



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 17

MAI 2014

Conseil départemental de la Haute-Vienne



*“Je ne sais pas
ce qui m’inquiète
à propos de la mort :
sans doute les horaires...”*

WOODY ALLEN

DOSSIER

La fin de vie p. 7

Sujet de société qui se posera à chacun de nous tôt ou tard, cette question de la fin de vie est devenue un tabou dans notre société. Analyse...



Permanence des soins

Enquête

p. 15



La sécurité des médecins

Une réalité qui concerne
chacun d'entre nous p. 14



édito



Dr François ARCHAMBEAUD

sommaire

■ Édito	p. 2
■ Exercice professionnel	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 3 à 5
• Commissions	p. 6
■ Dossier	
• La fin de vie	p. 7 à 12
■ Informations pratiques	
• Messagerie sécurisée	p. 13
• Droits et devoirs du médecin retraité	p. 13
• La sécurité des médecins	p. 14
• Enquête : Permanence des soins	p. 15 à 18
• Mise au point : avoir une activité privée lucrative tout en étant médecin hospitalier	p. 19
• Contrat EHPAD : avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins	p. 19
■ L'agenda	p. 20

CONTRAINTES

Peut-on le répéter assez que le Conseil de l'ordre des médecins est essentiellement au service des patients.

En étant garant de l'application du Code de la Santé Publique (CSP), il s'engage dans de nombreux domaines.

C'est ainsi que conformément au Code de déontologie, le médecin, dans le cadre de son intervention, est légitimement responsable :

- du respect de la dignité humaine,
- de la protection des personnes vulnérables,
- de la non-discrimination,
- de l'aide aux victimes de violences,
- de l'assistance à personne en danger,
- des soins aux personnes privées de liberté,
- de la protection maternelle et infantile,
- de la prise en compte des souffrances au travail (maladies professionnelles), y compris pour nos confrères (commission d'entraide, CARMF, MOTS, AFEM).

Il doit par ailleurs :

- Aider les patients à faire valoir leurs droits (arrêts de travail, déclarations de grossesse, ALD, certificats médicaux divers)
- Les informer des nouvelles dispositions légales (désignation de la personne de confiance, directives anticipées, indemnisation des accidents médicaux). Une convention de coopération avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, l'ONIAM, visant à mettre en place une politique d'information et de communication sur l'existence et le fonctionnement des dispositifs des règlements amiables des conflits entre médecins et patients vient d'être mise en place.
- Enfin, un pôle Droits des patients tout récent au Conseil National a pour mission de poursuivre le rapprochement avec les associations d'usagers.

La pratique médicale elle-même au service des patients reste encore soumise au Code de déontologie.

C'est ainsi que dans l'exercice de la profession, en toute circonstance, les soins prodigués doivent être attentifs, dévoués et conformes aux données acquises de la science (article R. 4227-32 du CSP).

En particulier, le soulagement des souffrances en fin de vie est bien précisé par l'article R4127-37 du CSP, dans le respect de la loi LEONETTI, et le médecin n'a pas le droit de donner délibérément la mort.

De plus, le maintien de la qualité de la pratique médicale par le biais du développement professionnel continu, DPC, est devenu une obligation légale.

Cette obligation de qualité place le médecin en tant que promoteur et utilisateur du développement technologique au centre d'un choix de société, et c'est, là encore, le respect de la déontologie qui permet d'en maintenir l'impact social.

Enfin, le médecin doit dans toutes ses interventions assurer le secret médical. Le secret médical est général et absolu. Il est bien celui du patient. C'est une obligation de dire non aux requêtes abusives, d'où qu'elles viennent. Par contre, le médecin doit à son patient une information claire et complète.

Bien sur, l'organisation des soins, leur répartition, l'accès aux soins, la continuité de ceux-ci sont des préoccupations ordinales constantes.

Alors contraintes pour le médecin que tout cela : NON, grandeur de sa mission.

N'oublions pas que malgré tous ses devoirs, le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit (article 5 du Code de déontologie).

Publication du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne
 Drs Pierre Bourras, Christophe Descazeaud,
 Joël Malgouyart, 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

Crédits photographiques :

Page 1 : @eyetronic-fotolia - @gekasker-fotolia

Page 7 : @jannoon028-fotolia

Page 9 : @giagenko-fotolia

Page 10 : @monia-fotolia

page 17 : @JPC-PROD-fotolia

TABLEAU

INSCRIPTIONS

Du 05/09/2013 au 09/04/2014

- DR ADAM Gaëlle** *Médecine générale*
Remplaçante – 13/11/2013
- DR AHMED Mohamed**
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 04/12/2013
- DR AYOUB SALLOUM Nidal**
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 04/12/2013
- DR BAAJ Yasser** *Biologie médicale*
CHU Dupuytren – 08/01/2014
- DR BORDES Jérémie**
Médecine physique et réadaptation
Hôpital Jean Rebeyrol – 13/11/2013
- DR BOURMAULT Loic** *Ophthalmologie*
CHU Dupuytren – 04/11/2013
- DR BOYADZHIEV Stoyan**
Médecine interne
USLD Chastaingt – 13/11/2013
- DR BRACHANET François-Xavier**
Médecine générale
CH Saint-Yrieix La Perche – 13/11/2013
- DR BUISSON Géraldine** *Psychiatrie*
CH Esquirol – 05/02/2014
- DR CAMILLERI Yann**
Radiodiagnostic et imagerie médicale
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR CASTRO Georges** *Biologie médicale*
Retraité – 08/01/2014
- DR CHABLE Hélène** *Médecine générale*
CHU Dupuytren – 05/11/2013
- DR CHAPELLAS Catherine**
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 04/11/2013
- DR CHAUVIÈRE Guillaume**
Médecine générale
Remplaçant – 09/10/2013
- DR CHEDAÏLE Alexandre**
Médecine générale
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR CHEYROUX Jean-Étienne**
Médecine générale
Remplaçant – 12/03/2014
- DR COSTE-MAZEAU Perrine**
Gynécologie - Obstétrique
HME – 31/10/2013
- DR CRACIUN Liliana-Cornelia**
Ophthalmologiste
Libérale – Cussac – 13/11/2013
- DR CROS Laurence** *Médecine générale*
Assurance maladie - 05/02/2014
- DR DELON Julie** *Médecine générale*
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR DENIZOT Joseph** *Médecine générale*
Remplaçant – 13/11/2013
- DR DMYTRUK Natalia**
Hématologie option Maladies du sang
CHU Dupuytren – 09/10/2013
- PR DUMONT Daniel**
Médecine légale
Retraité – 13/11/2013
- DR EDOUX DE LAFONT Isabelle**
Sans qualification
EFS – 09/10/2013
- DR FEDOU Anne-Laure** *Néphrologie*
CHU Dupuytren – 06/11/2013
- DR FLOUCAUD Dominique**
Chirurgie orthopédique et traumatologie
CH Saint-Yrieix – 05/02/2014
- DR FONTAN Elsa** *Médecine générale*
Remplaçant – 09/10/2013
- DR FRACHET Émilie** *Psychiatrie*
CH Esquirol – 13/11/2013
- DR GAGNARD Jean-Charles**
Médecine générale
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR GAGNOUD Rémi**
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR GALY Antoine**
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR GIMENEZ Laetitia** *Neurologie*
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR GODARD Séverine**
Médecine générale
Libérale – Limoges – 05/02/2014
- DR GRIZON-SAMIT Virginie**
Médecine générale
Clinique Chénieux – 09/10/2013
- DR HUMMEL Vincent**
Radiodiagnostic et imagerie médicale
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR JACQUES Eyméric**
Médecine générale
CHU Dupuytren – 05/11/2013
- DR KASSIANOFF Ugo**
Médecine générale
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR KENNEL Céline** *Hématologie*
Sans activité pour convenance personnelle – 05/02/2014
- DR LAGRACE Olivier**
Médecine générale
Remplaçant – 04/12/2013
- DR LAPEBIE François-Xavier**
Médecine interne
CHU Dupuytren – 05/11/2013
- DR LE DIZES Manon** *Psychiatrie*
Centre médico psychopédagogique
Saint-Junien – 08/01/2014
- DR LOISELET Grégory**
Médecine générale
Libéral – 04/12/2013
- DR MAILLOCHON Édouard**
Chirurgie générale
CHU Dupuytren – 13/11/2013
- DR MERGANS Thomas**
Médecine générale
CHU Dupuytren – 25/11/2013
- DR MESTUROUX Laura**
Anatomie et Cytologie pathologiques
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR MURAUULT Géraldine**
Médecine générale
CPAM Limoges – 12/03/2014
- DR NGUYEN Thai Binh** *Rhumatologie*
CHU Dupuytren – 05/02/2014
- DR OLOMBEL Guillaume**
Biologie médicale
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR PECOUYOUL Carole**
Médecine générale
CH Saint-Yrieix-La Perche – 05/02/2014
- DR PETITALOT Vincent**
Cardiologie et maladies vasculaires
CHU Dupuytren – 05/11/2013
- DR PEYRIDIEU Vincent**
Médecine générale
CH Saint-Yrieix La Perche – 05/02/2014
- DR PIHAN Marc** *Médecine générale*
CHU Dupuytren – 31/10/2013
- DR PONTHER Laure** *Pédiatrie*
HME – 04/12/2013
- DR POULTEAU Benoit**
Médecine générale
Libéral - Bessines-sur-Gartempe
04/12/2013

TABLEAU suite

DR POUPIN Pierre *Médecine générale*
Libéral – Limoges – 04/12/2013

DR RABILLER-DANO Martine
*Médecine physique et réadaptation
fonctionnelle*
Retraîtée – 09/10/2013

DR ROMAIN Julie *Chirurgie générale*
CHU Dupuytren – 05/11/2013

DR ROULET-COUDRIER Fanny
Biologie médicale
CHU Dupuytren – 31/10/2013

DR SCOMPARIN Aurélie
ORL et Chirurgie cervico-faciale
CHU Dupuytren – 04/11/2013

DR TABOURET Tessa
Gastro-entérologie et hépatologie
CHU Dupuytren – 12/03/2014

DR TALLON Elizabeth
Psychiatrie
CH Esquirol – 13/11/2013

DR TIFREA Andreea
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 12/03/2014

DR TIFREA Marius
Anesthésie-Réanimation
CHU Dupuytren – 12/03/2014

DR TIMON Jean-Jacques *Psychiatrie*
CH Esquirol – 04/12/2013

DR TRILLAUD Jean-Marie
Chirurgie orthopédique et Traumatologie
Sans activité pour convenance personnelle - 08/01/2014

DR VERGONZANNE Céline
Psychiatrie
Libérale – Limoges – 31/10/2013

DR VIGNAUD Guillaume
Médecine générale
CHU Dupuytren – 13/11/2013

DR WOOD Chantal *Pédiatrie*
CHU – 09/10/2013

QUALIFICATIONS

Du 05/09/2013 au 09/04/2014

Spécialiste en médecine générale :

Dr GRIZON-SAMIT Virginie
Dr NIOCEL Valérie

*Spécialiste en hématologie,
option maladies du sang*

Dr GOURIN Marie-Pierre
Dr MOREAU Stéphane
Dr REMENIERAS Liliane
Dr TURLURE Pascal

Spécialiste en réanimation

Dr ROLLE Florence

DÉPARTS

Du 05/09/2013 au 09/04/2014

DR BELLIER Rémy
transfert dans la Vienne

DR BISSER Sylvie
transfert dans le Var

DR CARCAUZON Véronique
transfert dans la Vienne

DR CHASTANET Philippe
transfert en Corrèze

DR DESORMAIS Gilles
transfert en Haute-Savoie

DR FLACHER Christian
transfert dans la Vienne

DR GAGOS-ZAHARIA Oana
transfert dans l'Essonne

DR GARDET Emmanuel
transfert dans la Sarthe

DR GARUCHET-BIGOT Angeline
transfert dans le Loir et Cher

DR GIRARD DE COURTILLES Hélène
transfert en Corrèze

DR GRIMAUD Magalie
transfert en Guyane

DR JULY Johan
transfert en Corrèze

DR LEAHU Leonora
transfert en Vendée

DR LEYSSENNE Jean-Marc
transfert dans le Gard

DR MAAZI Nizar
transfert en Gironde

Dr MASSON Alexandra
transfert dans Ville de Paris

DR MATHIAUX François
transfert dans le Haut-Rhin

DR MILOUDI Hind
transfert en Dordogne

DR MONNIER Grégory
transfert dans le Gard

DR MOREAU Pierre
transfert dans la Creuse

DR PELISSIER Maxime
transfert dans l'Ariège

DR PENNERET Julie
transfert dans l'Indre

DR PERICAUD Marion
transfert à la Réunion

DR RABIN Magalie
transfert dans la Sarthe

DR ROATA-MOALE Sorinela-Cezareea
transfert en Seine Saint Denis

DR THOMAS Philippe
transfert dans la Vienne

DR THOUY François
transfert en Corrèze

DR TOURRET Dominique
transfert en Charente-Maritime

DR VINCENT Magalie
transfert dans les Hauts de Seine

TABLEAU

RETRAITÉS

Du 05/09/2013 au 09/04/2014

DR BARIAUD Mireille
Médecin généraliste, le 01/04/2014
poursuit son activité libérale

DR BECHONNET Gérard
Anesthésiste-réanimateur, le 01/09/2013

DR BESSE Jean-Pierre
Médecin généraliste, le 01/10/2013

DR BLOND Alain
Médecin généraliste, le 01/10/2013

DR BRIL Anne-Marie
Pédiatre, le 01/04/2014

DR BRO Jacques
Médecin conseil, le 01/01/2014,
poursuit son activité

DR DUFOUR Monique
Médecin généraliste, le 01/04/2014

DR DUMONT Daniel
Médecin légal, le 01/07/2013
poursuit son activité

DR DUPUIS Jean-Louis
Anesthésiste-réanimateur, le 01/02/2014

DR EGENOD Pierre
Médecin généraliste, le 31/12/2013

DR EYRAUD Jean-Pierre
Gynécologue-obstétricien, le 01/10/2013,
poursuit son activité

DR HOULES Marie-Bernadette
Médecin généraliste, le 01/01/2014,
poursuit son activité hospitalière

DR IMBERT Jean-Christian
Médecin généraliste, le 01/10/2013

DR LARCHER Christiane
Médecin généraliste, le 01/10/2013

DR LAVIELLE Marie-Madeleine
Médecin spécialiste en médecine
physique et réadaptation fonctionnelle,
le 01/10/2013

DR LEBLANC Roger
Médecin généraliste, le 01/10/2013

DR LICOUT Annie
Médecin généraliste, le 01/01/2014

DR LICOUT Marcel
Médecin généraliste, le 01/04/2014

DR MALGOUYARD Joël
Médecin généraliste, le 01/01/2014

DR MARQUET Patrick
Médecin généraliste, le 01/10/2013,
poursuit son activité libérale

DR MATHE Daniel
Anesthésiste-réanimateur, le 01/07/2013,
poursuit son activité salariée

DR MENSI Raphaël
Médecin généraliste le 31/12/2013

DR NYS Michel
Psychiatre, le 01/09/2013,
poursuit son activité hospitalière

DR PONS Jean-François
Médecin généraliste le 01/10/2013,
poursuit son activité libérale

DR PRODEL-DUMINY Claudine
Anesthésiste-réanimateur, le 22/02/2013

DR REDON Anne-Marie
Pédiatre, le 01/10/2013

DR RIGAUD Ghislaine
Anesthésiste-réanimateur, le 01/10/2013,
poursuit son activité hospitalière

DR TUILLAS Maryse
le 13/03/2013

DR ZIMMERMANN Elisabeth
Médecin généraliste, le 01/01/2014,
poursuit son activité libérale

RADIATION POUR
CONVENANCE
PERSONNELLE

Du 05/09/2013 au 09/04/2014

Dr BESSE Jean-Pierre le 09/10/2013
Dr CHEVY Jean le 08/01/2014
Dr ESCURE André le 13/11/2013

DÉCÈS

Du 05/09/2013 au 09/04/2014

Dr DESSAGNES Christian le 23/10/2013
Dr FAUCHERY Marie-José le 23/10/2013
Dr GOUDOUD Michèle le 07/12/2013
Dr POLLET Marie-Louise le 10/07/2013

Le Conseil départemental
pour l'année 2013

84 inscriptions

235 contrats de remplacement

296 conventions relations Médecins - Industrie

95 plaintes et doléances

20 conciliations

8 plaintes transmises au Conseil régional

QUI FAIT QUOI ?

**COMMISSION
DU BULLETIN****Responsable: BOURRAS Pierre**DESCAZEAUD Christophe
GARNIER Philippe
MALGOUYARD Joël
MOUNIER Patrick
PACAUD Vincent
ROUCHAUD Éric
SAUGET Vincent
TOURAINÉ François
TRARIEUX Anne-Marie**COMMISSION
DE CONCILIATION****Responsable: TRARIEUX Anne-Marie**BLEYNIE Philippe
BOURRAS Pierre
DUCHE Florence
JUSSEAUME Robert
LAMBERT Jean-Michel
MAZET Michel
PAPEL Bernard
RATINAUD Didier**COMMISSION
DES CONTRATS****Responsable: LEROY Vincent**BEAUBATIE Christophe
BOELY Thierry
TEXIER Jean-Jacques**COMMISSION
DE L'ENTRAIDE****Responsable: BARIAUD Antoine**ARCHAMBEAUD François
BRUGERIE Alain
DUPUY Jean-François
MALGOUYARD Joël
MOUNIER Patrick
PAPEL Bernard**COMMISSION DE
LA PERMANENCE
DES SOINS****Responsable: BLEYNIE Philippe**AUBANEL Luc
BONNAUD Michel
GARNIER Philippe
JACQUET Michel
MILLET Patrick
RATINAUD Didier
ROUCHAUD Éric
SAUGET Vincent**COMMISSION D'EXAMEN
DES DOSSIERS
D'INSCRIPTION****BOUVIER Stéphane****COMMISSION
JEUNES MÉDECINS****Responsable: BOUVIER Stéphane**BLEYNIE Philippe
BOURRAS Pierre
JUSSEAUME Robert
ROUCHAUD Éric**COMMISSION RELATIONS
MÉDECINS/INDUSTRIE****Responsable: TOURAINÉ François**BEAUBATIE Christophe
MOUNIER Patrick
(uniquement homéopathie)**COMMISSION
DE QUALIFICATION
SPECIALISTE EN
MÉDECINE GÉNÉRALE****Titulaires**AUBANEL Luc
BARIAUD Antoine
CARRIER Marcel (Président)
PACAUD Vincent
ROUCHAUD Éric**Suppléants**JUSSEAUME Robert
MAZET Michel
PINSON Ludovic
SAUGET Vincent**MIVILUDES**PINSON Ludovic
LEBRAUD Pascal**LIQUIDATEUR
DES DÉPENSES****TEXIER Jean-Jacques****AFEM****PAPEL Bernard****CAL C.H.U.****MAZET Michel****CAL C.H. ESQUIROL****PAPEL Bernard****CPAM (CMPL)****ROUCHAUD Éric**GARNIER Philippe (suppl.)
JACQUET Michel (suppl.)



LA FIN DE VIE

Docteurs
P. Bourras,
D. Grouille,
G. Terrier,
J-V. Bourzeix,
B. Sardin
E. Jacques

***S'** il est un sujet de société qui se posera à chacun de nous tôt ou tard, c'est bien la fin de vie. Malheureusement, ce sujet est devenu un tabou dans notre société qui a tendance à évacuer ce chapitre, entre autres, pour deux raisons.*

D'une part, parce que les progrès de la médecine ont relégué la mort loin de la réalité vécue par les Français (la majorité des Français arrive à 50 ans sans avoir côtoyé directement la mort).

D'autre part, le refus et la peur de la douleur et de la souffrance suscitent une attente vis-à-vis de la médecine : les soulager, voir les faire disparaître.

Nous n'avons jamais été mieux armés pour faire face à ces problèmes, que ce soit sur le plan médical avec les soins palliatifs, et légalement avec la loi Leonetti.

Mais, paradoxalement, il suffit d'un cas isolé, certes toujours douloureux, comme l'affaire Lambert, pour que des milliers de gens bien portants, peu ou mal informés, sans aucune expérience de cette situation, donnent un avis péremptoire sur ce qu'il aurait fallu faire ou sur ce qu'ils auraient fait si...

C'est afin de pouvoir répondre de façon professionnelle aux interrogations des patients et de leurs familles que nous avons demandé à l'équipe du Service d'Accompagnement de Soins palliatifs du CHU de Limoges de réaliser ce Quiz.

QUIZZ

SOINS PALLIATIFS :

VRAI OU FAUX

Docteurs
D. Grouille, G. Terrier,
J-V. Bourzeix, B. Sardin
E. Jacques

Service d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs
CHU de Limoges

Est-ce qu'en Soins Palliatifs les médecins « laissent mourir les malades à petit feu de faim et de soif » ?

FAUX

Un malade est dit en Soins Palliatifs lorsque plus aucune thérapeutique de la maladie causale n'est possible. La durée de vie restante se compte, le plus souvent en semaines. Dans ces situations, l'alimentation « plaisir » est privilégiée. Par contre, la nutrition artificielle par voie entérale ou veineuse, présente en général un rapport bénéfice/risque défavorable (reflux et inhalation pour la première, infection pour la seconde et surcharge hydrique pour les deux).

Cependant, si une nutrition artificielle est en cours, elle ne sera suspendue qu'en cas de demande du patient ou de complication liée à la technique.

Qu'en est-il lorsque le patient, arrivé près du terme de l'évolution de sa maladie, ne peut plus manger ni boire suffisamment pour couvrir ses besoins théoriques ?

En général, à ce stade, la nutrition artificielle n'est plus d'actualité. Il reste le problème de l'hydratation. Des études récentes confirmées par l'observation clinique montrent :

- qu'il existe une rétention d'eau en fin de vie: SIADH et production d'eau endogène par catabolisme musculaire ⁽¹⁾.
- qu'on observe un lien entre cette rétention d'eau et l'encombrement des voies respiratoires de la période agonique ⁽²⁾.
- que le confort des malades en fin de vie est meilleur avec un certain degré de déshydratation qu'en normo-hydratation: la sensation de soif n'existe plus, il existe une sécrétion d'opioïdes endogènes, etc. ^(3, 4). Mais des soins de bouche fréquents sont indispensables afin d'éviter la sécheresse buccale.

La loi dite Léonetti est une loi anti-acharnement thérapeutique.

VRAI

La loi dite Léonetti permet de stopper, ou de ne pas entreprendre, tout traitement jugé comme obstination déraisonnable ou maintien artificiel de la vie, que le patient soit en fin de vie (maladies évolutives comme le cancer) ou non (ex. : états végétatifs chroniques) ⁽⁵⁾.

Ces décisions sont prises à la demande du patient, ou après procédure collégiale, si le malade n'est plus en capacité de se faire comprendre. Dans ce cas, la décision est médicale après avoir consulté les directives anticipées du patient (si elles existent), demandé l'avis de la personne de confiance, de la famille ou des proches, de l'équipe soignante et sollicité l'avis d'un deuxième médecin (médecin de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs, par exemple), voire d'un troisième, si nécessaire ⁽⁵⁾.

La Loi dite Léonetti ne permet pas d'endormir un malade en grande souffrance.

FAUX

La loi dite Léonetti et les recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs permettent le recours, si nécessaire, à une sédation profonde (jusqu'au sommeil) en cas de souffrances rebelles à toutes autres thérapeutiques ^(5, 6).



La sédation profonde régulièrement utilisée en Soins Palliatifs est, en réalité, une euthanasie déguisée.

FAUX

En effet, la sédation est toujours débutée à faibles doses et augmentée progressivement si les symptômes persistent, en concertation avec le malade si cela est possible.

Par contre, les doses ne sont pas augmentées jusqu'à ce que le décès survienne. La sédation profonde peut être temporaire et le malade réveillé si le médecin pense que les symptômes en cause se sont amendés. L'intentionnalité de la sédation en Soins Palliatifs n'est donc absolument pas euthanasique et totalement conforme à l'Éthique médicale ⁽⁷⁾.

La Loi dite Léonetti ne peut pas dénouer un cas complexe comme l'affaire Lambert.

FAUX

Les difficultés de la situation citée proviennent du fait que la procédure collégiale initiale n'a pas associé les parents du patient.

Selon la loi, le médecin responsable du malade prend la décision après recueil des directives anticipées et de tous les avis, même si ceux-ci sont contradictoires. La pratique clinique incite à obtenir un consensus, grâce à l'écoute, la patience et à la pédagogie ou bien à sursoir à la décision.

Si le malade bénéficie d'une sédation profonde définitive, il va mourir de ne pas manger et de ne pas boire.

FAUX

Le malade va mourir de la pathologie qui a provoqué les symptômes conduisant à réaliser cette sédation qui n'a pu être levée car aucune amélioration de ceux-ci n'a été observée.

Références :

- ⁽¹⁾ Vinay P, Daneault S, Seck M, Gagnon L, Baass A, Petitclerc C. Physiologie du mourir : sécrétion accrue d'ADH en fin de vie. Med Pal 2011 ; 10 : 137-143.
- ⁽²⁾ Vinay P, Daneault S, Belleau L, Dallaire M, Gagnon L. Des râles en fin de vie : une analyse biodynamique. Med pal 2008 ; 7 : 9-17.
- ⁽³⁾ Devalois B, Gineston L, Leys A. Peut-on ou non discuter d'un éventuel arrêt de la nutrition /hydratation médicalement assistée ou doit-on les considérer comme des soins « de base » ? Med Pal 2008 ; 7 : 222-228.
- ⁽⁴⁾ « Il va mourir de faim, il va mourir de soif » : Que répondre – SFAP. Consultable sur : www.sfap.org/pdf/il-va-mourir-faim-rev2012.pdf (accès le 15 février 2014).
- ⁽⁵⁾ Pérotin V. Tout ce que vous vouliez savoir sur la loi Léonetti. Med Pal 2012 ; 11 : 148-157.
- ⁽⁶⁾ Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie, Médecine palliative 2010, vol. 9, 59-70.
- ⁽⁷⁾ Questions éthiques et sédation en phase terminale, Médecine palliative 2010, vol. 9, 120-125.

Quelques définitions (et quelques interrogations)

Euthanasie

Étymologiquement «bonne mort»

Acte qui consiste à mettre fin délibérément et instantanément à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable.

Le mot «euthanasie» désigne donc l'euthanasie «active» par rapport à l'euthanasie «passive» ou «laisser mourir» correspondant au non acharnement thérapeutique.

Les membres de la conférence de citoyens sur la fin de vie, tout en insistant à l'unanimité sur le fait que nul ne peut disposer sans son consentement de la vie d'autrui, se sont divisés en deux groupes :

- Une partie entend par euthanasie, la mort médicalement assistée sans qu'il ait été possible d'obtenir le consentement de la personne; quand il y a consentement, c'est un suicide assisté
- L'autre partie pense qu'il y a euthanasie dès qu'un tiers intervient pour administrer un produit létal avec mort immédiate.

Suicide médicalement assisté

Le patient lui-même s'auto administre la potion mortelle fournie par un tiers.

Là encore, les membres de la conférence de citoyens sur la fin de vie n'ont pas pu s'entendre sur la définition :

- Pour une partie, le suicide médicalement assisté existe dès lors que la volonté de mourir a été exprimée par la personne et attestée médicalement.
- Pour d'autres, le suicide médicalement assisté exclut l'administration du produit par un tiers.



Sédation terminale

Procédé médicamenteux par lequel un patient est endormi, plongé dans un coma artificiel, pour être soulagé de douleurs physiques réfractaires ou d'une souffrance psychique intolérable. Il existe des sédations légères et courtes (appelées le «stop et encore») et des sédations profondes quand on plonge le patient en phase terminale d'une maladie dans l'inconscience jusqu'à sa mort.

La conférence de citoyens sur la fin de vie considère cette question particulièrement complexe car elle relève essentiellement de la pratique médicale et par là semble échapper à la maîtrise et à la responsabilité du patient. La possibilité pour un patient d'être sédaté à hauteur de ses besoins constitue pour cette conférence un droit pour tout patient en fin de vie ou atteint d'une pathologie incurable même si cela peut avoir pour effet d'abrèger sa vie. La conférence reconnaît aux médecins la libre pratique de la sédation dès qu'il existe une suspicion de souffrance, quand bien même le patient ne peut pas l'exprimer.

« Mourir dans la dignité »

C'est une des premières questions que s'est posée la Conférence de citoyens.

Michel Landa écrivait en 1979: «le droit de mourir dignement dans la lucidité, la tendresse, sans autres affres que celles inhérentes à la séparation et au glissement hors de cette forme de vie».

Le sens que lui donne aujourd'hui l'association qui porte son nom serait «Anticiper sa mort pour ne pas se voir se délabrer ni imposer aux autres ce délabrement». Comme si, commente Marie de Hennezel la dégradation du corps et de l'esprit était signe d'indignité.

Quelques chiffres

58%

des Français entre 35 et 65 ans envisagent de demander à leur médecin de leur prescrire un produit leur permettant de mettre fin eux-même à leur vie (suicide assisté).

49%

de la même population craint que la législation de l'euthanasie ou du suicide assisté ne conduise à l'utilisation abusive de ce droit.

83%

des personnes de + de 75 ans refusent de rédiger des directives anticipées.

52%

de la population a peur de l'euthanasie.

42%

parce que c'est trop tôt, trop compliqué.

57%

parce qu'elle risque d'être imposée à des personnes non consentantes.

36%

parce c'est inutile, voire dangereux.

56%

parce qu'elle résultera de pressions sur le patient.

22%

refusent d'anticiper ou de parler de ce sujet.

56%

parce qu'on risque de la pratiquer pour des raisons financières.

Et le Conseil National de l'Ordre...

Le texte du CNOM du 8 février 2013 sur la fin de vie, assistance à mourir prend position sur différents points :

- L'offre de soins palliatifs est insuffisante.
- Les applications de la loi Léonetti sont trop peu connues de la population en général et des professions de santé.
- Il est envisagé pour « des situations cliniques exceptionnelles, identifiées comme telles », une décision de sédation adaptée, profonde, terminale, par un collège sur l'évaluation de la situation médicale du patient, sur le caractère réitéré et autonome de sa demande, sur l'absence de toute entrave à sa liberté dans l'expression de cette demande.

En fait, si les deux premiers alinéas font l'unanimité, le troisième a soulevé des questions de la part des tenants et des opposants à l'euthanasie sur l'assimilation ou pas entre « sédation terminale » et « euthanasie légitime » :

- Emmanuel Hirsch s'interroge sur l'autorité d'une instance (« collégiale ») destinée à autoriser, ou non, l'euthanasie d'une personne.
- Les équipes de soins palliatifs considèrent que la « sédation profonde » pour syndromes réfractaires ou détresse recommandée depuis 2008 par la société française d'accompagnement et de soins palliatifs peut répondre à toutes les situations.

En résumant, c'est l'objectif avoué qui est au cœur du débat : dans un cas, la mort du malade, dans l'autre, son soulagement au risque d'entraîner son décès.

Si le dernier objectif ne peut que convenir à tous : bien portant, malade et professionnels de santé, tous un jour destinés à mourir, quel intérêt y a-t-il à provoquer un débat de société délétère entre « bien portant » sur le sort des plus démunis et des plus fragiles que nous serons tous un jour au terme de notre vie ?

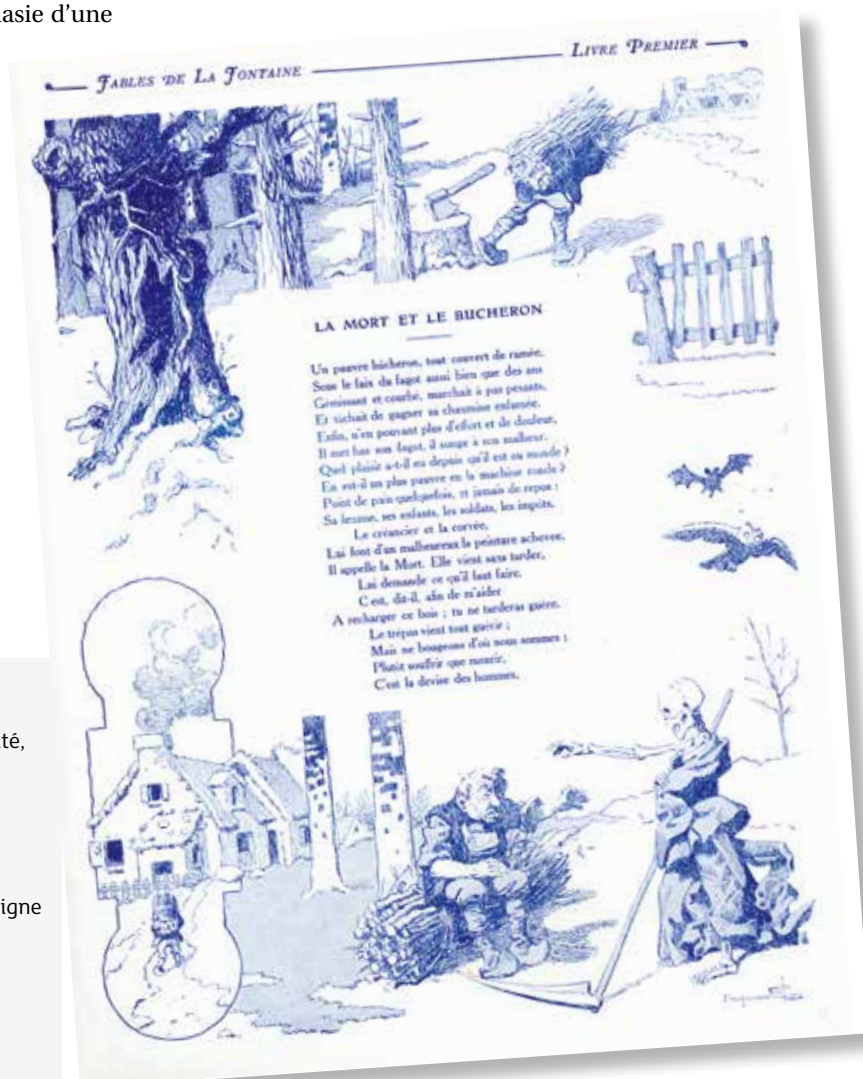
Références :

Marie de Hennezel : nous voulons tous mourir dans la dignité, Robert Laffont 2013.

Conférence de citoyens sur la fin de vie
IFOP 14 décembre 2013.

CNOM : Fin de vie, « assistance à mourir »
8 février 2013. (Moteur de recherche fin de vie - page 2, 3^e ligne
www.conseil-national.medecin.fr).

E. Hirsch : « Le conseil national de l'ordre des médecins se convertit à la pratique de l'euthanasie »
Éditoriaux 14 février 2013.



Messagerie sécurisée

Compte-rendu de la réunion Mssanté le 23 janvier 2014

Dr Philippe Garnier

Le directeur général de l'ARS nous a signalé que le médecin était un pilier de la coordination des soins et qu'il fallait un lien numérique pour communiquer à partir de 2014.

Il a évoqué des projets numériques expérimentaux de la région dont les deux principaux.

- Le plateau de Millevaches «Territoire des soins numériques».
- La messagerie de santé. Mssante asip santé en cours de mise en développement!!!

Ensuite un représentant de l'ASIP Santé (agence des systèmes d'information partagés de la santé) nous a présenté la messagerie sécurisée mssante.fr.

La messagerie sera interopérative avec tous les systèmes existants, à condition qu'ils soient tous agréés par l'Asip, en étant sécurisés par la carte Cps des

professionnels de santé, qui seront les seuls autorisés à recevoir des informations médicales des patients.

En France de nombreux sites sont déjà expérimentaux.

Pour le CHU et les cliniques de Limoges l'ARS et l'ASIP feront le nécessaire pour faire avancer le projet le moins lentement possible.

Au total, tout est bien prévu mais il reste la réalisation effective

En attendant vous pouvez vous inscrire sur Mssante pour prouver aux autorités que vous êtes impatients de communiquer de manière sécurisée dès que possible.

Comment fonctionne cette messagerie :

- j'ai activé mon compte Mssante sur le site **Mssante.fr philippe.....@medecin.mssante.fr**

- je me connecte à cette messagerie au bureau directement avec ma carte Cps, et hors de mon bureau sur une tablette ou sur un ordinateur, par un identifiant à usage unique reçu par sms ou par mail.

Cette messagerie est sécurisée par son accès mais non cryptée.

Je pourrai communiquer par cette messagerie sécurisée avec tous les médecins qui auront initialement activé un compte sur mssante avec leur carte Cps.

Pour les spécialistes qui n'ont pas un accès direct à leur carte Cps sur leur bureau, ils ne peuvent pas initialiser cette messagerie.

Ils devront attendre que les cliniques et les hôpitaux permettent leur accès direct.

Bonne connexion, j'attends vos courriels sécurisés sur ma boîte aux lettres (BAL) Msante.

Droits et devoirs du médecin retraité

Dr Patrick Mounier

Dossiers patients

- faciliter la continuité des soins,
- s'assurer de la confidentialité des données médicales personnelles,
- 30 ans (Code de la santé publique).

Responsabilité civile professionnelle

Pendant 10 ans, qui est la durée de la prescription civile, le dernier assureur garantit le médecin pour toute réclamation.

Pour la suite, l'ONIAM (Office national des accidents médicaux) peut intervenir.

Droit à prescrire

Le médecin retraité non actif peut être un médecin traitant pour lui et sa famille s'il reste inscrit au Conseil de l'Ordre et s'il reste identifiable par la CPAM sur son ordonnance.

Il doit noter la mention « acte gratuit ».

Pas de prescription d'arrêt de travail ou de certificats médicaux.

Médecins retraités, mentions devant figurer sur les :

ORDONNANCES

Dr + Prénom + NOM
 Adresse complète personnelle
 Téléphone
 Qualité de retraité (pas obligatoire)
 RPPS ► 11 chiffres
 ► code barre
 N° inscription au tableau
 (ex. : 87/xxxx)

TAMPONS ENCREURS

Dr + Prénom + NOM
 RPPS ► 11 chiffres
 N° ordinal : 87/XXXX
 (cf. N° inscription au tableau)

La sécurité des Médecins : une préoccupation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne.

■ Dr Christophe Beaubatie

Le 8 février dernier, sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Médecins, en partenariat avec le Ministère de l'Intérieur, les délégués Sécurité des Conseils Départementaux ainsi que les représentants des Conseils Départementaux, se sont réunis à Paris en vue de poursuivre la déclinaison du protocole national de sécurité(*) signée en avril 2011 avec le Ministère de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé.

Ce protocole national a pour but de garantir aux médecins un exercice sécurisé et de lutter contre la désertification médicale déjà enregistrée sur certains territoires. Entre le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Ministères sus cités, un important travail de sensibilisation a été réalisé auprès des Préfets, des Procureurs, des forces de l'ordre et des A.R.S.

Le Conseil Départemental des Médecins de la Haute-Vienne a donc nommé un délégué à la sécurité des médecins et s'appête à signer le protocole national.

Afin d'être au plus près des préoccupations des confrères qui sont sur le terrain, le délégué à la sécurité des médecins sera chargé, avec le référent sécurité du Ministère de l'Intérieur (soit de la police, soit de la gendarmerie selon les territoires concernés), de co-animer des réunions réunissant des confrères sur un territoire donné, dans le but de rendre concret le protocole national de sécurité. Ces réunions auront pour objectif d'analyser, d'anticiper, d'adapter ces pratiques et d'agir, puis s'il y a lieu de les modifier.

Pour se faire le travail aura lieu en sous-groupes qui permettront d'effectuer une analyse de nos pratiques professionnelles face à l'insécurité et aux agressions et que nous pouvons subir dans l'exercice de notre métier.

Si la sécurité est l'affaire de tous, elle est en premier chef sous la responsabilité de l'État. La notion de droit tend à disparaître dans notre société, en effet, toutes les fonctions sociales ont été désacralisées, et comme nous avons pu le voir au cours de ces dernières semaines, les médecins n'y ont pas échappé.

Au cours de ces différentes réunions travaillerons sur 3 axes à l'aide de supports vidéo retraçant les expériences réellement vécues sur le terrain par des confrères. La première vidéo s'attache à étudier l'insécurité lors des consultations dans nos cabinets médicaux, la deuxième à l'insécurité lors des visites à domicile et enfin la troisième à l'insécurité qui peut régner dans un service d'urgences hospitalières.

Le but de ces réunions sera de décrire les faits qui nous seront présentés, d'identifier les différents problèmes auxquels nous pouvons être confrontés dans ces 3 situations, aller vers la résolution des problèmes et enfin vers une conceptualisation qui débouchera sur des outils pouvant être mis à la disposition de nos confrères avec l'expertise technique et judiciaire du référent sécurité du Ministère de l'Intérieur qui co animera ces réunions.

Afin de faire régresser cette insécurité, ce que tendent à montrer les statistiques (**) 2013 tant au niveau national que départemental pour 2012 et 2013 par rapport à 2011, il est nécessaire que nous soyons tous impliqués!

Nous devons systématiquement signaler au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins les violences que nous subissons, tant verbales que physiques (cf fiche de déclaration à télécharger sur le site du CNOM), porter plainte systématiquement, faire preuve de solidarité vis-à-vis de tous les confrères car quand un confrère est confronté à l'insécurité voire à la violence, ce sont tous les médecins qui doivent se sentir concernés.

(*) <http://www.conseil-national.medecin.fr> (Protocole Santé - Sécurité - Justice - Ordres)

(**) <http://www.conseil-national.medecin.fr>
(Observatoire pour la sécurité des médecins)

À propos de sécurité

Courrier d'un médecin de SOS Médecins Limoges

Dr Gilly Frédéric- SOS MÉDECINS LIMOGES

à CDOM Haute-Vienne Limoges 87000

Objet: demande article suite agression

Suite à la récente agression le 2 mars de l'un de nos collègues et confrères, nous tenons à profiter de cette tribune pour sensibiliser et inciter l'ensemble du corps médical à déclarer les incidents dont nous pouvons être victimes.

Nous sous-estimons nos déclarations, le plus souvent par manque de temps, alors qu'une remontée des chiffres réels permettrait une meilleure sensibilisation des pouvoirs publics.

Ces agressions concernent l'ensemble du corps médical: ambulanciers, personnels soignants, infirmiers, secrétaires médicales, kinésithérapeutes, pharmaciens, pompiers, médecins libéraux et salariés, médecins de l'Éducation Nationale...

Les violences qui peuvent être physiques et verbales sont toutes les deux parfois traumatisantes. Les violences physiques sont moins fréquentes et fort heureusement rares dans notre département de la Haute-Vienne. Il ne faut donc pas céder à la psychose grandement relayée par les journalistes!

Dans le cadre de l'exercice de notre médecine, plusieurs situations peuvent être rencontrées:

1. Les violences dans le cadre de soins psychiatriques ou d'hospitalisations sous contrainte sont moins fréquentes que l'on pourrait le croire au regard du nombre de ces situations à risque. En effet, soit les médecins sécurisent initialement leur visite avec les forces de l'ordre soit ils effectuent ces visites avec un état de vigilance accru et un mécanisme de fuite et de défense prêt à être enclenché à tout moment.
2. Les visites ou consultations habituelles où le médecin peut être victime de violences non prévisibles pour des motifs très variés (délai d'attente, refus de prescription, problème relationnel, problème de règlement...). L'alcoolisation est par ailleurs très souvent associée à ces violences. Ces violences sont donc parfois plus compliquées à gérer car non prévues.
3. Enfin les violences sans rapport avec l'acte médical (violence gratuite, vol, dégradation de matériel comme nos voitures...).

La gestion d'une agression se fait au cas par cas et la parole doit toujours l'emporter sur la violence. Apprendre à se comporter face à un patient violent et désamorcer une situation de crise n'est pas toujours aisé. La gestion de ces situations à risque ne fait pas partie de notre cursus universitaire. Les formations par la police ou gendarmerie ou par nos associations de FMC n'en sont qu'à leurs débuts.

S'il existe des possibilités d'alerte à domicile de la police via certains logiciels comme ceux développés pour nos associations SOS MÉDECINS, les pouvoirs publics pourraient financer et développer très facilement une application pour nos smartphones réservée au corps médical.

Dans tous les cas, en cas de doute, la sécurisation de la visite doit être initiale avec les forces de l'ordre.

Les sanctions en cas d'agression se doivent d'être exemplaires afin que cette violence ne se développe pas et que nous ne soyons pas contraints d'exercer des droits de retraits sur certains quartiers ou immeubles, car cette solution que nous avons déjà appliquée il y a quelques années suite à une dégradation d'une voiture et à une agression physique dans une ZUP de Limoges, n'est pas la solution puisqu'elle pénalise l'ensemble de la population. Cette mesure ne peut être réservée qu'à une très courte durée, le temps d'un débriefing de la situation et des faits.

Le recueil et la déclaration des incidents sont donc impératifs au niveau du CDOM ainsi que le dépôt de plainte auprès de la police ou gendarmerie si nécessaire. Ce dépôt de plainte peut être effectué dans un premier temps par informatique (pré-plainte) nous laissant le temps d'être reconvoqué ultérieurement.

Enfin la lutte en amont contre l'alcoolisation fréquemment associée à ces violences doit rester un sujet principal au niveau local pour nos élus.

Frédéric Gilly SOS Médecins Limoges

ENQUÊTE

PERMANENCE DES SOINS

Dr Philippe Bleyne

pour la Commission de la permanence des soins

Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne veut rester attentif à l'évolution des pratiques des médecins généralistes libéraux en matière d'ouverture et de fermeture des cabinets médicaux.

Il est clair que l'époque du médecin généraliste, en ville autant qu'en rural, corvéable à souhait et à merci, est révolue. La grande majorité des confrères aspirent à une vie différente, sans renier le service des patients. Il est donc indispensable d'effectuer, de temps à autre, des ajuste-

ments. Notre dispositif expérimental de permanence des soins a été une étape importante dans un passé récent.

Le Conseil départemental, par l'intermédiaire de sa Commission de la permanence des soins, a voulu s'intéresser à certains créneaux horaires « charnières » (entre 8 h et 9 h le matin, entre 18 h et 20 h le soir en semaine), au samedi matin, aux périodes de vacances...

Ceci s'est fait par le biais d'une enquête qui s'est réalisée en deux temps :

- dans un premier temps, les régulateurs du SAMU et les régulateurs libéraux ont été interrogés pour cerner leurs difficultés sur les créneaux évoqués ci-dessus;
- dans un deuxième temps, nous avons interrogé tous les médecins généralistes libéraux du département, le questionnaire étant bâti à partir des réponses des régulateurs.

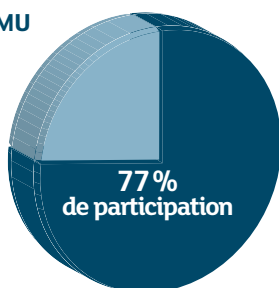
Voici les grandes lignes du résultat de cette enquête.

1 – Enquête auprès des régulateurs

En ce qui concerne l'enquête auprès des régulateurs, nous sont parvenues :

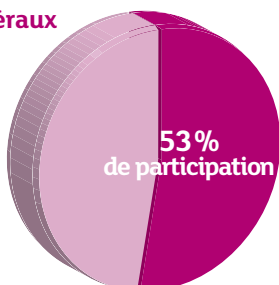
Pour les régulateurs SAMU

$\frac{10}{13}$ réponses
sur questionnaires
envoyés



pour les régulateurs libéraux

$\frac{9}{17}$ réponses
sur questionnaires
envoyés



L'analyse des réponses nous a donc permis de cibler les questions à poser aux médecins généralistes libéraux. Nous n'en ferons pas le compte rendu puisque, par définition, ces réponses sont devenues les questions à poser pour la 2^e partie de l'enquête.

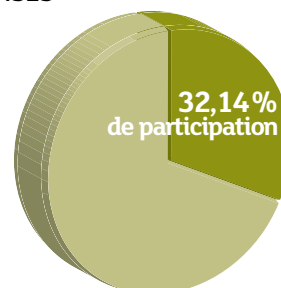
2 – Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne

Le questionnaire était le même pour Limoges, la « petite couronne » et le milieu rural mais les items pour les réponses tenaient compte de l'existence de l'association SOS MÉDECINS pour les communes où celle-ci intervient à savoir : Limoges, Condat-sur-Vienne, Couzeix, Feytiat, Isle, Panazol.

A – LE NOMBRE DE RÉPONSES

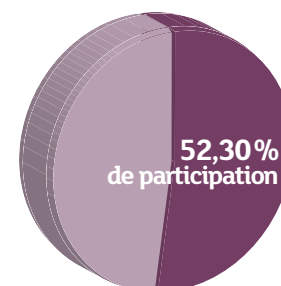
LIMOGES ET PETITE COURONNE

$\frac{72}{224}$ réponses
sur envois



MILIEU RURAL

$\frac{102}{195}$ réponses
sur envois



Nous avons affiné cette participation par tranches d'âge.

ENQUÊTE

PERMANENCE DES SOINS

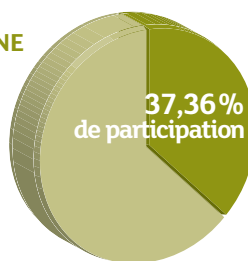
Dr Philippe Bleyne
pour la Commission de la permanence des soins

A bis – NOMBRE DE RÉPONSES PAR TRANCHES D'ÂGE

56 ANS ET +

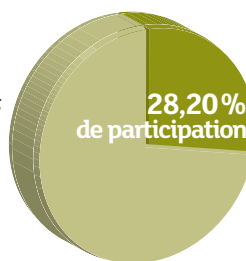
LIMOGES ET
PETITE COURONNE

$\frac{34}{91}$ réponses
sur envois



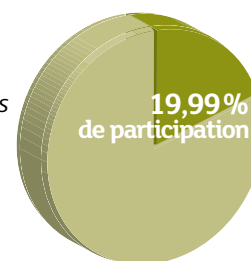
46-55 ANS

$\frac{22}{78}$ réponses
sur envois



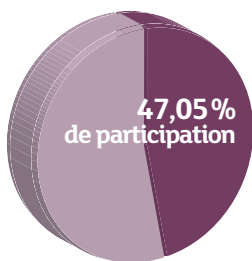
29-45 ANS

$\frac{11}{55}$ réponses
sur envois

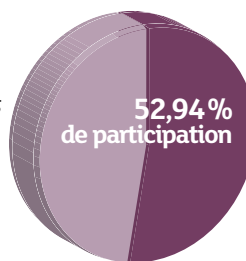


MILIEU RURAL

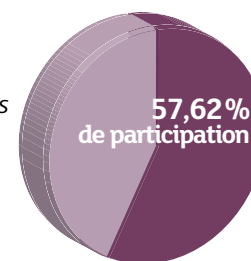
$\frac{40}{85}$ réponses
sur envois



$\frac{27}{51}$ réponses
sur envois



$\frac{34}{59}$ réponses
sur envois



L'analyse de ces chiffres permet de dégager :

Une moyenne globale de participation de **41,52%**, ce qui est moyennement satisfaisant, avec une participation en milieu rural plus importante.

Un mouvement inverse entre le rural et Limoges (+ petite couronne) : les jeunes médecins du secteur rural ont plus répondu alors qu'en ville, ce sont les plus anciens.

B – EN SEMAINE

La **première question** de l'enquête portait sur les **heures de prises des appels en semaine**, sachant que la permanence des soins libérale s'arrête à 8 h le matin et commence le soir à 20 heures.

■ a

À **Limoges (+ petite couronne)**, **22,22 %** des médecins indiquent que leurs heures d'ouverture coïncident avec les heures de PDS alors qu'ils sont **36,27 % en rural**.

■ b

Dans l'ensemble, aussi bien **en rural** que sur **Limoges et la petite couronne**, **les confrères commencent plus tôt que 8 h et terminent plus tard que 20 heures**.
8 en milieu rural déclarent commencer après 8 h mais 26 n'ont pas donné de précision.

13 en milieu urbain déclarent commencer après 8 h mais 11 n'ont pas donné de précision.

35 en milieu rural déclarent s'arrêter avant 20 heures.

28 en milieu urbain déclarent s'arrêter avant 20 heures.

■ c

Pour un **début d'activité après 8 h et de fin avant 20 h**, l'analyse de l'orientation des appels fait apparaître des fonctionnements qui sont à corriger.

En rural, 31 confrères déclarent orienter vers le 15, et à Limoges, ils sont 20 à faire la même démarche.

Nous voulons rappeler qu'en dehors des heures de permanence des soins, l'orientation ne doit se faire vers le 15 que pour les urgences ayant un caractère de gravité important, voire vital.

Nous notons que sur Limoges et la petite couronne, la moitié des médecins qui ont répondu orientent vers SOS MEDECINS quand leurs heures d'ouverture et de fermeture de cabinet ne coïncident pas avec les heures de PDS, cette démarche étant plus adaptée que l'orientation vers le 15.



C – LE SAMEDI MATIN

La **deuxième question** traitait de l'activité du samedi matin.

MILIEU RURAL

$\frac{92}{102}$ médecins déclarent être ouverts, soit tous les samedis matin (47), soit parfois le samedi matin (45)

LIMOGES ET PETITE COURONNE

$\frac{61}{72}$ médecins déclarent être ouverts soit tous les samedis matin (19), soit parfois le samedi matin (42).

Quand un médecin ne travaille pas et qu'il exerce en groupe, l'orientation vers un associé qui travaille est préférentielle :

38 sur 58 ayant déclaré exercer en groupe en milieu rural.

30 sur 40 ayant déclaré exercer en groupe sur Limoges.

En cas d'absence, **20 médecins déclarent se faire remplacer en rural contre 5 à Limoges** alors que **18 médecins déclarent orienter vers SOS MÉDECINS à Limoges**.

Enfin, là aussi, 15 médecins en rural et 15 médecins sur Limoges et petite couronne orientent vers le 15, ce qui n'est pas adapté pour les mêmes raisons exposées au paragraphe précédent.

D – L'AVENIR

Parmi ceux proposés, 2 items recueillent, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, le suffrage des confrères.

Intégrer le samedi matin à la permanence des soins

MILIEU RURAL

$\frac{53}{102}$

LIMOGES ET PETITE COURONNE

$\frac{38}{78}$

Débuter la permanence des soins à 19h plutôt qu'à 20h

MILIEU RURAL

$\frac{43}{102}$

LIMOGES ET PETITE COURONNE

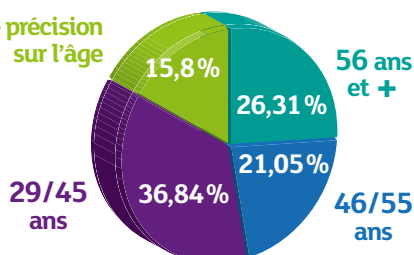
$\frac{27}{72}$

Nous ferons remonter ces deux points vers le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

E – LA RÉGULATION

19 médecins ont indiqué envisager de se former pour devenir régulateur. Il faut noter qu'ils sont répartis dans toutes les tranches d'âge :

Pas de précision sur l'âge



$\frac{36}{174}$ (20,68%)
médecins souhaitent une régulation libérale toute la journée (cela était le cas il y a quelques années) (21) en milieu rural - (15) à Limoges.

Cette question de la régulation faisait l'objet d'un espace de libre expression. Il est toujours signalé une disparité dans la manière de réguler selon les différents régulateurs mais, dans l'ensemble, une amélioration de la régulation est mentionnée ainsi que dans la relation régulateur / effecteur.

ENQUÊTE

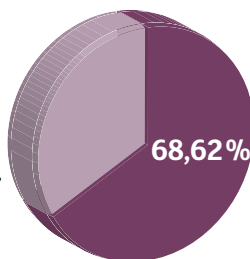
PERMANENCE DES SOINS

Dr Philippe Bleyne
pour la Commission de la permanence des soins

f – LES VACANCES

MILIEU RURAL

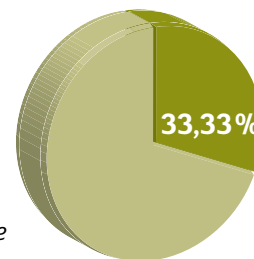
$\frac{70}{102}$ médecins disent se faire remplacer facilement ou avec difficultés. En cas de non remplacement, les associés reçoivent les patients.



Il est à noter que les confrères qui disent se faire remplacer facilement ou difficilement, sont répartis de manière identique dans les 3 tranches d'âge.

LIMOGES ET PETITE COURONNE

$\frac{24}{72}$ médecins disent se faire remplacer facilement ou avec difficultés, soit un chiffre nettement moindre qu'en milieu rural. L'orientation vers un confrère ou un associé est la solution adoptée en cas de non remplacement.



CONCLUSION

Il est toujours difficile de « faire parler » les chiffres d'une enquête. Nous dégageons quand même quelques points.

$\frac{4}{10}$ médecins généralistes libéraux ont répondu à cette enquête.

C'est certes inférieur à la moyenne mais montre que les confrères sont préoccupés par leurs conditions d'exercice et leur avenir.

Les généralistes libéraux, tout en continuant majoritairement d'assurer leur service de 8 h à 20 h en semaine et le samedi matin, aimeraient bien voir la permanence des soins débiter à 19 h et s'étendre au samedi matin.

$\frac{3}{4}$ médecins arrivent à se faire remplacer, tant bien que mal, en milieu rural, pour leurs vacances.

Sur Limoges et la petite couronne, les remplacements sont moins fréquents mais la présence de SOS MÉDECINS et la densité médicale permettent de couvrir les demandes.

Certains médecins ont un effort à faire pour mieux orienter leurs patients quand ils ne sont pas à leur cabinet, sur des tranches horaires en dehors des heures de permanence des soins.

Le 15 ne peut, en effet, pas assurer ces appels en dehors des urgences majeures.

Quelle activité privée lucrative exercée à titre professionnel peut être réalisée par un médecin hospitalier public?

Dr Stéphane Bouvier

Selon le statut du médecin, on distinguera :

■ Médecins hospitaliers titulaires :

■ Activité à temps plein (100 %) : aucune activité privée lucrative de quelque nature que ce soit ne peut être exercée à titre professionnel. Un remplacement d'un professionnel libéral n'est possible, ni pendant les congés annuels, ni pendant les congés de RTT.

Des activités accessoires peuvent être accordées, après sollicitation auprès de la direction de l'hôpital :

- expertises et consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé,
- enseignement et formation,
- activités d'intérêt général auprès d'une personne publique ou d'une personne privée à but non lucratif,

- mission d'intérêt public, de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un État étranger.

Une autorisation auprès de la direction de l'hôpital doit être sollicitée pour l'exercice de ces activités accessoires.

■ Activité à temps partiel :

une activité professionnelle est autorisée en dehors des plages horaires consacrées à l'activité hospitalière.

■ Assistants, assistants hospitalo-universitaires, assistants des hôpitaux-chefs de clinique universitaires :

les remplacements sont possibles en cabinet libéral, dans un établissement hospitalier privé ou public sur une ou

plusieurs périodes de congés sans solde dont la durée est fixée à :

- trente jours pour la première année,
- quarante-cinq jours pour les années suivantes.

■ Interne en médecine (3^e cycle des études médicales) ; condition :

- être titulaire d'une licence de remplacement,
- avoir validé un niveau d'études (art. R 4131-1 du CSP),
- remplacement réalisé pendant les congés annuels.

Ne pas oublier de contracter une assurance en responsabilité civile professionnelle et de s'inscrire à l'URSSAF.

Contrat EHPAD - Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Nous avons interrogé le Conseil National sur le contrat portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux dans l'EHPAD du CCAS de Limoges.

La question des contrats des médecins traitants intervenant en EHPAD a fait l'objet d'un contentieux engagé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui a trouvé son issue dans un arrêt du Conseil d'État le 20 mars 2013.

Si le Conseil d'État n'est pas revenu sur le caractère obligatoire du contrat pour intervenir en EHPAD, comme le demandait le Conseil National, il a annulé certaines dispositions litigieuses et réaffirmé les principes d'indépendance professionnelle et la liberté de prescription du médecin intervenant en EHPAD.

Le contrat type proposé par le CCAS de Limoges est quasiment identique au contrat type prévu par la réglementation. Il présente cependant deux difficultés :

D'une part, les dispositions de l'article 2-3 à partir du «notamment», jusqu'à «dates de congés», doivent être supprimées, conformément à l'article 3 de l'arrêt du 5 septembre 2011.

D'autre part, si la possibilité de résilier le contrat a été annulée par le Conseil d'État, le premier alinéa de l'article 5 qui faisait état d'une conciliation faisant intervenir l'Ordre en cas de désaccord sur l'interprétation du contrat ou son exécution n'a pas été annulée et doit être rétablie.

Ce sont les seules difficultés que comporte ce contrat.

Concernant la mention suivant laquelle l'établissement propose à titre informatif la liste des médecins intervenant dans l'EHPAD aux résidents qui n'auraient pas de médecins traitants, une telle disposition n'est effectivement pas nécessairement judicieuse, mais elle n'est pas non plus contraire au libre choix du résident à qui rien n'interdit de désigner un autre médecin que ceux figurant sur cette liste.

AGENDA

SAISIES DE DOSSIERS

- **9 octobre 2013**
Le Docteur Anne-Marie Trarieux au CH Esquirol.
- **7 novembre 2013**
Le Docteur Bernard Papel au CH de Saint-Junien.
- **21 novembre 2013**
Le Docteur Bernard Papel au siège d'une association de Limoges.
- **25 novembre 2013**
Le Docteur François Archambeaud au CHU Dupuytren.
- **18 décembre 2013**
Le Docteur François Archambeaud au CHU Dupuytren.
- **2 avril 2014**
Le Docteur François Archambeaud au CHU Dupuytren.

RÉUNIONS AU CONSEIL NATIONAL

- **12 octobre 2013**
Assemblée générale des Présidents et Secrétaires généraux, en présence des Docteurs François Archambeaud et Philippe Bleyne.
- **16 novembre 2013**
La réunion de formation des conseillers ordinaires sur la sécurité des médecins en présence du Docteur Anne-Marie Trarieux.
- **14 décembre 2013**
Réunion des trésoriers en présence du Docteur Antoine Bariaud.
- **1^{er} février 2014**
Assemblée Générale des Présidents et des secrétaires généraux. Le Conseil départemental était représenté par les Docteurs François Archambeaud et Pierre Bourras.
- **8 février 2014**
« Formation sécurité des médecins », en présence du Docteur Anne-Marie Trarieux et du Docteur Christophe Beaubatie.

AUTRES RÉUNIONS

- **20 septembre 2013**
Assemblée générale de l'Association MOTS à Brive, en présence des Docteurs François Archambeaud, Antoine Bariaud et Joël Malgouyard.
- **11 octobre 2013**
Le Docteur François Archambeaud a assisté à la remise des bourses par l'AFEM, à Paris.
- **21 novembre 2013**
Réunion du Comité Ville-Hôpital, au siège du Conseil départemental, en coopération avec le Professeur Dominique Moulies.
- **2 décembre 2013**
Réunion de la Commission « Jeunes médecins », au siège du Conseil départemental.
- **18 décembre 2013**
Présentation au Conseil départemental du Programme PRADO mis en place par la CPAM, en présence du Docteur François Archambeaud, de Monsieur Paul Orliac, du Docteur Sylvie Hourcade et de Madame Dany Buisson.
- **10 janvier 2014**
Présentation des vœux à la Préfecture de la Haute-Vienne, en présence du Docteur Anne-Marie Trarieux.
- **13 janvier 2014**
Présentation des vœux au Tribunal de Grande Instance de Limoges, en présence du Docteur François Archambeaud.
- **21 janvier 2014**
Les Docteurs Philippe Bleyne et Éric Rouchaud ont participé au Comité de suivi de la Permanence des soins à l'ARS du Limousin.
- **23 janvier 2014**
Réunion MSSanté à l'ARS du Limousin, en présence des Docteurs Pierre Bourras et Philippe Garnier.
- **11 février 2014**
Interview des Docteurs François Archambeaud, Philippe Bleyne et Éric Rouchaud par le journal le Populaire du Centre.
- **18 février 2014**
Réunion à la Préfecture de la Commission contre les Violences Intra Conjugales, en présence du Docteur Jean-Jacques Texier.
- **3 mars 2014**
Réunion de la Commission « Jeunes médecins », au siège du Conseil départemental.
- **11 mars 2014**
Réunion du Comité de pilotage de l'ORULIM (Observatoire régional des Urgences du Limousin), en charge de l'élaboration d'un Registre limousin des AVC. Le Conseil départemental était représenté par le Docteur Jean-Jacques Texier.
- **1^{er} avril 2014**
Assemblée générale de la Protection Civile au Zénith de Limoges, en présence du Docteur François Archambeaud.