



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 24

JUIN 2019

Conseil départemental de la Haute-Vienne

Dépendances aux OPIACÉS

DOSSIER TABLE RONDE

• *Dépendances aux opiacés*

• *La primo-consultation*

• *Synthèse
du Docteur Bertin* p. 21



L'hospitalisation
à domicile
en 2019 p. 33



Convocation,
les plaintes
à l'ordre p. 46



sommaire

■ Édito	p. 3
■ Exercice professionnel	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 4-5
• Nécrologie	p. 6
■ Événement	
• 1 ^{er} Colloque de télémédecine	p. 7-9
■ Dossier	
• DOSSIER TABLE RONDE :	p. 10-27
- Dépendances aux opiacés	
- Introduction	
- La primo-consultation (DSM V)	
- La prescription	
- Table Ronde	
- Synthèse du Dr Bertin	
- Les bonnes pratiques	
- Schémas de références	
■ Informations pratiques	p. 28
• Exposition naturelle et artificielle aux rayonnements ionisants	p. 30
• Cotisation Ordinale	p. 32
• L'HAD en 2019	p. 33
• Dernières naissances de D.E.S.	p. 36
• Allergologie et immunologie clinique	p. 37
• Maladies infectieuses et tropicales	p. 38
• Médecine vasculaire	p. 39
• Unité de sevrage en ambulatoire	p. 40
• Surveillance médicale des épreuves sportives	p. 44
■ Rubrique Juridique	
• Convocation à l'Ordre suite à une plainte : une épreuve !!!	p. 46
• Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine de l'Ordre des Médecins	p. 48
• Déontologie	p. 50
■ L'agenda	p. 52

Publication du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins
 Drs François Bertin, Christophe Descazeaud,
 Dominique Moreau, Patrick Mounier,
 Martine Prévost
 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 :
 Pages 1-28-33 : © Istock
 Pages 1-28-36-37-38-39-41-42 : © Shutterstock
 Page 45 : © Fotolia

édito



Dr Pierre BOURRAS

Président du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins

Le plan « Ma santé 2022 » est en plein débat et on sait déjà combien il va bouleverser notre mode de prise en charge des patients.

Nous abordons ce tournant dans un contexte de fragilisation du système de santé actuel, fragilité en premier lieu démographique. Les 5 prochaines années vont être extrêmement difficiles à vivre pour nous médecins mais surtout pour les malades. Cette catastrophe annoncée depuis des années par le Conseil de

l'Ordre va conduire à imaginer, avec les différents partenaires de la santé, des solutions innovantes pour garder un système de santé de qualité, que beaucoup de pays nous envient.

Des dangers pour l'avenir

Il faut augmenter le nombre de médecins de terrain adaptés aux besoins des territoires, diversifier les profils grâce aux passerelles entre cursus. Professionnaliser la formation est sans doute le meilleur moyen de donner envie à la majorité des étudiants de s'installer comme médecin de soins.

Quelle installation ?

La coercition a fait preuve de son inefficacité : en Allemagne, ce système a été abandonné car les jeunes médecins s'étaient dirigés vers les hôpitaux ou ne s'étaient pas conventionnés.

Les mesures incitatives ne doivent pas être utilisées comme « effet d'aubaine » par les jeunes médecins ou être sujet de querelles fratricides entre élus locaux.

La nouvelle génération veut travailler au sein de structures pluridisciplinaires et souhaite être déchargée de certaines lourdeurs administratives. Une collaboration entre à la fois, les professionnels de santé (Unions Professionnelles et Ordre), les usagers (représentés pourquoi pas par leurs élus locaux) et l'Agence Régionale de Santé permettrait de mieux anticiper les problématiques.

S'installer comment ?

Le médecin doit rester le seul responsable de la stratégie diagnostique et thérapeutique à mettre en œuvre. Il est également le seul professionnel de santé autorisé à prescrire un nouveau traitement.

Le transfert de compétence ne peut s'opérer que sous la responsabilité d'un médecin.

Le temps médical doit être sanctuarisé autant dans le public que dans le privé, chez les généralistes et les spécialistes. La création des assistants médicaux, les infirmiers en pratiques avancées, les nouvelles compétences proposées aux pharmaciens ne devraient pas être que des perspectives permettant de pallier à la pénurie de médecins de soins pour donner un égal accès aux soins aux Français : ces solutions doivent être sévèrement encadrées et il ne peut être donné un blanc seing à de nouvelles professions avant d'avoir fixé les frontières précises de leur activité et de leur responsabilité.

La création de la Nouvelle-Aquitaine nous a privés de notre Conseil Régional du Limousin. Nous remercions le dernier Président, Michel BARRIS et son Secrétaire Général, Joël MALGOUYARD, d'avoir affirmé jusqu'au bout les fonctions de coordination régionale et de représentant de l'Ordre auprès des instances. Le Docteur Stéphane BOUVIER en tant que membre du Bureau du nouveau CROM Nouvelle-Aquitaine et Secrétaire Général Adjoint souhaite pouvoir faire remonter les réalités de terrain avec l'appui du CDOM. Le Docteur Martine CASTILLON va s'impliquer dans la formation restreinte.

TABLEAU Du 3 mai 2018 au 10 avril 2019

PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr ALCOTTE Aude, Le 18 décembre 2018
 Dr ARNAL Manon, Le 31 octobre 2018
 Dr BACLET Marie-Claire, Le 10 octobre 2018
 Dr BARRERE Marie, Le 5 décembre 2018
 Dr BEAUBIER Cécile, Le 7 novembre 2018
 Dr BERNARD Anthony, Le 31 octobre 2018
 Dr BLONDEL Marine, Le 31 octobre 2018
 Dr BOUBAKER Elsa, Le 19 novembre 2018
 Dr CALABELLOTTA Thibaut,
 Le 10 octobre 2018
 Dr COLOSIO Alexis, Le 4 juillet 2018
 Dr CROUZIL Olivia, Le 10 octobre 2018
 Dr FLOURAT Mélanie, Le 17 décembre 2018
 Dr GRAMOND Jérôme, Le 9 janvier 2018
 Dr JEANNIN Paul, Le 10 octobre 2018
 Dr JUMEAU Sylvain, Le 31 octobre 2018
 Dr MIACHON Eve-Marie, Le 4 juillet 2018
 Dr MORARASU Delia Nicoleta, Le 10 avril 2019
 Dr ORGANISTA Alexandre, Le 31 octobre 2018
 Dr PAPAICONOMOU Paul,
 Le 17 septembre 2018
 Dr PAROT Pierre, Le 7 décembre 2018
 Dr PARRAIN Charline, Le 5 novembre 2018
 Dr SALLE Jérémy, Le 31 octobre 2018
 Dr THIOLON Jonathan, Le 31 octobre 2018
 Dr VANECCLOO Florence, Le 10 octobre 2018
 Dr VIDANO Valentina, Le 9 janvier 2019
 Dr VERGER Aline, Le 6 juin 2018
 Dr ZMIRI Camilia, Le 31 octobre 2018

En anesthésie-réanimation

Dr BOULARD Amandine, Le 31 octobre 2018
 Dr DOUCHEZ Marie, Le 31 octobre 2018
 Dr PEGOT Benjamin, Le 31 octobre 2018
 Dr PIHAN Franck, Le 31 octobre 2018

En biologie médicale

Dr CHEYROUX Martial, Le 9 janvier 2019
 Dr TALLA Perrine, Le 7 novembre 2018

En cardiologie

Dr BEEHARRY Adil, Le 31 octobre 2018

En chirurgie générale

Dr CUENCA Céline, Le 31 octobre 2018
 Dr MACHKOUR Fadoua, Le 31 octobre 2018
 Dr PICOULEAU Alexandre, Le 31 octobre 2018
 Dr TRICARD Jérémy, Le 31 octobre 2018

En chirurgie orthopédique et traumatologie

Dr MICLE Liviu-Ionut, Le 10 octobre 2018

En dermatologie vénéréologie

Dr DELAUMENIE Stéphanie, Le 31 octobre 2018

En endocrinologie

Dr BERTHEAS Maud, Le 31 octobre 2017

En gynécologie-obstétrique

Dr AUBLANC Mathilde, Le 25 octobre 2018
 Dr LEGROS Maxime, Le 31 octobre 2018

En gastro entérologie et hépatologie

Dr ALBOUYS Jérémie, Le 7 novembre 2018
 Dr DAHAN Martin, Le 31 octobre 2018

En génétique médicale

Dr DAURIAT Benjamin, Le 5 novembre 2018

En hématologie

Dr VAIDIE Julien, Le 31 octobre 2018

En médecine interne

Dr GUTIERREZ Blandine, Le 31 octobre 2018

En médecine nucléaire

Dr TCHU Princia, Le 31 octobre 2018

En médecine physique et réadaptation

Dr VIOLLET Emilie, Le 10 octobre 2018

En neurologie

Dr COMBRES Hélène, Le 31 octobre 2018
 Dr EL OUAFI Zhou, Le 31 octobre 2018

En ophtalmologie

Dr QUILBE Sébastien, Le 31 octobre 2018

En pédiatrie

Dr FROGET Rachel, Le 31 octobre 2018
 Dr NICOLAS Audrey, Le 18 octobre 2018

En psychiatrie

Dr ANZIEU Henri, Le 6 février 2019
 Dr CEOLATO Caroline, Le 31 octobre 2018
 Dr DUR Julie, Le 7 novembre 2018

En pneumologie

Dr SIMONNEAU Yannick, Le 31 octobre 2017

En radiodiagnostic et imagerie médicale

Dr CHASSANG Anne-Hélène,
 Le 31 octobre 2018

En rhumatologie

Dr NGUYEN-HUU Kathy, Le 31 octobre 2018
 Dr PUGIBET Marine, Le 31 octobre 2018

RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr DUFRAISSE Bénédicte, Le 10 avril 2019
 Dr GAURIAT Morgan, Le 9 janvier 2019
 Dr GONZALES Nicolas, Le 9 janvier 2019
 Dr HOURCADE Sylvie, Le 9 janvier 2019
 Dr LAGORCE Jean-Michel, Le 4 juillet 2018
 Dr LALANDE Stéphanie, Le 5 septembre 2018
 Dr LEFORT-VANDROUX Catherine,
 Le 5 septembre 2018
 Dr LEY Suzanne, Le 7 novembre 2018
 Dr LUNET DE LA MALENE Hervé,
 Le 10 octobre 2018
 Dr MARTINIE-DUCLOUP Isabelle,
 Le 6 juin 2018
 Dr POUX Alexandra, Le 6 février 2019
 Dr TALLIER Frédéric, Le 9 janvier 2019

Dr VAQUIER-REBERAC Caroline,
 Le 7 novembre 2018

En anatomie et cytologie pathologiques

Dr PROJETTI Fabrice, Le 9 janvier 2019

En anesthésie-réanimation

Dr BOUHADDJAR Mokhtar,
 Le 10 octobre 2018
 Dr VANDROUX David, Le 7 novembre 2018

En chirurgie digestive

Dr CHUFFART Etienne, Le 13 septembre 2018

En chirurgie vasculaire

Dr BEN AHMED Sabrina, Le 10 octobre 2018

En gériatrie

Dr AYERSOUK Mohamed, Le 6 juin 2018

En néphrologie

Dr JEREMI Titus, Le 6 mars 2019

En oncologie option radiothérapie

Dr KHARRAZ Yassine, Le 6 mars 2019

En ORL et chirurgie

Dr GHANEM Khaled, Le 9 janvier 2019

En radiodiagnostic et imagerie médicale

Dr BRANDOUY David, Le 7 novembre 2018

En santé publique

Dr DUCO Laurence, Le 4 juillet 2018
 Dr LAFON Jean-Claude, Le 9 janvier 2019

Retraités

Dr BREFORT Jean Louis, Le 6 juin 2018
 Dr MAILHES François, Le 6 février 2019

DESC GROUPE 2 QUALIFIANT

En allergologie

Dr BERTIN Christine, Le 4 juillet 2018

En gériatrie

Dr LACOUR Aurore, Le 6 juin 2018
 Dr VAQUIER-REBERAC Caroline,
 Le 5 décembre 2018

En chirurgie maxillo faciale et stomatologie

Dr USSEGLIO-GROSSO Julie, Le 4 juillet 2018

En gynécologie obstétrique

Dr JASMIN Michèle, Le 5 septembre 2018

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr ABAYO Jean-Pascal, parti le 29 août 2018
 dans les Ardennes
 Dr ARNE Christophe, parti le 5 janvier 2019
 dans les Pyrénées Orientales

TABLEAU Du 3 mai 2018 au 10 avril 2019

Dr AUDEBERT-MERILHOU Elodie, partie le 4 février 2019 en Moselle
Dr BARONE Marco, parti le 18 décembre 2018 dans la Sarthe
Dr BARBOU DES COURIERES Cécile, partie le 6 février 2019 vers Pacifique Sud
Dr BARRET Amaury, parti le 26 novembre 2018 en Corrèze
Dr BEAUBATIE Christophe, parti le 26 novembre 2018 en Corrèze
Dr BENHAMI Ali, parti le 20 juillet 2018 dans le Tarn et Garonne
Dr BENKO Pierre-Etienne, parti le 1er avril 2019 en Creuse
Dr BESONGO Bosenge, parti le 4 février 2019 en Moselle
Dr BIDAUT-GARNIER Mélanie, partie le 21 juin 2018 dans l'Aube
Dr BLAVIGNAC Laurent, parti le 2 août 2018 en Charente-Maritime
Dr BOUBAKER Elsa, partie le 12 janvier 2019 dans l'Hérault
Dr BOUILLON Anne, partie le 1er novembre 2018 en Charente-Maritime
Dr BOUKEFFA Nedjma, partie le 16 octobre 2018 en Seine Saint Denis
Dr BOUSQUET Pauline, partie le 31 janvier 2019 en Gironde
Dr BOUTIQUE Hélène, partie le 1er janvier 2019 en Charente-Maritime
Dr BRO Jacques, parti le 29 janvier 2019 en Gironde
Dr BRUSQ Alain, parti le 31 mai 2018 en Corrèze
Dr CHARENTON-BLAVIGNAC Marion, partie le 2 août 2018 en Charente-Maritime
Dr CHEVALIER Carine, partie le 11 juillet 2018 dans les Bouches du Rhône
Dr CHRISTIDES Constantin, parti le 20 février 2019 dans le Vaucluse
Dr JARDEL Anaïs, partie le 8 juillet dans le Puy de Dôme
Dr COMBRES Hélène, partie le 30 novembre 2018 à la Réunion
Dr COROLLER Louis, parti le 1er novembre 2018 en Corrèze
Dr COUMES Alice, partie le 22 janvier 2019 en Corrèze
Dr COUTURE Marion, partie le 8 février 2019 dans les Landes
Dr DANTOINE Dominique, parti le 2 mai 2018 en Saône et Loire
Dr DELUCHE Elise, partie le 28 novembre 2018 dans le Val de Marne
Dr DIJOUX Pierrick, parti le 11 octobre 2018 en Corrèze
Dr DOUZON Annabel, partie le 1er mars 2019 en Dordogne
Dr DUPUIS Jean-Louis, parti le 31 octobre 2018 dans l'Indre et Loire
Dr DUPUIS Martine, partie le 31 octobre 2018 dans l'Indre et Loire
Dr GARDERE Solène, partie le 21 octobre 2018 dans le Gard

Dr GOUGAM Thierry, parti le 27 août 2018 dans la Creuse
Dr HADDAD Naima, partie le 2 septembre 2018 dans la Meuse
Dr HERMELLIN Audrey, partie le 16 octobre 2018 en Charente-Maritime
Dr IZAC Paul, parti le 16 décembre 2018 en Gironde
Dr JARLAN-DUSSAULT Lucile, partie le 26 septembre 2018 dans le Landes
Dr KENNEL Céline, partie le 23 novembre 2018 en Saône et Loire
Dr LARIBI Sofiane, partie le 2 novembre 2018 en Corrèze
Dr LE MEUR Yves, parti le 31 mai 2018 en Corrèze
Dr LEY Suzanne, partie le 1er mars 2019 en Corrèze
Dr LONGIS Bernard, parti le 1er octobre 2018 en Haute-Corse
Dr MARCON-MOHSEN Claire, partie le 7 décembre 2018 dans le Rhône
Dr MARINESCU Ileana-Edita, partie le 17 février 2019 dans les Côtes d'Armor
Dr MIACHON Eve-Marie, partie le 30 mars 2019 dans le Tarn
Dr MOHSEN Moussa, parti le 7 décembre 2018 dans le Rhône
Dr MONIER Ghislaine, partie le 1er août 2018 dans les Pyrénées Atlantiques
Dr NAUCHE Fanny, partie le 2 novembre 2018 en Corrèze
Dr OKOUO Falline, partie le 23 mai 2018 dans la Sarthe
Dr PARNEIX Mathieu, parti le 1er février 2019 en Creuse
Dr PEYCLIT Patricia, partie le 1er juillet 2018 en Seine Maritime
Dr PRECHOUX Jean-Marc, parti le 1er novembre 2018 en Corrèze
Dr PUGIBET Marine, partie le 1er janvier 2019 en Corrèze
Dr ROY Sophie, partie le 1er août 2018 en Charente
Dr RUSSEL Christophe, parti le 5 février 2019 dans le Pas de Calais
Dr TSVETKOV Milen, parti le 27 janvier 2019 en Moselle
Dr TROCME Sylvie, partie le 1er janvier 2019 en Charente
Dr TURENNE Matthieu, parti le 2 novembre 2018 en Creuse
Dr WENDLING Gilles, parti le 18 janvier 2019 dans l'Indre

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité

Dr DESCAZEAUD Christophe, le 1er janvier 2019
Dr DUFOUR François, le 1er janvier 2019
Dr FILLOUX Jean-Louis, le 30 juin 2018
Dr HAENDLER Emmanuel, le 1er octobre 2018
Dr LAFON Jean-Claude, le 31 décembre 2018
Dr MOREAU Dominique, le 1er janvier 2019

Dr PINAUD Denis, le 1er janvier 2019
Dr POUPARD Jean-Pierre, le 1er janvier 2019
Dr SAUVAGE Philippe, le 1er avril 2018

Font valoir leurs droits à la retraite sans conserver d'activité

Dr ALLEMANDOU André, le 1er janvier 2019
Dr ARCHAMBEAUD Françoise, le 1er septembre 2018
Dr BOUCHER-MASSON Catherine, le 1er février 2019
Dr BOULANGER Jean-Philippe, le 28 septembre 2018
Dr BOURLOIS Reginald, le 1er janvier 2019
Dr CAUX DUCHAMBON Catherine, le 1er juillet 2018
Dr CUISINIER Yves, le 1er octobre 2018
Dr DE BEST HOOGESTEGER Marion, le 1er janvier 2019
Dr DELTREIL Françoise, le 1er janvier 2019
Dr DUBREUIL Elise, le 1er octobre 2018
Dr FAYOL Patrick, le 1er janvier 2019
Dr ISSOULIE Françoise, le 1er janvier 2019
Dr MENARD Dominique, le 1er juillet 2018
Dr MOREAU Chantal, le 1er octobre 2018
Dr MOREAU Michel, le 1er janvier 2019
Dr ORSONI Jean-Luc, le 1er juillet 2018
Dr PAREAUD Maurice, le 1er mai 2018
Dr PRAT Jacques, le 1er juillet 2018
Dr RIEUNIER Yves, le 1er octobre 2018
Dr RINCE Christine, le 1er octobre 2018
Dr SEEGER-UBERTI Maria, le 1er octobre 2018
Dr TREVES Richard, le 1er septembre 2018
Dr TRILLAUD Jean-Marie, le 1er octobre 2018
Dr VILLATTE Jean-Luc, le 1er janvier 2019

RADIATION

Pour convenance personnelle

Dr FAYOL Patrick, le 9 janvier 2019
Dr GERARDIN Jean, le 6 février 2019
Dr MALINVAUD Gilbert, le 6 février 2019
Dr OUDART-BOIS Nicole, le 6 juin 2018
Dr ROULLET Michèle, le 6 mars 2019
Dr SEEGER-UBERTI Maria, le 10 octobre 2018
Dr SERVAUD Michel, le 5 décembre 2018

DÉCÈS

Pr CHASSAIN Albert Paul, le 23 septembre 2018
Pr DENIS François, le 3 avril 2019
Dr FOUCONNIER Jean-Marc, le 3 mai 2018
Dr DUNOYER Jean, le 20 mai 2018
Dr FOUQUET Pierre, le 30 juin 2018
Pr LABROUSSE Claude, le 23 septembre 2018
Dr LAGORCE Jacques, le 10 juillet 2018
Dr PERGET Jean-Paul, le 4 mai 2018
Dr SARAZY Michel, le 30 janvier 2019
Dr SIMIAN Noelle, le 1er mai 2018
Dr VARNOUX Catherine, le 4 mars 2019

NÉCROLOGIE

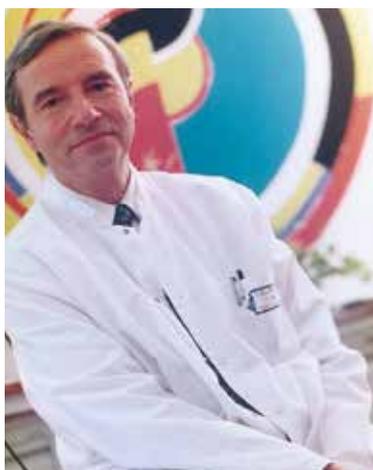
Article de :

Sophie ALAIN

*PU-PH, Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène, CHU de Limoges
Directrice du centre national de référence des Herpèsvirus
Co-directrice UMR Inserm 1092, Université de Limoges*

Marie-Cécile PLOY

*PU-PH, Service de Bactériologie-Virologie-Hygiène, CHU de Limoges
Co-directrice UMR Inserm 1092, Université de Limoges*



Le Professeur François DENIS, éminent microbiologiste qui a participé activement au dynamisme de la discipline Bactériologie-Virologie-Hygiène et à la promotion de nombreux microbiologistes, est décédé le 03 avril 2019 à l'âge de 77 ans.

François DENIS, natif de Tours, a effectué ses études de médecine, son externat et son internat entre le CHU de Tours et le CHU de Poitiers. Assistant puis chef de travaux au CHU de Poitiers, il a été nommé en 1976 Professeur des Universités à Dakar. Durant ces années, il a assuré les enseignements en médecine, en pharmacie, dentaire et sciences, et dirigé deux laboratoires hospitaliers (Hôpitaux de Fann et Le Dantec), où il a fait école et a permis la promotion de nombreux élèves. C'est pendant cette période qu'il a participé à l'aventure passionnante de la découverte du virus HIV2 et du vaccin contre l'hépatite B. En 1981 François Denis rejoint l'Université et le CHU de Limoges où il crée le service de Bactériologie-Virologie-Hygiène, étant persuadé de la plus-value de ne pas dissocier ces 3 entités. Chef de Service du service de Bactériologie-Virologie-Hygiène du CHU de Limoges jusqu'en 2008, puis consultant

jusqu'en 2011 et depuis Professeur émérite de l'Université de Limoges, François Denis s'est engagé localement avec l'énergie et le souci d'excellence qui le caractérisent. Il notamment été Vice-Doyen de la Faculté de médecine de 1993 à 2001, et chef du pôle Biologie-Hygiène de 2007 à 2011. La construction du Centre de Biologie et Recherche en Santé (CBRS) du site hospitalo-universitaire de Limoges qui a ouvert en 2014 a été une de ses actions majeures. Ce bâtiment, qui porte désormais son nom, réunit dans le même bâtiment les laboratoires hospitaliers et les UMR Inserm/CNRS illustrant le lien étroit entre la Médecine et la Recherche auquel il était attaché.

Habité par la transmission aux générations futures, il s'est engagé, à côté de ses fonctions hospitalo-universitaires, dans de nombreuses responsabilités au niveau national ou international. À l'Agence du Médicament, à l'Institut National de Transfusion Sanguine, au Comité Technique des Vaccinations, au Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, au sein de la Commission des CNR, à la Présidence de la 45ème section du Conseil National des Universités.... ; instances au sein desquelles il a toujours défendu et promu la spécialité Bactériologie-Virologie-Hygiène.

Médecin et enseignant-chercheur, il s'est initié très tôt à la recherche en suivant en parallèle de ses études de médecine, un cursus en chimie structurale, chimie moléculaire et biochimie à la Faculté des Sciences de Tours puis le cours de microbiologie générale de l'Institut Pasteur dont il est sorti Major. Il a développé de nombreux travaux de recherche que ce soit en Bactériologie ou en Virologie. Toujours passionné par l'écriture d'ouvrages médicaux et par la diffusion des connaissances, il est à l'origine de 20 ouvrages et de centaines de publications.

Le Professeur François DENIS était Membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine depuis 2004, Chevalier de l'ordre de la Légion d'Honneur, Officier de l'ordre National du Mérite, Commandeur de l'Ordre des Palmes Académiques, Officier de l'ordre du Lion au Sénégal, Officier de l'Ordre du Mérite en Côte-d'Ivoire.

Nous garderons de **François DENIS** le souvenir d'un homme très cultivé, passionné d'art, toujours tourné vers les autres, chaleureux. C'était un profond humaniste qui a accompagné, guidé de nombreux collègues dans différentes disciplines. C'était un esprit passionné, visionnaire, qui excellait dans de nombreux domaines, très curieux et ouvert aux autres. Nous perdons un éminent microbiologiste et un grand homme.

Ses élèves reconnaissants garderont toujours de lui cette image d'un patron généreux, confiant dans leurs capacités, leur permettant de donner le meilleur d'eux-mêmes, tout en restant fidèles à leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche.

▶ PROGRAMME ◀

1^{ER} COLLOQUE DE TÉLÉMÉDECINE

Jeudi 4 juillet 2019

Facultés de médecine et de pharmacie

Limoges



Publics concernés :
professionnels de santé, enseignants
informaticiens, administratifs, étudiants





Bulletin d'inscription à retourner
accompagné du règlement,
et à envoyer à l'adresse suivante :

CHU LIMOGES
DEPARTEMENT FORMATION PROFESSIONNELLE
2 AVENUE MARTIN LUTHER KING
87042 LIMOGES CEDEX

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner **avant le 23 juin 2019** avec le règlement / Renseignements : 05 55 05 87 40 / dept.formation@chu-limoges.fr
N° de déclaration d'activité : 75870168087 / N° de déclaration ODPC : 1769

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Fonction :

Etablissement employeur :

Adresse employeur :

Téléphone : E-mail :

N° RPPS / ADELI :

CHOIX DES ATELIERS DE L'APRÈS-MIDI (Plusieurs choix possibles)

1. Session administrative financière et juridique 2. Session informatique 3. Les outils connectés

FRAIS D'INSCRIPTION ▶ 100 € par participant (déjeuner inclus)
▶ gratuit pour les étudiants (participation de 15€ au repas)

MODALITE DE REGLEMENT

- Inscription à titre individuel (accompagnée du règlement par chèque bancaire à l'ordre du Trésor public)
 Inscription prise en charge par l'employeur
 Inscription prise en charge par un organisme de gestion de fonds de formation
 Inscription via mon DPC (par les libéraux)
 Gratuit pour les étudiants (participation de 15€ au repas)

ADRESSE DE FACTURATION

Etablissement :

Représenté par :

N° SIRET :

Service :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Les annulations d'inscription doivent être transmises par courrier/mail au
Département formation professionnelle - 2 avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex
ou dept.formation@chu-limoges.fr.

Date et signature du participant

Date, cachet et signature du responsable
de l'organisme si prise en charge par l'employeur

1^{ER} COLLOQUE DE TÉLÉMÉDECINE Limoges

PROGRAMME

En cours de validation d'action DPC

9h00

Accueil des participants

9h30

Ouverture du Colloque

9h45

Séance plénière, amphithéâtre C

Préparation aux séances d'évaluation sur socrative par smartphone et tablettes, Pr Jacques Monteil, CHU de Limoges

- Présentation et actualités de la Société française de télémédecine, Pr Nathalie Salles, CHU de Bordeaux

10h15

La télémédecine en territoire limousin et ses perspectives

Modérateur : Pr François Vincent, Conseiller Régional de l'Université du futur

- Définition et cadre réglementaire de la téléconsultation et de la téléexpertise, Florent Lachal, ESEA Nouvelle-Aquitaine
- Politique publique et financement de la télémédecine, Rémi Fauquembergue, Coralie Achard-Tortul, CHU de Limoges
- Protection des données, Coralie Achard-Tortul
- Les acteurs de la télémédecine. Contexte du projet creusois
- Le projet de déploiement de la télémédecine du CHU de Limoges et du GHT du Limousin, Pr Jean-Jacques Moreau et Pr Achille Tchalla, CHU de Limoges
- Les outils : la plate-forme du territoire limousin, Alexandre André, CHU de Limoges

Session d'évaluation commune



11h45

Retour d'expérience

Modérateurs : Pr Achille Tchalla
et Pr Jean-Jacques Moreau

- Le projet Gérontaccess : impact de la télémédecine pour la prévention des hospitalisations évitables, Pr Achille Tchalla
- Témoignage d'un EPHAD
- Un nouveau métier : infirmière coordinatrice de télémédecine, Muriel Malichier, CHU de Limoges
- Mise en place d'un projet de télémédecine dans la MSP Beaublanc, Dr Serge Nouhaud, Limoges
- TéléAVC et Télurge l'urgence en neurologie vasculaire et en neurochirurgie, Dr Francisco Macian, Pr François Caire, CHU de Limoges

12h45

Présentation du DU télémédecine et du centre de e-santé

Pr Achille Tchalla, Pr Jean-Jacques Moreau

13h00

Déjeuner sur place

13h45

Travaux en sessions spécifiques

Résultats de l'évaluation, amphithéâtre C

ATELIERS :

1. Session administrative financière et juridique
Rémi Fauquembergue, Clémence Bonnefond, CHU de Limoges
 - Information du patient des conditions de réalisation
 - Le patient donne son consentement
 - Confidentialité, sécurisation des données
2. Session informatique
Alexandre André, Didier Gendronneau, CHU de Limoges
3. Les outils connectés (dans le Centre de simulation virtuelle)
Pr Laurent Fourcade, CHU de Limoges et Anaick Perrochon, Ilfomer

17h00

Fin du colloque et clôture

Facultés de médecine et de pharmacie
2 rue du docteur Marcland - 87025 Limoges



DÉPENDANCES AUX OPIACÉS

Le mardi 27 novembre 2018, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne a organisé une table ronde avec les acteurs de terrain de la prise en charge des patients dépendants majeurs aux opiacés sur la Haute-Vienne.

LES ACTEURS DE LA TABLE RONDE :

- **Le Docteur Dominique MOREAU** Spécialiste en Médecine Générale, Attachée au CSAPA Bobillot, Organisatrice de la Table Ronde, conseillère ordinale.
 - **Le Docteur Thierry BOELY** Praticien Hospitalier, Chef de service de soins de suite et de réadaptation onco hématologique, animateur de la Table Ronde, secrétaire général du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins.
 - **Le Docteur Yves FEYFANT** Conseiller ordinal, maître du temps.
 - **Madame Frédérique BOUDRIE et Madame Christelle ROULIÈRE** secrétaires du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins, ont collaboré à l'organisation de cette rencontre et ont également participé à cette Table Ronde.
-
- 1 Monsieur Xavier PASTUREL**
Substitut du Procureur, en charge de la lutte contre les stupéfiants et les violences.
 - 2 Madame Véronique BARDOU**
Commandant de police, Chef d'Etat-Major, Policier formateur anti-drogue.
 - 3 Madame le Docteur Nathalie VERCOUSTRE**
Adjointe au maire de Limoges.
 - 4 Madame le Docteur Anne-Marie BONNIN**
Médecin Chef du Service Médical de la CPAM Haute-Vienne et
Monsieur le Docteur Frédéric BRILLAT, Médecin Conseil de la CPAM Haute-Vienne.
 - 5 Monsieur le Docteur Franck DEMONGEOT**
Spécialiste en médecine générale, représentant S.O.S Médecins, Limoges, conseiller ordinal.
 - 6 Monsieur le Docteur Éric ROUCHAUD**
Spécialiste en médecine générale, référent « Sécurité » au sein du Conseil de l'ordre, conseiller ordinal.
 - 7 Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX**
Praticien Hospitalier, service de Toxicologie et de Pharmacovigilance.
 - 8 Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO**
Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie du Limousin, Chef de Service, Psychiatre Addictologue.
 - 9 Madame le Docteur Catherine CHEVALIER**
Psychiatre addictologue, Praticien hospitalier, Responsable du CSAPA (centre spécialisé dans l'accompagnement du patient addict).
 - 10 Monsieur Olivier DARON**
Pharmacien dispensateur, membre du Syndicat des Pharmaciens.
 - 11 Monsieur Pierre COGNARD**
Vice-Président du Réseau Addictlim, représentant le Président Monsieur Laurent DURENGUE et Monsieur André N'GUYEN, Pharmacien coordinateur du réseau ADDICTLIM.
 - 12 Madame Isabelle NOUGIER**
Pharmacien d'officine, Représentante du Conseil de l'ordre des pharmaciens.
 - 13 Monsieur le Docteur Pierre BOURRAS**
Président du Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins.
 - 14 Monsieur le Docteur François BERTIN**
Le candide, Chirurgien Thoraco-Vasculaire, conseiller ordinal.

Dr Dominique MOREAU

Spécialiste en Médecine générale, Attachée au CSAPA Bobillot.

Introduction



Le but de cette réunion est d'établir une fiche pratique de prise en charge de ces patients pour à la fois sécuriser la prescription d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et sécuriser le médecin et le pharmacien face à un patient qui n'est pas toujours dans une démarche de soin.

■ La primo-consultation

Le médecin est face à un patient demandeur de traitement de substitution aux opiacés. Face à ce patient, je garde une démarche de professionnel de santé et je prends en compte ce que dit le patient (le motif de la consultation, son parcours avec ses antécédents psychologiques et somatiques, sa situation sociale avec sa couverture sociale et son adresse...), je fais un examen clinique et je prends ma décision de prise en charge dans un cadre médico-psycho-social. D'emblée, j'ai conscience que cette prise en charge se fera **en faisant appel à plusieurs intervenants.**

Dans mon cabinet, je suis face à un patient complexe et je vais me poser trois questions.

- 1 Ce patient est-il dans une démarche de soin ? et/ou
- 2 Ce patient est-il dans le mésusage ? et/ou
- 3 Ce patient est-il dans le trafic ?

■ Pour répondre à ces questions je vais procéder

1 • À un interrogatoire :

À-t-il bien un trouble de l'usage des opiacés ?

Rappel : Les TSO ne doivent pas être prescrits aux patients usagers de COCAÏNE, de CANNABIS. **J'écoute son parcours depuis son entrée dans la dépendance aux opiacés.** Je m'aide de la DSMV pour évaluer cette addiction.

2 • À un examen clinique :

Je recherche des signes cliniques objectifs de sevrage : bâillements, piloérection, larmolement, rhinorrhée, mydriase, hyper-sudation, tachycardie. Je recherche des points d'injections et j'examine la bouche pour vérifier l'état dentaire (délabrement dentaire).

3 • À des examens complémentaires :

Le **bilan urinaire** avec recherche d'opiacés pour m'aider dans mon diagnostic et rechercher une polyconsommation. Cet examen doit avoir lieu au cabinet avec des bandelettes de dépistage. Les médecins n'ont pas tous ce type de bandelettes au cabinet.

Avant d'envisager la prescription il faut retenir **qu'il n'y a pas d'urgence**, c'est une pathologie chronique et on sera amené à revoir le patient souvent pour réévaluer la pathologie. Dès le début de la prise en charge, il faut définir un cadre de soins face à un patient souvent manipulateur dans ce type de pathologie. Le cadre sécurise le médecin, le patient et le pharmacien.

La référence à la Loi sécurise le médecin et le pharmacien et permet au patient de devenir acteur de sa prise en charge. **L'AMM** des médicaments sécurise le médecin et le pharmacien...

La formation des médecins tout au long de leur pratique reste primordiale et l'entretien motivationnel en addictologie permet de rechercher l'adhésion du patient à son traitement.



DSM V

- 1 ■ *Le produit est pris en grande quantité ou pendant une période plus prolongée que prévu.*
- 2 ■ *Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.*
- 3 ■ *Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, pour utiliser le produit ou pour récupérer de leurs effets.*
- 4 ■ *Craving ou une envie intense de consommer le produit.*
- 5 ■ *Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école, à la maison.*
- 6 ■ *Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des produits.*
- 7 ■ *Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.*
- 8 ■ *Utilisation répétée des produits dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.*
- 9 ■ *L'utilisation des produits est poursuivie bien que la personne sait avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.*
- 10 ■ *Tolérance : augmentation de la fréquence, de la quantité du produit afin de retrouver l'effet désiré.*
- 11 ■ *Le sevrage : apparition de signes physiques et psychiques à l'arrêt de l'utilisation du produit.*
 - *Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE*
 - *Présence de 4 à 6 critères : ADDICTION MODÉRÉE*
 - *Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE*

TABLE RONDE



Le mardi 27 novembre 2018 le Conseil Départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des Médecins a organisé une table ronde avec les acteurs de terrain de la prise en charge des patients dépendants majeurs aux opiacés sur la Haute-Vienne.

Chaque intervenant devait répondre à une question plus spécifique de son domaine d'intervention et, tous les participants devaient répondre à une question commune.

La question commune était la suivante :

“*Quel type de coordination envisageriez-vous pour les professionnels de terrain, médecin et pharmacien ?*”

1

Monsieur Xavier PASTUREL

Substitut du Procureur, en charge de la lutte contre les stupéfiants et les violences.

“*Pour quel motif un médecin prescripteur de traitement de substitution aux opiacés peut-il être condamné ?*”

Le droit pénal condamne un médecin à partir d'un texte, d'élément matériel, d'élément moral.

Conformément à l'Article 222-37 du Code Pénal « l'emploi illicite de stupéfiants est puni de 10 ans d'emprisonnement et de 7 500 000 € ». Le trafic de stupéfiant est assimilé au transport, à la détention, à l'offre et à la cession du produit.

Le médecin et le pharmacien sont impliqués dans l'offre et la cession du produit en délivrant des ordonnances fictives, de complaisance, a posteriori.

Le médecin prescrit irrégulièrement, sans examiner le patient, sans le voir, en dehors des posologies et des protocoles recommandés, sans support sécurisé.

Exemple : un médecin prescrivait à toute une famille, au père, aux enfants de 2 à 16 ans, à une grand-mère de 80 ans !

On parle de dérapage et au regard des quantités prescrites, le médecin alimentait un trafic.

L'ordonnance est l'élément matériel de condamnation.

La responsabilité du médecin est engagée.

Il ne faut pas assimiler ce type de comportement à celui d'un médecin victime d'une agression, prescrivait une fois sous la contrainte, pour ne pas se mettre en danger, mais qui doit, après coup alerter les services compétents (Conseil de l'Ordre-CPAM-pharmacien), immédiatement.

2

Madame Véronique BARDOU

Commandant de Police, Chef d'Etat-Major, Policier formateur anti-drogue.

“*Quels sont les chiffres sur le détournement de Médicaments en Haute-Vienne (type de produits, quantités et coût) ?*”

Madame BARDOU représente Limoges et les communes limitrophes, mais pas toute la Haute-Vienne.

Au cours des perquisitions, en 2018 il n'y a pas eu de saisie de Subutex® , **mais saisie de Méthadone et de Skenan®, de Steroni® (anabolisant stéroïdien).**

Il y a eu des saisies de cannabis, de cocaïne et il y a un retour de l'héroïne.

Il y a des saisies **d'ordonnances volées ou détournées.**

(Exemple d'un trafic d'ordonnances avec confection de faux cachets de médecin. Ce sont les pharmaciens qui ont lancé l'alerte devant un usage « trop » important et un nomadisme médical).

Les médecins ne se rendent pas toujours compte du vol de leurs ordonnances. *(suite page 10)*



Il faut sécuriser ses tampons et ses ordonnances et porter plainte en cas de vol de matériel et d'agression.

Déposer plainte sur « Pré-plainte en ligne »

Adresse internet du site :

<https://www.pre-plainte-en-ligne.gouv.fr/France/>

Le commissariat central de Limoges donnera un rendez-vous au professionnel de santé pour venir signer sa déclaration pour les professionnels de Limoges ou dans une gendarmerie proche du lieu d'exercice hors Limoges.

ATTENTION ne jamais donner son adresse personnelle.

3

Madame le Docteur Nathalie VERCOUSTRE

Adjointe au Maire de Limoges.

« *Quelle politique la ville met-elle en place en matière de prévention, mésusage et trafic de drogue ?* »

Il existe des subventions de fonctionnement attribuées à **AIDE** et entraide **SIDA**. Il existe un travail de rue : **NOCTAMBULE**. Des étudiants circulent par deux en soirée de 21h30 à 23h30 le jeudi et le vendredi et interviennent sur la réduction des risques : les états d'ivresse, la sécurité en empêchant la conduite de véhicules. Il existe le **CRESLI** qui est un centre d'examen de santé mis en place avec le partenariat de la **CPAM**.

Et sur un plan politique le contrat local de santé mentale qui se met en place.

La municipalité reste très vigilante vis-à-vis des problèmes de poly consommation sur la ville et reste à l'écoute des gens de terrain intervenant dans le champ des addictions.

4

Madame le Docteur Anne-Marie BONNIN

Médecin Chef du Service Médical de la CPAM Haute-Vienne et **Monsieur le Docteur Frédéric BRILLAT**, Médecin Conseil de la CPAM Haute-Vienne.

« *Mésusage de la morphine, du Subutex®, de la Méthadone ? Coût des traitements ?* »

Madame le Docteur BONNIN rappelle le rôle du service médical qu'il ne faut pas assimiler à la CPAM. Il n'existe aucun lien de subordination.

Le service médical est garant du secret médical.

Il a un rôle de santé publique.

Avec l'article L315-1 et 2, la Caisse peut être amenée à enlever des prestations aux usagers après convocation face au mésusage.

Monsieur le Docteur Frédéric BRILLAT :

Le coût du mésusage est très difficile à évaluer, celui-ci se situe entre 350 000 et 400 000 € par an pour la Haute Vienne. Ces chiffres concernent le **SUBUTEX®**, les morphiniques, les psychotropes. Ces chiffres sont établis à partir du nombre de boîtes proposées au remboursement du régime général.

Question du Dr BERTIN :

« *À quel moment la Caisse intervient-elle ?* »

Les contrôles arrivent a posteriori, la caisse peut repérer les patients qui sont dans le mésusage et/ou le trafic en dehors de plusieurs cas :

- Il existe un « *nomadisme médical* » important dans cette clientèle.
- Les patients changent de département ;
- Ils changent de nom ;
- Ils demandent la mention NR sur leurs ordonnances (Non Remboursable) pour ne pas être repéré ; c'est un signe pour le médecin de mésusage et de trafic pour « passer sous les radars » de la caisse.

La Caisse réagit devant des posologies inappropriées par exemple pour le **SKENAN®**, des posologies hors **AMM** pour le **SUBUTEX®**.

Pour faire entrer les patients dans une démarche de soin et essayer de diminuer le nomadisme, il faut que le médecin demande **un protocole de soin avec la caisse** en indiquant les noms du médecin et du pharmacien. Il suffit de demander une **ALD** qui sera non exonérante s'il n'y a pas de comorbidités associées. Le patient est plus facilement repérable par la Caisse. Si le protocole n'est pas respecté par le patient, il est convoqué et s'il ne vient pas, les remboursements sont bloqués.

Il faut alerter le service médical s'il y a un doute sur du mésusage ou du trafic. Le patient sera convoqué.

Si le médecin est face à un patient problématique, il peut entrer en contact avec un médecin conseil, grâce à sa carte CPS, dans son espace « amelipro ». Il entre dans « Services patient », puis dans « Échanges médicaux sécurisés » et il suit les consignes en donnant le nom du patient, le NIR et l'objet : par exemple – s'il pense à un mésusage du TSO avec nomadisme et cela avant tout « dérapage » avec le patient. Vous n'avez pas besoin de sa carte vitale.

Il existe un espace sécurisé entre le médecin prescripteur et le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Le médecin ne doit pas rester isolé.

Souvent ce sont les services de l'assurance maladie qui alertent le Procureur de la République **et font un Article 40**. Toute personne face à un trafic de médicament peut faire un article 40.

En pratique le conseil de la Caisse :

Si on est face à un patient agressif, prescrire la plus petite dose, le moins longtemps possible et prévenir la Caisse. Ne pas renouveler des ordonnances de SUBUTEX® à 16mg et 24 mg sans réévaluer le patient régulièrement et bien le noter dans le dossier.

Les médecins dans leur espace pro-ameli, avec la carte vitale de l'assuré, peuvent consulter l'historique des remboursements du patient. Pour pouvoir le faire devant le patient, **il faut donner les règles d'emblée pour ne pas se laisser manipuler et déraper.**

Il est toujours plus difficile de reprendre la main face à ce type de patient quand on cède à toutes ses demandes.

5

Monsieur le Docteur Franck DEMONGEOT

Médecin généraliste représentant SOS Médecins, Limoges, conseiller ordinal.

“ Dans quelles conditions êtes-vous amenés à prescrire les traitements de substitution aux opiacés ? Etes-vous dans la menace, avez-vous des protocoles de sécurité ? ”

SOS a très peu de demandes de prescription de SUBUTEX®. Les consignes : au cabinet il n'y a pas de renouvellement de traitement. Les consultations sont sur rendez-vous, mais des patients se présentent spontanément.

Dans la journée, il y a facilité de contact avec le médecin traitant, surtout avec le pharmacien, plus facilement joignable, le centre BOBILLOT et dans ces conditions, on ne renouvelle pas.

En dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, des pharmacies, du centre Bobillot, que faire ?

S'il n'y a aucune antériorité de prescription, le Docteur Franck DEMONGEOT ne prescrit pas.

Faut-il « dépanner » le patient ?

Si ancienne prescription : dépannage possible ?

Mais risque : nomadisme et mésusage.

Les médecins de SOS sont amenés à voir des patients en garde à vue. Le médecin de SOS appelle le médecin prescripteur, théoriquement, il faut une commission rogatoire, sinon viol du secret médical. Sur le terrain, on répond au confrère pour assurer la continuité des soins. Le commissariat est doté d'une « petite pharmacie ». Le patient peut avoir son traitement.

En prison : il y a moins de problèmes qu'avec les gardes à vue. Grâce aux équipes de liaison entre la prison et le PUAL. Le Docteur Pierre VILLEGER et l'équipe de BOBILLOT assure la liaison.

Il n'y a pas de prescription s'il n'y a pas de pièces justificatives; le médecin peut proposer un traitement du sevrage.

Le problème posé par le Docteur DEMONGEOT est d'assurer la continuité des soins.

6

Monsieur le Docteur Éric ROUCHAUD

Médecin généraliste, référent « Sécurité » au sein du conseil de l'Ordre, conseiller ordinal.

“ Quels outils sont mis en place pour sécuriser le médecin ? ”

À Limoges, les médecins ont la possibilité de se faire accompagner par les forces de l'ordre. Ce dispositif a été mis en place par l'ORDRE DES MÉDECINS de la HAUTE-VIENNE.

Le Docteur Éric ROUCHAUD, médecin référent, nous expose le système SECURIMED expérimenté sur la zone Limoges intramuros. Il s'agit de la mise en place d'un BIP de géolocalisation que le médecin a dans sa poche et qu'il déclenche en cas de mise en danger.

Ce BIP prévient les forces de l'ordre et le centre 15.

Ils appellent le médecin pour faire la levée de doute. **S'il ne répond pas, les forces de l'ordre interviennent. Il faut 7 minutes pour intervenir dans Limoges intramuros selon les forces de l'ordre.**

À la maison médicale, il n'y a pas de prescription de traitement de substitution de produits opiacés.

7

Monsieur le Professeur Franck SAINT-MARCOUX

Praticien Hospitalier, service de Toxicologie et de Pharmacovigilance.

“ Est-ce qu'il existe d'autres outils que le prélèvement urinaire pour confirmer la clinique de dépendance aux opiacés ? ”

Il faut retenir que l'on recherche les substances princeps et leurs métabolites.

Si on trouve de la morphine cela ne veut pas dire que le patient a forcément consommé de la morphine. Il s'agit d'un métabolite de la codéine, par exemple, présente dans un sirop antitussif ou de l'héroïne.

Il existe plusieurs matrices pour faire des recherches de consommation de stupéfiants et de médicaments.

- Dosage dans le sang (tests limités par l'élimination rapide des produits).
- Dans la salive (visible 12 heures).
- Dans les cheveux : le cheveu pousse de 1 cm par mois et permet des recherches de consommation antérieure sur un suivi et est utilisé en médecine légale.
- Dans les urines : **il n'y a pas mieux que les urines.**
- Les autres matrices n'apportent rien de mieux.

Les urines sont plus intéressantes :

On sait rechercher les traitements de substitution et leurs métabolites. Les tests permettent de détecter les dépendances mais ont leurs limites.

Test dépistage : immuno-chromatographie (*idem test de grossesse*). Exemple : DRUG-SCREEN ou NarcoCheck urinaire, test urinaire de 6 drogues, THC, Cocaïne, Morphine, Amphétamines, MDMA, Méthamphétamine, relativement simple à utiliser (par exemple au cabinet du médecin).

Si c'est négatif, c'est que c'est négatif.

Si c'est positif, c'est plus compliqué. (*Exemple de la morphine*).

La méthode par immunochimie utilisée dans les laboratoires de ville est à peu près identique à la méthode immuno chromatographie et le problème majeur reste que les urines prélevées dans les laboratoires peuvent ne pas être celles du patient, ou le patient peut rajouter son traitement au dernier moment pour faire croire qu'il le prend.

Dans le laboratoire spécialisé de toxicovigilance, on utilise la méthode par immuno chromatographie spécifique et sensible.

Le prélèvement urinaire est intéressant pour dépister le mésusage et le trafic. **Ces tests permettent de dire que le patient fait usage d'un produit.**

Comment récupérer ces tests :

intervention de **Monsieur André NGUYEN, Addictlim**

Les tests ont un coût : en pharmacie = NARCOTEST.

Il existe plusieurs tests. Narcotest de détection du cannabis dans les urines entre 5 et 6 € et un test pour détecter le cannabis, des opiacés, la cocaïne et des amphétamines entre 19 et 20 €.

Au laboratoire = BX10 = 90 X 0.27 = 24.30 € remboursement des caisses.

Il faudrait donner les moyens aux médecins de réaliser ces tests dans leur cabinet pour confirmer l'usage de stupéfiant et contrôler à distance la surveillance de la prise des traitements.

Comme pour la prise d'antibiotique, les strepto-tests ont été mis à la disposition des médecins gratuitement par les caisses d'assurance maladie et on a pu diminuer fortement les prescriptions abusives et les coûts des antibiotiques.

Dans les urines, on peut rechercher pour les usagers de stupéfiants :

- Les cannabinoïdes,
- Les dérivés amphétaminiques,
- Les opiacés,
- La cocaïne et ses dérivés,
- Les Benzodiazépines,
- Le LSD,
- La BUPRENORPHINE,
- La méthadone et son métabolite l'EDDP.

Dans les tests rapides, on ne peut rechercher les traitements de substitution (BHD-méthadone). **Il ne reste que l'analyse capillaire pour suivre l'évolution de la prise d'un produit.**



8

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie du Limousin (PUAL),
Chef de Service, Psychiatre Addictologue.

“**Quelles formations actuellement pour les médecins prescripteurs ?
Quel travail pour améliorer la relation médecin/patient dépendant aux opiacés ?**”

L'addictologie en formation initiale est actuellement enseignée dans différents modules universitaires :

- En médecine
- En psychiatrie
- Abordée dans le module thérapeutique de la prise en charge de la douleur.

L'addictologie en formation continue, il existe plusieurs interventions :

- Diplôme Universitaire Addictologie pratique et thérapeutique.
- Une formation organisée chaque année par le pôle d'addictologie : comprendre et prendre en charge les addictions.
- Formations médicales « sur mesure » en soirée à la demande des FMC.

Quel travail pour améliorer la relation médecin/patient dépendant aux opiacés ? Il est important de ne pas être seul et de travailler en réseau.

ATTENTION : vols et falsifications d'ordonnances

Les médecins de la CPAM nous ont signalés des prescriptions de METHYLPHENIDATE (Ritaline®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®) après des vols et falsifications d'ordonnances.

Nous vous conseillons donc systématiquement de porter plainte, si vous ne l'avez déjà fait et de ne prescrire ces médicaments que sur des indications spécifiques et lorsque la 1^{ère} prescription a été faite par un médecin autorisé.

Merci de votre vigilance.

LES RÈGLES POUR SÉCURISER LA RELATION PATIENT-MÉDECIN :

La première règle :

- La prescription n'est que l'élément d'un trépied : (Patient - Médecin - Pharmacien).
- Le contrôle de la dispensation c'est prendre contact avec le pharmacien et faire de temps en temps quelques contrôles urinaires.

À noter que dans l'approche motivationnelle, le patient dit ce qu'il consomme et le contrôle urinaire n'est pas nécessaire.

L'intérêt de la bandelette au cabinet du médecin permet de « contenir » l'usager classique mais le mésuseur trouvera toujours un moyen de ne pas donner le bon échantillon urinaire.

- L'accompagnement médico-psycho-social : le médecin doit inciter le patient à contacter l'assistante sociale de secteur pour la prise en charge sociale.

La deuxième règle :

- La primo-consultation : ce n'est pas une urgence ; Le patient est en nage, il a des douleurs abdominales, il tremble... On propose un traitement du sevrage avec anti émétiques, antalgiques, tranquillisants non benzodiazépine.

Les traitements de substitution prescrits par tous médecins sont : **le SUBUTEX®(Princeps), La Buprénorphine Haut Dosage (DCI), et la SUBOXONE® (BHD et Naloxone), l'Orobupré (lyophilisat oral à poser sur la langue).** La méthadone ne peut jamais être initialisée en ville par un médecin.

On ne démarre pas un traitement si on n'a pas un léger syndrome de sevrage. Le traitement se prend le matin, en sublinguale, une fois par jour. On fait une bandelette à la recherche d'une poly consommation et une confirmation de l'usage d'opiacés.

Il s'agit d'une consultation programmée.

- Il s'agit d'une urgence : on ne renouvellera une ordonnance qu'après contact avec le prescripteur et on peut se faire aider par le pharmacien dispensateur et le centre Bobillot. **Sinon, on ne prescrit pas et on fait un traitement symptomatique du sevrage.**

Quel type de coordination envisageriez-vous pour les professionnels de terrain médecins et pharmaciens ?

Démarches et adresses utiles :

- Contacter le Pôle d'Addictologie : 05 55 43 11 56
- Contacter le CSAPA : 05 55 34 43 77 (pour le parcours de soin)
- Contacter le Réseau ADDICTLIM : 05 55 05 99 00

Le **Pôle d'Addictologie** et le **CSAPA** pourront programmer un rendez-vous avec un infirmier ou un médecin à la demande urgente d'un confrère. **Les médecins du pôle répondent au téléphone.** On peut également organiser une inter vision avec un groupe de médecins sur un cas complexe.

Enfin, ne pas hésiter à porter plainte en cas d'agression ou de vol d'ordonnances ou de tampons sur le site internet pré-plainte.

- <https://www.pre-plainte-en-ligne.gouv.fr>



9

Madame le Docteur Catherine CHEVALIER

Psychiatre addictologue, Praticien hospitalier, Responsable du CSAPA (Centre Spécialisé d'Accompagnement, de Prévention en Addictologie).

« Comment le CSAPA accompagne le médecin généraliste dans le parcours de soin du patient sur le plan médico-psycho-social ? »

« Cette problématique nous intéresse et nous sommes impliqués sur Limoges et la région depuis longtemps (21 ans pour le Dr CHEVALIER) ». Le centre BOBILLOT a débuté en 1978.

Il s'agit d'une structure médico-sociale, installée en centre-ville, facile d'accès, rattachée au pôle d'addictologie du CH Esquirol.

Nous recevons toute personne avec des problèmes d'usage et de consommation de substances psychoactives licites ou illicites. Il y a de plus en plus de poly-addictions. Il s'agit de patients complexes, poly consommateurs.

La consommation de cocaïne est en train d'émerger et va poser un problème : le Subutex® n'est pas un traitement de substitution de la cocaïne.

Très grosse consommation de cocaïne sur Limoges.

Trafic très lucratif : 1 g vaut entre 30 à 40 €

En 2017, le premier produit qui nous concerne sont les opiacés, les traitements de substitution détournés et également les antalgiques mal évalués sur le plan de la dépendance aux opiacés. Il a été vu environ **200 personnes** suivies en traitement de substitution. Le CSAPA est un lieu d'accueil, d'information et d'accompagnement.

Ce n'est pas un lieu de prescription de traitements de substitution en urgence. Le médecin ne doit pas culpabiliser de ne pas prescrire de TSO en urgence même si le patient dit « que vous l'obligez à acheter de l'héroïne pour ne pas être en manque ». Vous ne l'obligez à rien du tout. Vous lui proposez un traitement du sevrage.

Il faut évaluer la situation du patient :

le trépied-patient-produit-environnement.

Quel est son parcours, sa dépendance ?

Il sera plus difficile au patient de nous manipuler. Selon cette évaluation, on va orienter sa prise en charge. Un cadre est proposé. On peut négocier ce cadre. Le médecin généraliste ne doit pas rester seul. On va travailler la partie sociale, la partie psychique, les comorbidités (SIDA, Hépatite C).

Le bilan urinaire est obligatoire dans le protocole méthadone.

TRAVAILLER ENSEMBLE DANS UNE PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE

Quel type de coordination envisageriez-vous pour les professionnels de terrain médecin et pharmacien ?

Les approches sont personnalisées :

- Le médecin traitant peut demander un rendez-vous pour évaluer et prendre en charge le patient.
Le médecin généraliste veut bien reprendre le patient après évaluation et primo-prescription.
- Le médecin traitant demande à travailler sur les bonnes pratiques de prescriptions.
- Distribution de flyers en partenariat avec Addictlim.
- L'évaluation est faite par un infirmier formé et celle-ci est présentée au staff médical du pôle d'addictologie.
- Il existe des équipes mobiles et des consultations délocalisées.
- Les pharmaciens contactent souvent le CSAPA.
- Il existe des CSAPA en Creuse et en Corrèze.
- Les limites = les heures d'ouverture.

10

Monsieur Olivier DARON

Pharmacien dispensateur, membre du syndicat des pharmaciens.

« Quelles sont les situations problématiques en officine avec les patients dépendants aux opiacés : (patient sans ordonnance, avec ordonnance mais à une heure tardive où le pharmacien est seul dans la pharmacie), avec une demande d'avance sur le traitement ? »

Quelles sont vos propositions face à ces demandes ?

IL FAUT DU LIEN ENTRE LES PROFESSIONNELS

LES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES :

- Les prescriptions ne sont pas suffisamment rigoureuses : **Absence de prise de contact avec le pharmacien lors de la primo-prescription** : absence de la mention de la pharmacie dispensatrice, ordonnance non rédigée sur ordonnancier sécurisé, les dates de prescription (du XX au XX inclus), le mode de délivrance (journalier ou hebdomadaire) n'est pas toujours précisé. Les chevauchements ne sont pas signalés par le prescripteur. Des médicaments prescrits hors AMM sans précision.

- Il y a un chantage à la délivrance devant une ordonnance non conforme avec menace de porter plainte contre le pharmacien s'il y a un problème dans un week-end par exemple.

Il faut faire de la pédagogie devant la non délivrance pour éviter le chantage du patient.

- Souvent il ne présente pas sa carte vitale et le pharmacien n'a pas accès à un outil de prescription qui donne l'historique des prescriptions : le DP.
- Délivrance tardive d'une ordonnance non rigoureuse, où le pharmacien est seul dans l'officine. Le patient peut devenir très vite impulsif, impatient, manipulateur.
- Le problème du « SKENAN® » prescrit hors protocole comme traitement de substitution, ou avec la mention NR (Non Remboursé).

LES DEMANDES DES PHARMACIENS :

- Ils auraient besoin d'une fiche de bonnes pratiques de délivrance élaborée avec les médecins prescripteurs
- Il faudrait une formation pluridisciplinaire
- L'utilisation systématique de la carte vitale par le patient (en général, le patient qui ne présente pas sa carte vitale, qui ne veut pas que le pharmacien ait accès au DP des pharmacies, pourrait être considéré comme « mésuseur » de son traitement de substitution.
- Il faudrait avoir les coordonnées privées des médecins pour les délivrances hors horaires des cabinets médicaux
- Il faut informer le patient des règles strictes qui encadrent la prescription et la délivrance des TSO lors de la prescription
- Il faut demander au patient une adhésion à un protocole

Quel type de coordination envisageriez-vous pour les professionnels de terrain médecins et pharmaciens ?

Les pharmaciens souhaiteraient la création d'un annuaire des référents, des prescripteurs, des dispensateurs.

C'est le rôle du réseau Addictlim.



11

Monsieur Pierre COGNARD

Vice-président du Réseau Addictlim, représentant le Président Monsieur Laurent DURENGUE et Monsieur André N'GUYEN, Pharmacien coordinateur du réseau ADDICTLIM.

“Comment êtes-vous organisés, les actions mises en place ? Quel avenir ?”

Le réseau de professionnels existe depuis 1996 avec la prescription de méthadone en 1995 et de BHD en 1996.

Le premier réseau était constitué de médecins prescripteurs et de pharmaciens dispensateurs en demande d'information et de formation sur les traitements de substitution aux opiacés.

En 2004, il existe un réseau de santé avec la création d'un poste de coordinateur et un poste de secrétaire en Haute-Vienne : TSR87.

En 2009, élargissement du réseau :

- à la Région Limousin (Corrèze, Creuse, Haute -Vienne).
- à une pluridisciplinarité avec création d'un comité de coordination.
- un poste de coordinateur administratif a été créé.
- et un délégué de santé qui se rend auprès des professionnels et crée le lien (avec la création de la Région Nouvelle-Aquitaine, ce poste de délégué de santé a pris de l'ampleur pour aller au-devant des professionnels).
- tous ces éléments permettent d'apporter de l'information et de la formation.

Tous les types de formations ont été explorés et il est difficile de faire sortir les gens le soir.

Addictlim, en partenariat avec le **CSAPA**, a fait un gros travail de réalisation de plaquettes pour informer les médecins et les pharmaciens, les soignants, mais aussi les travailleurs sociaux, les patients...

Addictlim fait régulièrement des enquêtes et participe à l'élaboration de thèses en médecine et en pharmacie.

Actuellement les missions changent. Les opiacés ne sont pas une priorité pour la Région Nouvelle-Aquitaine, l'orientation est axée principalement sur le tabac et l'alcool.

Addictlim accompagne tous les acteurs de terrain qui en font la demande.

Intervention Pierre COGNARD, Pharmacien :

Le réseau existe depuis 23 ans. Depuis 1995 où dans une soirée s'étaient réunis les mêmes représentants que ceux autour de cette table ronde mais avec plus de 200 personnes, soirée organisée pour faire adhérer les soignants à ces TSO. Un des participants nous avait traités « *de dealers en blouse blanche* » qui allaient détruire les générations futures. **Les choses ont bien évolué.**

Il faut rappeler que ces traitements arrivent en plein effervescence du SIDA. L'ARS en 2004 a donné beaucoup d'argent aux réseaux pour faire des formations et pour le personnel.

Actuellement, il n'y a plus d'argent pour les formations alors qu'elles avaient permis le rapprochement médecin-pharmacien.

Il existait des comités de suivi des TSO pendant 10 ans. Tout le monde était représenté et mettait en commun ses expériences de terrain (DDASS, Sécurité Sociale, prison, médecin, pharmacien, CSAPA, Conseil de l'ordre des médecins et des pharmaciens...). **Cette instance pourrait être re-proposée avec demandes de financement des formations.**




Addictlim

- Le Réseau ADDICTLIM est joignable au :
05 55 05 99 00
- Pour rappeler les règles de bonnes pratiques et de prescriptions de l'HAS
- Pour proposer des formations.
- Pour proposer aux médecins des flyers et des plaquettes d'aide à la prescription.



12

Madame Isabelle NOUGIER

Pharmacien d'officine, Représentante du Conseil de l'ordre de pharmaciens.

“*Est-ce que cette problématique remonte au niveau de l'ordre des pharmaciens ? Sous quelle forme (plaintes, vol, détournement de prescription...) et à quelle fréquence ?*”

Quels sont les outils pour évaluer et faire remonter les problèmes des pharmaciens qui ont peur d'être jugés ?

Madame Isabelle NOUGIER nous informe que peu des problématiques des pharmaciens remontent au Conseil de l'ordre. S'il y a une problématique, le pharmacien s'oriente vers le **CSAPA, le réseau Addictlim**. Les pharmaciens se forment beaucoup en addictologie. Il y a aussi beaucoup de prises en charge positives de ces patients. **Il faut s'aider de la Loi.** La délivrance est très sécurisée, on délivre des stupéfiants ou des médicaments assimilés stupéfiants.

Il faut lors de la primo-prescription et de la primo-délivrance que le prescripteur prenne contact avec le pharmacien. On signe l'alliance thérapeutique autour du patient.

Il est très important de parler de cadre à ses patients, de ne pas s'en écarter et toujours être dans une dynamique « *donnant-donnant* ».

• LA PROBLÉMATIQUE DU CHEVAUCHEMENT :

Docteur Dominique MOREAU : quand le médecin prescrit, il faut préciser sur l'ordonnance une prescription de tel jour à tel jour et non pour 28 jours (du 2 mars au 29 mars par exemple), avec une délivrance toujours fractionnée, tous les jours, deux fois par semaine, hebdomadaire... Ou exceptionnelle en une fois sur 28 jours pour un déplacement professionnel par exemple.

Professeur Philippe NUBUKPO : si le patient a consommé plus que le traitement délivré, 3 Cp de 8 mg à la place de 1 Cp, il ne faut pas laisser le patient en manque et le médecin prescripteur peut faire un chevauchement de façon exceptionnelle, en le précisant sur l'ordonnance, pour assurer la continuité des soins.

13

Monsieur le Docteur Pierre BOURRAS

Président du Conseil Départemental de la Haute Vienne de l'Ordre des Médecins.

“*Est-ce que cette problématique remonte au niveau de l'ordre des médecins ? Sous quelle forme (plaintes, vol, détournement de prescription...) et à quelle fréquence ?*”

Quels sont les outils pour évaluer et faire remonter les problèmes des médecins qui ont peur d'être jugés ?

Comment le Conseil de l'Ordre intervient-il ?**■ Face à un médecin consommateur de produit :**

- Il s'agit plutôt d'alcool, il existe un système d'entraide porté par l'association « *MOTS* » ou 7% des appels concernent les addictions.
- Le CDOM reçoit les doléances de patients ou de confrères. Le médecin est reçu et explique sa situation. S'il existe un doute, le cas est présenté en assemblée plénière et l'avis peut être demandé à la formation restreinte (au Conseil régional). On demande une expertise avec trois psychiatres par exemple (un désigné par l'ordre, un désigné par le médecin mis en cause et les deux psychiatres en choisissent un troisième).
- Ce n'est pas considéré comme une sanction.
- Une plainte peut être posée par un patient ou par le CDOM en cas de manquement déontologique.

■ Face à un médecin qui porte plainte :

- Pour vol ou falsification d'ordonnances (pour les falsifications d'ordonnances, c'est souvent le pharmacien qui prévient le médecin)
- Pour menaces
- **S'il s'agit d'un signalement, on incite le médecin à porter plainte**
 - On prévient le syndicat des pharmaciens
 - On prévient notre référent sécurité
 - On remplit une fiche « *Observatoire pour la Sécurité* » transmise au conseil national.
 - Le médecin peut être vu au CDOM (cas particulier de l'arrêt de prescriptions de deux médecins et les confrères se sont trouvés face à des situations ingérables).
 - Le CDOM peut faire un signalement au Procureur si le médecin se sent menacé.
 - Si plainte venant de la CPAM, le dossier part à la chambre disciplinaire et la sanction peut aller jusqu'à la radiation.



14

Monsieur le Docteur François BERTIN

Chirurgien Thoraco-Vasculaire, conseiller ordinal.

Synthèse du Docteur BERTIN :**Le rôle de candide pour cette thématique :**

Le plus naïf au sujet de cette thématique ce soir autour de la table, beaucoup de choses nouvelles se sont présentées à moi et cette réunion d'échange fut un vrai plaisir, voir et comprendre la nécessité d'un vrai **partage de connaissances** et de formations, à propos de techniques de prise en charge de patients, de **collaboration entre professionnels de la santé, de la sécurité et de l'ordre public.**

Un grand merci à tous pour leur liberté de parole et l'aisance face à l'enregistrement de cette soirée, qui nous permet d'en restituer l'essentiel, mais aussi avec un **rendez vous possible** et accepté par tous les orateurs d'une **future réunion en amphithéâtre**, si le public des médecins de la Haute-Vienne en exprime le désir.

Découverte ou approfondissement d'une pathologie qui se place bien au niveau d'un **maladie chronique** et non pas d'une **urgence** : la dépendance aux substances opioïdes, se rapproche de pathologies type arthrose ou diabète, ou la nécessité d'une **éducation thérapeutique** et **d'explication de la pathologie aux patients** prend tout son sens dans la prise en charge de celui-ci.

À retenir en pratique pour le médecin confronté à ces patients, l'importance de **ne pas rester seul** face à ses interrogations sur de vraies dépendances, manipulations, possible mésusage des prescriptions, mais au contraire de se référer à **un centre spécialisé**, s'inscrire dans un **réseau**, au **pharmacien de son quartier**, voire aux forces de l'ordre en cas de véritable agression, sans oublier éventuellement de **porter plainte** (toujours à l'adresse du cabinet et ne jamais communiquer son adresse personnelle qui se retrouverait alors dans le procès-verbal).

Garder en mémoire l'importance du trépied : **Patient-Médecin-Pharmacien**, consolidé par la **bonne ordonnance** (attention l'ordonnance reste l'élément matériel de condamnation, cf. article 40), sans oublier l'aide toujours possible **des médecins conseils de la Caisse Primaire** en connaissance de leur indépendance vis-à-vis de celle-ci et bien sur l'aide des **Conseils de l'Ordre.**

Réclamer possiblement un simple outil de dépistage de dépendance aux opioïdes par **bandelettes urinaires** de toxique, à la manière d'un streptotest, afin de s'affranchir du mésusage et du trafic.

DOSSIER **TABLE RONDE LES BONNES PRATIQUES**

Rappels de prescription et délivrance

Voir article : ■ *La prescription* page 8 du Dr Dominique MOREAU *Spécialiste en Médecine générale, Attachée au CSAPA Bobillot.*

Addictlim

26, avenue des Courrières
87170 Isle
05 55 05 99 00
addictlim@gmail.com



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



Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

19, rue Cruveilhier
87000 Limoges
05 55 77 17 82



DOSSIER **TABLE RONDE**

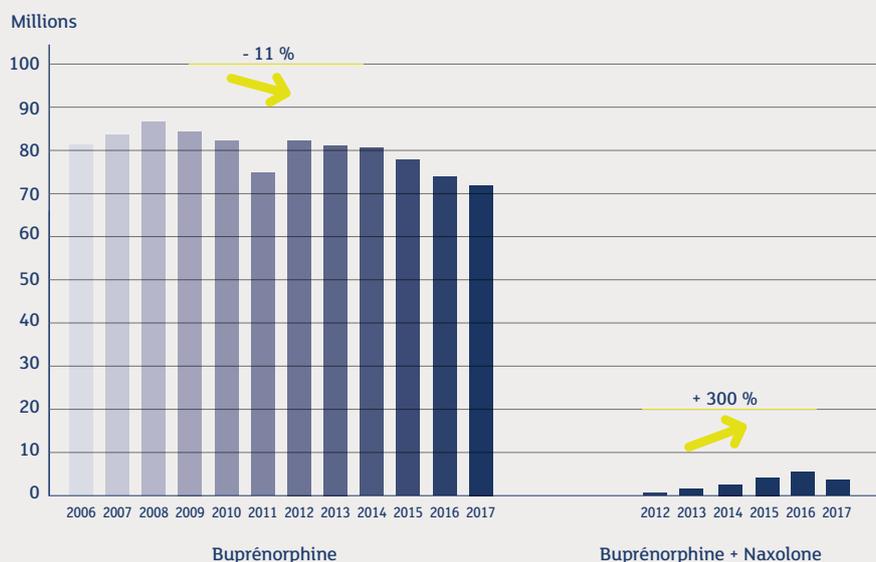
Les schémas de références

Consommation de TSO dans 5 pays européens en 2016

Consommation exprimée en milliers d'Unités de prise					
Substance	Royaume-Uni	France	Allemagne	Italie	Espagne
METHADONE	376 128	47 278	8 387	48 014	9 397
BUPRENORPHINE	22 236	75 288	11 710	2 794	
BUPRENORPHINE + NALOXONE	3 553	3 628	2 049	7 616	2 538
LEVOMETHADONE			16 191	12	
LOFEXIDINE	337			19	
MORPHINE			1 458		
NALOXONE	385	217	525	371	227
NALTREXONE	594		659	267	3
Total général	403 233	126 411	40 979	59 093	12 165

Biais : l'unité de prise choisi comme étalon de mesure ne tient pas compte du dosage et tend à surévaluer la consommation du Royaume-Uni qui se caractérise par l'utilisation de méthadone faiblement dosée.

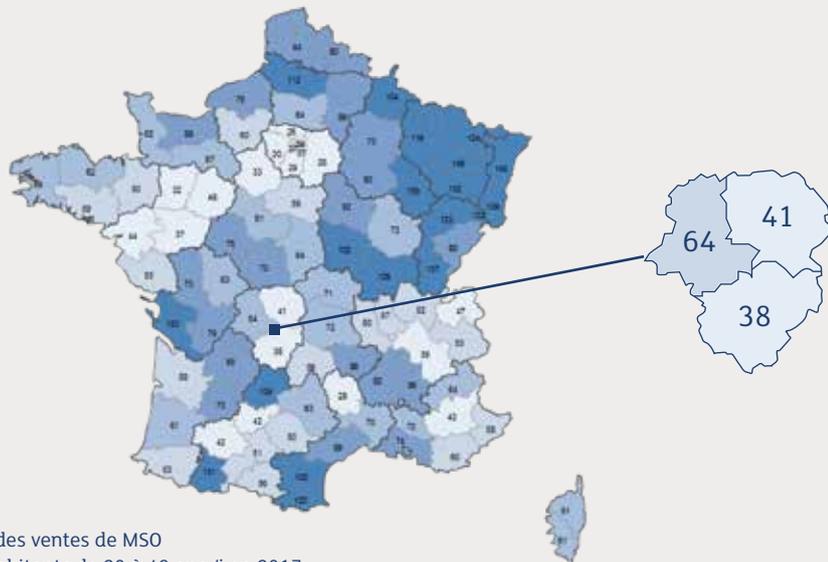
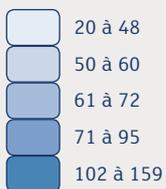
Évolution de la consommation de Buprénorphine et de Buprénorphine + Naxolone entre 2006 et 2017 en France (en nombre d'unité de prise)



Les schémas de références

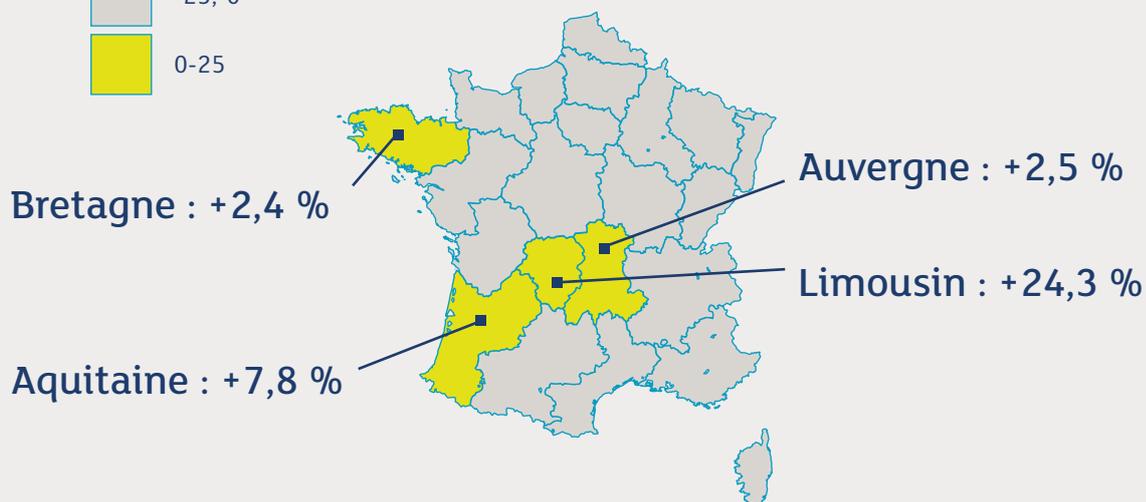
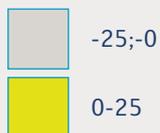
Tableau de bord

« *Traitements de substitutions aux opioïdes* » mise à jour 2019



Répartition départementale des ventes de MSO en dose journalière/10 000 habitants de 20 à 49 ans /j en 2017.

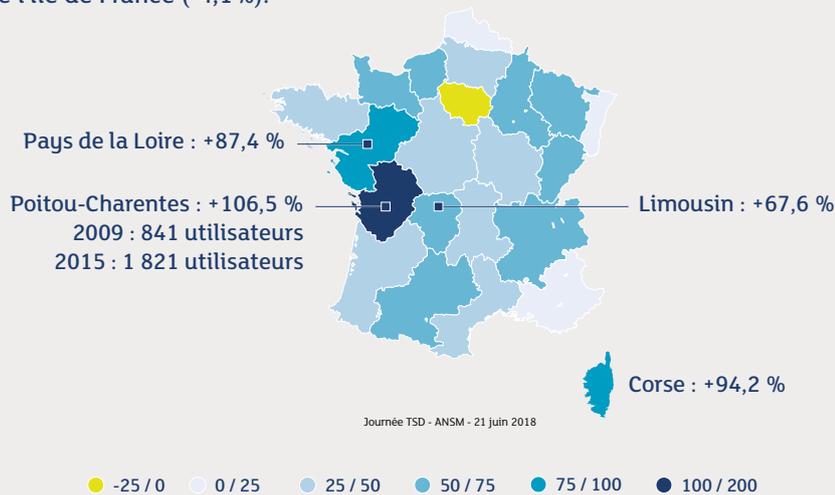
Variations régionales de l'utilisation de la BHD entre 2009 et 2015



Les schémas de références

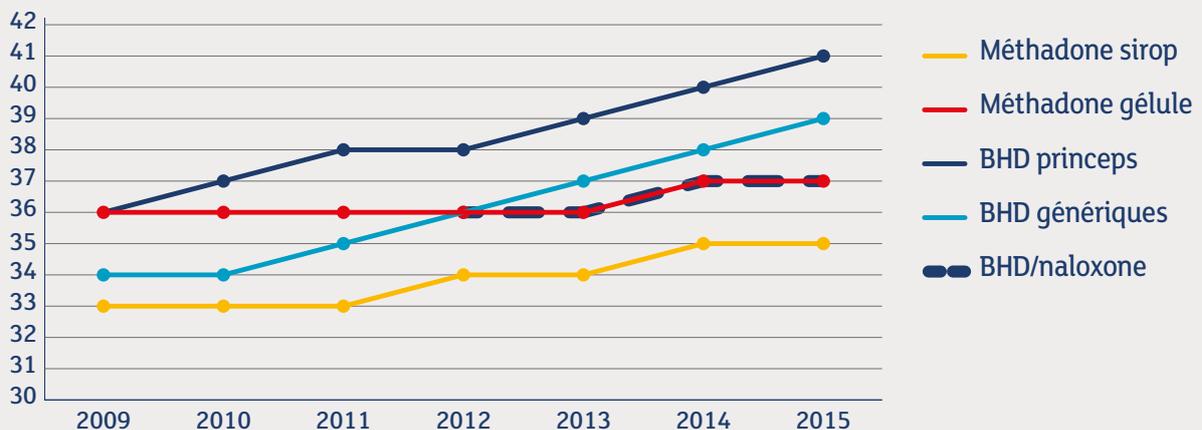
Variations régionales de l'utilisation de la méthadone (sirop+gélule) entre 2009 et 2015

Augmentation dans toutes les régions françaises, excepté l'île de France (-4,1%).



Évolution de l'âge médian des utilisateurs (2009-2015)

Âge (en années).



Les schémas de références

Cadre de prescription

Distribution des utilisateurs selon l'origine de la prescription (%).

	BHD			Méthadone		
	2009	2012	2015	2009	2012	2015
Type d'exercice des prescripteurs						
Etablissement de santé	17,9	19,4	21,6	45,2	43,6	48,4
Libéral	94,2	93,4	92,3	84,1	82,1	80,3
MG	93,3	92,5	91,2	83,1	81,4	79,6
Spécialiste	1,2	1,9	2,4	3,7	2,9	4,1
Psychiatre	3,3	3,3	3,9	4,9	4,1	4,2
Spécialité NR	1,4	1,6	1,6	4,2	4,1	4,5
Non renseigné	2,0	1,7	1,6	4,7	3,2	2,9

Indicateur du Doctor Shopping : BHD

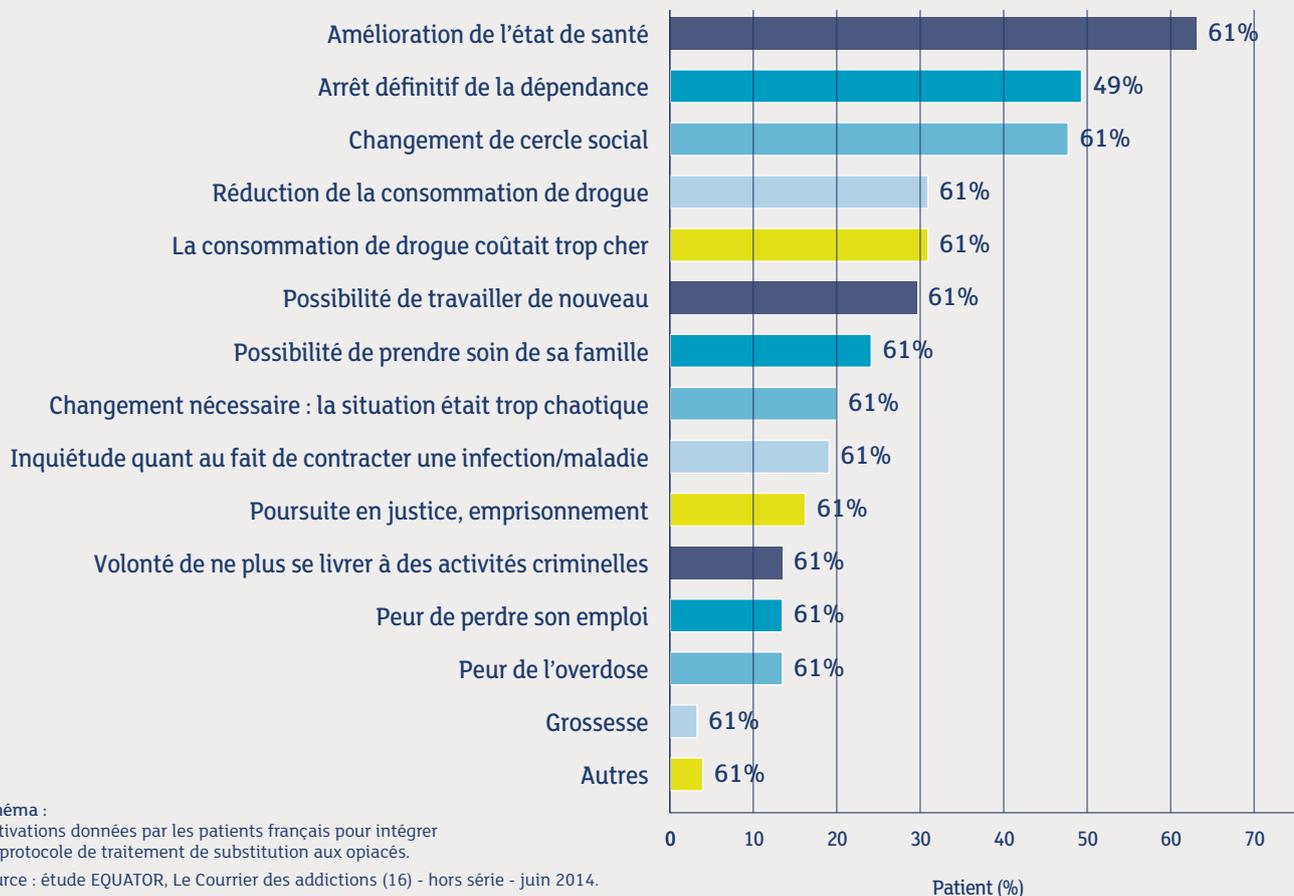
	2009 n=113 668	2010 n=115 632	2011 n=113 167	2012 n=111 371	2013 n=109 886	2014 n=108 257	2015 n=106 506
Quantité délivrée (g)	268528	275238	284459	287591	287038	287866	287159
Quantité prescrite (g)	246348	255641	263627	267235	270385	269202	270385
Quantité «DS» (g)	22180	19597	20831	20355	18990	18664	16775
DSI BHD (total) (%)	8,3	7,1	7,3	7,1	6,6	6,5	5,8
DSI princeps (%)	9,1	7,8	8,0	7,8	7,5	7,5	6,7
DSI génériques (%)	2,9	3,0	3,1	2,9	2,7	2,5	2,2
DSI BHD / naloxone (%)	-	-	-	1,3	1,2	1,2	1,2

L'indicateur est estimé entre la quantité totale obtenue par « Doctor Shopping » (DS) et la quantité totale dispensée sur la même période de temps - quantité obtenue par DS : quantité délivrée correspondant à des chevauchements d'ordonnances émanant de prescripteurs différents.

Les schémas de références

Les chiffres du réseau

61% des patients intégrés pour un protocole de substitution aux opiacés ont pour motivation une amélioration de l'état de santé.



Bibliographies des tableaux et cartes :

Panorama Européen d'utilisation opiacés des TSO 21-06-2018

- Consommation de TSO dans 5 pays Européens en 2016.
- Évolution de la consommation de BHD et BHD + Naxolone entre 2006 et 2017.
- Répartition départementale des Ventes de MSO en dose journalière/10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans l/j en 2017.
- Évolution de la consommation de BHD et BHD + Naxolone entre 2006 et 2017.

Étude « U.TOPIA » Utilisation des TSO en France : analyse des données de l'assurance maladies de 2009 à 2015

- Variations régionales de l'utilisation de la BHD entre 2009 et 2015.
- Variations régionales de l'utilisation de la méthadone entre 2009 et 2015.
- Évolution de l'âge médian des utilisateurs de la BHD entre 2009 et 2015.
- Cadre de prescription.

Étude « U.TOPIA » Données relatives au mésusage des MSO (2009-2015)

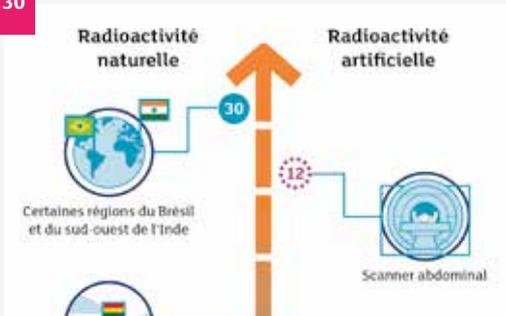
- Indicateur du Docteur Shopping : BHD.

Lettre 41 chiffres du réseau

Pour ceux qui veulent en savoir plus :

- <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf>
Tableau de bord TSO mise à jour 2019-04-05.
- L'État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes en France de 2019 : Des chiffres sur les évolutions des consommations des antalgiques.
- Les 2 Études CPAM (UTOPIA) sur l'utilisation et le mésusage des TSO.
- La lettre du réseau 2014 avec le graphique équator sur les motivations des patients à rentrer dans un protocole de soins.
- <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-semestrielle-du-nombre-de-personnes-remboursees-dun-medicament-de-substitution-aux-opiacés/>

p.30



Exposition naturelle et artificielle aux rayonnements ionisants

p.32

MÉSITHÉRAPEUTES	280 €
VÉTÉRINAIRES	325 €
OPTICIENS-PODLOGUES	330 €
MÉDECINS	335 €
(E 29K€ À 38K€ DE REVENUS)	350 €
ARCHITECTES	700 €
ARTS COMPTABLES	916 €
(E 82K€ À 144K€ DE REVENUS)	1 250 €

Cotisation ordinale

p.33



L'hospitalisation à domicile en 2019

p.37



Allergologie et immunologie clinique

p.38



Maladies infectieuses et tropicales

p.40



Unité de sevrage en ambulatoire

p.44



Surveillance médicale des épreuves sportives

p.46



Convocation à l'Ordre suite à une plainte : une épreuve !!!

p.48



Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine de l'Ordre des Médecins

p.50



Déontologie

Nouveau numéro unique d'écoute

Le numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins et aux internes devient le :

0800 288 038

Service & appel gratuits



24 heures sur 24, 7 jours sur 7, le 0800 288 038 permettra à tout médecin et à tout interne en faisant la demande d'être mis en relation avec un confrère (médecin de la commission départementale d'entraide ordinale ou médecin d'une association régionale d'entraide), avec un psychologue clinicien, ou avec un interlocuteur formé spécifiquement pour évoquer toute difficulté financière, administrative, juridique ou autre.

Exposition naturelle et artificielle aux rayonnements ionisants

Dr Christophe Descazeaud
Radiologue

L'exposition aux rayonnements ionisants est une constante de la vie de tout être vivant.

Elle se répartit en exposition naturelle et artificielle :

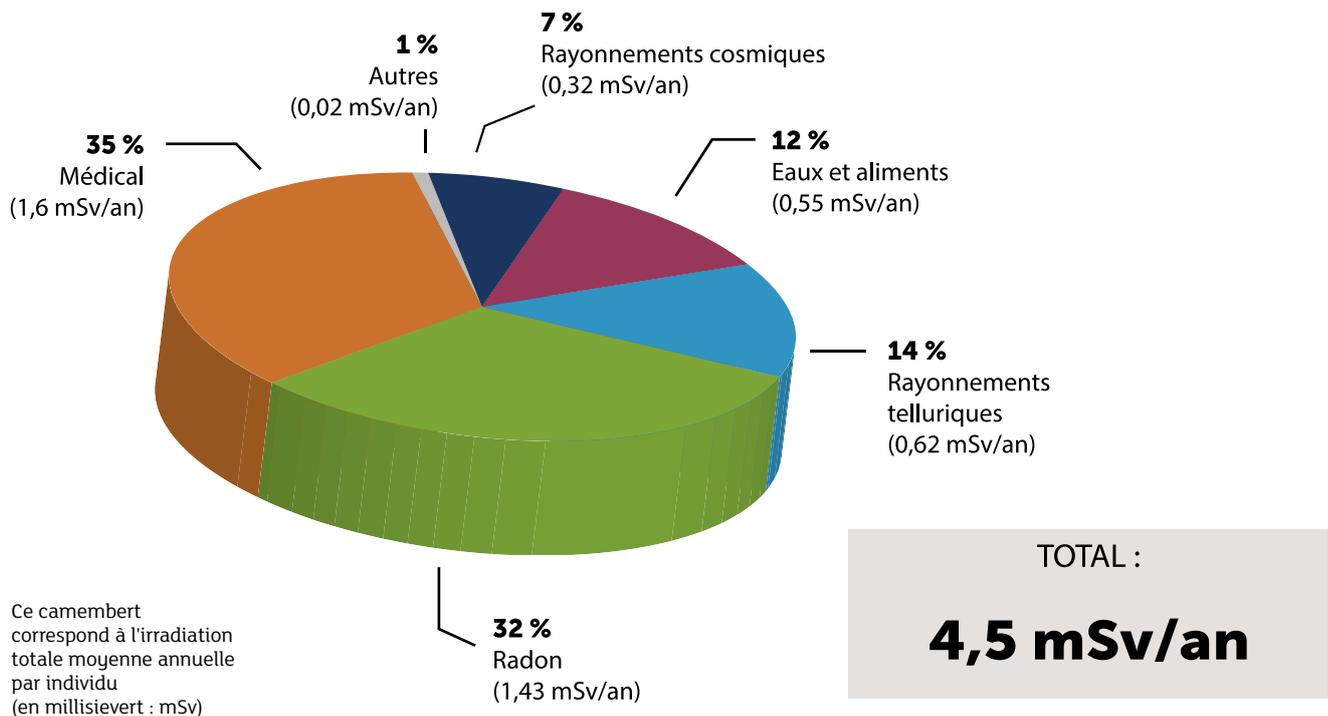
1 ■ Exposition naturelle :

- tellurique
- cosmique
- interne (radon, radioactivité des aliments)

2 ■ Exposition artificielle :

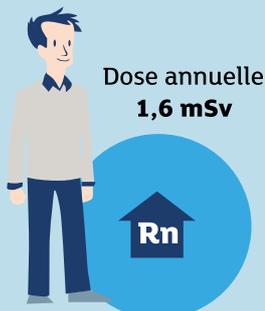
- d'origine animale
- essais nucléaires
- industrie nucléaire
- situation accidentelle (Three-mile Island, Tchernobyl)

L'exposition aux rayonnements ionisants, quelques chiffres :



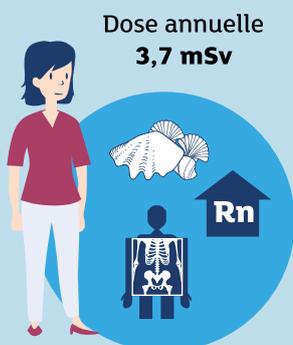
Source : IRSN - Bilan IRSN 2016

L'Exposition varie selon les individus :



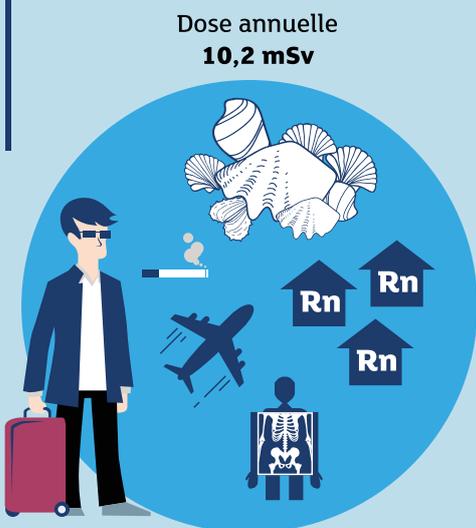
Dose annuelle
1,6 mSv

- Ne consomme pas de produits de la mer
- Habite dans une commune à faible rayonnement tellurique et à faible concentration en radon
- N'a pas bénéficié d'examen médical



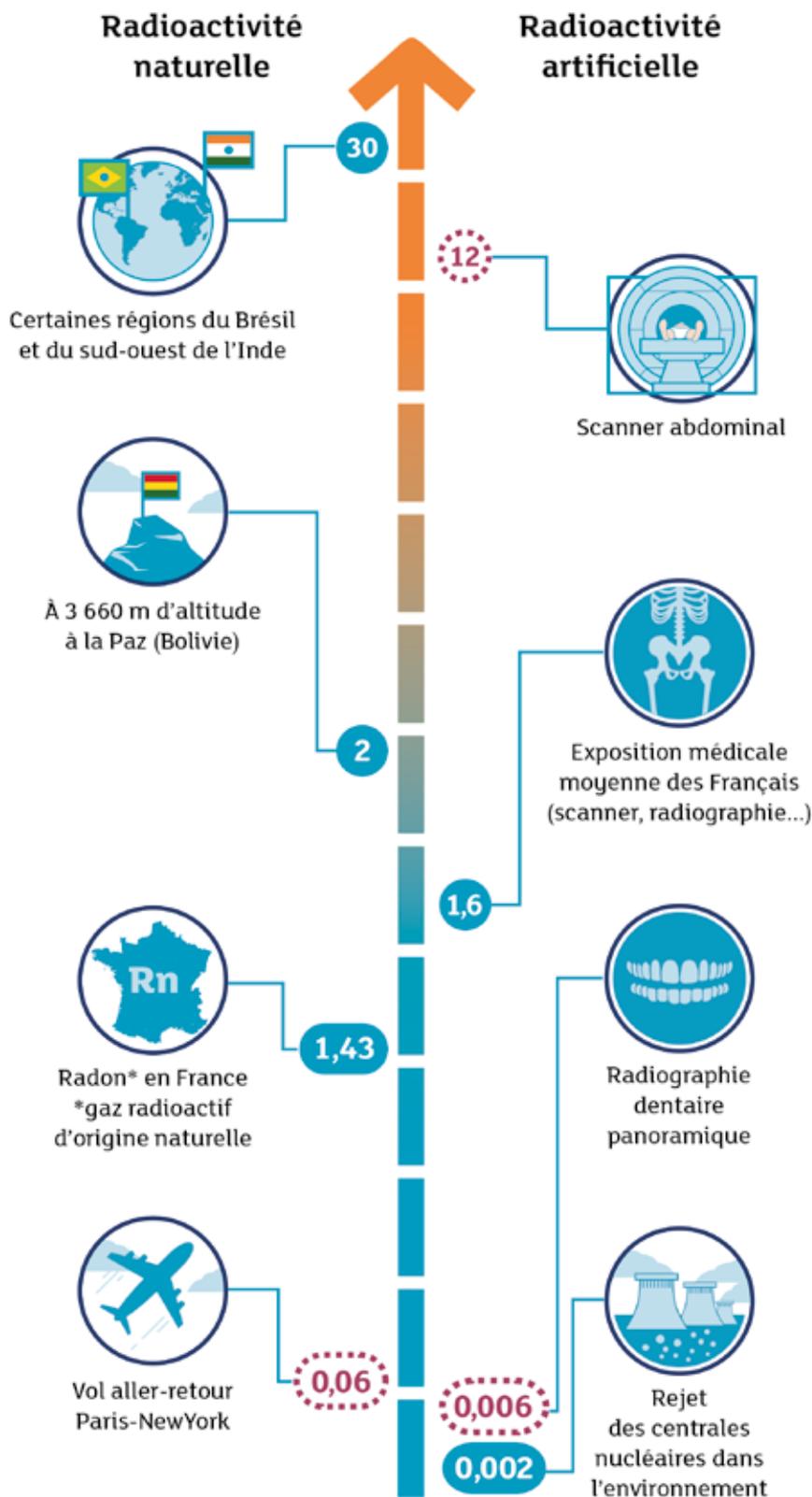
Dose annuelle
3,7 mSv

- Consomme des produits de la mer une à deux fois par semaine
- Habite dans une commune à faible rayonnement tellurique moyen et à faible concentration en radon
- Reçoit une dose médicale «moyenne»



Dose annuelle
10,2 mSv

- Consomme des produits de la mer plusieurs fois par semaine
- Habite dans une commune à fort rayonnement tellurique et à forte concentration en radon
- Reçoit une dose médicale «moyenne»
- Gros fumeur
- Voyage souvent en avion



● Dose moyenne en mSv/an

⦿ Dose «ponctuelle» en mSv/an

Cotisation Ordinale

La cotisation à l'Ordre des Médecins est obligatoire (article L 4122-2 du Code de la Santé Publique). La cotisation entière est due par tous les médecins dont l'inscription au tableau est obligatoire pour l'exercice de leur profession. Elle comporte l'abonnement au Bulletin de l'Ordre des Médecins. Les médecins doivent s'acquitter de leur cotisation au cours du premier trimestre de l'année civile en cours.

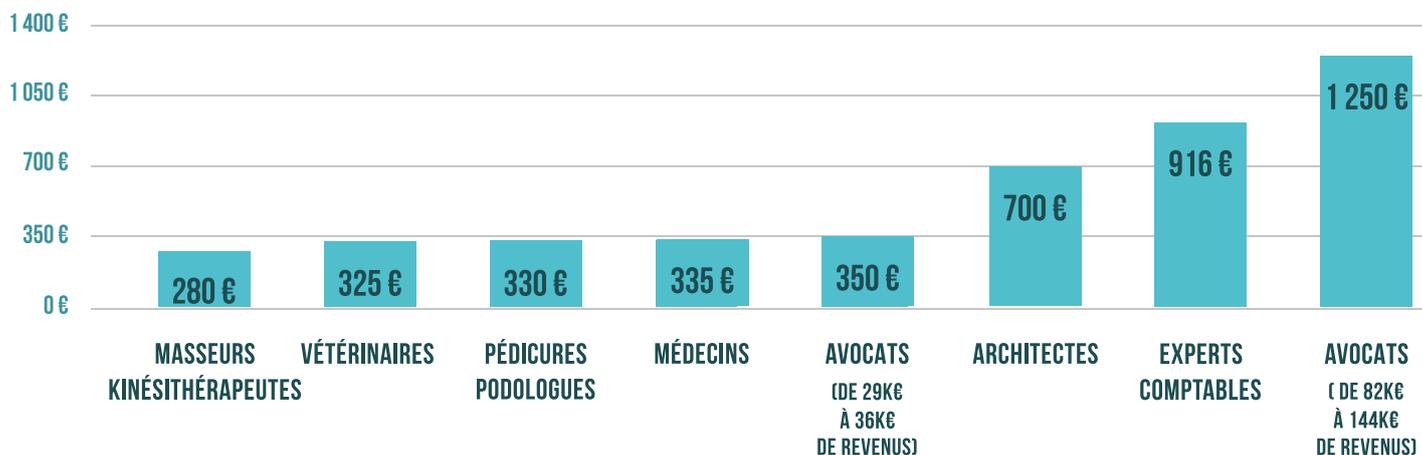
En 2018 le montant de la cotisation est de 335 € et se répartit de la façon suivante :

- 162 € pour le Conseil Départemental.
- 40 € pour le Conseil Régional.
- 133 € pour le Conseil National.

À titre informatif figure ci-dessous un comparatif du montant des cotisations de divers ordres professionnels.

• Comparatif de Cotisations Ordinales 2018 :

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	280 €
VÉTÉRINAIRES	325 €
PÉDICURES-PODOLOGUES	330 €
MÉDECINS	335 €
AVOCATS (DE 29K€ À 36K€ DE REVENUS)	350 €
ARCHITECTES	700 €
EXPERTS COMPTABLES	916 €
AVOCATS (DE 82K€ À 144K€ DE REVENUS)	1 250 €



L'hospitalisation à domicile en 2019

Dr Michel BARRIS
Président de Santé Service Limousin

Il nous a paru intéressant (après un premier article paru dans le Bulletin du CDOM 87 en octobre 1992 !) de faire le point sur la situation présente de l'HAD (en particulier en Haute-Vienne), son intérêt pour les médecins et leurs patients, particulièrement au travers de l'outil d'aide à la décision d'éligibilité, récemment élaboré par la HAS (ADOP-HAD).

L'HAD constitue en effet une réponse directe à l'aspiration grandissante de la population d'être soignée (quand la situation le permet) dans son environnement familial. Une enquête réalisée en novembre 2017 (Viavoice pour la FNEHAD) a montré que 70% des français et 82% de médecins généralistes avaient une opinion très favorable sur l'HAD, d'autant que le coût est bien moins important pour la collectivité (200 /jour en moyenne). De plus, la stratégie actuelle de transformation du système de santé (cf. « Ma Santé 2022 »), faisant suite aux différents plans précédents, a dans ses principaux objectifs la réduction des hospitalisations.

L'HAD assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD).

L'HAD prend en compte l'environnement (familial, social, matériel ...) du malade, assure la coordination et la complémentarité avec les professionnels de ville (médecins et autres soignants, pharmaciens, services sociaux), fait le lien (si besoin) avec le Service d'hospitalisation d'origine.



Comment être éligible à l'HAD ?

Les structures d'HAD :

Elles assurent les prises en charge conformément au référentiel de la HAS et sont soumises (ce qui n'est pas le cas des « prestataires de soins ») à la certification régulière de cet Organisme, ce qui est un gage de qualité et d'efficacité.

Les patients éligibles à l'HAD :

Sont ceux dont la prise en charge nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé. Les soins peuvent donc être multiples : soins palliatifs, nutrition entérale et parentérale, nursing lourd, pansements complexes et longs, assistance respiratoire, chimiothérapie, rééducation neurologique, dialyse péritonéale, post-partum pathologique, etc ...

De l'EHPAD à l'HAD :

De récents textes permettent aux Établissements d'HAD d'intervenir auprès d'un patient soigné en EHPAD (intérêt majeur lors des fins de vie), ou par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ou par un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ce nouveau dispositif permet donc aux patients de recevoir des soins hospitaliers adaptés, tout en restant dans leur cadre familial, d'être toujours suivis par des professionnels avec lesquels ils ont tissé des liens, de bénéficier d'une prise en charge coordonnée et globale. Le patient peut ainsi éviter d'éventuels changements brusques dans son parcours de soins, alors même que son état de santé peut connaître des complications.

L'apparition de la télémédecine permet de proposer de nouveaux services en particulier de surveillance médicale à distance et de télédiagnostic. ■



L'hospitalisation à domicile en 2019 (suite)

Dr Michel BARRIS
Président de Santé Service Limousin

BON À SAVOIR :

Seul un médecin (hospitalier ou libéral) peut orienter une personne en HAD. L'accord du médecin traitant est nécessaire et toujours sollicité, car il prend, pendant le séjour en HAD, la responsabilité médicale des soins, conjointement, le cas échéant, avec des confrères spécialistes. Avant toute admission, une évaluation de la situation est réalisée par l'équipe de coordination de l'HAD (au sein de laquelle figure toujours un médecin coordonnateur), qui se rend au domicile pour confirmer la faisabilité de la prise en charge et fixer les conditions matérielles. Un protocole de soins est élaboré et validé par le médecin coordonnateur de l'HAD, en accord avec les soignants et portés à la connaissance de la personne soignée et de son entourage.



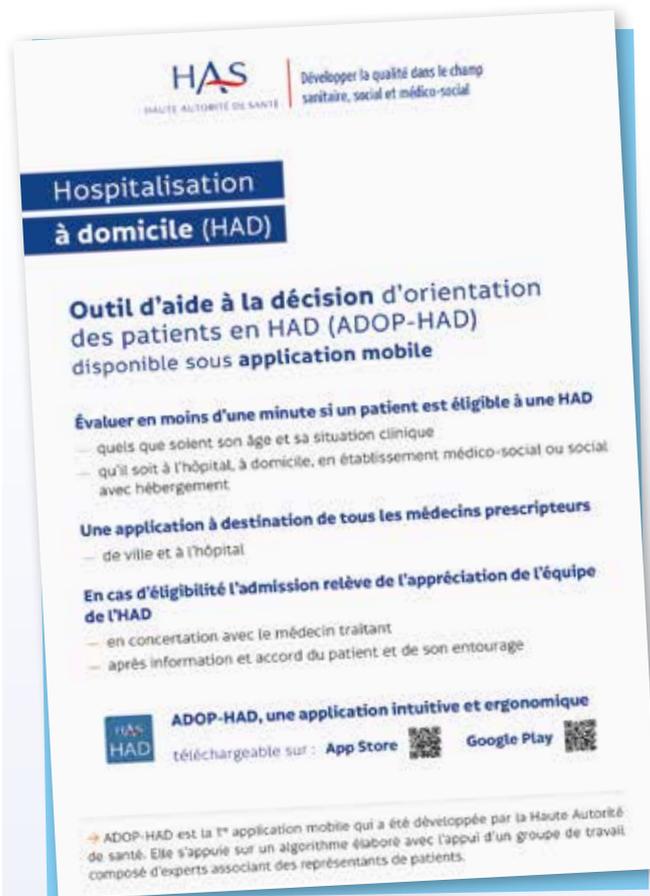
En Haute-Vienne, depuis bientôt 40 ans, œuvrent 2 établissements d'HAD (l'HAD publique du CHU de Limoges et Santé Service Limousin, association Loi 1901, à but non lucratif, ayant le statut ESPIC), couvrant ainsi la totalité du territoire du département. Ces 2 structures s'engagent à répondre à toute demande dans les 48 heures (sauf impondérable).

À RETENIR :

Pour favoriser la prise en charge en HAD, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en ligne, en novembre 2017, un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients, intitulé ADOP-HAD (Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD).

Cet outil se décline même depuis quelques semaines en appli mobile, qui ne nécessite même pas de connexion internet pour fonctionner et est disponible sur iOS et Android.

Vous trouverez, ci-joint, l'algorithme décisionnel vous permettant de savoir, en quelques clics, si votre patient est éligible à une HAD (l'admission relevant donc toujours de l'enquête de l'équipe de coordination de l'HAD), ainsi que le QR code, vous permettant d'installer l'application sur votre téléphone mobile.



Accéder au site de l'ADOP-HAD depuis votre mobile :



Télécharger l'application de l'HAD depuis votre mobile :

Apple

Google Play



SYNTHÈSE DE L'ALGORITHME

PRÉREQUIS

UNE HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) EST IMPOSSIBLE SI :

- L'état clinique du patient nécessite l'accès direct et immédiat à :
 - un plateau technique au sein d'un établissement de santé ;
 - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs).
- Le patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) ET n'est pas en capacité cognitive ou physique de pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.

CRITÈRES D'INCLUSION DIRECTE (NON CUMULATIFS)

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT NÉCESSITE-T-IL L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE ?

Par exemple : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.

OUI

LE PATIENT NÉCESSITE-T-IL DES SOINS DE NATURE HOSPITALIÈRE ?

Par exemple : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.

OUI

LE PATIENT RELEVÉ-T-IL D'UN PARCOURS DE SOINS ENCADRÉ PAR UN PROTOCOLE DÉFINI AVEC UNE HAD PERMETTANT UN RETOUR PLUS RAPIDE À DOMICILE OU D'ÉVITER UNE HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ?

Par exemple : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en post-greffe, en périnatalogie (recommandations nationales existantes), HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité.

OUI

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT NÉCESSITE-T-IL UNE CHARGE EN SOINS TRÈS IMPORTANTE DU FAIT DE LA FRÉQUENCE ÉLEVÉE DES INTERVENTIONS OU DE LA DURÉE CUMULÉE IMPORTANTE DES SOINS SUR SON LIEU DE VIE ?

OUI

PATIENT ÉLIGIBLE À UNE HAD

NON

CRITÈRES DE NIVEAUX D'INTERVENTION

L'ÉTAT DU PATIENT RÉPOND-IL À L'UNE DES SITUATIONS SUIVANTES ?

- Il est à risque d'aggravation ;
- Il a eu des recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement ;
- Il présente plusieurs critères de complexité médico psycho-sociale.

Par exemple : poly-pathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (ex. : isolement social, enfants en bas âge, précarité, nécessité d'un soutien/suivi psychologique régulier au domicile...)

OUI

NON

LA MISE EN PLACE DU PROJET THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT NÉCESSITE-T-ELLE L'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SUR LES PLANS MÉDICAL, PARAMÉDICAL, SOCIAL ET PSYCHOLOGIQUE IMPLIQUANT UN BESOIN DE COORDINATION IMPORTANT ?

OUI

NON

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT NÉCESSITE-T-IL UNE CONTINUITÉ DES SOINS 24H/24 ET 7J/7 CARACTÉRISÉE PAR LA POSSIBILITÉ D'INTERVENTION À TOUT MOMENT D'UNE INFIRMIÈRE ET DE RECOURS À UN AVIS MÉDICAL (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ?

OUI

NON

PATIENT ÉLIGIBLE À UNE HAD

PATIENT NON ÉLIGIBLE À UNE HAD

Dernières naissances de D.E.S.

Dr François BERTIN

Chirurgien Thoraco-Vasculaire, conseiller ordinal

La médecine évolue et son enseignement naturellement avec, parfois plus ou moins rapidement, mais toujours sans aucune violation de la théorie de la relativité à la cinquième décimale.

Depuis l'avant dernière promotion de l'Examen Classant National (ECN), sont apparus six nouveaux Diplômes d'Etudes Spécialisés (DES), présentés ici par ordre alphabétique :

- Allergologie et Immunologie Clinique
- Gériatrie
- Maladies infectieuses et Tropicales
- Médecine Vasculaire
- Médecine légale et Expertises médicales
- Médecine d'Urgence



Et pour de toutes simples raisons de pagination de votre journal toujours attendu avec une grande fébrilité, nous en présentons ici trois, bien sur les trois autres suivront avec le prochain numéro...

Nous avons donc confié la présentation de ces DES à des acteurs de celles-ci tant privés que publics, satisfaisant à la pluralité légendaire de notre Conseil.

Bonne lecture et bons choix futurs aux prochaines promotions des ECN, car bien qu'il existe toujours des passerelles, sauts ou encore ponts au sein de commission ad hoc au sein du **Conseil National de l'Ordre des Médecins**, il paraît fort probable qu'une telle réforme organisationnelle a tout de même un but de régulation. ■



Allergologie et immunologie clinique

Dr Valérie CASTRO
Allergologue, Médecin généraliste

L'allergologie voit sa spécificité reconnue depuis l'année 2017, date de la création de la spécialité d'Allergologie : parution au Journal Officiel le 29 décembre 2016 avec un arrêté fixant le nombre de postes de formation pour les internes en médecine...

Juste positionnement des autorités gouvernementales françaises après bien des années de souffrance pour cette spécialité médicale. En effet, la France est restée longtemps figure d'exception avec des allergologues formés sur une capacité alors que quinze des pays européens voisins reconnaissent l'allergologie comme spécialité depuis de nombreuses années.

C'est désormais de l'histoire ancienne et la 1^{ère} rentrée des internes du **DES d'Allergologie** s'est faite le 2 novembre 2017 avec un panel de 27 postes sur le territoire national et un 1^{er} choix qui s'est fait au rang : 2055, le dernier au rang 6399 sur 7977 candidats.

La spécialité est incluse dans la section Médecine Interne et Immunologie clinique/ Pathologies infectieuses et tropicales/ Allergologie.

Afin de favoriser le choix de cette spécialité nouvellement née, une sensibilisation des étudiants en médecine a été réalisée par l'**AJAF : Association des Jeunes Allergologues de France**, par l'intermédiaire des réseaux sociaux.

Parallèlement les **FST : Formations Spécialisées Transversales** vont permettre aux généralistes et spécialistes d'organes d'acquérir les connaissances nécessaires à l'Allergologie.

La relève et la formation sont donc en bonne marche à l'heure où plus de **18 millions de français** de tous âges souffrent d'allergies dans un monde en constante évolution industrielle et climatique.

Il s'agit d'une spécialité riche et enrichissante car transversale et commune avec de nombreuses spécialités d'organe.

La clinique est intéressante par sa pluralité et la nécessaire connexion à établir entre plusieurs organes qu'il s'agisse d'allergies respiratoires, cutanéomuqueuses, digestives, systémiques, médicamenteuses. L'abord du patient est global, dans la totalité de son environnement, personnel et professionnel. **L'allergologue** est constamment à la recherche des nouveaux

allergènes émergents et contribue à la surveillance de l'environnement avec des instances comme **le RNSA, l'INRA, le RAV** (réseau d'allergovigilance) les services de pharmacovigilance et de cosmétovigilance, les services de santé au travail, etc... Il se place au croisement incontournable dans l'établissement des **protocoles d'accueil individualisé (PAI)** en milieu scolaire pour les enfants, avec la précieuse collaboration des médecins de PMI et de l'Education Nationale.



■ Sur le plan diagnostique :

L'allergologue dispose des tests cutanés, des tests de provocation et des dosages biologiques particuliers.

■ Sur le plan thérapeutique :

Il manie spécifiquement les immunothérapies et participe à l'évolution de cette branche thérapeutique en pleine mutation. Il utilise les épreuves d'induction de tolérance alimentaires, les protocoles d'accoutumance médicamenteuse, en pleine recherche au sein des services hospitaliers.

Incontournablement, **entre l'être humain et l'environnement** de celui-ci, **l'Allergologue** est à la croisée des chemins entre **généralistes et spécialistes d'organes**, tout au long de la carrière de l'atopique.

Maladies infectieuses et tropicales

Pr Jean-François FAUCHER

Chef du service des maladies infectieuses et tropicales au CHU de Limoges

L'infectiologie est actuellement une spécialité surtout hospitalière, elle tend à se développer en milieu libéral, notamment avec les médecins référents en anti-infectieux dans les établissements de santé publics ou privés.

L'infectiologie est regroupée au sein de la Fédération Française d'Infectiologie (FFI) qui est le Conseil National Professionnel (CNP) de la discipline (CNP-FFI) et qui coordonne le Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et le Syndicat des Médecins Infectiologues (SNMInf). Le développement professionnel continu (DPC) est coordonné par Infectio-DPC, structure rattachée au CNP-FFI.

■ Pour la formation initiale, la discipline est reconnue.

Dans le cadre d'un DES (Diplôme d'Études Spécialisées : « *Maladies Infectieuses et Tropicales* ») créé en 2017. Le cursus est en 5 ans, scindé en une phase socle, une phase intermédiaire d'approfondissement de 3 ans, suivie d'une année (la 5^{ème}) consacrée uniquement à la pratique des maladies infectieuses et dite de validation des compétences.

La première année d'internat dite « *phase socle* » est commune avec le DES de Médecine Interne avec un tronc commun d'enseignement et de stages. L'étudiant doit choisir d'emblée entre les deux spécialités.

■ Selon la filière choisie, l'étudiant validera un DES d'exercice exclusif soit de Maladies Infectieuses et Tropicales, soit de Médecine Interne.

La phase intermédiaire (6 semestres) comporte un stage obligatoire de réanimation médicale, un stage obligatoire de microbiologie, 2 stages obligatoires de maladies infectieuses et tropicales et 2 stages libres. Un stage inter-CHU est le bienvenu, au sein de la région sanitaire (Nouvelle Aquitaine pour le Limousin).

La soutenance de thèse est attendue à la fin de la phase intermédiaire. La première promotion a débuté sa phase socle en Novembre 2017 et a emporté une forte adhésion des internes reçus à l'ECN 2017. La spécialité Maladies infectieuses et tropicales est désormais reconnue à part entière par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

■ La maquette du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) demeure active de façon transitoire (probablement jusqu'en 2020) afin de permettre aux étudiants inscrits en première année jusqu'à la rentrée 2017 de poursuivre et terminer leur cursus.

Sur le plan des soins, l'infectiologue est un médecin clinicien référent, travaillant en étroite collaboration avec les différentes spécialités médicales et chirurgicales et avec les acteurs de la biologie, en particulier la microbiologie sous ses différentes facettes (bactériologie, virologie, parasitologie, mycologie) et l'immunologie. D'autres partenaires privilégiés de l'infectiologue sont les acteurs de l'hygiène hospitalière.

■ L'infectiologie s'exerce en hospitalisation classique dans des unités spécialisées qui deviennent indispensables dans les établissements de santé.

L'activité transversale de la discipline se développe par la généralisation progressive des unités mobiles d'infectiologie qui deviennent incontournables.

L'infectiologie, qui est née dans les hôpitaux hospitalo-universitaires, se développe dans les hôpitaux généraux et les établissements privés. Elle devient une spécialité de plus en plus sollicitée par les médecins libéraux.

En outre, la spécialité répond aux Plans Blancs (Biotox), au Plan Pandémie Grippale et autres maladies infectieuses émergentes, à la veille sanitaire d'une façon générale, aux nécessités d'isolement



de patients contagieux (exemple : tuberculose) ou porteurs de bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes.

■ L'infectiologie est largement impliquée dans la prise en charge des maladies tropicales et dans la médecine des voyages.

Elle participe au développement des consultations du voyageur, à la fois sur le plan préventif (conseils avant le départ, vaccinations incluant la vaccination anti-amarile) et curatif (consultation et hospitalisation des voyageurs malades au retour).

Les infectiologues participent activement aux CLIN, COMAI, COREVIH, Centres de référence de prise en charge des Infections Ostéoarticulaires...

Ils collaborent avec les structures d'épidémiologie, de Santé Publique et de Veille Sanitaire. Ils participent aux travaux des structures et agences élaborant des recommandations dans le domaine de la prévention de la prise en charge des maladies transmissibles, notamment dans l'élaboration des recommandations vaccinales et dans la prévention des infections liées aux soins (ANSM, EMA, Haut Conseil de la Santé Publique, etc...). ■

Médecine vasculaire

Pr Philippe LACROIX

*Chef du service de chirurgie thoracique
et vasculaire - Médecine vasculaire au CHU de Limoges*

La mise en place de la réforme du troisième cycle des études médicales s'est accompagnée de la reconnaissance de plusieurs spécialités dont la médecine vasculaire.

L'identification de cette dernière est le **terme d'un long processus partant des exercices d'experts en ultrasons vasculaires**, phlébologie et pour partie cardiologie et médecine interne pour arriver à la définition d'un métier de praticien dont la fonction est la prise en charge de l'ensemble des affections vasculaires artérielles, veineuses, microcirculatoires et lymphatiques ainsi que des facteurs de risque associés.



La formation des futurs médecins vasculaires se déroule lors d'un internat de 4 ans. La première partie, la phase socle est commune avec les internes de cardiologie.

Lors de cette première année les internes de médecine vasculaire effectuent un stage en cardiologie et un en médecine vasculaire. Le même schéma est adopté pour les internes de cardiologie.

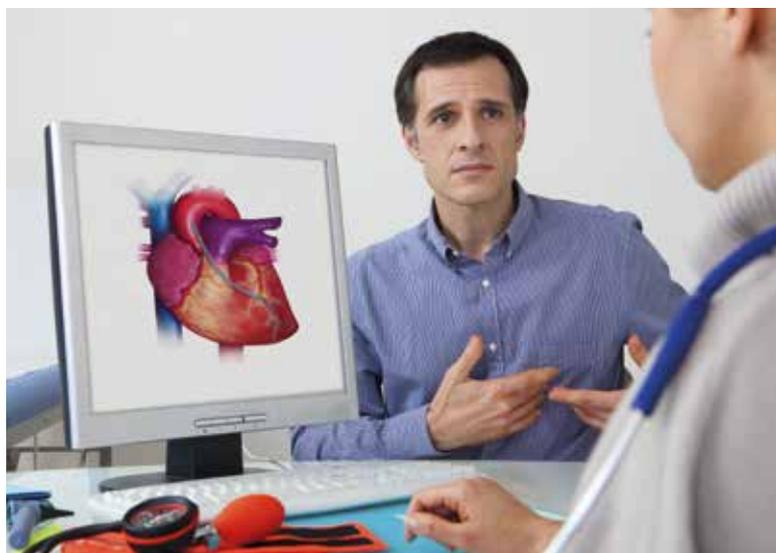
Après la phase socle, les internes entrent dans une phase d'approfondissement d'une durée de 2 ans. Lors de cette période, ils perfectionnent leurs connaissances à travers 2 stages en médecine vasculaire dont un en exploration et 2 stages dans des spécialités complémentaires (chirurgie vasculaire, médecine interne et immunologie clinique, hématologie, dermatologie, radiologie, néphrologie). Une phase de consolidation d'une durée d'un an conclut cette formation ; elle se passe en service de médecine vasculaire.

En complément du cursus de 4 ans, **les internes ont accès à 2 formations spécialisées transversales : la nutrition appliquée et la pharmacologie médicale/thérapeutique**. Les connaissances de ces formations facultatives sont dispensées lors d'une année supplémentaire.

■ **Au terme de cet internat, le médecin vasculaire sera apte à diagnostiquer et traiter l'ensemble des pathologies artérielles périphériques, veineuses (maladie thrombo-embolique et insuffisance veineuse), lymphatiques et microcirculatoires ainsi que les facteurs de risque associés au développement de l'athérosclérose.**

Il maîtrisera les différentes explorations vasculaires. Au regard des données épidémiologiques et de l'organisation du système de santé, cette spécialité répond à un important besoin.

■ **Des flux de formation d'environ 50 internes par an sont envisagés. Les médecins vasculaires seront amenés à travailler en partenariat avec l'ensemble des spécialités et en particulier, celles de médecine générale, de chirurgie vasculaire et de cardiologie.**



UNITÉ DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

Pour développer une offre de soin alternative à l'hospitalisation

Dr Sylvain CANTALOUBE

Praticien hospitalier Psychiatre addictologue
Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin
CH Esquirol Limoges

Présentation de l'UNITÉ DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

Comme dans plusieurs grandes villes de France, **Limoges** se dote d'une unité de sevrage en ambulatoire. Cette unité de soin est dédiée à la réalisation de sevrage thérapeutique au domicile du patient. Elle est située au **CH Esquirol de Limoges** et peut intervenir sur l'ensemble du département de la Haute-Vienne.

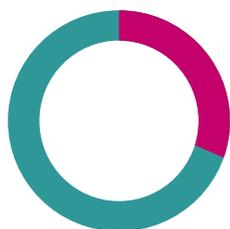
L'Unité de Sevrage en Ambulatoire propose d'accompagner le patient dépendant lors de l'arrêt de sa consommation de substance psycho-active à son domicile. Le sevrage thérapeutique a pour objectif l'entrée du patient dans un processus d'abstention complète et durable de la substance dont il est dépendant.

L'Unité de Sevrage en Ambulatoire constitue une alternative au sevrage hospitalier et doit être privilégiée en l'absence de contre-indication.

Le soin de sevrage thérapeutique et la prise en charge par l'Unité de Sevrage en Ambulatoire est indiqué pour les patients souffrant d'un mésusage d'une substance addictive, avec critères ou non de trouble de l'usage, en désir d'arrêt complet et durable de leur consommation en l'absence de non-indication au sevrage au domicile.

Pour un patient qui répond à ces critères, un médecin référent du patient peut adresser celui-ci à l'Unité de Sevrage en Ambulatoire. Il sera alors pris en charge et accompagné dans les plus brefs délais grâce aux Protocoles de Sevrage en Ambulatoire.

Sevrage résidentiel hospitalier (10 à 30 %) / sevrage ambulatoire :



Résidentiel hospitalier ●

Ambulatoire ●

Plus de 70% des sevrages thérapeutiques de l'alcool sont effectués au domicile des patients.

ANAES 1999, SFA 2006

Avantages des SOINS DE SEVRAGE AMBULATOIRE

L'Unité de Sevrage en Ambulatoire répond à la demande croissante de prise en charge des troubles de l'usage de substance. La prise en charge au domicile pour la réalisation d'un sevrage constitue une alternative à la prise en charge hospitalière et son délai d'attente, elle est même le plus souvent plébiscitée par le patient lui-même quand il ne souhaite pas être hospitalisé.

Le sevrage au domicile, sur son lieu de vie, permet également de ne pas rompre avec sa vie sociale, familiale et professionnelle, de ne pas être stigmatisé et d'avoir à assumer le rôle de malade hospitalisé en addictologie. Elle n'expose pas non plus au risque d'institutionnalisation du patient.

Principe du SEVRAGE THÉRAPEUTIQUE EN AMBULATOIRE

Comme précédemment cité, le sevrage thérapeutique a pour objectif l'arrêt complet et durable de la substance addictive. Le sevrage thérapeutique **est un acte de soin programmé avec le patient**.

Il doit être préparé, investi et compris par celui-ci.

Cela peut nécessiter, parfois, des entretiens préalables au sevrage afin de valoriser la démarche de soin de sa maladie addictive, d'accroître la motivation du patient dans la réussite de son projet de changement de comportement vis-à-vis de la substance, de le rassurer et d'apaiser ses craintes au changement, de lui expliquer les modalités d'un sevrage thérapeutique (objectifs, intérêt du traitement lors du sevrage, risques, améliorations attendues pour la santé...)....

Il convient à tout soignant de favoriser la volonté et la motivation au soin du patient addict. Le sevrage thérapeutique peut constituer une des modalités thérapeutique lorsque le patient est prêt pour arrêter sa consommation (stade motivationnel d'action selon Prochaska).

Le sevrage thérapeutique est donc un accompagnement du patient dans un **processus de soin**, il est programmé, préparé, par opposition aux **sevrages en urgence ou contraints qui constituent une non indication à une prise en charge par l'Unité de Sevrage en Ambulatoire**.

Le sevrage thérapeutique est un **sevrage médicalisé**. Il permet, à l'aide du traitement adapté, les conditions de confort nécessaires à l'arrêt d'une substance (diminution des signes de sevrages). Il permet également d'assurer la sécurité du patient et de réduire les risques de survenue de troubles induits par la substance lors du sevrage (délirium tremens ou du risque comitial lors de l'arrêt de l'alcool par exemple).

Même si le sevrage au domicile doit être privilégié, **la modalité de prise en charge en ambulatoire nécessite de s'assurer de l'absence de risque pour le patient**.

En effet, la réalisation d'un sevrage au domicile ne permet pas la surveillance que peut proposer un cadre de soin résidentiel. Dans tous les cas, un antécédent de sevrage complexe, **des signes de décompensation psychiatrique grave** (délire ou intentionnalité suicidaire imminente par exemple), **un état somatique précaire** (non compatible avec la thérapeutique médicamenteuse du sevrage par exemple), **une incapacité à se conformer à un protocole ou un lieu de vie éloigné des secours** doivent faire envisager une autre modalité de prise en charge ou de sevrage.

Il convient d'être tout particulièrement vigilant à l'absence de ces contre-indications lors d'un sevrage au domicile de l'alcool.

De plus, une tierce personne bienveillante devra être présente auprès du patient en cas de survenue de signe de gravité lié au sevrage de l'alcool (7 à 10 jours).

Les Protocoles de Sevrage en Ambulatoire proposés par L'UNITÉ DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

Le sevrage thérapeutique en ambulatoire et l'aide au maintien de l'abstinence lors de la phase d'instauration du changement de comportement vis-à-vis de la substance

constituent les deux parties du Protocole de Sevrage en Ambulatoire proposées par l'Unité de Sevrage en Ambulatoire.

PROTOCOLE DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

ÉTAPE 1 >



Sevrage Thérapeutique Ambulatoire

ÉTAPE 2 >



Aide au Maintien de l'Abstinence
(phase d'instauration)



Le sevrage thérapeutique de la substance addictive est effectué selon les dernières recommandations médicales.

Le patient décide du début de l'arrêt de la substance. Le médecin adresseur et référent est informé du début du protocole. **La durée du sevrage thérapeutique varie selon la substance** sevrée avec des signes de sevrage qui peuvent survenir dans les 10 jours après l'arrêt de l'alcool ou être présents jusqu'à 3 semaines à 1 mois lors de l'arrêt du cannabis par exemple.

UNITÉ DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

Pour développer une offre de soin alternative à l'hospitalisation
(suite)

Dr Sylvain CANTALOUBE

Praticien hospitalier Psychiatre addictologue
Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin
CH Esquirol Limoges

La thérapeutique médicamenteuse adaptée lors du sevrage est prescrite au patient. **Le programme de Sevrage en Ambulatoire permet un accompagnement soutenu** pendant cette période avec prise en charge au domicile du patient et coordination des soins par une IDE spécialisée en addictologie.

Elle s'assure, en coordination avec le médecin généraliste et/ou l'addictologue pour la prescription du traitement notamment, des conditions de confort et de sécurités optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage.

Lors d'un sevrage de l'alcool, l'IDE de l'Unité de Sevrage en Ambulatoire intervient quotidiennement les jours ouvrables, elle fait le lien avec les IDE libérales qui s'assurent de la bonne observance du traitement et l'absence de signe de gravité à l'arrêt de l'alcool. Concernant le cannabis, l'IDE spécialisé intervient au domicile tous les 2 à 3 jours pendant la durée du sevrage.



La deuxième partie du protocole, une fois le sevrage effectué, consiste à **favoriser le maintien de l'abstinence avec apprentissage de stratégies d'aide au maintien de l'abstinence et de prévention de la rechute, renforcement positif, soutien et revalorisation**. Là encore, l'accompagnement médical et soignant est soutenu avec intervention des IDE spécialisés en addictologie au domicile et consultation d'addictologie lors de la phase d'instauration du changement du comportement vis-à-vis de la substance addictive.

Un traitement addictolytique adapté est instauré. La surveillance clinique du patient, récemment sevré, permet un **dépistage et un traitement des troubles psychiques** (trouble anxieux, trouble de l'humeur, trouble du sommeil...) gage d'un meilleur maintien de l'abstinence. De même, en cas de besoin ou de demande du patient, un bilan social peut être effectué.

Les protocoles comportent également un **bilan biologique** en lien avec le mésusage de la substance ainsi que tout examen rendu nécessaire par la clinique (Fibroscan notamment interprété par un hépatologue). **L'entourage du patient sera reçu** afin de permettre un accompagnement aidant et adapté vis-à-vis de la personne addictive. **Une permanence** téléphonique, les heures ouvrables, permet de répondre aux patients et aux tiers lors du protocole.

Le patient est orienté, après la phase d'instauration de l'abstinence, vers un suivi addictologique au sein du **Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin** afin de poursuivre l'aide au maintien de l'abstinence.

DÉVELOPPEMENT D'UN TRAVAIL EN RÉSEAU

Un trouble de l'usage d'une substance nécessite un travail en réseau de soin pour favoriser la prise en charge du patient addict, notamment lors de la réalisation du sevrage.

Il s'agit d'accroître l'accompagnement et le soutien au patient, améliorer sa prise en charge et l'efficacité dans l'obtention d'un arrêt complet de la substance.

De plus, le travail en collaboration avec le médecin traitant et référent du patient permet de favoriser le repérage des pathologies addictives, la cohérence du soin et d'améliorer le savoir-faire thérapeutique.

Le travail en réseau permet également, pour le médecin référent, de proposer à son patient un soin de meilleure qualité, il sécurise la prise en charge, et renforce l'accompagnement de son patient afin d'atteindre son objectif d'abstinence.

Les IDE spécialisés en addictologie et en sevrage de l'Unité de Sevrage en Ambulatoire peuvent solliciter le médecin adresseur ou référent dans la réalisation du Protocole de Sevrage en Ambulatoire pour leur patient.

Elles permettent de coordonner les soins lors du sevrage en lien avec le médecin addictologue.

DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE DE L'ALCOOL (P.S.A.A)

Partie à compléter par le MEDECIN REFERENT : Dr

Date :

Patient : Nom Prénom Age

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :
- Antécédents psychiatriques :
- Traitements en cours :
- Allergies connues :
- Autres addictions :
- Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) par le patient en verre standard (VS) :

-sur une journée :	VS
-sur une semaine :	VS
- Le patient est dans une démarche de soin par rapport à sa consommation alcoolique et accepte de bénéficier d'un bilan addictologique ?
- Le patient ne présente pas de contre indication à un sevrage de l'alcool au domicile :

-Antécédent de sevrage complexe de l'alcool	OUI / NON
-Antécédent de crise comitiale	OUI / NON
-Etat physique précaire	OUI / NON
-Etat psychiatrique grave décompensé	OUI / NON
-Incapacité à se conformer à un protocole	OUI / NON
-Autres addictions (sauf tabac ou cannabis)	OUI / NON

Document à adresser à :
Secrétariat de l'Unité de Sevrage Ambulatoire
 C.H.Esquirol CMP addictologie PUAL
 15, rue du Dr Marcland
 87025 LIMOGES CEDEX
 (Sous pli avec la mention « confidentiel »)
 Fax : 05.55.43.12.46
 Téléphone secrétariat : 05.55.11.96.85 (ouverture du lundi au vendredi de 9h à 17h)

DOCUMENT DE DEMANDE DU PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE DE L'ALCOOL (P.S.A.A)

Partie à compléter par le PATIENT

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone personnel :

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais Une fois par mois 2 à 3 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 à 9 10 ou plus

Combien de fois vous arrive-t-il de boire 4 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ?

- Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois
 Une fois par semaine Chaque jour ou presque

Motivation pour arrêter votre consommation d'alcool ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nul max

J'ai confiance dans la réussite du projet d'arrêter ma consommation d'alcool ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nul max

J'ai besoin d'être mieux informé sur le sevrage en alcool et la maladie alcoolique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nul max

Je confirme qu'une tierce personne peut se montrer disponible auprès de moi pendant toute la durée du sevrage (7 jours) : OUI / NON
 (L'absence d'un tiers disponible pendant la durée du sevrage au domicile contre indique le PSA)

LE SECRETARIAT D'ADDICTOLOGIE VOUS CONTACTERA AFIN DE CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS AU C.H. ESQUIROL/ UNITE DE SEVRAGE AMBULATOIRE

MODALITÉ PRATIQUE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'UNITÉ DE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

La demande d'intervention de l'Unité de Sevrage Ambulatoire est faite par le médecin généraliste grâce aux **documents de demande de Protocole de Sevrage**. Le document doit être complété par le médecin généraliste et par le patient.

Après avoir fait parvenir le document à l'Unité de Sevrage en Ambulatoire, le patient sera contacté pour un entretien préalable au sevrage (bilan d'addictologie et diagnostic, évaluation motivationnelle, évaluation psycho-pathologique, indication au sevrage ambulatoire...).

Les documents de demande de protocole de sevrage de l'alcool ou du cannabis sont disponibles sur demande au secrétariat de l'Unité de Sevrage en Ambulatoire, et également téléchargeable sur le site internet du CH Esquirol et sur le site d'Addictlim (onglet sevrage ambulatoire).

PERMANENCE

Le Secrétariat de l'Unité de Sevrage en Ambulatoire

est ouvert du lundi au vendredi

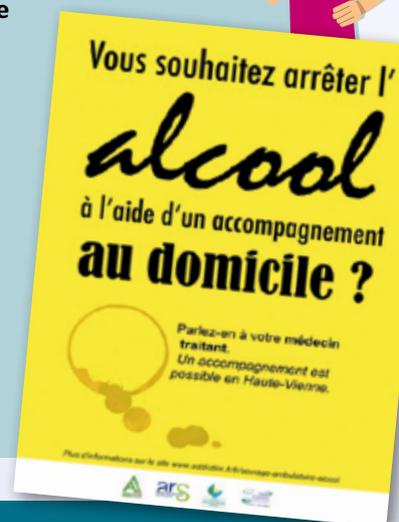
de 9H à 17H

tél. : 05 55 11 96 85

fax : 05 55 43 12 56

Secrétariat de l'Unité de Sevrage en Ambulatoire
 C.H.Esquirol CMP
 addictologie PUAL

15, rue du Dr Marcland
 87025 LIMOGES CEDEX



■ L'Unité de Sevrage en Ambulatoire est également disponible pour toute question en rapport avec le sevrage ambulatoire.

■ Des fiches thérapeutiques, affiches, plaquettes sont disponibles au secrétariat sur demande.

Références bibliographiques :

- Conférence de consensus du 17 mars 1999 : « objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant ».
- Conférence de consensus du 7 et 8 mars 2001 : « modalité de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage ».
- Liste des indicateurs validés par les sociétés savantes pour la prise en charge du sevrage du patient alcoolodépendant. HAS
- Revue de littérature Dr M. Reynaud, Dr A. Benyamina : « stratégie de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire : quel suivi et quelle durée de traitement » novembre 2015.
- L. Tisserand : « sevrage ambulatoire : une expérience de la coopération en addictologie » 2013 Elsevier Masson SAS.
- François David : « Sevrage ambulatoire du cannabis » 2014 Elsevier Masson SAS

Surveillance médicale des épreuves sportives

Dr Martine PREVOST

Médecin généraliste, CES, Biologie et Médecine du Sport,
conseillère ordinale

Quel médecin peut surveiller une compétition sportive sur le territoire français ?

Certaines fédérations de sports dits « à risques » ont pu inclure dans leur règlement des restrictions sur la qualification des médecins pouvant encadrer leurs compétitions sur le territoire national, comme la qualification de médecin urgentiste ou anesthésiste-réanimateur.

Pour la plupart des autres compétitions sportives, tout médecin inscrit au **Tableau de l'Ordre** en activité ou retraité peut surveiller l'activité sportive si ses compétences médicales le lui permettent : c'est-à-dire qu'il doit être en capacité de faire un diagnostic médical, d'organiser et de mettre en place les mesures de premiers secours aux blessés et enfin d'alerter les autres secours (pompiers, centre 15).

Cela veut donc dire qu'un étudiant en médecine ou un interne en médecine ne peut intervenir que sous la responsabilité et la tutorisation d'un autre médecin inscrit présent sur le terrain et en capacité d'intervenir immédiatement.

Un remplaçant non thésé mais disposant d'une licence de remplacement peut surveiller une compétition à condition de déclarer un contrat de remplacement avec un médecin de même spécialité sur la période de la surveillance de compétition et que ce remplacement ait été autorisé par le Conseil de l'Ordre.

Il existe des dispositifs particuliers pour certains médecins salariés de structures qui doivent obtenir l'autorisation de leur directeur administratif afin d'exercer cette activité de médecine sportive.

L'assurance professionnelle habituelle couvre-t-elle le médecin en cas d'accident ou de plainte ?

LA PLUPART DU TEMPS NON !

Il convient de déclarer par écrit à son assurance professionnelle la particularité de cet exercice médical et d'obtenir une confirmation par écrit de la couverture assurantielle effective..., ce qui est rare d'autant plus que le sport est à risque et qu'il peut y avoir des sportifs non français dans l'épreuve sportive. En fait, les assurances habituelles ont peur des recours d'athlètes comme des nord-américains par exemple ou d'autres ressortissants étrangers sans aucune couverture médicale ou la posture procédurière est courante.

L'établissement d'un contrat de surveillance des épreuves sportives entre l'organisateur et le médecin est-il obligatoire ?

OUI !!!!!

Sinon le médecin peut être poursuivi pour exercice de médecine foraine !

À quoi sert ce contrat de surveillance des épreuves sportives ?

Il sert à préciser le champ d'intervention du médecin (sportif et/ou public), les lieux et horaires d'intervention, les personnels à disposition (secouristes), le reste de l'équipe médicale sur le terrain, le matériel mis à disposition par l'organisateur, les honoraires ou le statut de bénévole et **surtout l'existence d'une assurance particulière (qui doit être citée avec le numéro de contrat éventuellement) qui couvrira l'activité médicale du praticien engagé.**

Quand la compétition émane d'une structure fédérale (fédération sportive olympique ou non) que ce soit un club, un comité, une ligue ou une fédération elle-même, la fédération sportive concernée a un accord avec un groupe d'assurances identifié qui assure toutes ses compétitions sur le territoire national. Il suffit que l'organisateur local déclare auprès de cette assurance la manifestation sportive pour que tous les intervenants bénévoles ou professionnels soient couverts sur le plan assurantiel

« Ce contrat établi en bonne et due forme protège le médecin intervenant ! »

Si la structure organisatrice est un comité des fêtes ou une association, il faudra s'assurer de l'existence d'une assurance couvrant l'activité médicale du médecin intervenant et cela c'est plus rare !

Questions ? Réponses !

Où se procurer un contrat de surveillance des épreuves sportives ?



Sur le site du CNOM, vous pouvez télécharger un contrat type très bien fait qui peut être renseigné et apporte tous les éléments indispensables précédemment cités. Ne cherchez pas à faire un contrat original, servez-vous de ce contrat type qui protégera votre activité.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/schema-de-contrat-pour-la-surveillance-des-epreuves-sportives-371>

Que faire de ce contrat de surveillance des épreuves sportives ?

Il doit être établi et cosigné en 3 exemplaires : un pour l'organisateur, un pour le médecin et un pour le **CDOM du département où est inscrit le médecin**. En cas d'un exercice en dehors de son département d'inscription, il convient également de prévenir le CDOM du département où se déroule la manifestation sportive.

Mon expérience :

Certaines manifestations sportives sont plus délicates à surveiller car il existe des sports à risque comme les courses automobiles ou le moto cross par exemple. Surveiller une compétition de sports collectifs en salle type basket ball ou compétition d'athlétisme sur un stade paraissent assez simple à médicaliser.

En effet, le médecin présent peut se positionner afin d'avoir une vue d'ensemble et intervenir en cas d'accident. Il en va tout autrement des surveillances de compétitions de sports à risque ou des manifestations sportives en plein air sur un circuit. La mode actuelle est aux courses de nature comme les trails de 10 km à plus de 50 km, aux courses à obstacles, aux raids enchaînant plusieurs activités de pleine nature.

Il est tout à fait délicat de maîtriser l'intervention médicale en tout point du circuit à tout moment. Je crois que le médecin qui accepte de surveiller ce type de manifestation sportive en pleine nature où tous les points du circuit ne sont pas facilement accessibles met la responsabilité du médecin à rude épreuve en cas d'accident.

Dans une société devenue procédurière, les ayants droits d'un sportif gravement blessé voire décédé peuvent se retourner contre l'organisateur et le responsable médical de la manifestation sportive.

Un autre point délicat : la prise en charge médicale de sportifs étrangers ne disposant pas d'une couverture assurantielle médicale comme celle existant en France. Certains pays sont encore plus procéduriers que le nôtre et les sportifs ont peut-être tout intérêt à porter plainte en cas d'accident, même non fatal afin d'obtenir des compensations financières car les secours ne seront pas arrivés assez vite (perte de chance), le matériel n'aura pas été suffisant...

Donc prudence avant de vous engager à assurer la couverture médicale d'une manifestation sportive !!!

Je crois qu'il est important que le médecin engageant ainsi sa responsabilité doit connaître l'activité sportive, les tenants et les aboutissants, et doit évaluer les risques encourus par les sportifs plus ou moins jeunes s'engageant dans des défis parfois déraisonnables. ■



En Résumé :

Pour surveiller une compétition sportive, il faut :

- être un médecin inscrit au Tableau en capacité d'assurer des soins de premiers secours
- disposer d'un contrat type du CNOM cosigné par l'organisateur et le médecin et transmis au CDOM
- être sûr d'être couvert par une assurance pour les soins apportés sur le lieu de la manifestation sportive
- il est indispensable que le médecin connaisse le champ exact de sa mission et que soit précisément indiqué s'il doit assurer la couverture médicale du public.

Convocation à l'Ordre suite à une plainte : une épreuve !!!

Dr Philippe BLEYNIE
Responsable de la Commission
de conciliation du CDOM 87



La réception d'un courrier « *recommandé* » du Conseil départemental de l'Ordre des médecins est sans doute pour chaque médecin, génératrice d'une certaine angoisse...

À l'ouverture du pli, la découverte d'une plainte peut être vécue comme un « *coup de massue* »... La stupeur ou l'indignation, voire la révolte sont certainement les premiers sentiments éprouvés... Au milieu des soucis du quotidien, de la charge de travail importante, c'est une épreuve que d'avoir à se justifier, à expliquer, à organiser sa défense.

Cet article voudrait tout d'abord préciser quelques éléments de la procédure et, autant que faire se peut, dédramatiser les choses en expliquant le rôle des conciliateurs.

Quelques éléments de procédure tout d'abord :

En premier lieu, il faut dire que le Conseil départemental n'a pas la possibilité d'effectuer un tri parmi les plaintes reçues. Il n'y a pas, d'un côté les plaintes pouvant présenter un certain fondement qu'il faudrait prendre en compte, et, de l'autre, celles qui paraissent complètement farfelues et qu'il faudrait laisser de côté en les traitant par le mépris. La loi impose au Conseil départemental une impartialité en la matière et les recommandations du **Conseil national de l'Ordre des Médecins** sont très claires sur ce point.

- Dans la plupart des cas, le Conseil départemental organise une rencontre entre le plaignant et le médecin faisant l'objet de la plainte.
- Cette réunion est obligatoire quand le confrère ou la consœur faisant l'objet de la plainte exerce une activité dite « libérale ». Cette rencontre porte le nom de « *réunion de conciliation* ». Nous reparlerons un peu plus loin dans cet article des conditions de son déroulement.
- Lorsque le confrère ou la consœur faisant l'objet de la plainte exerce une mission dite de « *service public* », cette réunion n'est pas obligatoire, la loi ne donnant pas de précisions sur la manière de faire pour le Conseil départemental. En Haute-Vienne, nous avons fait le choix d'organiser une rencontre qui ne peut pas s'appeler « *réunion de conciliation* » mais qui a le même objet et les mêmes fondements. Parfois, pour des raisons particulières, nous pouvons faire le choix de recevoir séparément les deux protagonistes.

La réunion de conciliation et le rôle des Conciliateurs :

Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que lors de la réunion de conciliation, nous ne sommes pas dans l'esprit du « *contradictoire* ». Il ne s'agit pas d'exposer argument contre argument ou de plaider au sens juridique du terme... **Il s'agit de permettre à deux personnes de communiquer, d'échanger dans la sérénité car, bien souvent, c'est ce qui a manqué dans la relation initiale** et ce qui a conduit à une plainte. Les causes de cette relation initiale « *ratée* » sont rarement unilatérales et la rencontre à l'Ordre, en présence de tiers neutres, permet souvent de faire émerger un échange beaucoup plus fructueux.

Il est indispensable de préciser le rôle des conciliateurs. Ils se doivent de garder une parfaite neutralité et leur travail est d'abord celui de faciliter la communication entre les protagonistes. Ils n'ont pas de rôle d'expert, que ce soit sur un plan médical, juridique ou moral... Ils sont là pour garantir un échange serein et courtois. Ils peuvent être amenés, à ce titre, à intervenir fermement si les choses « *dérailent* » d'un côté ou de l'autre.

Qui dit neutralité ne veut pas dire effacement total. Les conciliateurs peuvent être amenés, pour faciliter le dialogue ou la compréhension de l'un ou de l'autre, à reformuler certains propos...

Cet esprit de neutralité impose donc qu'avant la réunion de conciliation, il n'y ait pas de contact avec l'un ou l'autre des protagonistes... On est toujours tenté de distiller des précieux conseils à un confrère ou une consœur pour qu'il se présente dans les meilleures conditions à la réunion de conciliation ; c'est une attitude très humaine et naturelle mais attention à ne pas introduire dans son esprit que nous sommes « *de son côté* » car ce n'est pas le cas...



Vous savez, c'est parfois difficile d'être conciliateur car la neutralité ne peut pas faire abstraction des sentiments ou des intuitions profondes que chacune ou chacun peut avoir. Le conciliateur est généralement animé à la fois d'une bienveillance confraternelle et d'une empathie vis-à-vis d'un patient souvent « *blessé* ». **C'est au carrefour de ces deux sentiments qu'il peut trouver le chemin de la neutralité, de l'impartialité et d'une attitude « facilitatrice » dans l'échange.**

Nous n'évoquerons pas dans cet article les plaintes entre confrères qui ne sont pas toujours les plus faciles à gérer pour des raisons bien compréhensibles... Vous le savez bien, les « *ego* » des médecins sont parfois un peu surdimensionnés...

Un point particulier :

Faut-il se faire accompagner d'un avocat lors de la réunion de conciliation ?

C'est une habitude de plus en plus fréquente depuis quelques années que d'être accompagné(e) d'un avocat que ce soit pour le plaignant ou la personne faisant l'objet de la plainte. **Je ne vous cache pas qu'au départ, les conseillers ordinaires que nous sommes n'étions pas très rassurés par la perspective de la présence d'un ou plusieurs avocats** car ils ont une meilleure connaissance de la **Loi** que nous et ils sont rompus aux joutes oratoires qui sont l'essence même de leur métier.

En fait, cette présence s'avère très souvent bénéfique au

dialogue. Il est nécessaire pour cela de bien définir et baliser le champ de la réunion de conciliation qui n'est pas un lieu où l'on plaide. La plaidoirie viendra ensuite devant la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance si la plainte va jusque là... **On peut donc considérer que la présence d'un avocat, outre le fait qu'elle est « rassurante », est une chose plutôt positive.**

Enfin, il est toujours possible d'être accompagné(e), non pas d'un avocat mais d'une tierce personne (confrère ou consœur) en qui on a confiance.

CONCLUSION :

Il faut que vous sachiez que, très souvent et même majoritairement, les réunions de conciliation se passent bien avec une issue qui va être la levée de la plainte de la part du patient. Cet état de fait est toujours le fruit d'une écoute réciproque qui permet aux protagonistes de comprendre ce qui s'est passé.

C'est toujours une grande satisfaction pour les conseillers ordinaires conciliateurs qu'une telle situation à laquelle on parvient sans forcer la main de qui que ce soit. Bien sûr, la plainte peut être maintenue mais le dialogue a eu lieu et c'est important. Dans un prochain article, nous étudierons le devenir de ces plaintes après la réunion de conciliation.

Chère consœur, cher confrère, si vous êtes confronté(e) à cette dure réalité qu'est une plainte à votre encontre, soyez certain que l'esprit confraternel des conciliateurs fera tout pour atténuer l'impact de ce que vous ressentez, à juste titre, comme une épreuve.



Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine de l'Ordre des Médecins

Frédérique BOUDRIE
Secrétaire Administrative CDOM

NOUVELLE-AQUITAINE : DEPUIS LE 8 FÉVRIER 2019 DÉMÉNAGEMENT DU CROM À BORDEAUX

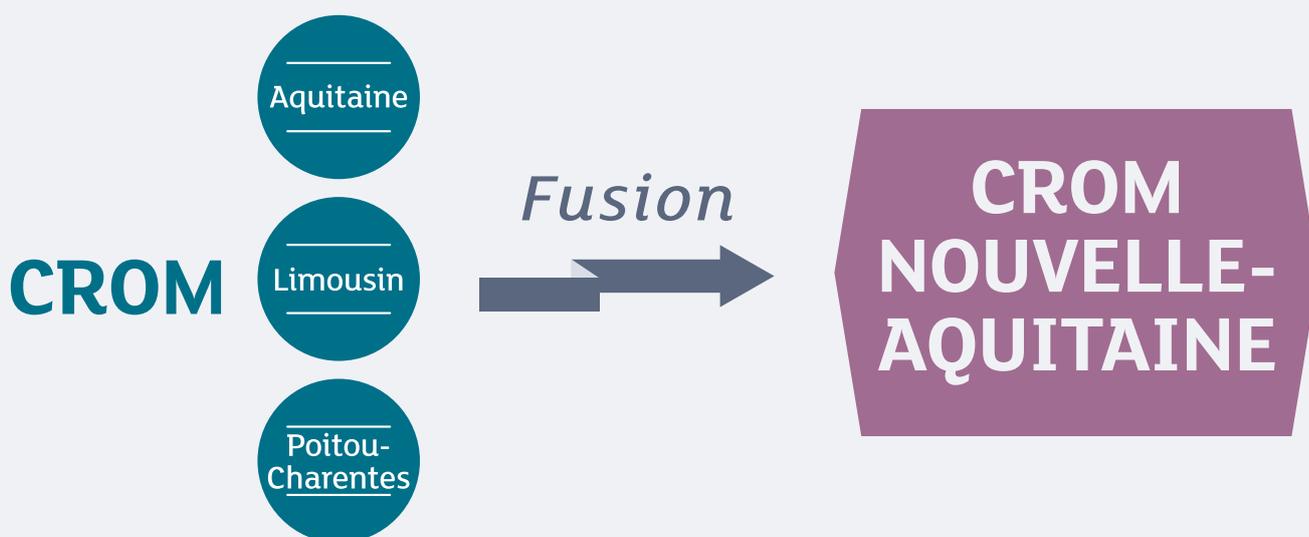
Depuis le 8 février 2019, les instances du Conseil Régional du LIMOUSIN de l'Ordre des Médecins ont fusionné avec les conseils régionaux de l'ordre des médecins des autres départements de Nouvelle-Aquitaine.

Attention : cette réforme ne concerne pas les conseils départementaux qui, eux, restent installés dans leur département de rattachement.

Cette réforme ne remet pas en question l'attribution des missions dévolues à chaque échelon administratif (CDOM, CROM, CNOM).

Pour s'inscrire au tableau, signaler un changement d'activité, prendre sa retraite, régler sa cotisation : Rien ne change, le médecin doit prendre contact avec **son Conseil départemental**.

Ainsi, le Conseil départemental de la HAUTE-VIENNE est toujours situé 19 rue Cruveilhier à LIMOGES.



Le Conseil
Régional
Administratif

La Chambre
Disciplinaire
de Première
Instance

*Nouvelle
Adresse*



**BORDEAUX
CROM N-A**

La Section
des Assurances
Sociales

La Formation
Retreinte
de Première
Instance

*Nouvelle
Adresse*

ATTENTION : En cas de confirmation de la plainte devant **le Conseil départemental de la Haute-Vienne situé à LIMOGES**, le dossier de plainte est donc désormais transmis à **la Chambre disciplinaire de Première instance située à BORDEAUX**.

Le médecin à l'encontre duquel une plainte a été déposée et le plaignant devront donc se déplacer à BORDEAUX lors de la convocation à l'audience devant **la Chambre disciplinaire**.

La Formation Restreinte est l'instance qui prend des décisions de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique et de suspension partiellement ou totalement en cas d'insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession.

ÉLECTIONS CROM NOUVELLE-AQUITAINE : 7 février 2019

Les conseillers élus en binôme pour représenter la HAUTE-VIENNE au Conseil régional de NOUVELLE-AQUITAINE sont : le Docteur Stéphane BOUVIER, conseiller départemental, et le Docteur Martine CASTILLON.



**BORDEAUX
CROM N-A**

84, quai des Chartrons
33000 Bordeaux

Accès : Tram A • Arrêt « Chartrons »

Déontologie

Dr François BERTIN
Chirurgien Thoraco-Vasculaire, conseiller ordinal



Dans la suite de l'exploration du code de déontologie médicale : l'article 40.

Un texte très court qui en signifie pas mal long sur la responsabilité du médecin à tel point que l'expression est passée dans le langage courant du milieu judiciaire ou des procédures d'enquêtes, qui énonce « **Faire un article 40 à l'encontre de...** », c'est-à-dire incriminer un médecin particulièrement sur le mésusage d'une prescription médicale pour rester dans le thème de ce numéro de votre journal du Conseil de l'Ordre. Bonne lecture et surtout plein de bonnes intentions dans nos ordonnances. ■

Article 40 : Risque injustifié

Article R.4127-40 du code de la santé publique

Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

Il n'est pas dit que le médecin ne doit pas faire courir de risque, mais de risque injustifié. L'adage "*Primum non nocere*" ne doit pas être compris de façon trop stricte qui condamnerait le médecin à l'impuissance (son abstention pourrait être également nocive). Il n'y a pas d'intervention absolument sans danger, en médecine comme ailleurs : même une substance inactive responsable d'un effet placebo peut aussi entraîner, chez le même patient ou chez un autre, un effet nocebo.

Aucune prescription n'est anodine. On pense volontiers, surtout dans le public, aux risques de la chirurgie et de l'anesthésie. Mais tout traitement comporte des risques, certains plus que d'autres. Les dictionnaires de spécialités pharmaceutiques indiquent les effets indésirables et les contre-indications des médicaments. Des équipes de "pharmacovigilance" enquêtent sur chaque incident signalé pour que les risques thérapeutiques soient mieux connus. Le code de déontologie italien a un article pour rappeler que "le médecin est tenu de connaître la composition, les indications, les contre-indications et les interactions des produits qu'il prescrit".

Des investigations dites naguère "sanglantes", aujourd'hui "invasives", comme des ponctions-biopsies ou relevant de l'imagerie interventionnelle, peuvent entraîner des complications, qui seront considérées avant que l'indication en soit posée. Même des examens réputés plus anodins présentent des inconvénients, proprement toxiques ou psychologiques, qu'on ne saurait sous-estimer. La seule intervention du médecin peut avoir des conséquences défavorables, par ce qu'il fait ou prescrit, mais aussi par ce qu'il dit..

Tous les actes du médecin relèvent de choix, parfois simples et rapides, d'autres fois plus complexes, entre des décisions qui comportent des avantages et des inconvénients. Avec ses connaissances et son expérience (article 70), il lui revient d'évaluer le rapport bénéfices/risques, de peser les enjeux, d'apprécier les risques que fait courir la maladie et, en regard, ceux de l'intervention possible et qu'il va proposer au patient. Un principe de *proportionnalité* intervient selon lequel l'évolution spontanée va être équilibrée par l'intervention médicale, avec ses divers termes et ses diverses conséquences, probables ou possibles.

L'acquisition de techniques ou de thérapeutiques nouvelles ne se fait pas sans risques. Leur développement a encouragé les responsables de la santé à proposer des mesures et règles de bonne pratique visant à assurer la sécurité des patients (voir note 1) sous le contrôle de divers établissements (Etablissement français du sang, Agence de la Biomédecine, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

La justification d'un acte médical dépend ainsi de la maladie et des données de la science médicale détenues par le médecin. Cependant elle dépend aussi et en dernier ressort du patient, comme celui-ci en témoigne en appelant ou en venant voir le médecin.

La suite de l'intervention médicale est également déterminée par l'avis qu'il peut donner. En matière de chirurgie esthétique, pour des affections chroniques, pour des maladies menaçant la vie au même titre que les thérapeutiques nécessaires pour les combattre, en fin de vie..., les circonstances sont nombreuses où le patient a non seulement le droit de donner son avis sur un acte médical mais où le médecin a le devoir de le recueillir car cet avis peut être déterminant pour des enjeux de vie, de mutilation grave ou de mort. C'est une lourde responsabilité qui impose, encore plus que d'ordinaire, l'information du patient (articles 8, 35, 36, 41).

(1) notamment hémovigilance : articles L.1221-13, R.1221-40 et suivants du code de la santé publique ; pharmacovigilance : articles R.5121-150 et suivants du code de la santé publique ; matériovigilance : articles R.5212-1 et suivants du code de la santé publique.

www.ordremedecins87.com

LE SITE DES MÉDECINS DE LA HAUTE-VIENNE

Retrouvez **EN UN CLIC**
sur un espace médical
dédié et sécurisé toutes
les informations utiles
**sur ordinateur, tablette
et smartphone***



SIMPLE, INTUITIF, PRATIQUE

Le Conseil départemental a conçu ce site pour aider les médecins à trouver rapidement et à portée de main, toutes les informations relatives à leur exercice professionnel.

N'importe où, retrouvez instantanément :

- ▶ Certificats médicaux
- ▶ Gardes et urgences
- ▶ Remplacements
- ▶ Actualités médicales
- ▶ Contacts utiles
- ▶ Annonces professionnelles
- ...

* compatible sur



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

AGENDA

SAISIES DE DOSSIERS

■ 42 saisies de dossiers faites par les Conseillers et le Bureau, qui ont eu lieu au CH DUPUYTREN, CH ESQUIROL, CH SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE, Cliniques des ÉMAILLEURS, ainsi que dans différents cabinets médicaux.

RÉUNIONS AU CONSEIL NATIONAL

■ **12 septembre 2018** : Réunion des Présidents des Conseils départementaux au Conseil National. Le CDOM était représenté par le Docteur Anne-Marie TRARIEUX, Vice-Présidente.

■ **29 septembre 2018** : Assemblée Générale du CNOM en présence Des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Stéphane BOUVIER, Vice-Président, Christophe DESCAZEAUD, Trésorier et Luc AUBANEL, Secrétaire Général Adjoint.

■ **9 - 10 octobre 2018** : Formation au CNOM sur les thèmes « contrats » et « plaintes et doléances » en présence de Madame Frédérique BOUDRIE, Secrétaire.

■ **3 mars 2019** : Réunion des Présidents des Conseils départementaux au Conseil National. Le CDOM était représenté par le Docteur Stéphane BOUVIER, Vice-Président.

■ **16 mars 2019** : Assemblée Générale du CNOM en présence Des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Secrétaire général et Véronique BAZANAN, Trésorière.

PDSA

■ **21 juin 2018** : Rencontre à l'ARS Nouvelle Aquitaine en présence des Docteurs Luc AUBANEL, Secrétaire Général Adjoint et Patrick MILLET.

■ **4 avril 2019** : Comité de suivi de la PDSA à l'ARS Limoges, en présence du Docteur Luc AUBANEL.

RENDEZ-VOUS DU PRÉSIDENT

■ **20 novembre 2018** : Rencontre avec le Docteur Pierre-Yves ROBERT, Doyen de la faculté de médecine de Limoges.

■ **23 novembre 2018** : Déjeuner de travail avec le Professeur Alain VERGNENEGRE, Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Limoges et le Docteur Thierry BOELY, Secrétaire général.

■ **26 février 2019** : Réunion à la Faculté organisée par Mme Marie-Laure DARDE, sous l'égide du nouveau doyen, en vue de l'élaboration d'une charte déontologique et mise en place d'une commission en charge d'enseignements sur la déontologie.

■ **19 avril 2019** : Déjeuner de travail au CDOM avec le Docteur Mickael FRUGIER, représentant les URPS. Étaient présents les Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Anne-Marie TRARIEUX, Vice-Présidente, Thierry BOELY, Secrétaire Général, Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint, Philippe BLEYNIÉ, Yves FEYFANT et Luc MILLET.

AUTRES RÉUNIONS

■ **3 mai 2018** : Commission d'Activités Libérales du CHU de Limoges en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ **9 mai 2018** : Rencontre à la Faculté de médecine portant sur l'installation et le remplacement en médecine générale. Le CDOM était représenté par le Docteur Élodie Poyade.

■ **5 juin 2018** : Commission d'Activités Libérales du CHU de Limoges en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ **18 juin 2018** : Réunion de travail sur « la transgression et la fin de vie ». Étaient présents les Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Anne-TRARIEUX, Vice-Présidente, François BERTIN, Fabienne DESCHAMPS, Yves FEYFANT, Coralie LAULIAC-MONBUREAU, Dominique MOREAU, Ghislaine MONIER et Agnès NICOT.

■ **21 juin 2018** : CPL à la CPAM de Limoges en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ **26 juin 2018** : Journée de l'Entraide au Conseil National, en présence du Docteur Agnès LE FLAHEC.

■ **27 juin 2018** : Point presse à la salle des Maréchaux de la Préfecture en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint, concernant la signature du protocole de sécurité des médecins et reportage SECURIMED 87 sur France 3.

■ **3 juillet 2018** : Réunion d'échange entre les conseillers ordinaires départementaux et régionaux concernant la future région Nouvelle-Aquitaine. Le CDOM était représenté par les Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Stéphane BOUVIER, Vice-Président.

■ **7 - 8 septembre 2018** : Réunion de l'Association MOTS à Toulouse.

■ **12 octobre 2018** : Cérémonie de remise des bourses de l'AFEM, en présence du Docteur Coralie LAULIAC-MONBUREAU.

■ **22 octobre 2018** : Réunion sur la Santé des Étudiants au CDOM. Étaient présents les Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Frédéric BRUNO, Fabienne DESCHAMPS et Yves FEYFANT.

■ **25 octobre 2018** : Reportage « Envoyé Spécial » sur France 2 sur la sécurité des médecins, avec la participation du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ **5 novembre 2018** : Présentation du dispositif d'accueil des nouveaux internes. Le Conseil départemental et les Docteurs Anne-Marie TRARIEUX, Élodie POYADE et Frédéric BRUNO ont assuré une présentation.

■ **23 novembre 2018** : Soirée de formation sur les violences conjugales, la prise en charge et les certificats médicaux. Le CDOM était représenté par les Docteurs Véronique BAZANAN et Fabienne DESCHAMPS.

■ **27 novembre 2018** : Organisation d'une Table Ronde par le Docteur Dominique MOREAU sur le thème des addictions, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Secrétaire Général, François BERTIN, Franck DEMONGEOT, Yves FEYFANT et Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint, Frédérique BOUDRIE et Christelle ROULIÈRE, Secrétaires.

■ **4 décembre 2018** : Réunion à la Préfecture sur les dérives sectaires. Le CDOM était représenté par le Docteur Yves FEYFANT.

■ **16 janvier 2019** : Cérémonie des vœux à la Cour d'Appel de Limoges, en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ **17 janvier 2019** : CPL à la CPAM de Limoges en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ **18 janvier 2019** : Cérémonie des vœux à la Préfecture de Limoges, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, et Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ **22 janvier 2019** : Assemblée générale de l'AFEM à Paris. Le CDOM était représenté par le Docteur Agnès LE FLAHEC.

■ **22 janvier 2019** : Réunion de la Commission d'Activités Libérales à Esquirol en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ **24 janvier 2019** : Soirée de clôture du Conseil régional du Limousin avant transfert sur Bordeaux, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Secrétaire Général et Philippe BLEYNIÉ.

■ **1^{er} mars 2019** : Visite du CHU Dupuytren 2 en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ **7 mars 2019** : Visite du CHU Dupuytren 2 en présence du Docteur Anne-TRARIEUX, Vice-Présidente.

■ **14 mars 2019** : Présentation Securimed 87 aux URPS NA à Bordeaux en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Référent Sécurité CDOM.

■ **4 avril 2019** : CPL à la CPAM de Limoges en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.