



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 20

AVRIL 2016

Conseil départemental de la Haute-Vienne



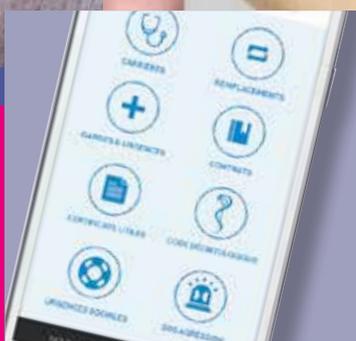
DOSSIERS

***L'entretien
prénatal
précoce***

p. 6

***Le syndrome
du bébé
secoué***

p. 11



**Site internet,
bientôt
du nouveau** p. 19



**Nouveaux
horaires
du CDOM**

À compter
du 1^{er} mars 2016

p. 17



sommaire

■ Édito	p. 3
■ Exercice professionnel	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 4-5
■ Dossiers	
• L'entretien prénatal précoce	p. 6-10
• Le syndrome du bébé secoué	p. 11-14
■ Informations pratiques	
• Sécurité des professionnels de santé	p. 15
• Cotisations	p. 15
• Permanence des soins	p. 16
• Charges de fonctionnement du CDOM	p. 17
• Nouveaux horaires du CDOM	p. 17
• Dérives sectaires	p. 18
• Caducées et parcmètres de la ville de Limoges	p. 18
• Information sur les anciens clichés radiologiques	p. 18
• Site internet du CDOM	p. 19
• Code de déontologie Article 56	p. 20-21
• Incapacité temporaire totale (modèles de certificat)	p. 22-23
■ L'agenda	p. 24

Publication du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne
 Drs Pierre Bourras, François Bertin, Christophe Descazeaud, Dominique Moreau, Patrick Mounier, Martine Prévost, Pascal Raymond
 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 et 6 : © Photographee.eu - Fotolia

Page 1 : © Aynur Shuerman

Page 11 : © Brebca - Fotolia

Page 18 : © Photodisc

édito



Dr Anne-Marie TRARIEUX *Présidente*

2016 ! L'année nouvelle a commencé avec le poids des événements qui se sont déroulés l'an passé et des changements qui s'annoncent.

Les médecins ont pris leur part dans la réponse aux attentats dans une période de grève, faut-il le rappeler ?

Notre challenge est bien celui du « prendre soin » dans un contexte de plus en plus contraint tant sur le plan de l'exercice que sur le plan individuel.

Dans les difficultés nous nous devons soutien et solidarité, sans oublier nos obligations auprès des patients, grandeur de notre métier. Aussi, je veux commencer cette année en soulignant la fragilisation des médecins dans les différents exercices qui sont les leurs. Le CDOM se veut à l'écoute des difficultés avec la commission de l'entraide.

2015 a vu localement la signature du Protocole national sur la sécurité des professionnels de santé, deux référents sécurité sont plus particulièrement à votre écoute sur ces problèmes au CDOM.

Également, on a vu se consolider la Permanence des Soins avec la signature d'un cahier des charges régional, fruit d'un travail de longue date du Conseil Départemental, de la commission PDS, de sa collaboration sans faille avec les médecins, dépassant les tensions, dissensions quand elles se sont présentées sans céder sur l'essentiel de construire, encore et toujours une PDSA qui puisse fonctionner, être crédible et préserver les zones les plus fragiles.

L'action du CDOM, me semble-t-il, et c'est ce pourquoi je me suis engagée, doit se calquer sur l'esprit qui a présidé à la construction de cet accord, une action engagée, dans les limites des compétences du CDOM, au service de tous, en participant au meilleur maillage de notre territoire, d'autant que les difficultés ne sont pas derrière nous. Nul doute que cela n'ira pas sans peine, mais l'application de la Loi santé, la nouvelle territorialité et l'évolution des besoins, de la médecine nous appellent à nous structurer, à dépasser nos divergences pour défendre l'essentiel, des conditions d'exercice qui puissent convenir aux jeunes, aux seniors et la défense des valeurs ordinaires, liberté d'installation, liberté de choix, préservation du secret médical. Les médecins doivent continuer à s'exprimer sur ce que doit être le système de santé de demain. Le Conseil National a communiqué sur les résultats des consultations qu'il a menées au cours de l'automne et des propositions qu'il fait pour demander des aménagements de la Loi.

2016 est une année d'élections sur le plan ordinal, sur le plan régional en février, en juin sur le plan national; ce seront les dernières élections qui se dérouleront sur ce mode, les prochaines élections départementales de 2017 devant se dérouler sur un mode paritaire, changement que nous devons également préparer.

Je souhaite que pour 2016 que notre engagement ordinal se renforce et contribue et faire vivre et à rendre toujours plus vivantes les valeurs de notre profession.

TABLEAU Du 8 juillet au 2 décembre 2015

INSCRIPTIONS

dans le cadre d'une primo-inscription

En médecine générale

Dr BAUDRIER Anne

remplaçante - 02/12/2015

Dr BIGRAT Vincent

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr BUREAU-YNIESTA Coralie

remplaçante - 04/11/2015

Dr CHARAZAC Antoine

remplaçant - 02/12/2015

Dr CHARRAULT Sylvine

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr COURIVAUD Thomas

activité libérale Limoges - 04/11/2015

Dr EBERHARD Maxime

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr FLEURAT François-Louis

remplaçant - 04/11/2015

Dr GEBARA Nadine

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr KUETCHE NZOCHE Patrick

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr LACOUR Aurore

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr LEMONNIER Marina

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr MARTINÉ Gaëlle

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr MAZÉ Lénaïc

remplaçant - 07/10/2015

Dr MITREA Mara

CHU Dupuytren - 08/07/2015

Dr MORIN Béatrice

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr MUNIER Clément

remplaçant - 02/12/2015

Dr PAPON Arnaud

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr PETIT Anne-Laure

Centre La Chênaie - 09/11/2015

En anesthésie-réanimation

Dr BEN MILED Sami

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr CEUCA-URMA Tatiana

CHU Dupuytren - 08/07/2015

Dr GONZALEZ Céline

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr KASPAR Claire

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr LEGRAS Claire

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr MARINESCU Ileana-Edita

CHU Dupuytren - 08/07/2015

En cardiologie et maladies vasculaires

Dr KOUZEZ Mazen

CHU Dupuytren - 08/07/2015

Dr LE BIVIC Louis

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En chirurgie générale

Dr CHRISTOU Niki

(DESC chirurgie digestive)

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr CHUFFART Étienne

(DESC chirurgie digestive)

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr TAIBI Abdelkader

(DESC chirurgie digestive)

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En gastroentérologie et hépatologie

Dr BETTAYEB Malika

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En génétique médicale

Dr DOBRESCU Amelia

HME - 07/10/2015

En gynécologie médicale

Dr JASMIN Michèle

HME - 31/10/2015

En médecine interne

Dr MATT Morgan

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En neurologie

Dr CHATAINIER Pauline

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En ORL et chirurgie cervico-faciale

Dr RAMIN Lionel

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En pneumologie

Dr SAINT PAUL Aude

CHU Dupuytren - 31/10/2015

En psychiatrie

Dr CHASSANG Thomas

CH Esquirol - 31/10/2015

Dr FIEGL Lucia

CH Esquirol - 31/10/2015

Dr LAVIGNE Benjamin

CH Esquirol - 31/10/2015

Dr MARTIN Julie

CH Esquirol - 02/11/2015

Dr VERGER-CROS Perrine

activité libérale Limoges - 02/11/2015

En radiothérapie

Dr AOUAD Djamel

CHU Dupuytren - 07/10/2015

En radiodiagnostic et imagerie médicale

Dr CASSON-MASSELIN Mathilde

CHU Dupuytren - 31/10/2015

Dr TAPONNO SAGNE Selapouenobon

CHU Dupuytren - 02/12/2015

En rhumatologie

Dr SAULE Émilie

CHU Dupuytren - 07/10/2015

INSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr DINGBOE Jean

salarié - 09/09/2015

Dr DINGBOE-REGNIER Murielle

salariée - 09/09/2015

Dr SALMON Catherine

activité libérale au DORAT - 14/09/2015

Dr LE GRAND Yannick

salarié - 07/10/2015

En anesthésie-réanimation

Dr BENAYOUN Patrick

activité libérale à Limoges - 09/09/2015

En gynécologie-obstétrique

Dr BIZHEV Lyubomir

Saint-Junien - 09/09/2015

En psychiatrie

Dr CANTALOUBE Sylvain

CH Esquirol - 09/09/2015

En oncologie option médicale

Dr DES GUETZ Gaëtan

CHU Dupuytren - 09/09/2015

TABLEAU Du 8 juillet au 2 décembre 2015

En médecine générale orientation homéopathie

Dr Anne-Marie LERMITERIE-DAVID
activité libérale PANAZOL - 02/12/2015

En gastro-entérologie et hépatologie

Dr BIANCHI Laurent
CHU Dupuytren - 31/10/2015

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr ANDRADE NABAIS Ivone, partie le 25 août 2015 en Ardèche
Dr ASLOUM Youcef, parti le 21 octobre 2015 en Charente-Maritime
Dr AUROUX Yves, parti le 11 septembre 2015 en Corrèze
Dr BENATMANE Mohamed, parti le 25 août 2015 dans le Maine-et-Loire
Dr BORDAS Mathieu, parti le 12 novembre 2015 dans les Deux-Sèvres
Dr CAUTRES Thomas, parti le 17 juin 2015 en Corrèze
Dr CHABLE Hélène, partie le 14 octobre 2015 dans les Pyrénées-Orientales
Dr CHALARD Pascal, parti le 20 juin 2015 en Charente
Dr CHAMPTIAUX-DECHAMP Béatrice, partie le 14 octobre 2015 dans le Morbihan
Dr CLERMIDI Pauline, partie le 24 septembre 2015 à Paris
Dr COUTAZ-FLUCK Caroline, partie le 16 octobre 2015 en Dordogne
Dr DECHAMP Christophe, parti le 3 novembre 2015, dans le Morbihan
Dr DUGARD Anthony-Paul, parti le 4 novembre 2015 en Loire-Atlantique
Dr ENSERGUEIX Gaël, parti le 7 octobre 2015 dans le Val-de-Marne
Dr FORTE Raimondo, parti le 24 juillet 2015 dans l'Isère
Dr GAGNARD Jean-Charles, parti le 24 juillet 2015 dans le Val-de-Marne
Dr GANDJI Jean-Alain, parti le 22 septembre 2015 dans l'Indre
Dr GAYOUT Serge, parti le 22 octobre 2015 dans les Pyrénées-Atlantiques
Dr KOUZEZ Mazen, parti le 20 août 2015 dans le Puy-de-Dôme
Dr MAILLOCHON Édouard, parti le 17 octobre 2015 dans Eure

Dr MALLET Éric, parti le 1^{er} novembre 2015 en Corse
Dr MASSON Alexandra, partie le 20 octobre 2015 à Paris
Dr MERLINI-L'HÉRITIER Alexandre, parti le 24 octobre 2015 dans l'Ille-et-Vilaine
Dr MESTUROUX Laura, partie le 14 octobre 2015 en Corrèze
Dr NOEL Brune, partie le 9 juillet 2015 dans le Pacifique Sud
Dr OUESLATI Aïda, partie le 1^{er} août 2015 dans le Lot-et-Garonne
Dr PAIRE Denis, parti le 26 juin 2015 dans le Pacifique Sud
Dr PAITA Franck, parti le 19 juin 2015 en Haute-Savoie
Dr PALUMBO Barbara, partie le 16 juin 2015 en Gironde
Dr PECOUYOUL Carole, partie le 30 août 2015 en Corrèze
Dr PEYRIDIEU Vincent, parti le 6 août 2015 en Corrèze
Dr PHAN-LAC Gian, parti le 19 juin 2015 à la Reunion
Dr VARNOUX Aurélien, parti le 17 juin 2015 en Seine-Saint-Denis
Dr ROUSSEL Virginie, partie le 15 septembre 2015 dans les Yvelines
Dr SALERNO Baptiste, parti le 1^{er} juillet 2015 en Corrèze
Dr THOMAS Amélie, partie le 26 novembre 2015 dans l'Aveyron.

RETRAITÉS

Font valoir leurs droits à la retraite et ne conservent pas d'activité

Dr BARRATEAU Josiane, le 1^{er} octobre 2015
Pr BONNAUD François, le 31 août 2015
Dr BOUTET Jean-Paul, le 1^{er} juillet 2015
Dr BRUGERIE Alain, le 1^{er} octobre 2015
Dr CHAMBERAUD Dominique, le 1^{er} octobre 2015
Dr CROGUENNEC Mireille, le 1^{er} août 2015
Dr HORNSTEIN Monique, le 1^{er} octobre 2015
Dr JEANEAU Pierre-Luc, le 1^{er} octobre 2015
Dr MALAUZAT Dominique, le 1^{er} octobre 2015

Dr NOUAILLE Yves, le 1^{er} novembre 2015
Dr DEVALETTE Jean-Jacques, le 1^{er} juillet 2015

Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité

Pr ADENIS Jean-Paul, le 1^{er} septembre 2015
Dr GIBOT Jean-François, le 1^{er} juillet 2015
Dr GUINOT Pierre-Dominique, le 1^{er} juillet 2015
Dr PRESINAT Christian, le 1^{er} juillet 2015
Dr TUBIANA-MATHIEU Nicole, le 1^{er} septembre 2015
Dr VAREILLE Serge, le 1^{er} octobre 2015.

QUALIFICATIONS

Spécialiste en médecine générale

Dr ROULET-COUDRIER Fanny

Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Dr CAZAVET Alexandre, 2015.

RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Dr GAILLARD Serge, le 2 décembre 2015
Dr GAILLARD Suzanne, le 2 décembre 2015.

DÉCÈS

Dr DECOUTY Jean, le 21 juillet 2015
Dr FAURE Jean-Marie, le 18 octobre 2015
Dr LANGLOIS Jean, le 7 août 2015
Dr LASKAR Marc, le 26 juillet 2015
Dr PASCAUD Marie-Paule, le 8 juin 2015.



L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE : pourquoi un entretien spécifique en début de grossesse ?

L'entretien prénatal précoce (EPP) est un outil de travail de prévention, précieux s'il est précoce. Il permet d'identifier très tôt les besoins, les attentes, les risques pour la santé de la mère, de l'enfant et pour la relation parents-enfants. Il favorise l'orientation, si nécessaire, des patientes vers des professionnels compétents.

Il vise ainsi à :

- identifier les situations de vulnérabilité médicale et socio-psychologique,
- proposer des améliorations de l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant.

Il s'intègre dans une prise en charge globale de la grossesse.

À partir d'une information personnalisée, il permet d'expérimenter une relation avec les soignants dans laquelle la femme ou le couple bénéficie d'une écoute et d'une compréhension respectueuses de leur situation de vie. La rencontre permet l'amélioration de la sécurité globale de la grossesse, le soutien dans l'accession à la parentalité quelle que soit la situation : grossesse normale, gémellaire, inopinée, pathologique, tardive, issue de procréation médicale assistée...

Le couple a ainsi la possibilité :

- de mieux comprendre la prise en charge médicale de la grossesse et les informations sur le suivi,
- d'identifier puis d'exploiter les ressources professionnelles à disposition et ainsi de pouvoir être acteur de ce que la femme ou le couple vit.

Historique de la mise en place de l'entretien

Les deux premiers plans périnatalité avaient pour objectifs l'amélioration de la sécurité « physique » des grossesses, la diminution de la morbidité et de la mortalité périnatales. Le plan 2005-2007 a réaffirmé, quant à lui, la nécessité d'un accompagnement autre que strictement médical de la maternité, en proposant un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche : « un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum constitue un facteur de prévention ». Parmi les mesures encouragées, ce plan prévoyait la mise en place d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement à la femme ou au couple au moment de la confirmation de la grossesse.

La circulaire du 4 Juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité et les recommandations HAS de Novembre 2005 en ont fixé les grandes lignes :

Il est proposé mais non obligatoire.

Il s'agit d'un entretien de 45 min à 1 h réalisé au cours du premier trimestre.

Il ne se substitue en aucun cas à la 1^{re} consultation médicale de la grossesse.

Il peut être assuré par un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme, quel que soit l'endroit où la patiente accouche.

La personne qui réalise l'entretien peut ne pas suivre la grossesse, c'est le choix de la patiente qui prime et l'évolution de la grossesse.

Un compte-rendu est rédigé avec la patiente (ou le couple) et sera, avec son accord, mis dans son dossier pour remise à la maternité.

Il est pris en charge par la CPAM à 100 %, qu'il soit individuel ou en couple.

Le professionnel aura pour mission :

- d'informer la patiente sur le suivi de la grossesse (consultations, échographies, consultation d'anesthésie, monitoring),
- d'informer la patiente sur la préparation à la naissance (libérale ou institutionnelle),
- de contacter directement ou de lui donner les coordonnées d'un certain nombre de professionnels : tabacologue, addictologue, conseillère conjugale, médecin du travail, diététicienne, ... ou d'associations (gémellaire, allaitement).

Il est recommandé aux professionnels réalisant cet entretien de suivre une formation spécifique.

Depuis 2008, plusieurs formations ont été proposées sur la région Limousin à des professionnels, majoritairement des sages-femmes libérales ou hospitalières, mais aussi à quelques médecins généralistes et à des obstétriciens.

À partir d'un recueil des actes EPP organisé par l'ORS puis par le réseau périnatal du Limousin « Périnatlim », on constate que le taux de réalisation de cet entretien est passé de 17,8 % en 2009 à 40 % en 2013.

Notre région se situe 20 % au-dessus de la moyenne nationale en termes de mise en place et de réalisation de cet entretien.

Indispensable coordination pluri-professionnelle

Un travail en réseau quels que soient la discipline et le mode d'exercice.

L'entretien, c'est aussi assumer une fonction de coordination pour assurer la cohérence du suivi.

Lorsqu'une orientation vers d'autres professionnels est proposée, il devient alors indispensable de se rencontrer, de collaborer pour une prise en charge complète, globale et efficace de la patiente. Ceci ne peut cependant se faire qu'avec l'accord de celle-ci.

Des situations complexes et difficiles ne doivent pas être portées par le seul professionnel qui réalise l'entretien. Il lui est nécessaire d'obtenir l'aide et l'expertise des autres acteurs du champ médico-psycho-social et de mobiliser ainsi des professionnels qui pourront venir en relais.

Le développement de cet entretien a confirmé tout l'intérêt des réunions pluriprofessionnelles.

■ Les staffs médico-psycho-sociaux

Ces staffs sont organisés dans les maternités mais restent ouverts à tout professionnel de ville qui souhaite venir exposer une situation préoccupante qu'il ne peut soutenir seul.

Sur les différentes maternités du Limousin, les réunions se font selon un rythme mensuel, voire trimestriel dans les petites maternités. Elles sont coordonnées par les sages-femmes réalisant des EPP et rassemblent, selon le site concerné, puéricultrices et sages-femmes de PMI, cadre de la maternité, infirmière en addictologie, professionnels de la filière de psychiatrie périnatale, pédiatre, assistante sociale... pour aborder les problèmes des patientes, organiser les actions d'aide, mettre en place un suivi et prévoir l'arrivée du bébé. Pour chaque situation complexe abordée, il faut évaluer quels besoins et quelles propositions seront les plus acceptables pour la famille concernée.

L'annonce d'une maladie, d'une malformation, d'un handicap pour l'enfant à naître est une situation à haut risque médical et psychoaffectif. Comment l'aborder avec la famille ?

Pouvoir anticiper la nécessité d'aide au domicile avec la mise en place d'une TISF (technicienne d'intervention sociale et familiale) ou améliorer une situation économique particulièrement inquiétante. Qui contacter ?

Orienter une femme présentant une dépression qui rend difficile l'investissement de la grossesse et de l'enfant à venir. À qui l'adresser ?

Pour chacune de ces situations, quel est l'interlocuteur le plus à même d'apporter une aide ou une solution aux difficultés rencontrées ? Quels liens peuvent être faits avec les professionnels de terrain déjà engagés auprès de cette famille ?

Au total, il s'agit bien, par ces réunions pluri-disciplinaires, de contribuer à améliorer les indicateurs de mortalité périnatale en assurant une prévention précoce dans le champ médico-psycho-social.

■ **Orienter très précocement** vers des spécialistes médicaux (pédiatre, diabétologue, généticien...) ou vers la maternité adaptée (type III ou II).

■ **Travailler en réseau au plus près du lieu de vie des familles :**

• **le médecin généraliste :** il suit très souvent le début de la grossesse et connaît la famille, son histoire en matière de santé, son mode de vie, son environnement social et professionnel. Il est au cœur du parcours de soins en périnatalité car c'est le professionnel le plus constant en amont et en aval de l'évènement naissance.

Lorsque l'EPP est réalisé, il doit être informé des propositions faites à la patiente et peut être sollicité, grâce à sa relation privilégiée avec la famille, pour les décisions qu'elle a parfois à prendre.

Une enquête de satisfaction réalisée par la CPAM auprès de 1000 médecins montre que le médecin généraliste pense avoir un rôle dans le suivi des femmes enceintes à 75 %.

• **les professionnels de PMI** (protection maternelle et infantile) : ils mettent en commun leurs actions et leurs informations, réfléchissent ensemble à la mise en place d'aides à la famille (financières, matérielles) et à l'articulation du médical, du social et de l'éducatif. La sage-femme, l'infirmière-puéricultrice de PMI sont particulièrement attentives au bien-être de la mère, du futur bébé ou du bébé, à la mise en place de la relation parents-bébé. Elles proposent une visite à domicile à tous les futurs parents et nouveaux parents, ce qui est d'autant plus important pour les patientes isolées ou sans moyen de transport.

L'intervention à domicile est avant tout préventive. Elle est centrée sur l'écoute des mères, l'observation de l'enfant, l'évaluation avec les parents de leurs besoins, la réponse aux ques-

tions, l'information, la proposition d'un accompagnement si nécessaire. La professionnelle est régulièrement amenée à orienter et à guider la famille dans le réseau de soins.

En fonction de leurs attentes et besoins, les familles peuvent également être accompagnées lors des permanences en territoire ou dans les consultations médicales de PMI au sein des maisons du Département.

• **les assistantes sociales des maisons du Département :** elles peuvent être sollicitées pour les patientes en situation de précarité. Elles évaluent les ressources locales (financières, matérielles, humaines), proposent les aides possibles et contribuent à leur mise en place.

• **la filière de psychiatrie périnatale** veille à répondre aux demandes d'aide psychologique ou aux besoins parfois nécessaires de soins psychiatriques. Elle fait le lien avec les autres professionnels du soin psychique. Certaines patientes suivies en anténatal pour une pathologie psychiatrique déjà connue nécessitent un accompagnement particulier. Mais, en dehors de toute pathologie antérieure, les troubles anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents dans cette période de vie, touchant 10% des femmes pendant leur grossesse et plus de 15% en post-partum. La prise en charge de ces femmes est indispensable tant pour leur équilibre psychique futur que pour le développement du nourrisson dans de bonnes conditions.

• **les services de la justice et de la protection des mineurs** sont parfois des interlocuteurs incontournables quand l'arrivée d'un enfant s'accompagne d'inquiétudes pour sa sécurité. L'alliance avec la famille est recherchée mais pas toujours obtenue. Les contextes de violence, de maltraitance, d'abus sexuel dans certaines familles... sont autant de situations inacceptables pour lesquelles notre déontologie est interrogée.

Dans ces situations, il est nécessaire de prendre contact avec la cellule départementale des informations préoccupantes du Département pour les mineurs en risque de danger ou, si le danger est avéré, d'adresser un signalement directement au Procureur de la République.

■ **Quelques situations rencontrées illustrent cette nécessaire coordination :**

La patiente, prise en charge en EPP, est enceinte de son 3^e enfant, il s'agit d'une grossesse désirée. L'aîné a 6 ans, il est autiste, il ne parle pas, ne s'habille pas, pleure toutes les nuits et la réveille 5 à 6 fois par nuit, l'obligeant à aller dormir avec lui. Elle attend une place dans un établissement spécialisé. Elle ne travaille pas et bénéficie d'une TISE, 2h/semaine. Les grands-parents qui pourraient l'aider vivent à 100 km : comment soutenir la patiente ?

La sage-femme présente ce dossier au staff et veille à ce que la consultation pour l'aîné avec un pédopsychiatre soit rapidement assurée, trouve, avec les services sociaux, des aides familiales au domicile plus importantes, auprès de la CAF, des mutuelles, des associations, avec certificats médicaux à l'appui.



Il s'agit d'une femme présentant une 1^{re} grossesse désirée sans antécédent particulier. On remarque seulement un IMC à 41. Elle souhaite être suivie et accoucher dans la maternité de niveau I située dans sa ville. Au cours de l'EPP, l'information de la patiente se fait immédiatement et l'organisation du suivi de la grossesse est programmée : il pourra se dérouler jusqu'à 33 semaines dans la maternité souhaitée. Mais un IMC supérieur ou égal à 40 est une indication d'accouchement en niveau III. Le transfert du dossier se fera lors de la prise de rendez-vous en obstétrique et en anesthésie dans la maternité de type III. La patiente est soutenue et rassurée par les explications données et l'accompagnement proposé.

Madame B. attend son 2^e enfant et se présente en couple à l'EPP. La grossesse est désirée, mais la patiente pleure et est très angoissée. Elle est inquiète que l'accouchement se passe aussi mal que pour son 1^{er} enfant. Elle a accouché par forceps après un échec de ventouse. L'enfant pesait 3000 g et a été mis en couveuse pendant 24 h. La patiente ne sait pas ce qui s'est passé, pourquoi elle a eu une extraction instrumentale, ce qu'a eu l'enfant dont elle a été séparée longtemps. On note une dépression post-natale de 2 mois passée sous silence (pas de recours médical ou autre).

Suite à l'EPP, la sage-femme propose au couple un autre rendez-vous une semaine après, pour détailler le premier accouchement avec le dossier obstétrical sous les yeux, le commenter, et répondre aux questions laissées à priori en suspens. Le pronostic obstétrical fait l'objet d'une attention particulière en staff médical. Il est proposé une consultation psychologique, mais la seule reprise du dossier et l'accompagnement de l'équipe de la maternité ont commencé déjà à apaiser les angoisses.

Suite à la lecture du carnet de maternité, Madame X demande un EPP. La sage-femme de PMI contactée se rend à son domicile. Au cours de l'entretien, Madame X expose ses difficultés relationnelles avec son conjoint (violence).

La sage-femme oriente alors Madame X vers le commissariat de police pour un dépôt de plainte, vers la psychologue de la résidence mère-enfant (RME) pour un accueil éventuel, vers une hospitalisation en service de maternité de courte durée (contractions utérines) afin de mettre en place une protection et de faire le point sur le déroulement de la grossesse.

Madame X rentrera chez elle après 4 jours d'hospitalisation à la clinique où elle a rencontré l'assistante sociale et la psychologue de la RME. Monsieur est d'accord pour entamer un suivi psychologique.

Madame X refuse toujours de porter plainte. Le suivi PMI se poursuit à domicile. Après l'accouchement, Madame X informe de sa décision de se séparer de son conjoint, ce dernier étant toujours violent et n'ayant entamé aucune démarche de prise en charge.

Témoignages

Sébastien, étudiant en médecine

Je suis actuellement en 6^e année de médecine (DCEM4) à Limoges. Particulièrement attiré par le suivi au long cours et les soins primaires, je me destine à la médecine générale, spécialité que je souhaite exercer en milieu rural.

Parmi les différents stages cliniques que j'ai effectués au cours de mon deuxième cycle, j'ai eu la chance cette année de pouvoir passer plusieurs semaines au sein de l'unité mère-bébé du centre hospitalier Esquirol de Limoges, une structure adaptée au soin, à l'accompagnement et au suivi des mères et de leur enfant, ainsi qu'aux femmes enceintes traversant des difficultés psychiques.

J'ai pu également pendant cette période de stage m'informer d'un dispositif que je ne connaissais pas : l'entretien prénatal précoce. Cet entretien normalement proposé à tous les futurs parents ne fait l'objet, dans nos enseignements de deuxième cycle, que d'une phrase qui s'accompagne de quatre lignes dans le manuel du collège de gynécologie-obstétrique et dans lequel il n'est pas nommé en tant que tel.

Après avoir lu des articles faisant référence à ce dispositif, j'ai également eu la possibilité d'assister aux réunions pluridisciplinaires de périnatalité au cours desquelles, sages-femmes, assistantes sociales, infirmières et médecins partagent les informations collectées, en particulier grâce à l'entretien prénatal précoce, et proposent des solutions de prise en charge des problèmes rencontrés, donnant tout son sens à ce dispositif. J'ai pu constater que les problèmes rencontrés pouvaient être de natures très diverses : addiction, détresse sociale, violence physique, fragilité psychologique.

En tant que futur médecin généraliste en milieu rural, je serai amené très souvent à effectuer des suivis de grossesse, en particulier chez des patientes déjà connues ou entrevues en consultation ou en visite au domicile. Je sais que je serai en mesure de proposer de façon systématique cet entretien prénatal précoce et de rediriger les patientes vers d'autres professionnels si besoin. Je sais aussi que je serai le bienvenu aux réunions de périnatalité pour apporter des précisions et donner mon avis concernant mes patientes.

Amélie, élève sage-femme

Étudiantes sages-femmes en dernière année de formation, nous avons l'expérience de différents staffs. Le staff médico-psychosocial est cependant une entité particulière. Nous avons pu observer une coopération entre les différents services hospitaliers et les structures extérieures : service de PMI, Unité Mère-Bébé, psychiatre, puéricultrice, assistante sociale, ... tous nous ont montré leur rôle dans l'articulation des soins et de la prévention des situations à risque du couple mère-enfant. Ces intervenants faisant partie du réseau de base des sages-femmes, il nous apparaît indispensable de les connaître et de participer à ce type de concertation pour proposer une prise en charge la plus adaptée possible sur la durée.

De plus, en tant que futures professionnelles, il est toujours intéressant de savoir ce qui se passe « après », à la sortie de la maternité et au-delà du PRADO, de connaître les possibilités offertes aux femmes, les institutions vers lesquelles se tourner... Et bien sûr, la marche à suivre lorsque l'on se retrouve devant une situation préoccupante pour l'enfant et/ou la mère.

« Comment coordonner nos actions, éviter les décalages, les malentendus, les ruptures de confiance ? »

EN PARTICIPANT AU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU DE SOINS, POUR :

- mieux se connaître,
- travailler en confiance et dans le respect des compétences de chacun,
- coordonner nos actions au plus près des besoins des patientes :
 - en les incitant à prendre un rendez-vous pour un EPP,
 - en mettant à disposition des plaquettes d'information sur l'EPP dans la salle d'attente pour informer les patientes,
 - en utilisant le carnet de santé maternité patientes : outil d'information qui permet à tous les professionnels de mieux suivre le parcours de la femme, avec son consentement et / ou celui du couple,
 - en adressant un courrier pour les orienter vers une prise en charge rapide et adaptée, ou en prenant contact avec une responsable du staff de la maternité concernée pour exposer un dossier préoccupant,
 - en recevant un courrier de la part de la personne ayant réalisé l'EPP afin d'être informé de ce qui a été fait et de ce qui est prévu.

Article rédigé par :

Dr Ch. Rainelli – Filière de psychiatrie périnatale et unité d'hospitalisation mère-bébé, CH Esquirol

Dr D. Héniau-Marquet – PMI 87

M^{me} S. Caylar – Sage-femme, maternité CH Saint-Junien

Contact ARS :

Dr E. Milor – Conseiller médical, ARS Limousin, référente Périnatalité

M^{me} D. Piquerez – Chargée de mission, référente Périnatalité

Numéros de téléphone des maternités du Limousin

- CH Brive : 05 55 92 60 60 ou 70 70
- Clinique Saint-Germain : 05 55 18 55 35
- CH Tulle : 05 55 29 79 68
- CH Ussel : 05 55 96 40 17
- CH Guéret : 05 55 51 70 01
- CHU Limoges : 05 55 05 61 01 ou 61 15
- Clinique des Émailleurs : 05 55 43 38 05
- CH Saint-Junien : 05 55 43 50 08

Quelques sites internet pour plus d'informations

- www.sante-limousin.fr/perinat ou www.perinatlim.com
- www.ch-esquirol-limoges.fr/filiere-perinatalite
- www.correze.fr/actions_sociales_sante_et_familles/l'enfance
- www.creuse.fr/solidarite_enfance_jeunesse_famille/PMI
- www.haute-vienne.fr/votre-recherche-concerne/lenfant-et-la-famille



Le syndrome du bébé secoué

Cécile Laroche
Pédiatre,
Hôpital mère-enfant,
8 rue Dominique Larrey,
87 042 LIMOGES CEDEX

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une tragédie évitable...



Sous ce terme on entend un sous-ensemble de traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels, dans lequel c'est le secouement violent de la part d'un adulte envers un nourrisson, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, avec une prédominance de garçons.

Chaque année, 180 à 200 enfants seraient victimes, en France, de cette forme de maltraitance; ce chiffre est certainement sous-évalué.

La méconnaissance du diagnostic expose au risque de récives.

Quels sont les signes cliniques évocateurs ?

Dans les cas les plus graves l'enfant a été trouvé mort : il est alors indispensable d'obtenir une autopsie qui sauf indication médico-légale et décision du procureur de la République requiert l'autorisation des parents.

Une atteinte neurologique grave peut être évoquée d'emblée : malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, plafonnement du regard, signes orientant vers une hypertension intracrânienne aiguë, voire un engorgement.

D'autres signes orientent aussi vers une atteinte neurologique : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

Il convient d'être vigilant devant certains signes non spécifiques d'atteinte neurologique qui peuvent égarer le diagnostic : modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

L'examen clinique doit être complet, sur un nourrisson dénudé s'attachant plus particulièrement à la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien à reporter sur la courbe de croissance en recherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps y compris le cuir chevelu.

Étant donné l'absence de spécificité de certains signes, leur association présente un intérêt majeur (vomissements et tension de la fontanelle, tension de la fontanelle et accélération de la courbe de croissance du périmètre crânien).

Dans la majorité des cas sinon tous, il n'y a pas d'intervalle libre, le secouement entraînant immédiatement des symptômes. Il peut en être tout autrement du délai entre le secouement et la consultation...

■ Facteurs de risque :

Les bébés secoués sont plus souvent des garçons, des prématurés ou des enfants issus de grossesses multiples.

L'auteur du secouement est la plupart du temps un homme vivant avec la mère (père de l'enfant ou compagnon de la mère) mais les gardiens de l'enfant sont en cause dans 1 cas sur 5.

Tous les milieux socio-économiques, culturels, intellectuels peuvent être concernés cependant une histoire de consommation d'alcool, de drogue illicite ou de violence familiale sont des facteurs de risque.

Les auteurs du secouement ont souvent une méconnaissance importante des besoins ou comportements normaux des bébés. Il existe fréquemment un isolement social et familial des parents.

Penser au diagnostic de secouement doit conduire le médecin à faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant et à poser l'indication d'une hospitalisation en urgence.

Quelles sont les lésions observées en cas de secouement ?

Les lésions intracrâniennes sont au premier plan sous forme d'hématomes sous-duraux (HSD) souvent plurifocaux et associés à des hémorragies sous arachnoïdiennes. L'HSD peut être unifocal. Une hémorragie de la faux du cerveau ou de la fosse postérieure est évocatrice du diagnostic.

Les lésions cérébrales peuvent être anoxiques, oedémateuses ou à type de contusion en cas d'impact associé.

À ces lésions peuvent s'associer des fractures de la voûte crânienne là encore en cas d'impact associé.

Les hémorragies rétinienes sont quasi pathognomoniques de SBS quand elles sont multiples, profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à sa périphérie. D'autres types d'hémorragies rétinienes peuvent se voir : hémorragies intrarétiniennes en flammèches, en taches ou punctiformes, situées au pôle postérieur de l'œil. Elles sont absentes dans 20% des cas, elles ne sont donc pas indispensables au diagnostic mais leur présence est un argument fort en faveur du mécanisme de secouement.

Les lésions cutanées sont dominées par les ecchymoses (très évocatrices de mauvais traitement chez un nourrisson qui ne se déplace pas...).

Les lésions osseuses sont à type de fractures : fractures de côtes ou calcs costaux, arrachements métaphysaires, appositions périostées.

Des lésions des muscles du cou, du rachis ou de la moelle cervicale peuvent se rencontrer.

Quel bilan paraclinique réaliser ?

L'examen de première intention reste le scanner cérébral qui rapidement disponible mettra en évidence les lésions hémorragiques et l'oedème cérébral.

Le bilan lésionnel cérébral sera complété par une IRM cérébrale dès que l'enfant est stable, permettant un bilan complet des lésions axiales ou extra-axiales, hémorragiques ou non ainsi qu'une étude du tronc cérébral, de la moelle épinière et de la région cervicale.

L'examen ophtalmologique après dilatation doit être effectué au plus tard dans les 48 à 72 heures.

Sont également nécessaires : hémogramme, TP, TCA, facteurs de coagulation, radiographies de l'ensemble du squelette et scintigraphie osseuse, échographie abdominale.

L'arrivée d'un bébé est un événement heureux dans une vie. Pourtant, l'entendre pleurer longtemps sans parvenir à le calmer peut être difficile à supporter.

Pour vous aider, inscrivez et conservez ces numéros utiles :

NUMÉROS UTILES

- Médecin traitant : _____
- Pédiatre : _____
- Maternité : _____
- Protection Maternelle et Infantile (PMI) :
tél. 05 44 00 11 05 en Haute-Vienne
tél. 05 44 30 26 30 en Creuse
tél. 05 55 93 73 55 en Corrèze
- Unité Mère Bébé (UMB) du CH Esquirol :
tél. 05 55 43 11 34
- Allo ParentsBébé :
 0 800 00 3456
- EN CAS D'URGENCE :
SAMU : 15
URGENCES pédiatriques HME de Limoges (24H/24) :
tél. 05 55 05 86 64
POMPIERS : 18



bébé rit, pleure, fait la grimace, pleure, s'amuse, pleure, ... c'est normal !

RESTEZ CALME CALINEZ BÉBÉ et si besoin, FAITES VOUS AIDER

Cette situation vous parle ?
LISEZ CE GUIDE

Document réalisé en partenariat avec les étudiants en IFS de Limoges - novembre 2022/2024

ars ifsi

La confirmation du diagnostic repose sur l'analyse multidisciplinaire des données de l'anamnèse, du bilan clinique et paraclinique.

Sont fortement évocateurs :

- Une histoire incohérente, absente ou non compatible avec les lésions constatées et l'âge de l'enfant.
- Des HSD plurifocaux, en particulier au niveau de la faux du cerveau ou de la fosse postérieure.
- Des hémorragies rétinienneuses profuses.

Différentes circonstances peuvent être évoquées par l'adulte amenant l'enfant à l'hôpital lorsque le diagnostic de secouement est posé mais non reconnu par celui-ci :

une chute de faible hauteur est exceptionnellement à l'origine d'un HSD qui est dans ce cas localisé et en regard d'un trait de fracture ; une chute de faible hauteur est exceptionnellement à l'origine d'hémorragies rétinienneuses qui sont alors peu étendues, unilatérales. Il n'a été retrouvé dans la littérature aucun cas d'enfant de moins de 1 an ayant, après une chute de faible hauteur, l'association d'HSD et hémorragie rétinienne.

Les lésions sous-durales survenant lors d'un accouchement correspondent à des phénomènes de compression et se résolvent spontanément en 1 mois ou moins de même que les hémorragies rétinienneuses.

Aucune étude dans la littérature ne rapporte de cas d'HSD secondaire à des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire.

Différentes études biomécaniques ont démontré que les enfants de moins de 9 ans sont incapables de secouer des masses correspondant à un poids de 7 kg (poids d'un enfant de 6 mois). Ces mêmes études révèlent que le secouement du bébé dans un siège de type transat par jeu ne peut aboutir aux lésions constatées dans le SBS.

Lorsque le diagnostic de secouement est hautement probable voire certain, l'enfant doit être protégé et ses droits en tant que victime doivent être préservés.

Le signalement au procureur de la République, avec copie au président du conseil départemental, s'impose.

Est ainsi déclenchée une double procédure, civile pour protéger l'enfant sans délai et pénale puisqu'il s'agit d'une infraction.

Quelle évolution à court terme ?

La mortalité globale après un SBS est en moyenne de 21,6% similaire à celle du traumatisme crânien accidentel sévère.

...

Quelles séquelles à long terme ?

L'évolution à long terme n'est jugée favorable que pour 8 à 36 % des patients suivis plus de 5 ans.

Les principales séquelles sont un retard de développement psychomoteur, un déficit moteur à type d'hémiplégie ou tétraplégie spastique, une épilepsie souvent pharmacorésistante, un déficit visuel, des troubles du langage, des troubles du comportement à type d'agitation, déficit attentionnel, défaut d'inhibition ou défaut d'initiative et une microcéphalie avec atrophie cortico-sous-corticale.

Ces séquelles sont plus graves que dans les traumatismes crâniens accidentels.

Ces difficultés peuvent apparaître à distance et se démasquer lorsque les exigences environnementales augmentent, notamment à l'âge de la scolarisation. Il est donc nécessaire d'attendre de nombreuses années avant de mesurer les séquelles et de parler de consolidation.

La prévention doit être développée au maximum pour éviter de tels drames :

- Les professionnels au contact des bébés doivent être informés et préparés à gérer ce type de situation, ils doivent savoir repérer les familles en difficultés dans leur fonction parentale et rechercher les ressources mobilisables pour leur venir en aide.
- Il est recommandé d'organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation et d'information bien adaptées, sous différentes formes, et en tout lieu, en direction de toutes les personnes au contact des bébés sur les dangers du secouement pour l'enfant et les précautions à prendre
- Une sensibilisation des parents au danger du secouement, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour de la maternité devrait être systématique (utilisation de plaquette d'informations). Cette sensibilisation devra se poursuivre lors des différentes consultations médicales de suivi de l'enfant que ce soit chez le pédiatre, le médecin généraliste ou en PMI.

1 SI BÉBÉ PLEURE C'EST NORMAL : IL S'EXPRIME À SA FAÇON.

Votre bébé pleure **souvent et parfois longtemps** : cela peut mettre vos nerfs à rude épreuve ! C'est une période parfois difficile pour de jeunes parents, un nourrisson peut pleurer **2 à 3 heures par jour et même plus !**

Pleurer est une manière **naturelle** pour un nourrisson de s'exprimer et d'attirer votre attention. Ne craignez pas de lui donner de mauvaises habitudes en le prenant dans vos bras, bien au contraire. Votre enfant va grandir et il pleurera de moins en moins.

2 POSEZ-VOUS DES QUESTIONS TOUTES SIMPLES.

Les parents pensent souvent que leur enfant a « quelque chose de grave » quand il pleure. Pour l'aider à calmer ses larmes, commencez par lui proposer un peu d'eau ou de lait. Il a peut-être **faim ou sommeil !**

Sa couche est-elle sale ?
Et s'il voulait tout simplement un gros câlin ?

Le berceur, lui masser doucement le ventre ou le dos peut le calmer et le réconforter.

3 IL PLEURE TOUJOURS ?

Vous êtes inquiets, fatigués, débordés, agacés. Vous ne savez plus quoi faire. Vous êtes tristes, déprimés, vous avez envie de pleurer.

Ces émotions sont tout à fait normales. Pour les surmonter, ne restez pas seul(e). Et surtout, **NE SECOUEZ PAS BÉBÉ.**

4 NE VOUS LAISSEZ PAS DÉPASSER, FAITES VOUS AIDER.

Un proche peut prendre le relais pour vous permettre de retrouver votre sérénité. Un professionnel peut aussi vous conseiller (médecin traitant, pédiatre, puéricultrice PMI, hôpital...)

Le risque majeur si vous ne vous faites pas aider, c'est de ne plus être en capacité de supporter les pleurs de votre bébé, de ne plus parvenir à vous maîtriser et de **secouer bébé.**

Cet acte est **DANGEREUX** pour sa santé... et inutile ! Il peut provoquer des saignements au niveau de son cerveau et entraîner de graves séquelles. La musculature de son cou n'est pas suffisamment tonique pour supporter le poids de sa tête et son cerveau est très fragile.

Je pleure pour dire :

- J'AI FAIM !
- J'AI SOMMEIL
- MA COUCHE EST SALE ET J'AIME PAS ÇA !
- IL FAIT TROP CHAUD ICI OU TROP FROID
- IL Y A TROP DE BRUIT ET TROP DE MONDE AUTOUR DE MOI, J'AI BESOIN DE CALME
- J'AI ENVIE D'UN GROS CÂLIN
- ET SI ON ALLAIT JOUER OU FAIRE UNE PROMENADE ?

Secouer violemment presque :

- hémorragie cérébrale
- convulsions
- vomissements
- troubles respiratoires...

Les séquelles peuvent être graves :

- troubles du comportement
- troubles neurologiques
- paralysie
- coma et/ou décès (30 % décèdent et près de 50 % sont handicapés à vie)

Bibliographie

- Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué, société canadienne de Pédiatrie. Pédiatr. Child Health 2001 ; 6(9) : 673-7.
- Syndrome du bébé secoué, recommandations de la commission d'audition - HAS : mai 2011.
- Le syndrome du bébé secoué : quelles lésions en imagerie ? C. Adamsbaum, B. Husson - Archives de Pédiatrie 19 (2012) : 1002-1007.
- Le syndrome du bébé secoué : les séquelles ? K. Lind, A. Laurent-Vannier, H. Toure, D.G. Brugel, M. Chevnard Archives de Pédiatrie (2013).

COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

11, rue François Chénieux
CS 83112
87031 Limoges Cedex 1
Tél. 05 44 00 11 84

Sécurité des professionnels de santé

Docteur Éric Rouchaud

Le protocole sur la sécurité des professionnels de santé a été récemment signé entre :

Votre CDOM 87 et

La Préfecture de la Haute-Vienne

La Ville de Limoges

L'ARS

Le CDO infirmiers 87

Le Ministère de la Justice (Procureur de la République)



ET



Vous pouvez en demander une copie auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne.

Ce protocole a pour objectif de répondre à un sentiment d'insécurité allant croissant (agressions physiques, verbales, incivilités, caillassage) et ayant, par exemple, entraîné un boycott de certains lieux par SOS MÉDECINS, sentiment d'insécurité ressenti aussi bien en visite (PDSA ou non), que dans nos cabinets ou autres structures de soins.

3 réunions d'information ont eu lieu (jeudi 25 janvier, mardi 9 février et jeudi 3 mars) pour renforcer la coopération entre Professionnels de santé et Services de l'État.

Les réunions ont été assurées en rural par la Gendarmerie, la Police à Limoges, sous l'égide de l'ARS et en présence des représentants de l'État (mairie, justice, etc.).

Ces réunions ont porté sur :

- La sûreté des personnes
- La sûreté des véhicules
- La sûreté des locaux.

Sujets abordés avec les professionnels de la sécurité :

Prévention technique de la malveillance

■ Sécurité des déplacements

- Accompagnements par les forces de l'ordre, à la demande du médecin (quartiers difficiles, situations conflictuelles), PDSA ou non.
- Mise en place du dispositif d'alarme par géolocalisation (Bip), en particulier PDSA pour les médecins qui le souhaitent (projet en cours de réalisation).

■ Sécurité des locaux

- Alarmes, vidéosurveillance, etc.

Simplification des démarches en cas de préjudice subi dans l'exercice de notre profession

- Possibilité pour la victime de se faire domicilier à son adresse professionnelle, voire Services de police ou gendarmerie territorialement compétents, après accord du Procureur de la République, évitant en cela d'éventuelles «représailles».

- Possibilité à l'Ordre de se porter partie civile pour mettre en mouvement l'Action Publique en cas de préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession.

- Mise en place de référents Police et Gendarmerie spécifiques pour les professionnels de santé.

- Mise en place de référents sécurité au CDOM dans un but d'accompagnement et de simplification des démarches.

Pour le CDOM 87

Dr Franck Demongeot

Dr Éric Rouchaud

sont vos deux référents sécurité

05 55 77 17 82

Nous espérons néanmoins ne pas avoir à intervenir...!!

Mieux vaut prévenir que guérir.

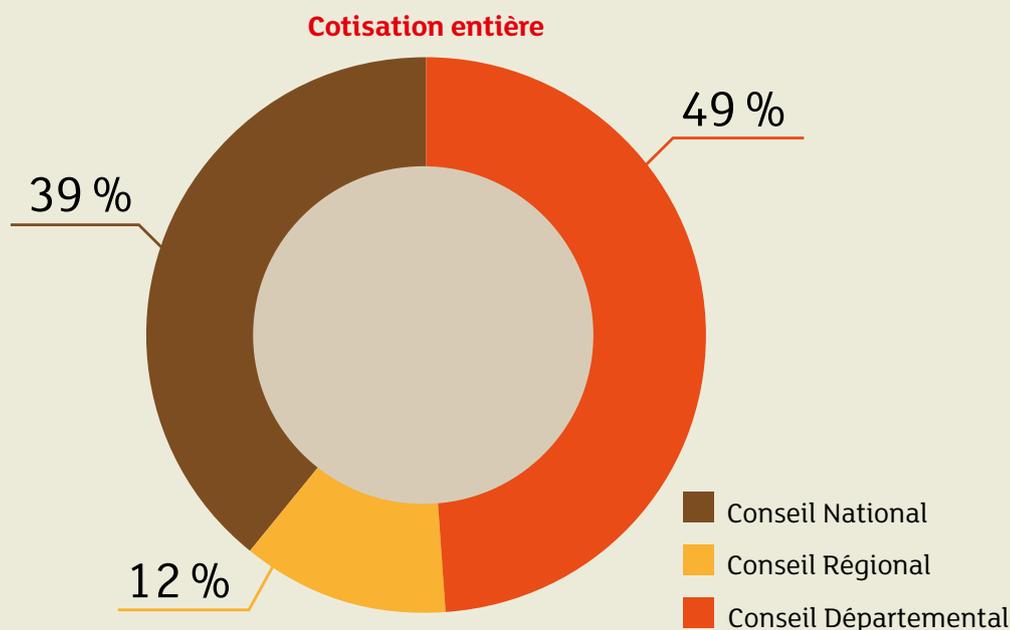
Cotisations

La **cotisation entière** s'élève à **330 €**, répartie comme suit :

- Quote-part départementale: 162 €.
- Quote-part régionale: 40 €.
- Quote-part nationale: 128 €.

La **cotisation des médecins retraités** s'élève à **90 €**, répartie comme suit :

- Quote-part départementale: 45 €.
- Quote-part nationale: 45 €.



COTISATIONS 2016

Lors de sa session budgétaire du 17 décembre 2015, le Conseil National a décidé de procéder à un appel de cotisation correspondant à une augmentation de 1,75 par an sur les six dernières années.

Le Conseil National doit construire son institution dans la modernité, gérer son indépendance, sa liberté et son rôle dans la société.

Les objectifs du Conseil National sont les suivants :

- Avoir des missions renforcées dans l'insuffisance professionnelle, la transparence des relations avec l'industrie pharmaceutique, les modalités d'exercice collectifs et individuels ;

- Être au premier plan de la professionnalisation et de la certification ;
- Devoir adapter, comme toute structure administrative, nos moyens humains, mobiliers et immobiliers à la nouvelle territorialité ;
- Poursuivre la modernisation et la dématérialisation des procédures ordinaires pour mieux servir les médecins.

PERMANENCE DES SOINS

Docteur Luc Aubanel
Responsable de la Commission
de la Permanence des Soins



MESSAGE IMPORTANT à l'attention des MÉDECINS EFFECTEURS

La CPAM de la Haute-Vienne nous signale un nombre croissant d'anomalies relevées sur les attestations de participation à la PDS, autant pour les astreintes fixes que les mobiles.

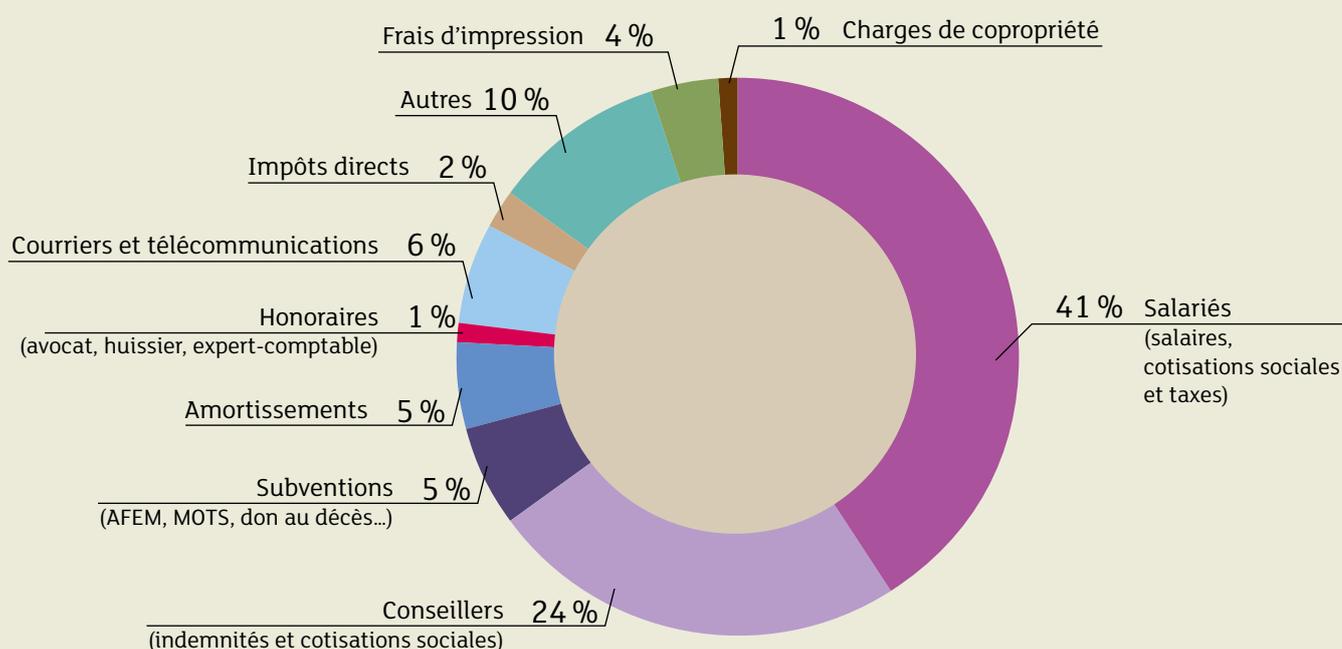
À partir du mois de mars 2016, la CPAM ne sera plus en mesure de corriger les attestations qui ne seront pas conformes à ORDIGARD. Les paiements ne seront donc pas honorés.

Nous vous invitons vivement à communiquer des informations qui permettront un traitement rapide et efficace.

Pour vous aider dans cette tâche et vous faire gagner un temps précieux, connectez-vous sur votre interface **ORDIGARD**.

Dans la rubrique « **Mes infos** », puis « **Attestation de garde** », le document proposé peut être transmis directement à la CPAM sous cette forme, après avoir complété la somme totale due. ■

Charges du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (du 01/01 au 30/09/2015)



Montant total des charges du CDOM 87
du 1^{er} janvier au 30 septembre 2015 : **197 016,72 euros**

Nouveaux horaires du CDOM



À compter du 1^{er} mars 2016

Bureaux fermés au public :
les mardis à partir de 12 h 30 (*)

Si **urgence** :
nous contacter par mail
haute-vienne@87.medecin.fr

Accueil secrétariat
Du lundi au vendredi
de 9 h à 12 h 30 et
de 13 h 30 à 17 h,
sauf le mardi après-midi (*)

Permanence téléphonique
Du lundi au vendredi
de 10 h à 12 h 30 et
de 13 h 30 à 16 h,
sauf le mardi après-midi (*)



Dérives sectaires

Docteur François Archambeaud

- 220 000 médecins exercent en France.
- 3000 médecins seraient en lien avec des mouvements sectaires.
- 400 types de pratiques à visée thérapeutique non conventionnelles sont recensés.
- 39 % des interrogations de MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) concernent la santé.
- 4 français sur 10 ont recours à des médecines alternatives et complémentaires (MAC).

Or, l'exercice exclusif d'une MAC n'est pas autorisé en France.

S'il n'y a pas de définition juridique de la dérive sectaire, la dérive thérapeutique à caractère sectaire s'accompagne toujours d'un mécanisme d'emprise mentale.

Par quel biais les sectes infiltrent-elles le monde de la santé ?

- Par leur présence dans les hôpitaux à travers des groupes divers.
- Par le prosélytisme d'organismes de formation et d'enseignement variés.
- 1 800 structures sont répertoriées.
- Par le réseau Internet et ses ramifications à l'étranger dont la consultation est favorisée par la quête du bien-être, du développement personnel et du souci d'être un acteur de sa santé. ■

Réf. Rapport Activité Miviludes 2013-2014

Caducées et parcmètres de la ville de Limoges



Docteur Éric Rouchaud

Depuis que les parcmètres sont devenus « intelligents », les services de la Ville de Limoges nous ont communiqués les nouvelles règles applicables aux professionnels de santé à partir du 1^{er} décembre 2015.

Les tarifs « dits préférentiels » sont les suivants :

- **Première demi-heure gratuite pour tous** (en indiquant le numéro d'immatriculation du véhicule sur l'horodateur).
- **1,50 € par demi-journée.**
- **Ticket à placer à côté du caducée valable pour l'intégralité des places à Limoges ville.** (même ticket valable pour plusieurs parkings dans la même demi-journée).
- **Possibilité d'abonnement à 40 € par mois...**
- **Ce dispositif est réservé aux médecins dont le cabinet est situé sur le territoire de Limoges Métropole.**

Les services municipaux demandent **présentation une fois par an des pièces justificatives suivantes :**

- Copie de la carte grise au même nom que les justificatifs indiqués ci-dessous.
- Copie de la carte des médecins.
- Document attestant le lieu de travail : feuilles de soins barrée, ordonnance barrée, attestation de leur employeur... !

Ce dispositif semble un peu lourd, le corps médical n'étant pas très friand de « paperasserie », nous espérons alléger le nombre de pièces à présenter.



RAPPEL : le caducée n'est utilisable que dans le cadre de l'exercice professionnel.

“Que faire de ses anciens clichés radiologiques” ?

**S'adresser à
l'Ordre de Malte
05 87 19 81 25**

Site internet du Conseil de l'Ordre des Médecins

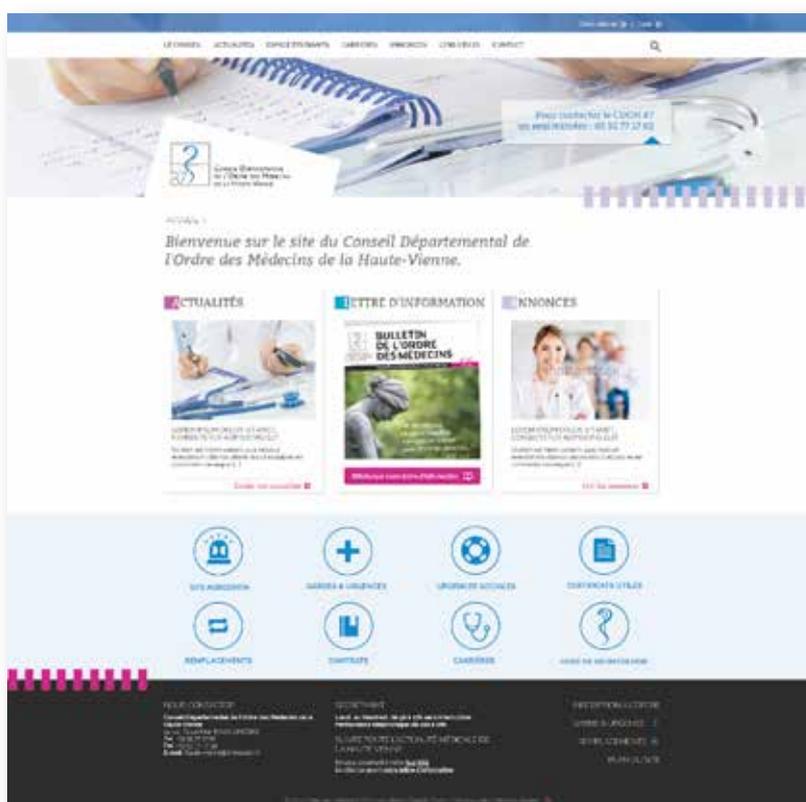
Docteur Christophe Descazeaud

Courant 2016, le site internet du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins évoluera afin de mieux répondre aux besoins des praticiens... Un nouveau graphisme, plus moderne et accessible, ainsi qu'une réorganisation du contenu permettra à chacun de retrouver plus rapidement les informations et les outils dédiés.

Média Projets développera le site internet de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, selon les éléments graphiques réalisés préalablement par l'agence Graphik Studio.

« Responsive », ce site sera plus moderne et accessible... Il permettra la consultation et la recherche d'informations *via* tous les supports, dont les mobiles et tablettes.

La société Média Projets, spécialisée dans le développement d'applications spécifiques, réalisera le site internet... Mais également les différents outils sur-mesure, à destination des médecins et étudiants, tels que le module de recherche de remplaçants et/ou de remplacements.



Les visuels ou les icônes peuvent évoluer au fur et à mesure de l'avancement du site.

Code de déontologie

De nombreuses doléances ou plaintes à l'encontre des médecins que nous recevons au CDOM contiennent des références aux différents articles du Code de Déontologie médicale.

Nous sommes tous censés les connaître.

Nous débutons avec ce nouveau numéro du bulletin par la publication de l'Article 56 à propos des rapports de bonne confraternité.

En effet, comme le mentionnent expressément les commentaires : *« Le patient ne doit jamais être l'objet ni même le témoin d'affrontements entre praticiens qui se disent confrères. Le médecin n ne*

doit jamais médire d'un confrère dans l'exercice de sa profession, mais plutôt prendre sa défense s'il est injustement attaqué ».

Même si le patient peut avoir une autre interprétation des éventuelles critiques sur le diagnostic ou le travail d'un confrère, il faut savoir que celles-ci vont être trop souvent utilisées comme argument lors des plaintes.

Critiquer un confrère devant un patient, c'est dévaloriser l'ensemble de la profession et souvent cela conduit à faire perdre la confiance d'un malade, non seulement envers celui qui est critiqué, mais aussi envers celui qui critique.

Docteur Pierre BOURRAS

Article 56 (article R.4127-56 du Code de la Santé publique)

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre.

Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

1 - Confraternité

Si l'exercice de la médecine est pour le praticien éminemment personnel (articles 5, 69), le patient ne peut être toujours suivi, ni accompagné, ni traité par le médecin de façon individualiste. Le médecin est au regard de la médecine l'élément d'un corps qui le rend dépendant des autres membres auxquels le rattachent des liens indispensables, confraternels.

Ainsi le corps médical doit vivre dans la confraternité. Il est uni par un état d'esprit commun, celui d'une profession de responsabilité et d'action, par une formation intellectuelle particulière, alliant science et humanisme.

Il ne s'agit pas d'une manifestation de corporatisme mais d'une solidarité et d'une entraide nécessaires à l'accomplissement de la mission médicale. Les médecins ont besoin les uns des autres, en complémentarité, non seulement au chevet des patients, mais aussi dans le domaine de la prévention, dans l'accès aux avantages sociaux, dans la reconnaissance des droits de leurs patients. Les médecins doivent donc se connaître et savoir travailler ensemble, sans qu'une bonne entente entre eux ne devienne jamais une connivence au détriment du patient. L'expérience a montré que lorsque des différends existent entre les praticiens qui s'occupent d'un même patient, celui-ci risque d'en pâtir.

Il est de bonne pratique qu'au moment de son installation - ou d'une réinstallation - le médecin se présente à ses confrères voisins généralistes et spécialistes. Il lui est conseillé de nouer des relations avec les établissements de santé de la région. Les rencontres entre médecins, dans les réunions scientifiques, ordinaires ou amicales, sont toujours bénéfiques.

Cette confraternité de principe se traduira par des attitudes, des comportements qui soient clairs, en particulier, vis-à-vis des patients ; lorsqu'un médecin croit découvrir une erreur commise par un confrère, la meilleure conduite consiste à entrer en rapport avec lui. Il en est de même en bien d'autres circonstances. **Le patient ne doit jamais être ni l'objet ni même le témoin d'affrontements entre praticiens qui se disent confrères. Le médecin ne doit jamais médire d'un confrère dans l'exercice de sa profession, mais plutôt prendre sa défense s'il est injustement attaqué.**

Malgré les difficultés qui atteignent un grand nombre de médecins, **la dignité et la retenue restent aux yeux des patients des sources de considération, de confiance** qui valent mieux que quelques blessures d'amour-propre.

Il est aussi attendu du médecin, qu'il soit, ou non, enseignant ou maître de stage, praticien hospitalier ou médecin remplacé, qu'il partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants en médecine durant leur formation.

Cette relation de compagnonnage requiert de part et d'autre considération et respect.

2 - Différends et conciliation

Les origines des désaccords entre médecins sont multiples. Ils peuvent, du fait de leur importance, être portés devant les juridictions disciplinaires, voire civiles ou administratives. Compte tenu de l'implication de nombreux facteurs dans les situations litigieuses et de leurs intrications, il est souvent nécessaire, dans un souci de clarification, de recueillir les avis et conseils d'une personne tierce, expérimentée et capable de procéder à un réexamen de l'objet et des circonstances d'un désaccord.

Non seulement c'est une recommandation de bon sens, mais plus encore une obligation : le médecin doit rechercher une conciliation, il s'agit là d'une règle déontologique. Le médecin qui s'y soustrait peut se le voir reprocher par la juridiction disciplinaire. Les contrats passés entre médecins la prévoient d'ailleurs dans une clause spécifique (voir note [1]).

56

Le conseil départemental de l'Ordre constitue, par essence, l'intermédiaire privilégié entre les protagonistes d'un désaccord, le plus souvent par l'intermédiaire de son président, ou d'un membre choisi soit en raison de son expérience ou de sa spécialité, soit de sa notoriété, ou encore de deux membres choisis par les médecins concernés, selon la procédure prévue par le contrat.

La mission dont ils sont chargés leur permet de rechercher une solution consensuelle qu'ils auront la charge de faire avaliser sous la forme d'un procès-verbal signé par chaque partie.

En cas d'échec, le procès-verbal de non-conciliation constituera un document important pour les suites tant disciplinaires que judiciaires éventuelles.

On ne saurait ainsi trop recommander aux praticiens de prendre un soin très particulier à l'étude des projets de contrats qu'ils signent, aux remarques des conseillers ordinaires chargés de leur examen lorsqu'ils leur ont été soumis. Rien ne vaut l'expérience de praticiens plus anciens et c'est, en l'occurrence, un bon exemple de confraternité.

3 - Entraide

Au-delà d'une obligation morale, l'assistance aux confrères dans l'adversité est aussi une obligation déontologique et confraternelle ; le terme adversité devant être entendu au sens large englobant les difficultés de santé, matérielles, morales, sociales et professionnelles.

Elle concerne tous les médecins quelle que soit leur forme d'exercice.

Alors qu'il est attendu beaucoup du médecin en termes de compétence et de disponibilité, les exigences qui pèsent sur son exercice sont de plus en plus lourdes. Le surmenage qui peut en résulter, une situation familiale délicate, un accident, une maladie plus ou moins grave, parfois occultée, sont autant de situations susceptibles de provoquer un isolement tant professionnel que social du médecin.

L'obligation d'assistance a toujours été présente dans tous les serments médicaux depuis l'origine. Le serment actuel mentionne aussi les familles dans l'adversité. Il est vrai que les médecins et leurs familles, en cas d'épreuve, comptent sur le soutien de la communauté médicale.

Parfois par manque de prévoyance, des médecins malades se retrouvent dans une situation financière difficile alors qu'il existe, pour les libéraux, par exemple, des assurances complémentaires permettant de couvrir le délai de carence des 90 jours de la CARME. Les confrères hospitaliers ou salariés devraient se préoccuper de leur prévoyance.

Un grand nombre d'organismes contribuent désormais à assurer une entraide plus structurée. L'Ordre des médecins tout d'abord, comme l'y engage l'article L.4121-2 du code de la santé

publique, exerce auprès de tous les médecins cette mission, au niveau départemental par l'intermédiaire d'une commission dédiée auprès de chaque conseil départemental à cette entraide. L'action départementale est relayée au niveau national par la Commission nationale. Pour les médecins libéraux, d'autres organismes interviennent également comme la CARMF par son fonds d'action sociale, l'AFEM (Aide aux Familles et Entraide Médicale), les organismes d'assurance et de prévoyance privée ainsi que de nombreuses associations d'écoute et d'assistance dans lesquelles l'Ordre et différentes organisations professionnelles participent activement.

Les situations nécessitant d'assurer une assistance à un confrère en difficulté ne manquent pas. Cette assistance peut être :

- matérielle, qui se fait de plus en plus rare : aide financière ponctuelle, délais de paiement de frais professionnels...
- professionnelle par des remplacements, par la tenue ponctuelle de cabinet, et l'aide organisationnelle ou administrative...
- morale et psychologique : il s'agit désormais d'un volet essentiel de l'entraide individuelle. La profession doit être solidaire et le "confrère de proximité" est souvent le mieux à même de déceler les difficultés, d'apporter son réconfort et, s'il le juge utile, de prodiguer ses conseils. Les modes d'exercice en équipe qui se généralisent facilitent tant la veille que cette forme d'assistance.

Il est d'autre part avéré que l'efficacité de l'entraide dépend souvent de la précocité du dépistage des problèmes. Les conseils départementaux disposent certes de différents indices (signalements de patients, non prise de garde, absence de paiement de la cotisation...) mais là également le "confrère de proximité" doit jouer un rôle essentiel.

Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du conseil départemental qui, de façon confidentielle, peut enclencher plusieurs niveaux d'aide et d'assistance.

Si ce processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation qu'il lui appartient d'apprécier en conscience l'exige et sous réserve qu'il ne soit pas médicalement en charge du confrère, il doit aviser ce confrère qu'il informera le Président du conseil départemental. Celui-ci, dans la plus stricte confidentialité, prendra toutes dispositions utiles. Cette attitude, qui est déjà une obligation déontologique pour certains Ordres Européens de médecins, traduit le principe éthique de bienfaisance.

Enfin, en cas de décès du médecin, le conseil départemental apporte aide et conseil à la famille.

www.conseil-national.medecin.fr,
rubrique « les commentaires du code »

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Docteur Anne-Marie Trarieux (Présidente du CDOM)



Trame du certificat régional
médical initial avec ITT
pour les services d'urgences

Établissement de santé :
Service des urgences :
Code postal - ville :
Numéro IMEI :

Je soussigné Docteur *Titre (docteur ou interne) / Nom / Prénom* certifie avoir examiné le *jour / mois / année* une personne se nommant Madame / Monsieur⁽¹⁾ *Nom / Prénom*, né(e) le *jour / mois / année*, en présence du représentant légal / de l'interprète⁽¹⁾ : *Nom / Prénom*.

Il / Elle⁽¹⁾ déclare avoir été victime (*contexte, nature des faits, et préciser date / heure / lieux des faits*).

L'examen clinique permet de constater :
(*examen clinique, la gêne fonctionnelle, descriptif de l'état psychique, circonstances particulières*).

Les examens complémentaires révèlent ⁽¹⁾ *nature (imagerie, biologie, avis spécialisés,...)*.

La durée d'Incapacité Totale de Travail (gène dans les activités de la vie courante) est de⁽¹⁾ :

- 0 jour
- < 8 jours à *préciser si possible*
- > 8 jours à *préciser si possible*

À compter de la date des faits, sous réserve de complications, d'avis spécialisés ou de résultats d'examens complémentaires éventuels.

Certificat remis en main propre pour valoir ce que de droit.

Signature et cachet du médecin

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles
À compléter

■ Proposition d'un modèle de certificat initial.

Il est apparu que la détermination de l'incapacité temporaire de travail posait problème alors que les implications juridiques de sa détermination sont majeures.

Rappelons que la notion d'incapacité temporaire totale elle-même peut être mal connue. Elle se définit comme la période pendant laquelle, du fait des conséquences des lésions et de leur évolution, la victime de violences volontaires est dans l'incapacité totale de poursuivre les activités habituelles qui sont les siennes, qu'elle exerce ou non une activité rémunérée.

Pour le médecin consulté, il s'agit donc de définir la durée en jours pendant laquelle la personne ne sera pas en mesure d'effectuer normalement les gestes de la vie quotidienne, se mobiliser, s'habiller, préparer un repas, manger, sortir, conduire par exemple. Soulignons que cette période peut ne pas correspondre à la durée de l'arrêt de travail.

Or l'évaluation de la durée de l'incapacité totale de travail est importante car elle qualifie l'infraction et la juridiction compétente en dépend, contravention ou délit.

Le Collège Limousin de Médecine d'Urgence a ainsi conduit une réflexion à laquelle le Conseil de l'Ordre départemental des médecins a été associé, avec les services du Procureur de la République, de l'ARS, de l'Ordre des Avocats.

L'objectif était de proposer une trame de certificat médical pour les médecins urgentistes, et ce en accord avec les recommandations de bonne pratique de l'HAS, en vue « d'harmoniser les pratiques pour assurer l'équité de la prise en charge des victimes, de réduire le coût lié aux examens multiples, de diminuer les contentieux, d'améliorer l'efficacité des soins apportés à la victime ».

Référence :

Recommandations de bonne pratique HAS : CMI personne victime de violences (octobre 2011).

Cela a conduit à la validation d'une trame régionale pour la rédaction des certificats d'ITT.

Il nous est apparu que si les services d'urgences sont plus particulièrement concernés, les médecins généralistes sont également intéressés par la standardisation des constatations médicales initiales mais que leurs conditions d'exercice apportent des contraintes différentes.

Aussi un travail complémentaire a été mené à l'Ordre des Médecins avec Madame la Bâtonnière de l'Ordre des Avocats, étayé par les difficultés rencontrées dans la pratique. Pour tenir compte des spécificités de l'exercice de médecine générale, un modèle aménagé de certificat a été établi. Ce travail a été présenté pour accord à Monsieur le Procureur de la République. Il convient de rappeler la nécessité d'une réponse rapide et de la rédaction d'un document médical initial. Un certificat médical descriptif complet doit toujours être établi et doit accompagner le dépôt de plainte. Il y a cependant possibilité de réévaluation, lorsque la situation l'exige, pour fixer le taux de l'incapacité temporaire totale.

1 Il est alors proposé de mentionner que la fixation de l'ITT sera évaluée ultérieurement en fonction de l'évolution.

2 Un rendez-vous supplémentaire permettra de prendre en compte les examens complémentaires éventuellement demandés et les avis complémentaires éventuellement nécessaires, psychiatriques en particulier.

Les modèles de ces certificats vous sont ici proposés avec l'objectif de permettre de disposer d'une trame commune répondant aux besoins des patients, améliorant le respect de leurs droits et la qualité des certificats médicaux délivrés dans ce cadre. ■

Trame du certificat médical initial avec ITT à l'attention des médecins généralistes

Médecin :

Code postal - Ville :

Numéro RPPS :

Je soussigné Docteur *Titre (docteur) / Nom / Prénom* certifie avoir examiné le *jour / mois / année* une personne se nommant Madame / Monsieur⁽¹⁾ *Nom / Prénom*, né(e) le *jour / mois / année*, en présence du représentant légal / de l'interprète⁽¹⁾ : *Nom / Prénom*.

Il / Elle⁽¹⁾ déclare avoir été victime (*contexte, nature des faits, et préciser date / heure / lieux des faits*).

L'examen clinique⁽²⁾ permet de constater :

(examen clinique, la gêne fonctionnelle, descriptif de l'état psychique, circonstances particulières).

La durée d'Incapacité Totale de Travail est de⁽¹⁾ (gêne dans les activités de la vie courante) :

- 0 jour
- < 8 jours *à préciser si possible*
- > 8 jours *à préciser si possible*

L'examen clinique⁽²⁾ nécessite des examens et des avis complémentaires.

Un certificat médical descriptif initial est établi (*examen clinique, la gêne fonctionnelle, descriptif de l'état psychique, circonstances particulières*).

Des examens et avis complémentaires sont demandés et révèlent : *nature (imagerie, biologie, avis spécialisés,...)*.

L'état clinique est réévalué et le certificat avec ITT est délivré lors du second rendez-vous.

La durée d'Incapacité Totale de Travail est de⁽¹⁾ (gêne dans les activités de la vie courante) :

- 0 jour
- < 8 jours *à préciser si possible*
- > 8 jours *à préciser si possible*

À compter de la date des faits, sous réserve de complications, d'avis spécialisés ou de résultats d'examens complémentaires éventuels.

Certificat remis en main propre pour valoir ce que de droit.

A , le

Signature et cachet du médecin

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles

⁽²⁾ cocher le cas de figure correspondant/pertinent

AGENDA

SAISIES DE DOSSIERS

■ Sont intervenus pour des saisies de dossiers :

Les Docteurs Anne-Marie Trarieux, François Archambeaud, François Bertin, Philippe Bleyne, Thierry Boely, Pierre Bourras, Stéphane Bouvier, Christophe Descazeaud, Philippe Garnier, Michel Mazet, Patrick Millet, Dominique Moreau. Les saisies de dossiers ont eu lieu au CHU Dupuytren, à l'HME, au CH Esquirol, dans des hôpitaux périphériques, au Conseil départemental de la Haute-Vienne, et dans des cabinets médicaux libéraux. Les conseillers ordinaires sont intervenus une cinquantaine de fois en 2015.

RÉUNIONS AU CONSEIL NATIONAL

■ Les 29, 30 et 31 octobre 2015

Le Congrès du Conseil National à Paris, en présence des Docteurs Anne-Marie Trarieux, Présidente, Philippe Bleyne et Pierre Bourras, Secrétaires généraux, Stéphane Bouvier, Trésorier, François Archambeaud, Président d'Honneur et Responsable de la Commission de conciliation, François Bertin, Christophe Beaubatie, Éric Rouchaud, Conseillers ordinaires et Frédérique Boudrie, Secrétaire administrative.

■ Le 28 novembre 2015

Réunion organisée à Pessac par le Conseil National, dans le cadre de la grande consultation demandée par le Docteur Patrick Bouhet, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cette réunion s'adressait aux conseillers ordinaires et aux médecins en activité. Ont représenté le Conseil départemental : les Docteurs Anne-Marie Trarieux, Présidente, Philippe Bleyne et Pierre Bourras, Secrétaires généraux, Stéphane Bouvier, Trésorier, François Archambeaud, Président d'Honneur, Philippe Garnier, Jean-Michel Lambert, Agnès Nicot.

PDSA

■ 23 juin 2015

Réunion de la Commission PDS du CDOM.

■ 17 août 2015

Réunion sur l'organisation du Secteur 4 au CDOM.

■ 12 novembre 2015

Réunion du CODAMU-PS, en présence du Docteur Pascal Raymond, conseiller ordinal.

■ 17 novembre 2015

Réunion de la Commission PDS du CDOM.

RENDEZ-VOUS DE LA PRÉSIDENTE

■ 16 juin 2015

Réunion au CNOM de la DGRI.

■ 23 juillet 2015

Avec le Docteur Annick Gillibert, Présidente du Don au décès.

■ 22 septembre 2015

Réunion au CNOM de la DGRI.

■ 24 septembre 2015

Avec le Procureur de la République, Monsieur Garrandeau, et Madame la Bâtonnière, Maître Edith Verger-Morlighem. Présentation des certificats ITT.

■ 28 septembre 2015

Réunion avec la CPAM.

■ 17 octobre 2015

Preuves et pratiques, sur le thème des situations d'agressions verbales.

■ 11 décembre 2015

Rencontre avec Madame Catherine Pelletier, Directrice de la CPAM de la Haute-Vienne.

AUTRES RÉUNIONS

■ 11 juin 2015

Présidents d'Honneur, titres honorifiques attribués au Professeur Jean-José Bouquier et au Docteur François Archambeaud, anciens Présidents du CDOM.

■ 4 juillet 2015

Le Docteur Jean-Louis Filloux, Responsable de la Commission d'Entraide, représentait le CDOM à Toulouse lors de l'Assemblée Générale de MOTS.

■ 10 juillet 2015

Réunion à la Préfecture sur la Sécurité des médecins, en présence des conseillers ordinaires, référents Sécurité, les Docteurs Franck Demongeot et Éric Rouchaud.

■ 17 septembre 2015

Réunion sur le thème de la Sécurité des médecins à l'ARS, en présence des conseillers ordinaires, référents Sécurité, les Docteurs Franck Demongeot et Éric Rouchaud.

■ 23 septembre 2015

Réunion du Comité Ville Hôpital, en présence du Professeur Dominique Mouliès.

■ 15 octobre 2015

Le Docteur François Archambeaud a assisté à la Préfecture à une réunion sur les Dérives sectaires et Miviludes.

■ 15 octobre 2015

Évaluation du Plan Santé psychiatrie et santé mentale, organisée par l'ARS, en présence des Docteurs Jean-Michel Lambert et Dominique Moreau.

■ 26 octobre 2015

Réunion de la Commission Jeunes.

■ 5 novembre 2015

Réunion sur le thème de la Sécurité des médecins à l'ARS, en présence des conseillers ordinaires, référents Sécurité, les Docteurs Franck Demongeot et Éric Rouchaud.

■ 9 décembre 2015

Réunion du Comité Ville Hôpital en présence du Professeur Dominique Mouliès.

■ 11 décembre 2015

Conférence sur la Médiation organisée par le Docteur Philippe Tapie ; intervention du Docteur Jean-Luc Truelle, médecin neuro-psychiatre à Garches. En présence des Docteurs Anne-Marie Trarieux, Présidente, Michel Barris, Président du Conseil régional, François Archambeaud, Responsable de la Commission de conciliation, Philippe Bleyne, Secrétaire général, Michel Mazet, Vice-président, Éric Rouchaud, et Frédérique Boudrie, Secrétaire administrative.

■ 17 décembre 2015

Le Conseil départemental recevait Monsieur Jean-Jacques Moreau, Président de la Chambre disciplinaire de 1^{re} Instance du Conseil régional de l'Ordre des Médecins du Limousin, en présence du Docteur Anne-Marie Trarieux, Présidente, François Archambeaud, Président d'Honneur et Responsable de la Commission de conciliation, Christophe Descazeaud, Vice-président et les autres membres du Bureau.