



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

# BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 22

JANVIER 2017

Conseil départemental de la Haute-Vienne



## DOSSIER

*Regard  
sur les EHPAD :  
témoignages  
et expériences  
de médecins*

p. 11

### RÉPARTITION PAR GENRE

GÉNÉRALISTES

SPÉCIALISTES



49%



51%



46%



54%

**Rapport sur  
la démographie  
médicale  
en Limousin**

p. 7

**VOUS RENCONTREZ  
DES DIFFICULTÉS  
DANS VOTRE TRAVAIL**  
Ils s'agit d'uniquement  
professionnel, des difficultés  
familiales ou humaines  
additionnelles, maudits, erreurs  
dans votre pratique...

**LUTTEZ PAS  
SEULE!**  
vous de faire  
et vos patients  
et votre famille

**APPELEZ LE  
0608 282 589**

**Association  
MOTS**  
**Des médecins  
à l'écoute...**

p. 8



## sommaire

■ <b>Édito</b>	p. 3
■ <b>Exercice professionnel</b>	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 4-5
• Hommage au Professeur Marc Laskar	p. 6
■ <b>Informations pratiques</b>	
• Rapport sur la démographie médicale en Limousin	p. 7
• Présentation du métier de médecin conseil pour le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	p. 8 et 9
• Association MOTS	p. 9
• Renouvellement de morphinique	p. 10
• Code de déontologie Article 52	p. 17
• Site internet Appel de l'Ordre de Malte	p. 17
• Soirée débat	p. 18
• Nomination au Conseil National de l'Ordre des Médecins du Docteur Anne-Marie Trarieux	p. 18
■ <b>Dossier</b>	
• L'EHPAD, interface entre le domicile et l'hôpital	p. 11-16
■ <b>L'agenda</b>	p. 20

Publication du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins  
 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](mailto:haute-vienne@87.medecin.fr)  
 Conception et réalisation : Graphik-Studio - Tél. 05 55 32 06 32  
 Crédits photographiques :  
 Page 1 : © De Visu - Fotolia  
 Page 11 : © Peter Atkins - Fotolia

# édito



**Dr Anne-Marie TRARIEUX** Présidente CD 87 OM  
Conseillère Nationale Région Limousin

*L'année 2016 se termine et c'est l'occasion de vous présenter mes vœux les meilleurs pour la nouvelle année. Pour vous et vos proches, je vous souhaite, bien sincèrement, que l'année 2017 soit la meilleure possible et réponde à vos attentes.*

*Ce temps si particulier est l'occasion d'un regard en arrière avant de se projeter, et c'est ce à quoi je vous invite. 2016 a apporté des changements importants, en particulier avec la mise en place de la nouvelle territorialité. L'Ordre est, bien sûr, impacté. Aujourd'hui, même si les changements régionaux ne sont pas encore effectifs pour nous, ils vont le devenir dans les 2 années qui viennent. Notre Ordre Régional du Limousin fonctionne maintenant en coordination avec les Ordres Régionaux du Poitou Charentes et de l'Aquitaine, à Bordeaux, et prépare l'organisation régionale territoriale ordinaire de demain en Nouvelle Aquitaine.*

*Les modalités des élections ordinaires vont également changer avec en particulier l'obligation de mise en place de la parité; les textes réglementaires sont attendus dans les mois qui viennent.*

*Ainsi, un changement institutionnel important à tous les niveaux de l'Ordre va s'opérer dans les prochaines années. D'ores et déjà, il s'agit de nous y préparer en sachant que les premiers concernés seront les Conseils Départementaux, et ce, dès la fin de 2017. Les nouveaux Conseillers ordinaires auront à être accompagnés afin d'acquérir les connaissances ordinaires nécessaires à leur action.*

*Enfin, prenant en compte le contexte politique actuel, l'Ordre a la volonté de relayer dans les territoires les 10 propositions du Livre Blanc qu'il a publié et de renforcer sa cohérence. Pour ce faire, une campagne auprès des médecins, puis des responsables politiques, sera proposée début 2017 au niveau des départements. Il s'agit de prendre en compte notre réalité territoriale et d'être présent et force de proposition dans le débat engagé pour la santé de demain.*

*Notre Conseil Départemental se tournera vers vous pour engager ces échanges, parler de nos difficultés respectives dans le premier trimestre 2017. C'est aussi une occasion, nous semble-t-il, pour aborder ensemble nos forces et fragilités.*

*En conclusion, je rappellerai, qu'élue Conseillère Nationale pour la Région Limousin en juin 2016, je souhaite rechercher, avec vous, les meilleures façons pour nous organiser, maintenir les valeurs que nous partageons, répondre aux nouvelles exigences de notre société et des évolutions nécessaires de la médecine.*

*Le Conseil Départemental demeure partie prenante pour préserver le meilleur accès aux soins possible avec la volonté de répondre, au mieux, aux changements qui nous attendent et en maintenant des formes d'exercice qui préservent, autant que faire se peut, le lien privilégié indispensable médecin – malade.*

# TABLEAU Du 2 juin au 31 décembre 2016

## • Séance Plénière du 1<sup>er</sup> juin 2016

### PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr LALEUF Jessica, remplaçante

### RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr BOSSELUT Arnaud, salarié

Dr STROOT Juliette, remplaçante

En anesthésie-réanimation

Dr BOYER Christian, activité libérale

### TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr TUDOR Aurica, partie le 31 mai 2016 dans le Loiret

### RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et conservent une activité

Dr PEZE Patrick, le 23 mai 2016

## • Séance Plénière du 29 juin 2016

### PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr MOHSEN Moussa, remplaçant

En psychiatrie

Dr MALEK Meriem, hospitalier

### TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr DUVOID Tiffany, partie le 29 juin 2016 en Meurthe et Moselle

Dr MUNIER Clément, parti le 21 juin 2016 en Creuse

### RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Dr LAROUAGNE Paul, le 29 juin 2016

### DÉCÈS

Dr LUTIER François,  
le 18 juin 2016

## • Séance Plénière du 7 septembre 2016

### PRIMO-INSCRIPTION

En médecine générale

Dr CHEVREAU Jacques Philippe,  
remplaçant

CHEYRON Caroline, remplaçante

VIERSEN Stefanie, remplaçante

En gériatrie

Dr KAJEU OUADJIMON Patrick Joël,  
hospitalier

### RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr NOEL Brune, remplaçante salariée

Dr PAIRE Denis, remplaçant salarié

Dr ROUSSEL Virginie, hospitalier

### RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Dr CHAMPY René, le 1<sup>er</sup> juillet 2016

Dr IZAC Martine, le 8 juillet 2016

### TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr CAILLAUD Florian, parti le 12 juillet 2016 dans l'Indre

Dr CLAVEL Marc, parti le 1<sup>er</sup> juillet 2016 en Creuse

Dr GARNIER Philippe, parti le 20 juillet 2016 dans les Pyrénées Atlantiques

Dr HOULES Patrick, parti le 26 août 2016 dans l'Isère

Dr HOURCADE Sylvie, partie le 6 juillet 2016 dans le Puy de Dôme

Dr ROGER Lucie, partie le 1<sup>er</sup> septembre 2016 dans les Pyrénées Atlantiques

Dr SILVERA Franck, parti le 23 juillet 2016 en Charente

### QUALIFICATION

En pédiatrie

Dr DOMELIER Marie

### DÉCÈS

Dr TOUCHARD-BOHE France Marie,  
le 3 août 2016

## • Séance Plénière du 5 octobre 2016

### PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr VERNUDACHI Antoine, remplaçant

En chirurgie générale

Dr BLOSSIER Jean David, remplaçant

### PRIMO-INSCRIPTIONS

au 31 octobre 2016

En médecine générale

Dr BOSETTI Anaïs, hospitalier

Dr BROUSSIER Gabriel, hospitalier

Dr CLAVERIES Paul, hospitalier

Dr CORNU Jérémy, hospitalier

Dr COROLLER Louis, hospitalier

Dr FRANCOIS Anaïs, hospitalier

Dr GIROULT Nicolas, hospitalier

Dr LAVAUD Lucie, hospitalier

Dr LEGARÇON Vincent, hospitalier

Dr MACABRE Yannick, hospitalier

Dr MOUNSAMY Ludwig, hospitalier

Dr PEGOT Mathilde, hospitalier

Dr PROUST Sarah, hospitalier

Dr PRUDHOMME Sophie, hospitalier

En anatomo-cytopathologie

Dr CHARISSOUX Aurélie, hospitalier

Dr DUCHESNE Mathilde, hospitalier

En anesthésie-réanimation

Dr CHARPENTIER Mathieu, hospitalier

Dr GAUTHIER François, hospitalier

En cardiologie et maladies vasculaires

Dr MARTINS Elie, hospitalier

En chirurgie générale

Dr HARDY Jérémy, hospitalier

Dr LESCURE Victor, hospitalier

Dr ORSONI Xavier, hospitalier

Dr VAYSSE-VIC Mathieu, hospitalier

En dermatologie et vénéréologie

Dr COUTURE Marion, hospitalier

En endocrinologie

Dr VITAL Pauline, hospitalier

En gynécologie obstétrique

Dr MARGUERITTE François, hospitalier

En hépato gastro entérologie

Dr LEPETIT Hugo, hospitalier

En médecine nucléaire

Dr LARRADET Mathieu, hospitalier

En médecine physique et réadaptation

Dr COMPAGNAT Maxence, hospitalier

# TABLEAU Du 2 juin au 31 décembre 2016

## En néphrologie

**Dr DANTHU Clément**, hospitalier

## En neurologie

**Dr ROUSSELET Olivier**, hospitalier

## En oncologie médicale

**Dr DELUCHE Elise**, hospitalier

## En ophtalmologie

**Dr BAUDONNET Romain**, hospitalier

**Dr LARIBI Sofiane**, hospitalier

**Dr LATHIERE Thomas**, hospitalier

## En ORL et chirurgie cervico faciale

**Dr PRECHOUX Jean Marc**, hospitalier

## En pédiatrie

**Dr BOUSQUET Pauline**, hospitalier

**Dr CHAMPIGNY Marie Alexandrine**, hospitalier

**Dr NAUCHE Fanny**, hospitalier

## En psychiatrie

**Dr BOUILLON Anne**, hospitalier

**Dr DARNIS Natacha**, hospitalier

**Dr GARDERE Odile**, hospitalier

**Dr PAREAUD Marine**, hospitalier

## En radiodiagnostic et imagerie médicale

**Dr LACHATRE Denis**, hospitalier

## RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

### En médecine générale

**Dr FAUCHER Jean-François**, hospitalier

### En pédiatrie

**Dr CROSSE Julien**, hospitalier

### En oncologie ; option radiothérapie

**Dr GHEWY Thierry**, remplaçant

## TRANSFERTS DE DOSSIERS

**Dr BOURRAT Marie Michèle**, partie

le 19 septembre 2016 en Creuse

**Dr DA SILVA Patricia**, partie le 2 octobre 2016 en Corrèze

**Dr HOULES Marie Bernadette**, partie

le 16 septembre 2016 dans l'Isère

**Dr MURARIU Ana Maria**, partie

le 29 septembre 2016 dans la Sarthe

**Dr LE DIZES Manon**, partie

le 23 septembre 2016 dans le Morbihan

## RETRAITES

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

**Pr ARNAUD Jean Paul**, le 1<sup>er</sup> septembre 2016

**Dr FILLOUX Jean Michel**, le 1<sup>er</sup> octobre 2016

**Dr KUHFUSS Philippe**, le 1<sup>er</sup> octobre 2016

**Dr SOFIO Gérard**, le 1<sup>er</sup> octobre 2016

Fait valoir ses droits à la retraite et conserve une activité

**Dr NOUAÏLE Jean Jacques**, le 1<sup>er</sup> octobre 2016

## RADIATION

Article L- 4112-1 du CSP

**Dr RAVON Robert**, le 5 octobre 2016

## DÉCÈS

**Dr BIOUJOU Evelyne**,

le 27 septembre 2016

**Dr FARGEAS Jean Marie**,

le 10 septembre 2016

### • Séance Plénière du 9 novembre 2016

## PRIMO-INSCRIPTIONS

### En médecine générale

**Dr De LAPLANCHE Elodie**, activité libérale

**Dr EYCHENNE Pierre**, remplaçant

## RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

**Dr MUNIER Clément**, activité mixte

## TRANSFERTS DE DOSSIERS

**Dr CALVES Catherine**, partie

le 28 octobre 2016 en Charente Maritime

**Dr CAZAVET Alexandre**, parti

le 4 novembre 2016 à la Réunion

**Dr EBERHART Maxime**, parti

le 11 octobre 2016 en Dordogne

**Dr GAGNOUD Rémi**, parti

le 1<sup>er</sup> novembre 2016

**Dr GSCHWIND Marion**, partie

le 1<sup>er</sup> novembre 2016

**Dr LACORRE Aymeline**, partie

le 1<sup>er</sup> novembre 2016

**Dr LANSAC-BERHILI Hayat**, partie

le 06 octobre 2016

**Dr MATT Morgan**, partie le 20 octobre 2016

**Dr PROUST Isabelle**, partie le 14 octobre 2016

**Dr ROMAIN Julie**, partie le 26 octobre 2016

**Dr TRIGOLET Marine**, partie le 1<sup>er</sup> novembre 2016

## RETRAITE

Fait valoir ses droits à la retraite et ne conserve pas d'activité

**Dr MORAIN Claude**, le 19 octobre 2016

## DÉCÈS

**Dr SALOMON Eric**, le 21 octobre 2016

### • Séance Plénière du 7 décembre 2016

## PRIMO-INSCRIPTIONS

### En médecine générale

**Dr POYADE Elodie**, activité libérale

## TRANSFERTS DE DOSSIERS

**Dr AIRAULT-LEMAN Annie**, partie

le 18 novembre 2016 en Gironde

**Dr BEGOT Emmanuelle**, partie

le 25 octobre 2016 à Paris

**Dr DOST Laura**, partie le 25 novembre 2016 dans les Pyrénées Atlantiques

**Dr EYCHENNE Pierre**, parti

le 25 novembre 2016 à la Réunion

**Dr GREFFE Guillaume**, parti

le 15 novembre 2016 en Saône et Loire

**Dr JAMMET Isabelle**, partie

le 29 novembre 2016 en Corrèze

**Dr KUETCHE NZOCHE Patrick**, parti

le 29 novembre 2016 en Gironde

**Dr LALEUF Jessica**, partie

le 18 novembre 2016 en Dordogne

**Dr MARTIN Sylvain**, parti

le 30 novembre 2016 en Dordogne

**Dr ROCHETTE Thomas**, parti

le 29 novembre 2016 en Corrèze

## RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

**Dr DUROUX Bruno**, le 7 décembre 2016

**Dr ENESCU FLORICA Elena Cecilia**,

le 7 décembre 2016

## DÉCÈS

**Dr BEAUDOU Hervé**,

le 17 novembre 2016

## HOMMAGE AU PROFESSEUR MARC LASKAR



*Le Professeur Marc LASKAR est décédé le dimanche 26 juillet 2015, à l'âge de 62 ans, à la suite d'une chute de cheval.*

*Né à Paris le 7 juin 1953, il y passe les trois premières années de sa vie, puis de 1956 à 1960 l'école maternelle à Hemel-Hempstead dans la banlieue de Londres où il apprend si rapidement l'anglais qu'au*

*retour en France les dictées françaises n'étaient pas terribles aux dires de Suzanne sa mère.*

*Il suit ses parents durant le cursus de son père Williams, Docteur en médecine, médecin généraliste et très tôt attiré par la physique qu'il étudie à l'Institut du Radium à Paris entre 1952 et 1956, pour ensuite entreprendre son PHD en physique théorique à Londres entre 1956 et 1960 et devenir Professeur de Physique théorique et chercheur à la Faculté des Sciences de Nantes dès 1962.*

*Rapportés de son séjour familial à Londres, une pratique de la langue anglaise qui l'accompagnera toute sa carrière lors des séjours et congrès internationaux, lui donnant accès aux sphères décisionnelles de sociétés savantes européennes, et un goût immodéré pour les automobiles belles mais tellement peu pratiques sous un climat pluvieux pourtant typiquement londonien.*

*Sa mère, devenue infirmière, aurait souhaité être infirmière en salle d'opération, mais très vite maman de ses cinq enfants fort rapprochés, elle est restée mère au foyer, fort bien occupée toute la journée par cette grande famille.*

*Marc est l'aîné de la fratrie et de retour en France, il fréquente l'école publique de Moncontour dans les Côtes d'Armor entre 1960 et 1962. Période où les enfants sont heureux, vivants beaucoup dehors entre eux et les copains dans tout le pays, libres et curieux; seul repère : le retour à la maison quand l'Angélus de sept heures du soir sonnait.*

*À Nantes, à l'école Henri Cochard dès 1962 puis au lycée Clémenceau entre 1963 et 1969 de la sixième à la terminale, pour entrer à la Faculté de Médecine en 1970.*

*De ses études secondaires et des jeux en campagne, il garde une formidable curiosité de la vie et très tôt se destine à l'étude du vivant, de la médecine, avec l'instinct du bricoleur qui souhaite tout réparer de ses mains.*

*Il traverse la fac de Médecine à Nantes sans obstacle, en profitant géographiquement pour préparer et obtenir le Brevet de Médecin de la Marine Marchande en 1976, lui qui pourtant profondément terrien n'hésite pas à s'éloigner de la côte pour passer et réussir son concours d'internat des villes de CHU à Limoges.*

*Il loue une ferme avec chèvre et cochon, durant la première année de cette période d'internat comme un néo baba cool, image de lui qu'il aime à donner à cette période plutôt orientée vers l'orthopédie.*

*À 25 ans, il part une année, volontaire du Service national 2<sup>e</sup> classe en mission de coopération au Gabon comme Médecin-chef du centre médical d'Akieni.*

*De retour, l'orthopédie à l'horizon bouché, c'est la chirurgie thoracique et vasculaire qui l'attire avec les débuts au CHU de Limoges*

*de cette chirurgie cardiaque qu'il va attraper à pleines mains, sans jamais négliger les autres aspects du triptyque de la spécialité.*

*Sa formation est en parfait équilibre et en adéquation avec le moment. Il rapporte la médiastinoscopie du service de chirurgie thoracique du Centre Marie Lannelongue de Monsieur le Docteur Merlier et les pontages mammaires internes des services de chirurgie cardiaque de La Pitié des Professeurs Cabrol et Gandjbakhch, de Genève du Professeur Faidutti et de l'Institut Cardiologique de Montréal.*

*Particulièrement attiré par l'expérience de la greffe, d'abord rénale puis cardiaque, son travail de thèse en 1980 traite de l'homogreffe veineuse à propos des 96 premières procédures.*

*Citons enfin les travaux préparatoires à son agrégation : Maîtrise de physiologie, d'anatomie, DERBH d'anatomie, tour à tour moniteur, aide d'anatomie et prosecteur, sans oublier son Diplôme de Statistique Appliquée à la Recherche Clinique et l'Éducationnal Commission for Foreign Medical Graduates Certification (E.C.F.M.G.).*

*Dix années après sa thèse de Médecine, ses nombreux voyages de formation lors d'une médaille d'or de l'internat, un clinat de quatre années, et trois années comme praticien hospitalier, il est nommé Professeur des Universités et devient le chef de service du service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire du CHU de Limoges l'année suivante, poste qu'il a occupé 25 années, consacrées au développement d'une équipe, de l'amélioration des techniques chirurgicales et de la formation des jeunes, avec une implication au sein de la Faculté de Médecine comme vice-doyen et parallèlement Président de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire*

*Une fierté qu'il nous rappelait de temps en temps au bloc opératoire, agrégé à 46 ans, le plus jeune de la spécialité à l'époque en France, et son expérience de médecin-chef au Gabon le poussent à l'étude très concrète de la démographie médicale de la spécialité et des internes en général, avec un souci constant de trouver la meilleure adéquation entre la formation et la carrière des plus jeunes.*

*Plus de 130 articles scientifiques et bien plus de communications orales ont jalonné son parcours universitaire; mais sa véritable fierté provenait sûrement de sa dextérité chirurgicale qui émerveillait les plus jeunes, emmenant chacune de ses interventions et actions selon un rythme jazz, musique qu'il affectionnait particulièrement.*

*Il découvre tardivement l'équitation en accompagnant ses filles pour leur loisir, ce qui deviendra très vite un loisir personnel et encore plus vite une passion, explorée avec la même vivacité que son métier, le conduisant à plusieurs reprises jusqu'aux championnats nationaux vétérans avec un classement bien souvent très honorable.*

*Au nom de tous tes élèves, MERCI MARC pour tout ton enseignement sur le métier et sur la vie.*

*Nous partageons la peine de ta famille et de tes proches.*

Docteur François Bertin

En savoir un peu plus avec :

- Journal de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire 2015 : 19(3) ; 131-32
- Journal de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire 2016 : 20(2) ; 121-25

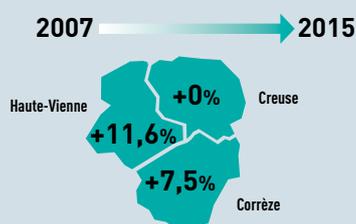
## POINTS PRINCIPAUX à retenir du

# Rapport sur la démographie médicale en Limousin

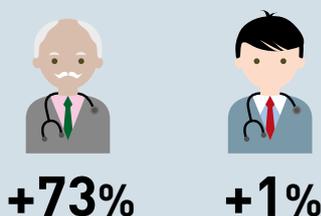
Particulièrement en Haute-Vienne

Synthèse rédigée par Christophe Descazeaud

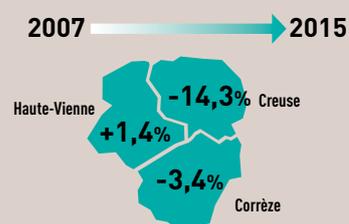
**EFFECTIF** des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des 3 départements



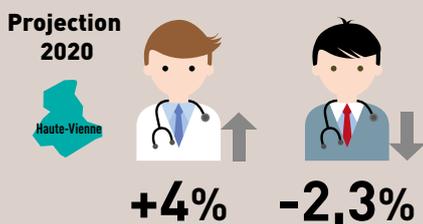
**AUGMENTATION** trompeuse concernant essentiellement le nombre de médecins retraités



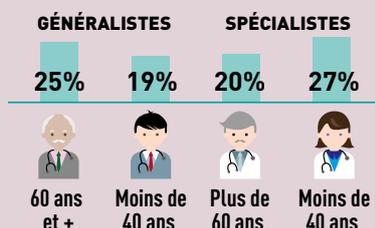
**TAUX DE PROGRESSION** des médecins en activité régulière (résidence professionnelle comme lieu habituel d'exercice)



**RÉPARTITION SPÉCIALISTES / GÉNÉRALISTES**



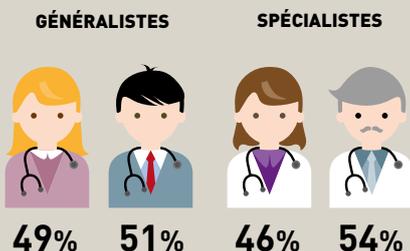
**PYRAMIDE DES ÂGES** (médecins en activité régulière)



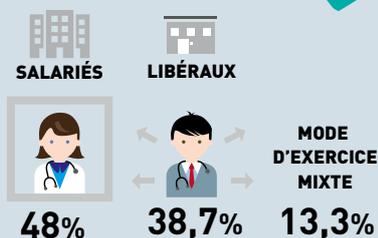
**MOYENNE D'ÂGE**



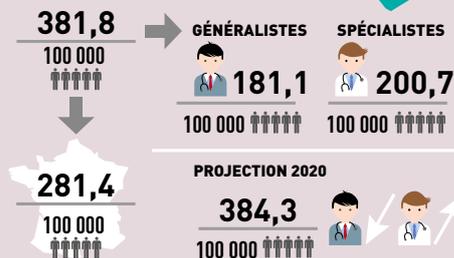
**RÉPARTITION PAR GENRE**



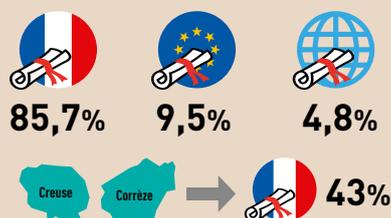
**MODE D'EXERCICE** des médecins en activité régulière



**DENSITÉ DÉPARTEMENTALE** des médecins en activité régulière



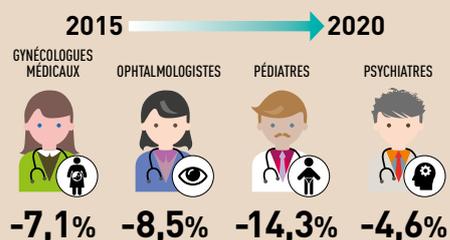
**ORIGINE DES DIPLÔMES** des médecins nouvellement inscrits



**CLASSIFICATION TERRITORIALE** des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie



**PROJECTION DES EFFECTIFS DES SPÉCIALITÉS** (accès direct en Limousin)



## Présentation métier de médecin conseil pour le Conseil départemental de l'Ordre des médecins 87

Docteur Agnès Nicot

Synthèse effectuée à partir d'informations recueillies dans le rapport de l'IGAS « les médecins conseils de la sécurité sociale » septembre 2006, le site ameli.fr et la fiche métier du référentiel d'emploi et des compétences concernant le médecin conseil.

### Son profil

- En 2013 : **1338** médecins conseils en poste dans le régime Général.
- Docteur en médecine générale ou spécialiste (quelle que soit la spécialité).
- Inscrit au Conseil Départemental de l'ordre des Médecins.
- Recruté sur concours national annuel.
- Employeur : Directeur National de la C.N.A.M.T.S.
- Le médecin conseil a un Statut de droit privé exerçant une mission de service public.
- Indépendance technique vis-à-vis de l'employeur et de l'administration garantie par le Code de Santé Publique (code de déontologie) et la convention collective des praticiens conseils du Régime général de Sécurité Sociale du 04 avril 2006.

### Ses missions

Ce sont des missions de service public définies par l'article L 315-1 du Code de la Sécurité Sociale. Chaque médecin Conseil doit concourir à la réalisation d'objectifs de maîtrise médicalisée fixés par la CNAMTS et ce, en assurant ses missions d'expertise médicale, qui sont principalement :

- d'apprécier le bien-fondé médical d'une prestation individuelle au regard des textes législatifs et réglementaires et ainsi donner un avis médico-administratif,
- accompagner les professionnels de santé pour concourir à l'amélioration des pratiques professionnelles,
- mettre en œuvre des actions de contrôle contentieux de professionnel(s) de santé (médecin, kinésithérapeute, infirmière),
- contribuer à la planification et à l'organisation de l'offre des soins,
- conseiller les partenaires institutionnels sur les programmes de prévention et d'éducation pour la santé.

### Son activité au quotidien

#### Tout d'abord

Un médecin conseil exerce son activité quotidienne au sein d'une équipe, l'échelon local départemental du service médical et en partenariat avec les services administratifs de la CPAM.

Cet échelon local comprend :

- un médecin Conseil Chef chargé d'organiser le travail de l'échelon local et de faire le lien entre l'échelon et les différents partenaires intérieurs (C.N.A.M.T.S., échelon Régional du Service Médical, C.P.A.M...) et extérieurs (établissements publics et privés de santé, A.R.S...),
- des praticiens conseils, c'est-à-dire de médecins conseils, pharmaciens conseils et dentistes conseils,
- de personnel administratif rattaché au service médical, soumis au secret professionnel qui est chargé de préparer les dossiers, de répondre aux professionnels de santé et aux assurés.

#### Au quotidien

Il organise son planning en fonction de la charge de travail et des activités qui lui ont été affectées après un entretien individuel avec son supérieur hiérarchique qui est le médecin conseil chef de l'échelon local .

En effet, il peut exercer plusieurs activités différentes :

- le plus souvent, il exerce prioritairement une **activité de contrôle de prestations individuelles demandées par des assurés** telles que les transports, les actes de masso-kinésithérapie, des séjours hors circonscription, des arrêts de travail dans le régime maladie ou accident de travail / maladie professionnelle, une demande de catégorie d'invalidité, de pension vieillesse au titre de l'inaptitude, une reconnaissance de maladie professionnelle, l'appréciation de séquelles indemnisables après consolidation par le médecin traitant ou non, la consolidation d'un état clinique au titre AT/MP lorsqu'il n'y a pas eu de certificat final du médecin traitant etc...

Pour pouvoir travailler, le médecin conseil a à sa disposition des « pièces » médicales et administratives (une observation médicale précédente, un avis donné antérieurement sur une prestation...) renseignées dans le dossier médical et administratif des assurés.

En fonction de la nature de la prestation demandée, de la complétude du dossier, il peut réclamer en tant que de besoin (article L315-1 du Code de la Sécurité Sociale) et dans le plus strict respect du secret médical, les pièces médicales nécessaires qui lui permettront de donner son avis médical sur la prestation demandée.

- en cas d'avis individuels sur prestations d'assurés, après étude des pièces médico-administratives, il donnera son avis médical soit directement, soit après convocation des assurés



au service médical. Lorsqu'une convocation est nécessaire, les assurés convoqués, sont accueillis par un agent d'accueil de la CPAM ou un agent de sécurité qui vérifie leur identité et leur indique le chemin du service médical et la salle d'attente correspondante. Pendant la convocation, le médecin conseil fait un examen clinique de l'assuré(e), répond aux questions éventuelles de celui ou celle-ci, peut orienter en cas de difficulté prévisible de retour au travail, soit vers une assistante sociale de la CARSAT placée près de la CPAM (après accord obligatoire du patient assuré), soit vers une cellule de prévention de désinsertion professionnelle (avec accord au préalable de l'assuré(e)). Le médecin conseil peut contacter par téléphone ou par courrier le médecin traitant du patient. Il peut aussi avec l'accord de l'assuré prendre contact avec le médecin du travail (dans le Régime Maladie ou AT/MP).

- Si un médecin conseil peut ainsi entrer en contact avec les médecins libéraux dans le cadre de contrôle de prestations d'assurés, il peut également **les rencontrer (ou accompagner) au sujet de thèmes précis définis dans la convention médicale** qui régit les rapports entre les professions médicales libérales et la CNAMTS (la dernière convention vient d'être ratifiée depuis peu), telles que des actions de prévention et de dépistage, de suivis de patients atteints de maladies chroniques, d'efficacité dans les prescriptions.

- À noter que les **rencontres concernent également les autres professionnels de santé libéraux** (infirmier(e)s, orthophonistes, orthoptistes, masseurs kinésithérapeutes, fournisseurs de biens médicaux, transporteurs sanitaires...) dans les commissions paritaires locales et/ou sur des thèmes précis définis dans chaque convention spécifique.

- **En cas de profil atypique de prescription d'un professionnel de santé, le médecin conseil peut contrôler les activités de ce professionnel** (article L 315-2 du Code de la Sécurité Sociale) au travers des pièces médico administratives ou après convocation des patients ayant reçu les soins de ce professionnel de santé.

**MOTS**  
 Médecin Organisation Travail Santé  
 Organisation du travail et santé du Médecin Docteur Jean-Louis Filloux

L'Association MOTS met à disposition des médecins compétents en ergonomie et santé au travail, pour aider et accompagner les médecins en difficulté dans l'organisation de leur travail, la gestion et la prévention de leur santé. Ces médecins effecteurs, répartis sur la France, interviennent en toute confidentialité.

Pour comprendre quelles peuvent être les interventions, voici un exemple d'accompagnement.

*Le Docteur X, exerçant hors région Limousin, appelle le numéro national de l'Association MOTS, le 0608 282 589. La secrétaire l'oriente vers le médecin effecteur du Limousin qui est garant de la confidentialité de l'appel.*

*Le Docteur X exerce en milieu rural depuis une trentaine d'années. Il décrit de graves difficultés psychologiques avec état dépressif, tentative d'autolyse, addictions, à la suite d'un processus de burn out. Il décrit aussi un retentissement familial et social (divorce, dettes).*

*Le bilan réalisé avec le médecin effecteur Mots permet de conclure à une situation de danger pour le Docteur X et pour ses patients. Une hospitalisation rapide est nécessaire pour réaliser un séjour de rupture.*

*Le médecin effecteur organise une hospitalisation sous X en milieu spécialisé pour les soignants, à distance de son lieu d'exercice. Dans la Clinique il y a un seul référent pour les médecins malades, pour assurer la confidentialité.*

*Le médecin effecteur facilite les liaisons avec la clinique spécialisée, avec l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS), avec la CARMF (pour les démarches d'hospitalisation, pour pouvoir bénéficier de l'absence des 90 jours de franchise pour les indemnités journalières, pour les aides financières).*

*Un arrêt maladie de 9 mois est nécessaire. Une amélioration importante et assez rapide est constatée. Une aide à la reprise progressive de l'activité (ARPA) est obtenue.*

- Il faut retenir :
- l'organisation de MOTS permet de respecter la confidentialité.
  - le médecin MOTS « accompagne et ne prend pas en charge ».
  - il analyse la situation, informe et conseille le médecin sur les orientations médicales possibles, les différentes démarches, les organismes à contacter (parcours médical spécialisé pour les soignants, CARMF, PRÉVOYANCES, APSS, Entraide Conseil de l'Ordre,...).

## Renouvellement de morphinique

Docteur Dominique Moreau



### **DANGER** **MISE EN GARDE**

*pour nos jeunes  
confrères récemment  
installés*

**Nous voulons attirer l'attention de nos confrères sur la demande de renouvellement de morphinique.**

Pour information pour les patients dépendants majeurs aux opiacés, **seules la BUBRENORPHINE HAUT DOSAGE (SUBUTEX – SUBOXONE) et la MÉTHADONE sirop et gélule ont une AMM dans les traitements de substitution.**

La **BUBRENORPHINE HAUT DOSAGE (SUBUTEX – SUBOXONE)** est un traitement de substitution aux opiacés qui peut être initialisé par tout médecin diplômé.

La **MÉTHADONE** ne peut être prescrite par un médecin de ville que par **DÉLÉGATION** suite à une **INITIALISATION** en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (**CSAPA**).

L'ordonnance de délégation ou ordonnance relais doit préciser le nom du médecin et du pharmacien désignés par le patient.

La **MÉTHADONE** gélule ne peut être prescrite que par le centre initiateur après un an de stabilisation sous forme sirop.

(Voir article du Bulletin n°21 sur la prescription de méthadone - juillet 2016).

**Des patients sont demandeurs de sulfate de morphine.**

**Avant le renouvellement de la morphine il faut réévaluer la situation clinique pour justifier la prescription.**

**Si le patient est dépendant majeur aux opiacés il faut la mise en place d'un protocole de soin.**

Des mises sous morphine de quelques patients dépendants majeurs aux opiacés ont été accordées par les caisses primaires avec le nom d'un médecin désigné par le patient.



Ces demandes de protocole sont nominatives pour les médecins.

Dans ce cas, suite à la prise de retraite de certains médecins, vous devez refaire un protocole de soin avec la caisse primaire du patient.

En attendant cette acceptation par les caisses, vous ne pouvez prescrire que la **BUBRENORPHINE HAUT DOSAGE (SUBUTEX – SUBOXONE)**.

Nous vous rappelons les indications et contre-indications du sulfate de morphine - **SKENAN**.

Sulfate de morphine

#### **INDICATIONS**

Douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres analgésiques, en particulier douleurs d'origine cancéreuse.

#### **CONTRE-INDICATIONS**

- Hypersensibilité morphine
- Enfant de moins de 6 mois
- Insuffisance respiratoire décompensée en l'absence de ventilation artificielle
- Insuffisance hépatocellulaire sévère avec encéphalopathie
- Traumatisme crânien
- Hypertension intracrânienne en l'absence de ventilation contrôlée
- Epilepsie non contrôlée
- Allaitement

#### **DÉCONSEILLÉ**

- Intolérance au fructose
- Syndrome de malabsorption du glucose
- Syndrome de malabsorption du galactose
- Déficit en sucrase-isomaltase.

*Nous vous conseillons de vous rapprocher du CSAPA Bobillot, du Pôle d'addictologie, du réseau Addictlim pour vous aider dans vos prises en charge.*

#### **CSAPA Bobillot**

80, rue François Perrin  
87000 Limoges  
**05 55 34 43 77**

#### **Addictlim**

26, avenue des Courrières  
87170 Isle  
**05 55 05 99 00**

#### **Pôle de consultation Henry EY Haut - CH Esquirol**

15, rue du Dr Marcland  
87025 Limoges cedex  
**05 55 43 11 56**



# L'EHPAD, interface entre le domicile et l'hôpital

Docteur François Bertin

## *Quand le maintien au domicile n'est plus...*

Dès l'instant où vivre à domicile ou au domicile de sa famille n'est plus souhaité, souhaitable ou réalisable, plusieurs alternatives sont possibles, selon le degré d'autonomie de la personne ou même du couple.

### **- Le foyer logement**

Les usagers doivent être valides ou peu dépendants, seul ou en couple, le résident occupe un appartement (F1, F1 bis, F2 avec kitchenette équipée et salle de bains), qu'il peut meubler partiellement ou totalement et doté d'un système d'appel en cas d'urgence.

Entre 1000 et 1200 euros par mois, repas compris.

Le médecin traitant restant alors le premier intervenant du parcours de soins à la personne.

### **- Les Unités de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.)**

Ce sont des structures hospitalières s'adressant à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante, alors sous la responsabilité du praticien institutionnel.

Le coût à la charge du résident ou de sa famille est de 1900 euros.

### **- À mi-chemin entre ces deux structures se situent les Établissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.)**

Appellation qui depuis 2001 remplace les maisons de retraite médicalisées, c'est une structure médico-sociale qui accueille des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans, plus ou moins dépendantes sur les plans physique et psychologique.

Le coût est légèrement inférieur à celui de l'U.S.L.D.

Un dossier unique national d'inscription est déposé à l'E.H.P.A.D. de son choix par le résident ou sa famille ou un représentant légal, avec le consentement de la personne concernée, auquel est joint un certificat médical type.

L'entrée est prononcée par le directeur de l'établissement, sur avis du médecin coordonnateur, qui doit s'assurer que l'état de santé et le degré de dépendance du demandeur sont en adéquation avec les capacités matérielles et humaines de l'établissement.

Cet entre-deux médical dans la relation avec le résident, par la présence du médecin coordonnateur et du médecin traitant, constitue tout l'art d'une nouvelle relation à trois et fait donc l'objet des textes qui suivent et qui éclairent cette modalité de prise en charge d'une personne ou d'un couple.

Philippe Verger

Directeur d'Hôpital/Professeur Associé des Universités

Les Maisons de Retraite des années 80, lieux de vie où les seniors venaient de leur propre chef rechercher le gîte et le couvert ont laissé la place aux EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Ces nouvelles institutions médico-sociales ont connu par pallier une certaine sanitisation afin de s'adapter à une demande d'hébergement médicalisé. Le territoire national dispose d'un fort maillage avec près de 7 000 établissements pour 565 000 places.

### L'EHPAD, un lieu de vie, un lieu de soins de proximité

Aujourd'hui, on observe un âge moyen de plus de 85 ans à l'admission, et le plus souvent avec une longue période de maintien à domicile organisée autour d'une équipe d'aidants professionnels et familiaux (en France, plus de 4 millions d'aidants familiaux auprès des aînés).

Ces résidents – patients sont éligibles à un accompagnement et à une prise en charge médicale et paramédicale. De facto, l'EHPAD reste bien évidemment un lieu de vie mais aussi un lieu de soins qui exige certes une qualité d'hébergement (confort hôtelier, restauration, animation,...) mais aussi une qualité de soins infirmiers et de nursing, sous la houlette du médecin coordonnateur en lien avec

le cadre de santé ou l'IDEC (Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice). L'EHPAD constitue l'interface entre le domicile et l'Hôpital.

Le dernier arrêté ministériel en date du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD vient préciser à nouveau l'obligation d'équipes pluridisciplinaires médicales et paramédicales au sein des EHPAD et plus particulièrement sur les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR).

### L'EHPAD, un directeur « chef d'orchestre »

Pour ce qui concerne les missions des directeurs des EHPAD statut Fonction Publique Hospitalière (FPH), il est à rappeler tout d'abord que ces cadres de direction sont issus de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes avec une nomination ministérielle et une obligation de mobilité géographique et/ou fonctionnelle, à l'identique des directeurs d'hôpitaux.

Au-delà des missions régaliennes du chef d'établissement (représenter juridiquement l'institution, assurer la responsabilité de la marche générale de l'établissement, exercer les fonctions d'ordonnateur,

procéder à la nomination du personnel et à l'admission des résidents), il se doit d'être aussi le garant d'une harmonie bientraitante et coordonnée entre les usagers, les familles et les personnels.

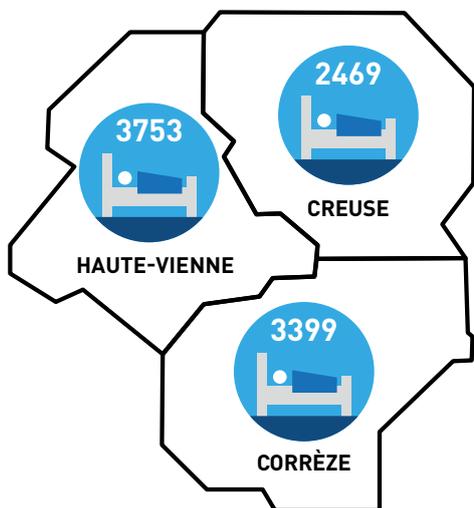
Par ailleurs, la gestion des affaires s'organise autour d'une équipe rapprochée (le cadre administratif, le cadre soignant et le médecin coordonnateur). Ce « triptyque gagnant » auprès du directeur repose sur une action concertée et stratégique tant sur le volet gestion quotidienne que sur les enjeux prospectifs institutionnels. Cette organisation sous entend un climat de confiance réciproque où la place et le rôle de chacun a été préalablement défini.

### L'EHPAD, une époque de transition

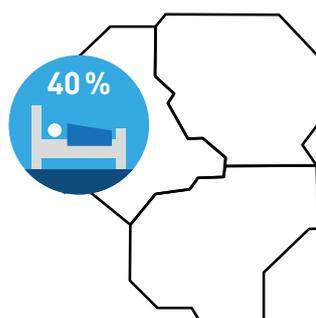
Enfin, eu égard à la nouvelle typologie des résidents – patients accueillis en EHPAD, fortement marquée par le très grand âge, la polypathologie, les troubles cognitifs (concernent plus des 2/3 des personnes hébergées), la fragilité, la vulnérabilité..., le directeur d'EHPAD doit s'inscrire dans une stratégie d'ouverture vers les acteurs médicaux et paramédicaux (Ville – Hôpital) avec des projets collaboratifs dans le cadre d'un parcours de santé réussi de la personne âgée.

## Données : au 1<sup>er</sup> janvier 2016

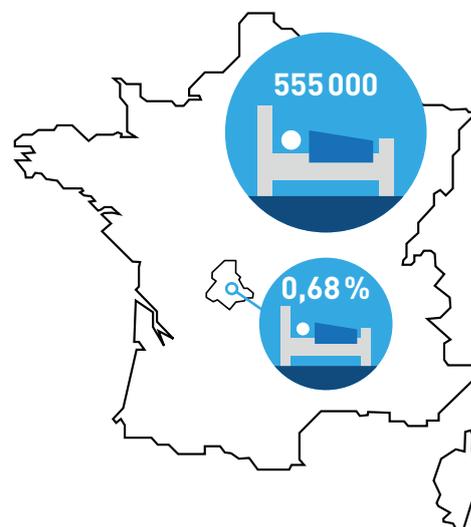
Nombres de lits EHPAD installés



Pourcentage de lits EHPAD installés en Haute-Vienne sur l'ex-région Limousin



Nombres de lits EHPAD installés en France



# MISSIONS DU MÉDECIN COORDONNATEUR

**Martine Lachaud**

Directrice EHPAD Les 5 Sens et Accueils de jour Landouge et Rue de Rochechouart à Limoges - Mutualité Française Limousine

**Dr Fabrice Massoulard**

Médecin coordonnateur de l'EHPAD des 5 Sens à Landouge



Au-delà des missions fixées par les textes, le Médecin Coordonnateur a un rôle essentiel dans un établissement comme le nôtre. Il fait partie de mes collaborateurs privilégiés avec lesquels la complémentarité de compétences nous permet d'organiser au mieux l'accompagnement individuel du résident dans un environnement collectif en ayant toujours à l'esprit sa singularité, sa personnalité, son état de santé et son contexte familial.

Relais essentiel auprès des familles et des équipes, la parole du «Docteur» est incomparable en termes de crédibilité au regard de son expertise médicale qui permet de dénouer des situations complexes.

Au quotidien, il travaille également en binôme avec la Cadre de Santé et l'équipe IDE afin d'équilibrer la relation et souvent, reconnaissons le, permet de «mettre de l'huile dans les rouages» entre les différents intervenants libéraux, et les médecins traitants notamment. Il joue également le rôle d'interface de coordination entre les équipes hospitalières, mobiles ou non, et les différents réseaux au sein desquels l'établissement est inscrit.

Qui dit missions multiples sous-entend capacités d'adaptation et d'anticipation avec une bonne dose de pédagogie, de diplomatie, de pragmatisme et de bienveillance...

Le rôle de Médecin Coordonnateur me paraît donc exigeant, mais passionnant, comme chacun de nos métiers en Géroto.

Depuis 2005, la budgétisation d'un poste de médecin coordonnateur dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est devenue obligatoire.

Sa présence va contribuer à la qualité de la prise en charge gérontologique des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé tant salariés que libéraux, susceptibles d'intervenir auprès des résidents. Le médecin coordonnateur est sous l'autorité administrative du directeur d'établissement et va assurer l'encadrement médical de l'équipe soignante en lien étroit avec la cadre de santé ou l'infirmière coordonnatrice de la structure.

Pour exercer cette fonction l'obtention d'une capacité en gériatrie ou d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur est nécessaire.

Sa fonction, selon les textes officiels, est répartie ainsi :

- Il élabore en équipe pluridisciplinaire le projet de soins et coordonne et évalue sa mise en œuvre ainsi qu'un dossier type soins.
- Il donne son avis sur les admissions en tenant compte de la compatibilité de l'état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- Il préside la commission de coordination gériatrique dans le but d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels de santé au sein de l'établissement.

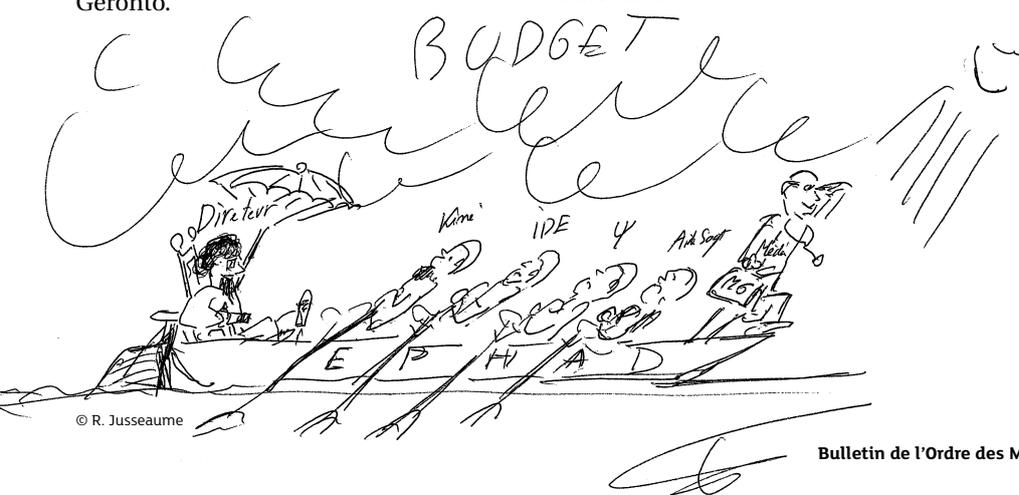
- Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et évalue et valide l'état de dépendance des résidents.
- Il s'assure de la bonne adaptation des prescriptions de médicaments.
- Il contribue à la formation de l'équipe soignante.
- Il établit un rapport annuel d'activité médicale.
- Il participe à la mise en œuvre de ou des conventions conclues avec des établissements extérieurs et s'assure du bon fonctionnement de la continuité des soins.
- Il collabore aussi à la mise en place de réseaux gérontologiques coordonnés.
- Il identifie les risques infectieux et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques si nécessaire.
- Il peut réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement en cas de situation urgente.

Les missions du médecin coordonnateur sont donc nombreuses mais restent très difficilement réalisables de par un manque de temps. Dans la plupart des cas un seul mi-temps est budgétisé pour 80 résidents.

Certains points restent essentiels pour favoriser son action au sein d'un établissement.

Tout d'abord l'existence d'une confiance réciproque entre directeur et médecin coordonnateur. Ce binôme doit être soudé et en entier accord sur les lignes de conduite à entreprendre, puis, «le savoir-travailler» en équipe pluridisciplinaire permet à lui seul une démarche efficace.

À savoir qu'il existe une fédération des médecins coordonnateurs dont MCOOR qui est une association nationale représentant l'ensemble des médecins du médico-social.



## Relation médecin coordonnateur et médecin traitant en EHPAD

Dr François Caix

EHPAD Pr Marcel Faure - Limoges

Les relations du médecin coordonnateur en EHPAD avec les médecins traitants sont définies dans les missions précisées dans le décret n° 2005-560 de la loi n° 2002-2 du 02/01/2002.

En premier lieu, à l'admission, le médecin coordonnateur doit préciser l'adéquation du demandeur avec la structure qui l'accueille, pour cela il peut être amené à solliciter l'avis du médecin traitant.

De plus, le médecin coordonnateur est le garant de l'organisation et de la qualité des soins au sein de l'EHPAD (équipe IDE, AS, informatisation et suivi des dossiers médicaux, épidémies, mise en place et fonctionnement des réseaux de soins avec les établissements référents etc...).

Enfin une mission a été ajoutée récemment, autorisant la prescription du médecin coordonnateur en cas d'urgence (le médecin traitant se devra d'être informé de cette prescription).

Au vu de ces missions, les relations entre les médecins coordonnateurs et les médecins traitants doivent être de bonne qualité. Pour cela le médecin coordonnateur s'appuie sur plusieurs éléments fondamentaux :

- Le libre choix de son médecin traitant par le résident,
- Le respect et le bon sens professionnel partagés par l'ensemble des médecins,
- Le travail en bonne intelligence,
- Le dialogue en cas de difficulté (que ce soit avec la direction, les familles ou les équipes) afin de désamorcer d'éventuels conflits.
- La commission gériatrique mise en place au sein des EHPAD permet au médecin traitant de mieux cerner le fonctionnement administratif de l'EHPAD et le travail réalisé en cours d'année.

La problématique rencontrée par l'EHPAD Professeur Marcel Faure du C.C.A.S. de la Ville de Limoges est liée au nombre de médecins intervenant au sein de l'EHPAD.

En effet, nous avons 45-50 médecins traitants intervenant dans l'établissement.

La communication avec les médecins utilise des supports comme les mailings et des réunions de type « commission gériatrique ». Les emplois du temps surchargés des praticiens rendent difficiles leur présence à ces réunions qui sont encore malheureusement sous utilisées.

Il reste toujours les contacts informels lors des visites des médecins auprès de leurs patients ou les relations téléphoniques en cas de difficultés.

En conclusion, la volonté partagée de garder le résident au cœur de nos préoccupations et le respect de nos rôles respectifs permettent à chacun de nous de travailler en bonne harmonie.

## Médecin coordonnateur en EHPAD en milieu rural...

Dr Gérard Fonmarty

Médecin coordonnateur en EHPAD en milieu rural; un « métier » passionnant du fait que l'établissement où j'ai le plaisir d'exercer est à taille humaine d'où un contact facilité avec les résidents et l'équipe soignante.

Un « métier » parfois difficile en raison des contraintes imposées par les tutelles et les réalités du terrain à savoir le personnel en sous-effectif qui réalise des prouesses pour assurer une prise en charge de qualité avec un questionnement permanent et des médecins traitants qui se raréfient en milieu rural et sont souvent surbookés.

Dans notre structure de 72 lits dont une Unité Alzheimer de 12 lits, j'estime avoir un contact privilégié avec tous les résidents. La connaissance de leur histoire de vie et de leur projet de vie que je partage avec toute l'équipe permet d'adapter au mieux notre prise en charge.

Je suis aussi amené à recevoir et à dialoguer avec les familles qui ont besoin le plus souvent d'être rassurées et soutenues en raison de la culpabilité qu'elles ressentent

d'avoir été contraintes de « placer » leur parent en EHPAD.

Parfois, certaines familles, par contre, nous font des observations à propos de la prise en charge par l'équipe ou de la prise en charge médicale en raison du manque de réactivité face à certaines pathologies car, globalement, tout ce qui se passe est de la responsabilité de l'établissement et donc du médecin coordonnateur, chose qui se voit moins, probablement dans une grosse structure plus impersonnelle.

Par ailleurs, en tant que médecin coordonnateur, je dois aussi composer avec la pression des tutelles par rapport aux bonnes pratiques de soins en EHPAD avec, en particulier l'élaboration d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement chez les personnes âgées, les messages à délivrer aux médecins traitants afin de diminuer les prescriptions de psychotropes, anticholinestérasiques, AOD...

Je suis aussi responsable de la permanence des soins.

Deux fois par an j'organise la Commission de Coordination Gériatrique qui en théorie doit

rassembler, outre la direction et les soignants de l'établissement, tous les intervenants libéraux, dont les médecins traitants, afin de débattre de toutes ces contraintes. Hélas très peu de médecins (toujours les mêmes) se sentent concernés, de ce fait le dialogue est restreint. Aussi il arrive, en désespoir de cause, devant certains dysfonctionnements (ex : médecins non joignables pendant parfois plusieurs jours) que la direction soit amenée à rappeler le médecin traitant à ses obligations face au patient de l'EHPAD qui reste toujours son patient à part entière. Cette pratique est très peu utilisée mais il faut encore une fois être conscient du fait que nous sommes soumis à une obligation de prise en charge de qualité et que la société devenant de plus en plus procédurière, il faut rester très vigilant.

Quoi qu'il en soit, au fil des nombreuses années de coordination, cette fonction me passionne toujours autant car elle s'exerce en équipe au sein de l'établissement et je regrette vraiment que le médecin traitant ne soit pas plus intégré à cette équipe.

# EXPÉRIENCES EN EHPAD DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

## Rôle des médecins coordonnateurs

Dr Christophe Beaubatie

Les fonctions du médecin coordonnateur ont été définies par le décret de 1999.

La fonction de médecin coordonnateur regroupe 13 missions qui peuvent être retrouvées facilement sur les liens MCOOR (association de médecins coordonnateurs).

Afin d'avoir une vision globale du rôle du médecin coordonnateur, il faut savoir qu'il est le garant des bonnes pratiques gériatriques, conformes aux référentiels de l'ANESM, de l'HAS auprès des résidents et qu'il coordonne les soins depuis l'intervention de l'aide-soignant, des AMP, des ASG, en passant par le kinésithérapeute, le psychomotricien, l'ergothérapeute, le psychologue, le cadre infirmier et les IDE.

Il peut également donner une expertise gériatrique aux médecins généralistes et spécialistes qui interviennent auprès des résidents de l'EHPAD s'ils le souhaitent.

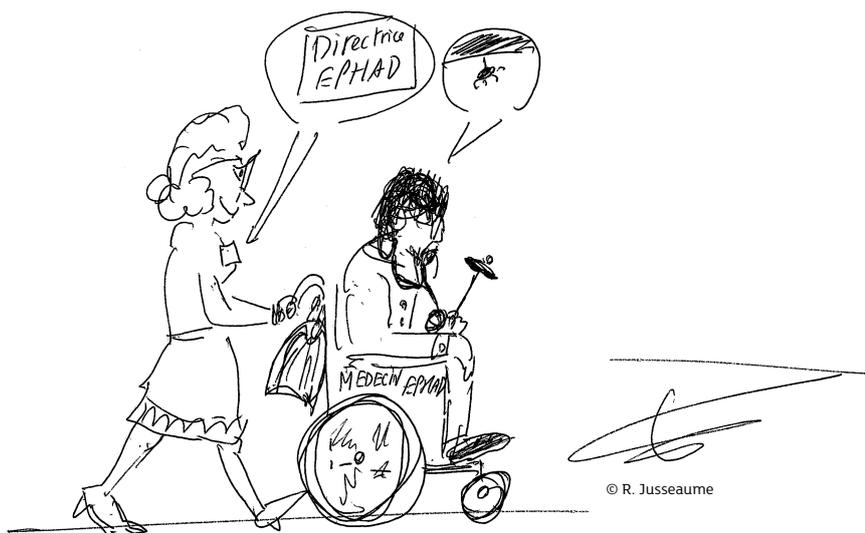
Bien qu'il ne soit pas médecin traitant des résidents, il peut être amené à discuter confraternellement du bien-fondé gériatrique de certains traitements prescrits par ses confrères, il doit travailler en étroite collaboration pour la mise en place des contentions, la gestion des troubles du comportement ainsi que dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé.

Il est, dans ce cadre là, amené à demander à ses confrères de réaliser des prescriptions biologiques.

Enfin, le médecin coordonnateur a aussi une mission de formation gériatrique auprès du personnel intervenant dans l'EHPAD.

Il est également obligatoire pour lui, d'organiser, sous sa présidence, des commissions de coordination gériatrique 1 à 2 fois par an sur des sujets de gériatrie qui peuvent intéresser des confrères intervenants.

En tant que médecin coordonnateur, il doit, chaque fois que cela se présente, faire respecter le libre choix du médecin par le patient, car il est aussi garant de l'application du code de déontologie en matière de liberté de choix mais aussi en matière de respect du secret médical vis-à-vis des services administratifs de gestion du secteur médico-social.



## La route est longue...

Dr Luc Aubanel

J'ai l'impression que, depuis quelque temps dans les EHPAD, le rôle du médecin qui suit ses patients en institution est minimisé par les administratifs qui prennent les décisions sans contact avec les intervenants (dotation globale, etc.), du moins dans certains établissements. Par ailleurs, en voulant trop bien faire (protection, animations...), dans certains cas cela déshumanise l'institution alors que l'effet recherché est l'inverse...!

Certes, il y a eu beaucoup d'améliorations faites mais la route est longue pour que « nos anciens » y vivent heureux...



## EXPÉRIENCES EN EHPAD

## DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Mon expérience  
en EHPAD...

Dr Philippe Bleyne

“ Ce qui me frappe le plus, c'est la beauté du travail du personnel soignant en EHPAD. Quelle gentillesse au quotidien, quelle attention à chacun et chacune!!! Chapeau!!!... Les résidents dont l'état physique et psychique se dégrade progressivement sont entourés avec professionnalisme et affection. Cette relation singulière doit être pour tous et, en particulier pour nous médecins, un exemple pour l'humanisation de nos comportements. Par contre, j'ai beaucoup plus de mal avec les contraintes administratives que voudraient imposer les Directions d'établissements d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. C'est pour cela que je refuse de signer les contrats proposés. Si on veut conserver un exercice libéral dans ces institutions, il va falloir réduire l'influence des directions.

Il me semble aussi qu'il faut parler des médecins coordonnateurs. Je pense que leur place n'est pas facile car ils sont, d'une part sous la responsabilité administrative du directeur d'Établissement avec tout ce que cela doit comporter de vigilance de leur part par rapport au respect de la déontologie, et d'autre part, ils ont affaire à des confrères libéraux qu'ils connaissent bien la plupart du temps. Pour ma part, je ne suis pas enclin à participer aux réunions qu'ils peuvent organiser à propos des soins à l'intérieur d'un établissement. Ces soins sont d'abord l'apanage d'une relation singulière médecin-patient en lien avec le personnel infirmier et la famille. Un EHPAD n'est pas un établissement hospitalier et son fonctionnement ne doit pas tendre à ressembler au fonctionnement d'un hôpital, à mon avis.

En conclusion, je pense que nous devons rester très vigilants pour éviter des évolutions qui risquent de rendre de plus en plus problématiques l'intervention des médecins libéraux en EHPAD.



## Ma première visite...

Dr Michel Mazet

Ma première visite auprès d'une patiente qui venait d'être admise en EHPAD m'a laissé le souvenir d'une organisation perfectible. C'était en 2014. Le bureau médical exigü juxta la salle de soins des infirmières dont il est séparé par une cloison incomplète d'où, va-et-vient, bruits, téléphones...

De retour de consultation, je prépare mon ordonnance en DCI (Dénomination Commune Internationale). « Mais non docteur! Nous avons une pharmacie sur place et vous devez prendre les médicaments dans la liste que voici ». La pharmacienne consultée m'a confirmé la procédure mais c'est elle qui en a fait la traduction.

Quant au règlement « ce n'est pas avec la carte vitale car nous sommes en dotation globale, vous serez réglé à réception de votre feuille de soin par la trésorerie ».

Un mot sur un autre EHPAD où là encore, le bureau médical est confondu avec la salle des infirmières (chariots de médicaments, téléphone, circulation...).

Le poste informatique, sur un bout de table, juxta une imprimante qui n'imprime plus, mais qui est relayée par celle de l'accueil, à l'étage en-dessous, avec la confidentialité qui va avec...

Je peux aussi évoquer le logiciel informatique différent d'un modèle « intuitif », seulement pour les étudiants en informatique. Il serait très bien pour les soins infirmiers; c'est une consolation.

Puis un troisième EHPAD, qui est un établissement récent, qui possède un bureau médical indépendant, voisin de celui des infirmières et de celui du cadre de santé.

L'informatique encore différent me paraît plus facile à utiliser... peut-être une question d'habitude mais qu'en disent les médecins d'ailleurs?

On peut donner un coup de chapeau au personnel bienveillant et dévoué qui patiemment, explique à tous les médecins les subtilités des logiciels en prenant sur son temps de soin.

# Article 52

## Code de déontologie

Nous tenons à mettre en garde nos confrères sur les risques inhérents à l'acceptation de dons et legs de patients, en particulier celui de procédures pouvant être engagées par les héritiers. L'ambiguïté de l'exception n°1 ne doit pas minimiser ces risques.

**Docteur Pierre BOURRAS**

### Article 52 (article R.4127-52 du code de la santé publique)

Le médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne pourra profiter des dispositions entre vifs et testamentaires faites par celle-ci en sa faveur pendant la cours de cette maladie que dans les cas et conditions prévus par la loi.

Il ne doit pas davantage abuser de son influence pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables.

En cohérence avec l'article précédent, le code de déontologie précise désormais des dispositions admises depuis toujours au nom de l'éthique médicale. Cette obligation, dégagée par la jurisprudence de l'ancien régime, inscrite dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle dans le code civil, n'était auparavant définie que par l'article 909 du code civil qui indique : «*Les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant la cours de celle-ci*».

Sont exceptées :

1. les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;
2. les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers... ».

L'article 52 est applicable au médecin qui a traité la personne pendant la maladie dont elle est décédée et non pas seulement à celui qui a traité la personne pour l'affection dont elle est décédée (voir note[1]).

Au-delà du cas d'espèce de la dernière maladie, c'est une attitude générale de prudence qui s'impose au médecin en la matière. Il ne doit en aucune circonstance pouvoir être suspecté d'avoir profité de son statut professionnel et de l'influence qui en découle pour tirer un avantage matériel quelconque de la part du patient.

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)  
rubrique « les commentaires du code »

## Site internet

Retrouvez le nouveau site internet sur **ordremedecins87.com**



ORDRE DE MALTE  
FRANCE

L'Ordre de Malte va ouvrir un dispensaire en 2017 et fait appel aux médecins bénévoles retraités ou non qui seraient prêts à offrir quelques heures de consultation gratuite pour la population en difficulté.

Vous pouvez contacter directement :

■ **Alain Bourion**  
**Délégué Départemental de l'Ordre de Malte**  
**06 22 12 52 52**

## Soirée débat

*La soirée débat du 22 novembre 2016 « Le secret médical en questions » fera l'objet d'un bulletin spécial lors d'une prochaine édition.*



## Nomination

Professeur Jean-José BOUQUIER

*Professeur Honoraire de pédiatrie  
Ancien Conseiller National et Vice-Président  
Président d'Honneur du Conseil départemental  
de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins*

La Présidente du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins, Madame le Docteur Anne-Marie Trarieux, a réuni le 4 novembre 2016 à l'occasion de son élection de Conseiller National pour le Limousin auprès du Conseil National, les différents membres des Conseils départementaux et du Conseil Régional de l'Ordre.

On se doit d'insister sur la présence parmi les nombreuses personnalités, du représentant du Conseil National, le Docteur Arnault, et du Directeur Général du CHU de Limoges, Monsieur Lefebvre, montrant bien l'importance que Madame le Docteur Trarieux attache aux liens unissant la médecine libérale et la médecine hospitalière, auxquels s'emploient déjà le Professeur Mouliès et demain, Madame le Professeur Bordessoule.

Madame le Docteur Trarieux, praticien hospitalier en secteur psychiatrique, connaît bien ces deux composants de la médecine, sans parler de sa pratique profonde du patient. Son rôle sera important et délicat sur plusieurs points.

Le regroupement de différents départements en une grande région, avec le départ à Bordeaux de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en est un, et ceci, sans diminuer son rôle vis-à-vis des médecins de nos trois départements.

Son mandat au Conseil National va lui permettre de participer activement aux débats parfois vifs qui engagent les médecins, tout en faisant remonter de la base les problèmes qui se posent aux médecins de terrain libéraux et hospitaliers et aux patients.

La présence médicale en zone rurale, le rôle des femmes médecins avec les contraintes inhérentes à leur contexte, l'intégration du numérique dans la relation patient-médecin en sont des exemples parmi d'autres.

Parfaitement armée pour ce rôle important et délicat, grâce à sa connaissance du patient, des médecins, des structures hospitalières, elle sera secondée par les conseillers départementaux dont le rôle discret reste trop méconnu mais rare-

ment décrié, alors qu'ils représentent la médecine de terrain, la relation avec les patients, base de notre système de santé.

L'organisation de la permanence des soins, diligentée par le Conseil National de l'Ordre a été réalisée en Limousin grâce aux Conseils départementaux, dont les Présidents Archambeaud en Haute-Vienne, Trabuc en Creuse et Pouget en Corrèze ont grandement œuvré pour cette mission si importante, nécessaire et difficile de santé publique.

Tous les médecins du Limousin sont heureux d'être ainsi représentés dans les instances du Conseil National de l'Ordre par un médecin actif, indépendant, bien à l'écoute des problèmes des confrères et des patients.

# Saisies de dossiers

Frédérique Boudrie

**Un médecin doit-il, (ou peut-il), communiquer à la police, à la gendarmerie, ou à la justice, des informations ou des éléments du dossier médical de son patient ?**

## En principe

Le secret médical est un principe absolu.

Le secret médical a été institué dans l'intérêt des patients, mais ce n'est pas sa seule raison d'être puisqu'il a un intérêt public. Rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales. Le médecin est le garant du secret médical de son patient.

### Article 4 du Code de Déontologie médicale

«Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la Loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

(Article R 4127-4 du Code de la Santé publique)

## Marche à suivre

Que peut faire un médecin face à un officier de police judiciaire qui lui demanderait directement des informations concernant l'un de ses patients (documents ou informations dans le cadre d'un crime, d'un délit ou lors d'une enquête préliminaire) ?

- 1 Le médecin doit toujours se retrancher derrière le **secret médical** et ne donner **aucune information**, ce refus ne peut pas être sanctionné. Cependant il ne peut pas refuser de se rendre à une convocation en invoquant le secret médical. **Il doit se présenter et refuser de témoigner** en invoquant le **secret professionnel**.
- 2 Si les informations dont a besoin l'officier de police judiciaire figurent dans le dossier médical, le Code de Procédure pénale **autorise le Procureur de la République ou l'officier de police judiciaire** à demander la **mise en œuvre de la procédure de saisie** de dossier médical du patient auprès de son médecin.
- 3 Ensuite, le médecin répond à la réquisition.
- 4 Le médecin doit garder une copie du dossier qui fait l'objet d'une saisie.
- 5 La remise du dossier médical dans le cadre d'une réquisition ne peut se faire qu'avec l'accord du médecin et en présence d'un conseiller ordinal. Le Conseil départemental doit avoir été préalablement destinataire d'une réquisition judiciaire délivrée dans le cadre d'une commission rogatoire précisant l'état civil du patient, l'identité du médecin, les date, heure et lieu de la saisie, ainsi que le nom du médecin conseiller ordinal représentant le Conseil de l'Ordre, lors de la saisie.

### CODE DE PROCÉDURE PÉNALE (extraits)

**L'Article 60-1** : Le Procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut requérir de toute personne des informations sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret médical.

**L'Article 77-1** : S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, le procureur de la République ou, sur autorisation de celui-ci, l'officier de police judiciaire, a recours à toutes personnes qualifiées.

**L'Article 56-3** : Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant.

**L'article 96** : Le juge d'instruction a l'obligation de provoquer préalablement toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense.

## Quelques précautions supplémentaires

Au moment même de la saisie, le médecin doit continuer à se retrancher derrière le secret médical et ne doit donner oralement aucune information complémentaire à l'officier de police judiciaire. Toutes les informations dont pourrait avoir besoin l'officier de police judiciaire sont dans le dossier.

C'est pourquoi, pour recevoir l'officier de police judiciaire et procéder à la saisie du dossier, le médecin doit attendre la présence du conseiller ordinal qui est là pour veiller au respect de la déontologie et au bon déroulement de la procédure, tant dans l'intérêt du patient que dans l'intérêt du médecin.

Il est conseillé d'établir un bordereau des pièces du dossier (nature des pièces du dossier et leur nombre).

Si, à la réception du document de réquisition, le médecin a le moindre doute sur la nature du document, nous lui conseillons de contacter rapidement son Conseil départemental, parce que celui-ci doit avoir été préalablement informé.

## AGENDA

### SAISIES DE DOSSIERS

- 17 saisies de dossiers faites par les Conseillers et le Bureau, qui ont eu lieu au CH DUPUYTREN, CH ESQUIROL, Clinique CHÉNIEUX, CH SAINT JUNIEN, IME Saint-Laurent-les-Églises ainsi que dans différents cabinets médicaux.

### RÉUNIONS AU CONSEIL NATIONAL

- **14-15 octobre 2016** : Assemblée Générale des Présidents, Secrétaires Généraux et Trésoriers au CNOM. Étaient présents les Docteurs Anne-Marie Trarieux, Présidente, Pierre Bourras, Secrétaire Général et Stéphane Bouvier, Trésorier.
- **19 octobre 2016** : Formation au CNOM sur « Le silence vaut acceptation ». Était présente Madame Christelle Roulière, secrétaire.

### PDSA

- **14 juin 2016** : Réunion de la commission PDS du CDOM – Information sur la nouvelle application PGARDE, en présence des médecins coordinateurs des différents secteurs et des représentants de l'ARS et de la CPAM.
- **23 juin 2016 et 1<sup>er</sup> décembre 2016** : Comité de suivi de la PDSA à l'ARS. Étaient présents les Docteurs Anne-Marie Trarieux, Philippe Bleyne et Luc Aubanel.
- **14 novembre 2016** : Réunion Permanence des soins au siège du CDOM.

### RENDEZ-VOUS DE LA PRÉSIDENTE

- **31 août 2016** : Réunion consacrée aux résultats de la candidature à la labellisation FRENCH TECH Thématique de Limoges Métropole Communauté de Commune. Le CDOM était représenté par le Docteur Anne-Marie Trarieux.
- **15 septembre 2016** : Inauguration de la SISA Nord 87.
- **30 septembre 2016** : Réunion de Rentrée du Barreau.
- **10 octobre 2016** : Audience solennelle de la Cour d'Appel de Limoges.
- **17 octobre 2016** : Réunion de la cellule dérivées sectaires du Conseil Départemental de Prévention de la délinquance à la Préfecture.

### AUTRES RÉUNIONS

- **2-3 septembre 2016** : Assemblée Générale de MOTS. Le CDOM était représenté par le Docteur Jean-Louis Filloux.
- **5 septembre 2016** : Table ronde sur le thème : « La mort aujourd'hui ». Le CDOM était représenté par le Docteur Joël Malgouyard.
- **21 juillet 2016 et 8 septembre 2016** : Rencontre avec Monsieur Xavier Pasturel, Substitut du Procureur, au Tribunal de Grande Instance. Le CDOM était représenté par le Docteur Éric Rouchaud.
- **14 octobre 2016** : Réunion de l'AFEM à la Faculté de Médecine à Paris. Le CDOM était représenté par le Docteur Agnès Nicot.
- **18 octobre 2016** : Réunion sur la Sécurité au CNOM. Le CDOM était représenté par le Docteur Éric Rouchaud.
- **22 novembre 2016** : Soirée débat sur « Le Secret médical en questions » organisée par le CDOM.
- **14 décembre 2016** : Réunion du Comité Ville Hôpital au CDOM.
- **15 décembre 2016** : Réunion PDS secteur 5. Étaient présents les Docteurs Philippe Bleyne et Michel Jacquet.