonds et que le fonctionnement cognitif s'en trouve modifié.

Internet a également amené un changement radical de notre rapport au savoir, évolution qui modifie en profondeur notre comportement et induit des valeurs nouvelles chez les représentants de cette génération totalement impactée.

Ainsi des traits de fonctionnement ont été repérés, classifiés, caractérisant à grands traits les codes, valeurs et mode de fonctionnement de ces jeunes nés entre 1977 et 1995.

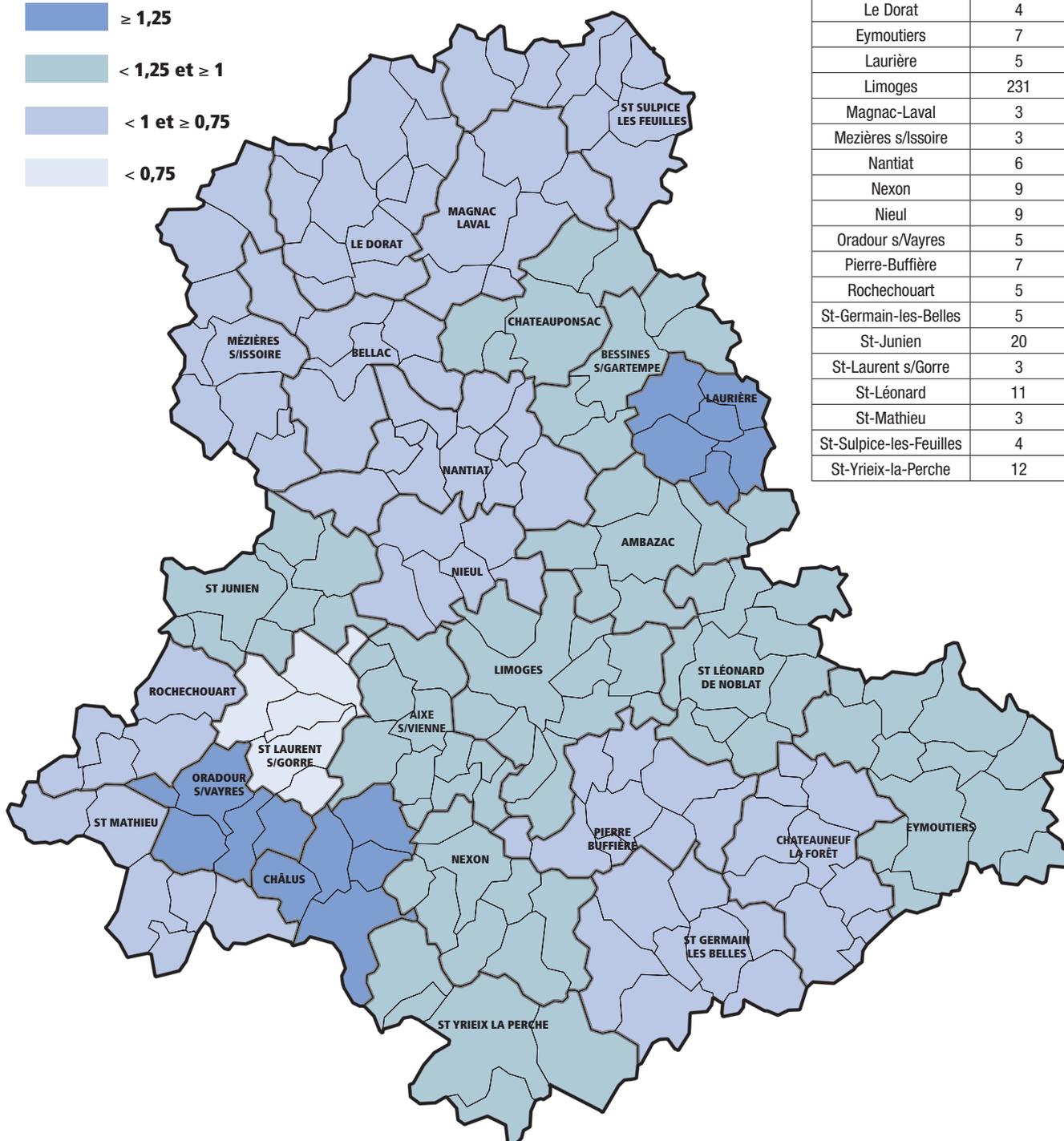
Porteuse de changements ou révélatrice de ces changements, cette génération sait qu'elle doit faire face à un monde difficile. Ces jeunes ont connu l'impact du divorce, le poids du chômage dans leurs milieux familiaux. Après avoir été des enfants désirés, ils se confrontent à un monde du travail qui ne les attend pas mais où ils veulent être reconnus et faire leur place, en gagnant vite et bien leur vie, avec la possibilité de s'exprimer, d'accompagner les mutations. Génération désirée, mais qui doit

conduire à un devenir d'« adulte comme les autres », « génération angoissée », ces jeunes ne seraient-ils pas le reflet d'une société en plein questionnement sur elle-même ?

Au moment où nous avons à nous interroger sur notre exercice professionnel, nous savons que nos jeunes confrères arrivent ou arriveront avec une conception nouvelle du travail et une conception polycentrique de l'existence. Ce n'est qu'ensemble que nous pourrions donner aux changements à venir une cohérence et nous inscrire dans ce qui fait notre compétence. Pour clore ces notes, je rappellerai que dès 2004, le CNOM dans un rapport de la Commission nationale permanente analysait les conséquences de la pénurie médicale annoncée et le rôle que le praticien pourrait jouer en 2020 et au-delà. F. R. Cerrutic, un des rapporteurs, soulignait que nos jeunes confrères ne voulaient plus travailler comme leurs aînés, boudaient le modèle de l'ancienne génération. Il faisait le constat d'une propension accélérée au changement, à analyser avec cohérence. Différents types d'activité étaient envisagés, recherche d'un salariat, progressive disparition de l'exercice individuel exclusif, développement des nouvelles technologies, nouvelles conditions de travail avec importance donnée à la co-décision thérapeutique, à la globalité du système de soins et au développement du travail avec les para-médicaux. Ces propositions prenaient en compte la priorité donnée à la qualité de vie plutôt qu'un enrichissement éphémère et trop contraignant, la volonté d'allier exercice médical et vie familiale, et de préserver la vie personnelle, de famille, les loisirs. ■

Densité des médecins généralistes libéraux,
par cantons pour 1000 habitants

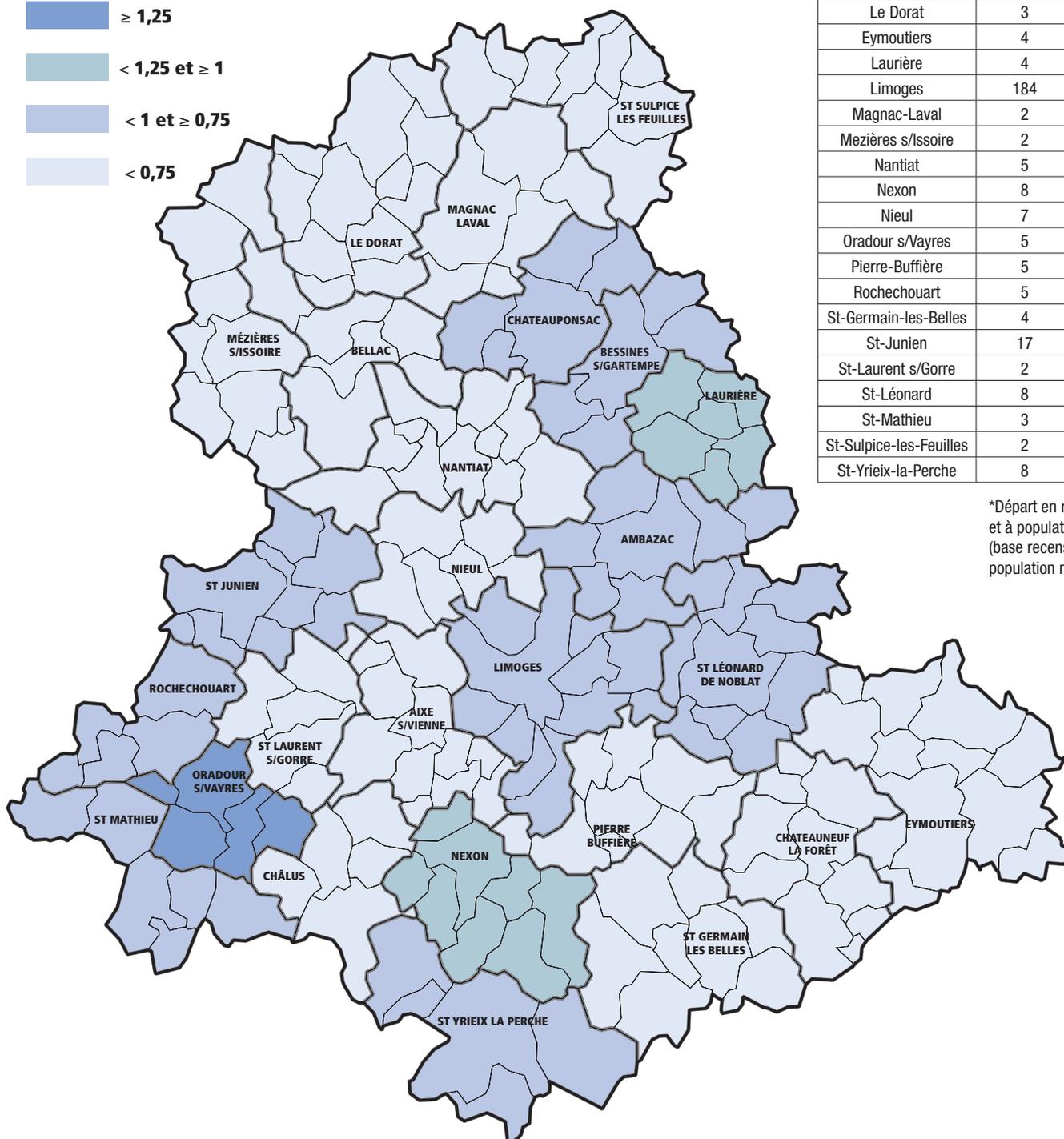
ANNÉE 2012



Cantons (chefs lieux)	Nbre de généralistes libéraux 2012	Densité de généralistes pour 1000 hab. 2012
Aixe s/Vienne	19	1
Ambazac	16	1
Bellac	6	0.80
Bessines s/Gartempe	6	1.08
Chalus	7	1.29
Chateaufort-la-Forêt	5	0.86
Chateauponsac	5	1.22
Le Dorat	4	0.9
Eymoutiers	7	1.2
Laurière	5	1.4
Limoges	231	1.22
Magnac-Laval	3	0.80
Mezières s/Issoire	3	0.80
Nantiat	6	0.80
Nexon	9	1.20
Nieul	9	0.90
Oradour s/Vayres	5	1.25
Pierre-Buffière	7	0.80
Rochechouart	5	0.90
St-Germain-les-Belles	5	0.80
St-Junien	20	1
St-Laurent s/Gorre	3	0.64
St-Léonard	11	1.10
St-Mathieu	3	0.90
St-Sulpice-les-Feuilles	4	0.96
St-Yrieix-la-Perche	12	1.14

Densité des médecins généralistes libéraux, par cantons pour 1000 habitants ANNÉE 2017

(à population constante,
départ à la retraite à 65 ans,
sans nouvelles installations)



Cantons (chefs lieux)	Nbre de généralistes libéraux 2017*	Densité de généralistes pour 1000 hab. 2017*
Aixe s/Vienne	14	0.74
Ambazac	15	0.94
Bellac	5	0.67
Bessines s/Gartempe	5	0.90
Chalus	4	0.70
Chateaufort-la-Forêt	2	0.35
Chateauponsac	4	0.98
Le Dorat	3	0.68
Eymoutiers	4	0.70
Laurière	4	1.15
Limoges	184	0.98
Magnac-Laval	2	0.50
Mezières s/Issoire	2	0.50
Nantiat	5	0.67
Nexon	8	1.04
Nieul	7	0.70
Oradour s/Vayres	5	1.25
Pierre-Buffière	5	0.60
Rochechouart	5	0.90
St-Germain-les-Belles	4	0.60
St-Junien	17	0.85
St-Laurent s/Gorre	2	0.43
St-Léonard	8	0.80
St-Mathieu	3	0.90
St-Sulpice-les-Feuilles	2	0.48
St-Yrieix-la-Perche	8	0.76

*Départ en retraite à 65 ans
et à population constante
(base recensement insee 2009
population municipale)

Conclusion

Les objectifs de permanence des soins et de l'accessibilité aux médecins généralistes (temps d'accès < à 20 minutes), liés à l'évolution de la démographie médicale (292 médecins / 100 000 habitants en 2030 contre 330 médecins / 100 000 habitants aujourd'hui, et 276 médecins en 2024) imposent de trouver des solutions de façon urgente.

Ces solutions pourraient, par exemple, se trouver dans une fonctionnarisation de la médecine dans des zones totalement désertifiées par les médecins libéraux ou la création de groupes de médecins libéraux qui s'engagent à effectuer, à tour de rôle, des permanences dans les zones sous-médicalisées ; il s'agirait là d'un service public apparenté à la permanence des soins et dont les modalités de rétribution seraient mixtes, à l'acte et à la « vacation ». Ce dernier point reste incontournable : il ne peut être imposé à un médecin en activité, en plus de la contrainte du déplacement, de subir « un manque à gagner » dans des zones, certes sous dotées, mais également en voie de désertification.

Pourquoi ne pas proposer aux médecins qui exercent une fonction administrative, une activité de médecine de soins sous forme de vacations leur permettant de garder un contact complémentaire enrichissant dans la profession qu'ils ont choisi ?

Il faut cependant être conscient que si la profession médicale, dans son ensemble, arrive divisée dans la recherche de solutions et n'est pas capable de faire des propositions concrètes, les décisions seront prises par des administratifs, sur des critères uniquement financiers et politiques.

L'exemple de la permanence des soins dans notre département est le contre exemple de ce scénario pessimiste : grâce à la concertation des médecins entre eux, et en acceptant des réformes de notre exercice, parfois difficiles, une solution qui, en grande partie, satisfait les patients et les médecins, a été trouvée.

BIBLIOGRAPHIE

Communiqué du 29 mai 2012 suite au séminaire du CNOM de la mi-mai

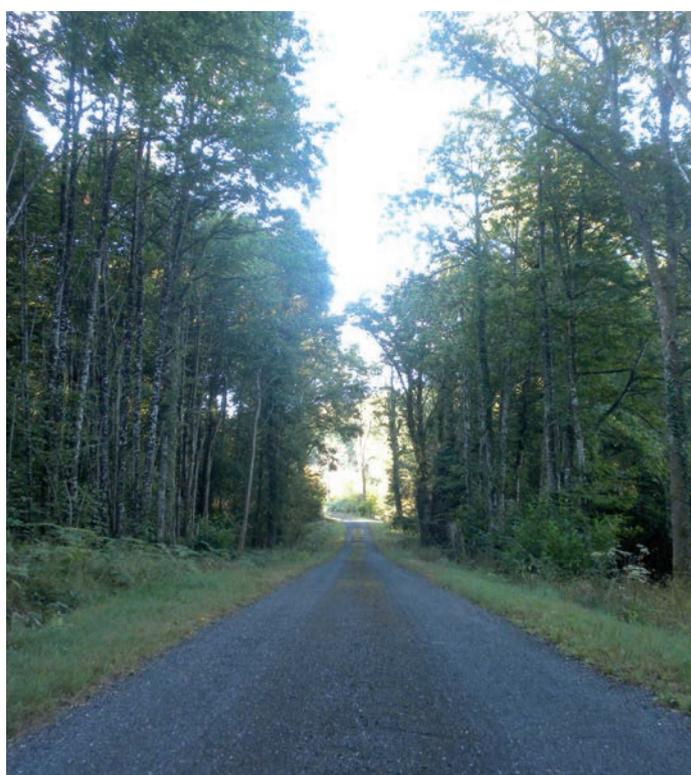
Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins Dr Patrick BOUET rapporteur de la commission médicale permanente : assises du 14 juin 2003

Fiche n°2 « Comment inciter les médecins à s'installer en zones sous-médicalisées », réponses au défi de la démographie médicale du 13/08/2012 sur santé.gouv.fr

Proposition de loi de Madame Chantal ROBIN RODRIGO enregistrée à la procédure de l'Assemblée le 18/10/2011.

Permanence des soins et présence médicale en Limousin. Rapporteur : Denis MALABOU le 19/06/2012

<http://www.senat.fr/1c/1c185/mono.html> #loc38





ET AILLEURS ? ...

■ Allemagne

Restrictions à l'installation

Dans une circonscription donnée, l'installation est possible aussi longtemps que le nombre de médecins, par spécialités, ne dépasse pas 110 % du quota. Ce quota dépend du type d'urbanisation de la circonscription.

Il existe des exceptions : reprise de cabinet et certaines sous spécialités.

Incitations

Si la sous médicalisation est inférieure à 75 % du quota ou un nombre de spécialistes inférieur à la moitié du quota.

Aides attribuées par les conventions paritaires régionales sur des fonds de la sécurité sociale pour moitié, et par l'association des médecins conventionnés pour l'autre moitié.

■ Grande-Bretagne

Restrictions

La majorité des médecins travaillent pour le National Health Service et ont conclu un contrat subordonné à l'évolution de l'offre de soins, mais

la planification des ressources humaines du NHS est très critiquée.

Incitations

Plan de développement des soins primaires, destiné à faciliter le recrutement de médecins généralistes dans les zones sous médicalisées.

■ Autriche

Uniquement des mesures restrictives

L'installation des médecins conventionnés est strictement encadrée. Les caisses d'assurance maladie et les ordres régionaux des médecins concluent des contrats globaux qui fixent le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire. Les médecins répondent à des annonces de postes faites par les caisses d'assurance maladie.

■ Belgique

Aucune restriction à la liberté d'installation.

Les médecins qui s'installent dans une zone à faible densité médicale ou des quartiers défavorisés des grandes villes, reçoivent une prime.

■ Espagne

Aucune restriction, aucune incitation.

■ Pays-Bas

Aucune restriction, aucune incitation.

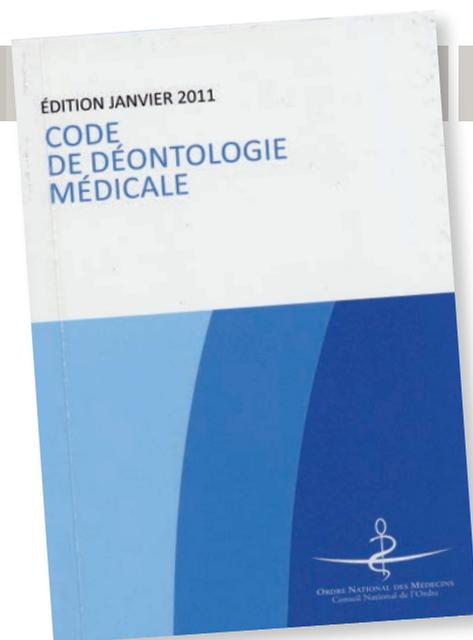
■ Québec

Restrictions

Les médecins généralistes conventionnés exerçant en dehors du plan régional d'effectifs médicaux ont une réduction de 30 % de leur rémunération pour chaque trimestre d'activité dans ces conditions.

Incitations

Rémunération majorée pour les généralistes s'installant dans des territoires éloignés ou isolés de 105 à 140 %. Prime à l'installation et au maintien d'une installation pour ceux qui s'engagent par écrit à exercer l'activité à plein temps pendant 1 an. Congés de formation. Prime annuelle d'éloignement. Remboursement des frais de transport... et de nourriture (mais on est au Québec avec des zones d'approvisionnement difficiles). ■



Mise à jour du code de déontologie médicale

Dr François Archambeaud

Le code de déontologie médicale, qui fait partie intégrante du code de la santé publique, n'est pas un texte immuable.

Ses modifications sont proposées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins afin de l'adapter aux évolutions législatives et réglementaires.

La dernière version, promulguée par décret n° 2012-694 du 7 mai 2012, a été publiée au Journal Officiel du 8 mai 2012. En voici, listées par article, les principales modifications qui complètent ou remplacent les formulations précédentes :

Décret 2012-694 du 07/05/2012

Article 1^{er} (article R.4127-1 du CSP)

Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article R.4127-88 du présent code.

Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

TITRE I

Devoirs généraux des médecins

Article 8 (article R.4127-8 du CSP)

Dans les limites fixées par la loi **et compte tenu des données acquises de la science**, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 11 (article R.4127-11 du CSP)

Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.

Article 12 (article R.4127-12 du CSP)

Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Il participe aux actions de vigilance sanitaire.

La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.

Article 24 (article R.4127-24 du CSP)

Sont interdits au médecin :

- tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;
- la **sollicitation** ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

TITRE II

Devoirs envers les patients

Article 35 (article R.4127-35 du CSP)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 44 (article R.4127-44 du CSP)

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

Article 45 (article R.4127-45 du CSP)

I. - Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

II. - A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Article 46 (article R.4127-46 du CSP)

Lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récusé en cas de conflit d'intérêts.

Article 53 (article R.4127-53 du CSP)

Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télé-médecine. Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades.

TITRE III**Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé****Article 65 (article R.4127-65 du CSP)**

Un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'Ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L.4131-2 du code de la santé publique. Le médecin qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil de l'ordre dont il relève en indiquant les nom et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Le remplacement est personnel. Le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement. Toutefois, des dérogations à cette règle peuvent être accordées par le conseil départemental, dans l'intérêt de la population lorsqu'il constate une carence ou une insuffisance de l'offre de soins.

Article 68 (article R.4127-68 du CSP)

Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient.

Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leur intervention.

Article 68-1 (article R.4127-68-1 du CSP) NOUVEAU

Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel.

TITRE IV**De l'exercice de la profession****1) Règles communes à tous les modes d'exercice****Article 74 (article R.4127-74 du CSP)**

L'exercice de la médecine foraine est interdit.

Toutefois, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance.

La demande d'autorisation est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Celui-ci vérifie que le médecin a pris toutes dispositions pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients qu'il prend en charge.

L'autorisation est personnelle et inces-sible. Il peut y être mis fin si les condi-tions fixées aux deux alinéas précédents ne sont plus réunies.

Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne une localité située dans un autre départe-ment.

Article 83 (article R.4127-82 du CSP)

I - 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 entre-prise, d'une collectivité ou d'une insti-tution 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 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 institu-tions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou régle-mentaires.

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.

II - Un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notam-ment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engage-ment de critères de rendement.

2) Exercice en clientèle privée**Article 87 (article R.4127-87 du CSP)**

Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entre-prises, ou d'un médecin collaborateur salarié.

Chacun d'entre eux exerce son activité médicale en toute indépendance et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin et l'interdiction du compéage.

Article 89 (article R.4127-89 du CSP)

Il est interdit à un médecin de faire gérer son cabinet par un confrère.

Toutefois, le conseil départemental peut autoriser, pendant une période de trois mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue par un médecin du cabinet d'un confrère décédé ou empêché pour des raisons de santé sérieuses de pour-suivre son activité.

Article 92 (article R.4127-92 du CSP) ABROGÉ

Ces modifications tiennent compte de l'évolution apportée par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Elles prennent en compte le dévelop-pement professionnel continu, assouplissent les règles de remplacement et de lieux d'exercice ; la notion de compagnonnage est introduite. ■

Aide ordinaire aux médecins en difficulté

Dr Joël Malgouyard

Lors de la dernière Assemblée générale ordinaire de l'Ordre, le 11 février à Paris, le Conseil National rappelait aux élus le rôle essentiel que devait tenir l'institution en matière d'entraide et de soutien aux médecins en difficulté. Il demandait aux présidents et secrétaires généraux de faire le bilan des actions menées au sein des Conseils en leur faveur et les invitait à développer de nouvelles actions, leur demandant au besoin de s'unir pour obtenir une meilleure efficacité.

L'entraide ordinaire est un sujet régulièrement abordé dans ce bulletin, qu'on retrouvera facilement sur les sites de l'Ordre⁽¹⁾. La réflexion menée au sein du Conseil départemental de la Haute-Vienne et du Conseil Régional du Limousin les a conduits à faire des propositions susceptibles d'entrer dans ce cadre.

Rappelons que les interventions du Conseil Départemental concernent le plus souvent des situations dramatiques: décès du médecin, accidents de la vie ou handicap rendant sa situation professionnelle brutalement difficile ou impossible. Le Conseil apporte, bien entendu, un soutien moral toujours nécessaire, des avis et, le plus souvent, après consultation de sa commission spécialisée⁽²⁾, une aide matérielle. Son intervention implique évidemment sa saisine, ce qui est fait, regrettons le, souvent avec un peu de retard.

Il a donc paru nécessaire d'une part, d'élargir le champ d'intervention du Conseil à des situations beaucoup plus fréquentes comme celles liées à l'évolution des pratiques professionnelles ou aux multiples contraintes rencontrées par les confrères et de l'autre aller plus loin que l'aide financière, veiller à leur santé et les aider à prévenir ou à gérer leur souffrance.

Celle-ci est maintenant bien connue, les différents facteurs qui la génèrent sont identifiés et ont fait l'objet de multiples publications⁽³⁾. Citons, parmi les plus importants: la solitude professionnelle, la surcharge de travail, les contraintes administratives, le déséquilibre travail-famille ainsi que différents peurs (de mal faire, de ne plus être à la hauteur, d'être agressé...). À noter également un



enchaînement qui se retrouve fréquemment: divorce ou séparation, difficultés professionnelles, addictions en particulier alcoolique. L'enquête réalisée en Haute-Vienne et publiée dans notre bulletin le 10 avril 2010 retrouvait l'expression de cette souffrance. Beaucoup de nos confrères avouaient leur angoisse, la peur de l'avenir et leur addiction. À noter un fait qui intrigue alors mais qui a été retrouvé depuis dans d'autres études: les confrères hospitaliers, travaillant en équipe, semblent plus en difficulté que les libéraux alors que ces derniers, souvent isolés, ne disposent pas du soutien d'un service de la santé au travail.

Ces nouveaux objectifs en faveur des médecins imposent à l'Ordre de mettre en place une structure respectant plusieurs critères:

- Être accessible à tous les médecins inscrits au tableau, salariés, hospitaliers ou libéraux.
- Assurer la plus grande confidentialité dans la démarche du confrère en souffrance et lui assurer l'anonymat s'il le désire.

france et lui assurer l'anonymat s'il le désire.

- Apporter une réponse aux demandes les plus diverses à l'origine de la souffrance, dans le domaine médical bien sûr, mais aussi juridique, fiscal, social, ce qui nécessite de faire appel à des compétences variées: «les personnes ressources».
- Rester dans le cadre de l'entraide c'est-à-dire demeurer un service gratuit, financé par la cotisation ordinaire.

Il s'agit donc d'emblée de créer un service assez lourd, nécessitant de multiples contacts, doté d'un numéro d'appel unique avec un cahier des charges que l'on devine contraignant. Il faudra, à sa tête, désigner un médecin compétent, le plus disponible possible et garant de son bon fonctionnement. Ceci sous entend un budget important. Le cadre régional a donc paru plus apte à l'obtenir et a été accepté par les Conseils Départementaux de la Creuse et de la Corrèze au cours d'une réunion de coordination. Le Conseil Régional du Limousin (CROM)

s'est engagé sur le plan financier comme le Conseil de la Haute Vienne.

Enfin, pour améliorer la confidentialité, il a été décidé de confier le projet à une association indépendante, financée par L'Ordre mais totalement distincte de ses Conseils.

Parallèlement, les contacts avec les autres régions ont permis de voir l'émergence de projets analogues au nôtre, certains très avancés voire déjà fonctionnels. Citons la région Rhône-Alpes où les départements se sont regroupés pour créer le réseau ASRA (aide aux soignants de Rhône – Alpes) à vocation libérale et régionale⁽⁴⁾ qui assure une astreinte téléphonique permanente et s'appuie aussi sur un panel de personnes ressources: psychiatres et psychologues, addictologues, avocats, conseillers juridiques et fiscaux.⁽⁵⁾

La région Midi-Pyrénées a pris de l'avance puisque dès 2010, le Conseil Départemental de la Haute Garonne a créé, en collaboration avec le service de Santé ou Travail du CHU de Toulouse, l'association «MOTS» (pour Médecins, Organisation, Travail, Santé) qui s'adresse maintenant à tous les médecins des départements de la région⁽⁵⁾. Cette création a été accélérée à la suite du suicide de deux médecins à l'hôpital Purpan. Ses objectifs paraissent identiques à ceux que nous avons définis et sa structure s'inspire directement des enseignements tirés

de l'expérience médicale de la Catalogne où les médecins disposent d'un organisme de soutien officiel.

Nous nous sommes donc naturellement rapprochés de cette association pour étudier son fonctionnement et rejoindre les responsables de la région Languedoc-Roussillon qui avaient effectué la même démarche. Ceux-ci, renonçant à créer une nouvelle association, ont intégré «MOTS» en développant une antenne régionale ayant son propre numéro d'appel téléphonique et un médecin responsable qui travaille en étroite collaboration avec son confrère toulousain car les demandes d'intervention sont nombreuses.

Nous avons opté pour une démarche analogue en faveur des départements limousins. Cela a nécessité la recherche d'un médecin spécialiste en santé au travail intéressé par la mission, finalement trouvé grâce au chef de service de la spécialité au CHU Dupuytren. Que tous deux soient ici sincèrement remerciés pour leur implication dans le projet.

Les échanges, bien que ralentis par les vacances, se poursuivent. L'adhésion du Limousin sera soumise au vote de l'assemblée générale fin septembre et devrait être acceptée. Aux dernières nouvelles la région Auvergne se joindrait à nous, créant ainsi une vaste association interrégionale dont la mutualisation des coûts les rendra acceptables pour notre budget, le plus petit de France.

Il faudra encore régler les formalités administratives avant d'être opérationnel, en principe dans le courant de l'automne. Le Conseil Départemental ne manquera pas alors de faire toute la publicité nécessaire lors du lancement dans la région de ce que nous espérons être un réel soutien à l'ensemble de nos confrères.

⁽¹⁾ www.conseil-national.medecin.fr rubrique entraide ordinaire: Qu'est ce que l'entraide? Comment demander un secours? Ce thème sera également prochainement développé sur le site de notre Conseil Départemental: www.ordremedecins87.com

⁽²⁾ La commission a été grandement renouvelée à la suite des élections du 20 janvier 2012 et compte maintenant sept membres (Bulletin n°13, mai 2012).

⁽³⁾ Par exemple lors du colloque organisé en 2008: www.souffrancedusoignant.fr

⁽⁴⁾ Journée organisée par le Conseil régional de l'ordre de la région Rhône Alpes en mai 2011, à retrouver sur www.atousante.com

⁽⁵⁾ Le numéro d'appel du réseau ASRA, est réservé aux adhérents et fonctionnel 24 h / 24, 7 jours/7.

Par contre le numéro de l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) également en Rhône-Alpes est ouvert à tous en permanence et a vocation à devenir progressivement le numéro d'appel d'urgence pour tous les médecins libéraux de France dans le domaine de la Psychiatrie: **0826 0045 80.**

⁽⁶⁾ www.associaton-mots.org ■

« Internes & certificats médicaux »

Dr Éric Rouchaud

Un interne en médecine générale, titulaire d'une licence de remplacement, ne peut établir et signer des certificats de décès dans le cadre de son stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (SASPAS).

Il convient de rappeler que c'est par dérogation aux règles habituelles posées à l'article L. 4111-1, que l'étudiant en médecine, dans le cadre d'un **remplacement autorisé** par un conseil départe-

mental, peut effectuer les mêmes actes que le médecin qu'il remplace. Dans ce cadre, il peut établir et signer des certificats: décès, hospitalisation sous contrainte, arrêt de travail...

En revanche, il n'a pas le droit de le faire lorsqu'il agit comme interne, par délégation et sous la responsabilité du médecin chef de service ou au cours du SASPAS où il est encadré par le médecin maître de stage.

« Allergie à l'iode » mythe ou réalité ?

Dr Christophe Descazeaud

• Définition

Ce terme impropre « d'allergie à l'iode » désigne les réactions allergiques pouvant survenir lors de l'injection de produits de contraste iodés utilisés en imagerie médicale (scanner le plus souvent).

En fait, l'allergie n'est pas due à l'iode (oligo-élément que nous consommons quotidiennement dans le sel) contenu dans le produit de contraste mais il s'agit d'une réaction allergique spécifique à un produit de contraste précis.

Il n'y a pas d'allergie croisée entre les allergies alimentaires à des protéines spécifiques (poisson / crustacés / fruits de mer), l'allergie aux désinfectants cutanés à base d'iode (allergie retardée due à la povidone ou au nonoxynol), et l'allergie à un produit de contraste iodé (sauf pour le Télébrix Hystéro qui contient de la povidone).

• Rappel des manifestations cliniques

Les réactions d'hypersensibilité immédiate, survenant dans l'heure qui suit l'injection et dans 70 % des cas dans les

cinq premières minutes, sont classées en quatre grades de sévérité (classification de Ring) :

- grade I : signes cutané-muqueux (érythème, urticaire)
- grade II : atteinte multiviscérale modérée (signes cutané-muqueux +/- hypotension +/- tachycardie +/- dyspnée +/- signes digestifs)
- grade III : atteinte mono ou multiviscérale sévère (collapsus cardiovasculaire +/- bronchospasme +/- signes digestifs)
- grade IV : arrêt respiratoire.

• Conduite à tenir (hormis le traitement immédiat) devant un patient suspecté d'allergie vraie à un produit de contraste

Étant donné que le patient reproduira une réaction si on lui réinjecte le même produit, il est très important de caractériser une réaction allergique quand elle survient afin de savoir exactement quel produit doit être contre-indiqué et quel produit pourra être injecté sans risque.

Au moment de la réaction le radiologue

décrit la clinique, le délai par rapport à l'injection, le traitement donné, et dès que l'état du patient est stabilisé fait un dosage d'histamine et de tryptase (ce dernier est le plus important et doit être effectué dans les 6 heures).

Un courrier est adressé au médecin correspondant pour l'informer et lui demander d'adresser le patient en consultation d'allergologie spécialisée (à Limoges : Docteur Touraine ou Docteur Wendling) afin de réaliser des tests pour déterminer quel produit pourra être injecté sans risque.

• En conclusion

L'allergie à l'iode n'existe pas.

On n'est pas allergique aux produits de contraste mais à un produit précis.

En cas de réaction une enquête allergologique est indispensable: si la réaction allergique est prouvée, des produits de substitution à tests négatifs pourront être déterminés et utilisés par la suite. ■





Médecine libérale Continuité des soins

Dr Philippe Bleyne

Lors d'une des réunions du Comité de Suivi de notre dispositif de Permanence des Soins, le Directeur du SAMU Centre 15 nous a alertés à propos des faits suivants.

Le samedi matin, entre 8h et 12h, et en semaine sur la tranche horaire 18h – 20h, le «15» réceptionne souvent des appels qui ne sont pas du ressort de l'aide médicale urgente mais de la continuité des soins. Sur ces périodes, il n'y a pas de médecin régulateur libéral au «15» et le médecin régulateur du SAMU a parfois des difficultés pour orienter le patient efficacement.

Si vous devez vous absenter de votre cabinet médical **en dehors des heures de permanence des soins**, il ne faut orienter vers le Centre 15 que les urgences qui sont du ressort du SAMU. Pour les autres actes, il faut vous entendre avec un confrère ou une consœur, proche de votre cabinet médical, qui pourra recevoir vos patients en votre absence.

Bien sûr, direz-vous, c'est plus facile à Limoges ou dans les autres villes du département où la densité médicale est plus importante... C'est particulièrement vrai pour Limoges où il est toujours possible de faire appel à nos confrères de SOS Médecins. Encore, faut-il faire l'effort de mettre un message adapté sur son répondeur téléphonique, ou donner les instructions nécessaires à son secrétariat.

Quoi qu'il arrive, le comportement à éviter est celui de s'absenter en se disant que les gens se débrouilleront bien pour trouver un confrère. Il se trouve que le «15» a signalé des difficultés dans une ou deux petites villes (que nous ne citerons pas) où il y a une densité médicale encore correcte, mais où il était impossible de trouver un médecin le samedi matin.

Plus nous nous comporterons comme des gens responsables, plus nous aurons de crédit au sein de la profession et dans

l'opinion publique. Essayons donc de faire au mieux pour assurer la continuité des soins à nos patients, même en ces temps difficiles.

Il est peut-être aussi temps de lancer le débat de l'évolution du «statut» de ces deux tranches horaires (18h – 20h en semaine et le samedi matin). Faut-il entamer des négociations pour qu'elles soient intégrées au dispositif de permanence des soins? Cette question dépasse le seul cadre de notre département mais donnez-nous votre opinion en réagissant après la lecture de cet article.

Qualité de vie et continuité des soins ne sont pas forcément incompatibles, il faut essayer d'adapter l'exercice professionnel aux circonstances du moment. Nous attendons votre avis... ■

AGENDA

- 7 juin 2012, Monsieur Paul Orliac, directeur de la CPAM de la Haute-Vienne, et Madame Sylvie Hourcade, médecin-conseil chef, ont présenté au Bureau du Conseil Départemental le Programme d'Accompagnement du Retour A Domicile des personnes hospitalisées (PRADO).
- 7 juin 2012, le Docteur François Archambeaud a assisté à une saisie de dossier aux archives militaires.
- 8 juin 2012, le Docteur François Archambeaud a participé, à Paris, à l'assemblée générale de l'AFEM (Aide aux Familles et Entraide Médicale).
- 12 juin 2012, le Docteur Éric Rouchaud a participé à la réunion de la Commission Paritaire Locale (CPL) de la CPAM de la Haute-Vienne.
- 19 juin 2012, le Docteur François Archambeaud a participé à l'assemblée plénière du Conseil Économique, Social et Environnemental du Limousin au cours de laquelle a été présenté le rapport sur la permanence des soins et la présence médicale en Limousin.
- 23 juin 2012 les Docteurs François Archambeaud et Pierre Bourras ont participé à Paris, au Conseil National, à une assemblée générale extraordinaire des Présidents et Secrétaires des conseils départementaux et régionaux.
- 25 juin 2012, le Docteur Bernard Papel a assisté à une saisie de dossier à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.
- 26 juin 2012 les Docteurs Philippe Bleyne et Éric Rouchaud ont participé, à l'ARS, à la réunion du Comité de suivi du dispositif de permanence des soins.
- 9 juillet 2012, le Docteur François Archambeaud a assisté, à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Limoges, à la signature de la 1^{re} convention en France associant l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière à des équipes de recherche.
- 10 juillet 2012, le Docteur François Archambeaud a assisté à une saisie de dossier au CHU Dupuytren.
- 10 juillet 2012, rencontre avec les jeunes médecins généralistes et étudiants au sujet de la liberté d'installation.
- 24 juillet 2012, le Docteur François Archambeaud a assisté à une saisie de dossier au cabinet d'un médecin généraliste.
- 8 septembre 2012, les Docteurs Philippe Bleyne et Pierre Bourras ont assisté aux Assises de l'Ordre des Médecins qui se déroulaient à Paris.
- 10 septembre 2012, le Docteur Bernard Papel a participé à la première réunion départementale des acteurs de santé qui a eu lieu au CHS Esquirol, sous l'égide de l'ARS du Limousin.
- 10 septembre 2012, le Docteur Bernard Papel a également participé à la réunion du CRUQ au sein du CHS Esquirol.
- 13 septembre 2012, le Docteur Jean-Jacques Texier a participé à la réunion du Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de Haute-Vienne.
- 13 septembre 2012, le Docteur François Archambeaud a participé à la réception organisée à l'occasion des nominations de Monsieur Michel Laforcade au poste de Directeur de l'ARS d'Aquitaine et de Monsieur Philippe Calmette au poste de Directeur de l'ARS du Limousin.
- 18 septembre 2012 les Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Pierre Bourras ont participé, au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin, à une réunion de coordination avec les Conseils Départementaux de Corrèze et Creuse.