



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 25

JANVIER 2020

Conseil départemental de la Haute-Vienne



DOSSIER LES VIOLENCES CONJUGALES

- *Le rôle du médecin*
- *Certificat de constatation*
- *Orientation de la victime*

p. 8



L'éthique
"Prêt de
chez vous". p. 14



Histoire locale
de la médecine

p. 16



sommaire

■ Édito	p. 3
■ Exercice professionnel	
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 4-5
• Nécrologie	p. 6
■ Dossiers	
• <u>DOSSIER VIOLENCES CONJUGALES</u>	p. 8-13
• <u>DOSSIER L'ÉTHIQUE</u>	p. 14-15
• <u>DOSSIER HISTOIRE LOCALE DE LA MÉDECINE</u>	p. 16-23
■ Informations pratiques	
• Dernière naissance de D.E.S. (suite) Médecine légale	p. 24-26
• Élimination des déchets	p. 27-30
■ Rubrique Juridique	
• Plaintes : après la réunion de conciliation, quelles suites ?	p. 31-33
• Déontologie	p. 34-35
■ L'agenda	p. 36

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 1-8-9-11-12-14-15-16-20-22-25-26-27-
 28-29-30-31-32-33-36 : © Shutterstock



édito

Dr Pierre BOURRAS

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

La fin de l'année 2019 et le début de 2020 sont marqués par l'acutisation de problèmes chroniques :

- Difficultés et mal être des médecins et des étudiants hospitaliers, « misère des hôpitaux »
- Nécessaire rentabilité des établissements privés

Dans les deux cas, les médecins ne font que subir des situations et les conséquences des décisions où ils ont eu rarement la possibilité d'influer ; le pire n'est pas pour les médecins mais pour les patients. Les difficultés de joindre les spécialistes et les médecins généralistes, et les délais de consultations sont intolérables. Le nombre de consultations prises par « relations » et dont il y a quelques années, Martin HIRSCH s'était scandalisé en oncologie à l'APHP, ne fait qu'augmenter.

Difficultés des médecins généralistes qui sentent bien le risque de passage au salariat déjà bien ancré dans les budgets par les subventions, aides, ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique),... En l'état actuel, ce salariat est tentant mais avec quel respect du libre choix du patient, avec quel respect de l'indépendance du médecin qui, si on poursuit le raisonnement devant les protocoles, les recommandations, les interdictions, se trouvera concurrencé par une intelligence artificielle. Elle sera plus obéissante aux contingences économiques, cette intelligence artificielle qui est et sera un outil extraordinaire et source de progrès sur la prise en charge des patients mais qui sans l'humanisme, la présence, l'écoute, la bienveillance du médecin ne sera qu'un arbre sans feuille.

Et pourtant, quand nous recevons les jeunes médecins lors de leur inscription, quels beaux projets, quelle envie de bien faire, quelle bienveillance nous apparaissent souvent, sentiments déjà en partie étouffés par la pesanteur administrative. « Ce n'est pas être médecin de médecine générale qui fait peur, c'est les contraintes actuelles et à venir qui repoussent les projets d'installations ».

Sur le plan local, la composition de votre Conseil départemental de l'Ordre nous donne la possibilité d'entendre tous les modes d'exercice de la médecine et donc d'essayer dans la mesure du possible d'aider à prendre des décisions et à soutenir dans les passages difficiles (bravo à nos consœurs de l'Entraide qui allient écoute, bienveillance et efficacité). N'hésitez pas à nous interpeller dans les problèmes quotidiens de contrats, de certificats, de relations entre confrères, de déclarations de maltraitance ou d'agression sexuelle.

Le Comité Ville Hôpital réunit, comme vous le savez, des médecins hospitaliers (publics et privés) et des médecins libéraux : généralistes et spécialistes, afin d'améliorer les contacts, les décisions communes. Le Docteur Dominique GROUILLE, dont beaucoup d'entre nous connaissent le travail admirable réalisé au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs, en a pris la présidence. C'est une chance dont il faut profiter.

Enfin, il faut laisser leur chance aux nouvelles organisations proposées par le gouvernement et, si elles apportent quelque chose, se les approprier et si elles n'apportent rien, les adapter aux besoins des médecins ou si elles s'avèrent inutiles ou inadaptées, le dire haut et fort.

Je veux citer les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) dont l'idée est excellente pour transférer à une personne compétente les tâches complexes dans certaines situations avec plus d'efficacité et de rapidité, mais qui ne doit pas devenir une couche supplémentaire dans le millefeuille administratif.

Je veux parler des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), qui si elles sont issues d'une communauté ou d'un noyau de médecins vont favoriser là aussi rapidité et efficacité mais ne seront qu'un gouffre financier de plus si elles sont vécues comme des opportunités et non conçues pour aider la prise en charge des malades.

Les auxiliaires médicaux dont le financement décroissant et non pérenne nécessite l'anticipation des éventuels avantages et défauts d'une profession pour le moment dans le flou de leurs futures compétences.

Enfin, pour ceux qui suivent le feuilleton Conseil national de l'Ordre des Médecins/Cour des comptes, quelques banalités sur lesquelles il faut néanmoins réfléchir après avoir lu (ou feuilleté) ce fameux rapport et les réponses du Docteur Patrick BOUET (que vous trouverez sur le site du CNOM www.conseil-national.medecin.fr).

Oui, le rapport est très sévère et ne tient aucun compte des énormes changements d'organisation déjà faits ou en cours ;

Oui, aucune profession n'est épargnée par la délinquance de certains de ses membres, ce qui ne signifie pas délinquance de l'institution : des sanctions disciplinaires ont été prises à l'encontre des élus mis en cause ;

Oui, nous sommes des bénévoles indemnisés, oui cette indemnité correspond à une diminution de l'activité médicale rémunératrice. Cette rémunération est le plus souvent très inférieure à la perte des revenus (ce qui est le cas dans votre département). Il en va de la conscience de chacun en fonction du travail effectué et des responsabilités prises.

Je laisse votre bon sens juger impartialement et avec toute bonne foi le rapport et ses conséquences.

Le présent est difficile, le futur à court terme toujours difficile mais les importantes modifications en cours du système de santé doivent aider les malades et les médecins, et votre Ordre doit y participer avec enthousiasme.

Bonne année à Tous.

TABLEAU Du 11 avril 2019 au 4 décembre 2019

PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr BAÏSSE Arthur, le 31 octobre 2019
 Dr BAUDOIN Pierre, le 31 octobre 2019
 Dr BERTRAND Adeline, le 3 juillet 2019
 Dr BENICHOU Alice, le 4 juillet 2019
 Dr BOURY Marion, le 30 avril 2019
 Dr BUGEAUD Ophélie, le 6 novembre 2019
 Dr FANANAS Emilie, le 6 novembre 2019
 Dr GALAUD Amaury, le 4 novembre 2019
 Dr GONELLA Laetitia, le 6 novembre 2019
 Dr GRAS Céline, le 3 juillet 2019
 Dr JOUSSAIN Sophie, le 5 juin 2019
 Dr LAFORET Claire, le 30 avril 2019
 Dr LASPOUGEAS Alban, le 31 octobre 2019
 Dr MISSET Blanche, le 31 octobre 2019
 Dr OURADOU Vincent, le 31 octobre 2019
 Dr PY Alexandre, le 3 juillet 2019
 Dr RIGAL Romain, le 9 octobre 2019
 Dr TEINTURIER Jennifer, le 31 octobre 2019
 Dr TRIGUEROS ALAMO Manuel José,
 le 15 mai 2019

En anatomie et cytologie pathologiques

Dr HERMINEAUD Bertrand, le 31 octobre 2019

En anesthésie-réanimation

Dr GILBERT Guillaume, le 31 octobre 2019
 Dr LEFEBVRE Cyrielle, le 31 octobre 2019
 Dr SANSON Amandine, le 31 octobre 2019
 Dr YOUSSEF Baher, le 6 novembre 2019

En biologie médicale

Dr DURIEUX Marie-Fleur, le 31 octobre 2019

En cardiologie

Dr ERRAHMOUNI Abdelkarim, le 15 mai 2019

En chirurgie générale

Dr CHAUVET Romain, le 31 octobre 2019
 Dr PELETTE Romain, le 31 octobre 2019
 Dr ROUX-DAVID Alexia, le 4 novembre 2019

En dermatologie vénéréologie

Dr DESCOURS Clémentine, le 4 novembre 2019

En gastro entérologie et hépatologie

Dr RODRIGUES Rebécca, le 31 octobre 2019

En médecine interne

Dr BRISSET Josselin, le 31 octobre 2019
 Dr DESVAUX Edouard, le 31 octobre 2019
 Dr PARREAU Simon, le 31 octobre 2019

En médecine nucléaire

Dr RIAHI Edouard, le 31 octobre 2019

En neurologie

Dr DESCHAMPS Nathalie, le 31 octobre 2019

En néphrologie

Dr DUVAL Marion, le 24 octobre 2019

En ophtalmologie

Dr DEVO Novissi, le 31 octobre 2019
 Dr VIDAL Thomas, le 31 octobre 2019

En ORL et chirurgie cervico-faciale

Dr MEUNIER Amélie, le 31 octobre 2019

En oncologie médicale

Dr PEYRAMAURE Clémentine, le 31 octobre 2019

En oncologie radiothérapie

Dr MAURIANGE-TURPIN Gladys,
 le 31 octobre 2019

En pédiatrie

Dr ARANDA Florian, le 4 novembre 2019
 Dr BOTHOREL Philippe, le 31 octobre 2019
 Dr LAREE Thomas, le 5 novembre 2019

En psychiatrie

Dr BRIGNON Laure, le 31 octobre 2019
 Dr BUGEAUD Tiphaine, le 31 octobre 2019
 Dr CISSE Fatou, le 31 octobre 2019
 Dr VERLEY Jean-Baptiste, le 25 octobre 2019
 Dr VIREVIALLE Anne-Laure, le 31 octobre 2019

En rhumatologie

Dr BILLO Anna, le 21 octobre 2019

RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr AUMONT Laure, le 3 juillet 2019
 Dr DE GERCOURT Thibault, le 6 novembre 2019
 Dr DOUZON Vincent, le 9 octobre 2019
 Dr NALIER Philippe, le 4 septembre 2019
 Dr PY Romain, le 15 mai 2019

En anatomie et cytologie pathologiques

Dr SÉVIGNÉ Luc, le 6 novembre 2019

En biologie médicale

Dr MAGNE Isabelle, le 9 octobre 2019

En chirurgie générale

Dr LALOZE Jérôme, le 4 décembre 2019

En chirurgie thoracique et cardio vasculaire

Dr PORTERIE Jean, le 3 juillet 2019

En gynécologie obstétrique

Dr HESSAS Miassa, le 4 décembre 2019

En neurologie

Dr COSNARD Alexandre, le 4 décembre 2019
 Dr SURGÉ Jules, le 4 décembre 2019

En oncologie option médicale

Dr DELUCHE Elise, le 4 décembre 2019

TABLEAU Du 11 avril 2019 au 4 décembre 2019

QUALIFICATIONS

(Commission nationale de 1^{ère} Instance)

En chirurgie orale

Dr BELMON Patrick, le 5 juin 2019
Dr PENELAUD Philippe, le 5 juin 2019
Dr EGLIZEAUD Alain, le 4 décembre 2019

En médecine vasculaire

Dr BOSSELUT Jean-Louis, le 15 mai 2019

En maladies infectieuses et tropicales

Dr DENES Eric, le 4 septembre 2019

En gériatrie

Dr MEYER Stephan, le 4 septembre 2019

DESC GROUPE 2 QUALIFIANT

En gériatrie

Dr AUPERT Anaïs, le 9 octobre 2019
Dr GIROULT Nicolas, le 3 juillet 2019
Dr MOUNSAMY Ludwig, le 3 juillet 2019
Dr WILLEBOIS Stéphanie, le 4 septembre 2019

En chirurgie thoracique et cardio vasculaire

Dr PORTERIE Jean, le 3 juillet 2019

En chirurgie viscérale et digestive

Dr DERBAL Sophiane, le 4 décembre 2019

En médecine d'urgence

Dr BROUSSIER Gabriel, le 9 octobre 2019

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr AUGER Marie-Claude, partie le 24 mai 2019 en Gironde
Dr BARRERE Marie, partie le 29 octobre 2019 en Haute-Garonne
Dr BAUDRIER Fabien, parti le 23 octobre 2019 dans les Pyrénées Atlantiques
Dr BONNIN-KUTTLER Anne-Marie, partie le 8 juin en Charente
Dr BOUCHET Etienne, parti le 28 novembre 2019 en Corrèze
Dr CHEDAILLE Pierre, parti le 17 octobre 2019 en Nouvelle-Calédonie
Dr CLAVERIES Paul, parti le 1er mai 2019 dans les Pyrénées Atlantiques

Dr CORDEAU Philippe, parti le 11 juillet 2019 en Gironde

Dr COUDENE Jean-Pierre, parti le 18 septembre 2019 en Corrèze
Dr COUDERC Jean-Baptiste, parti le 13 septembre 2019 en Corrèze
Dr COURSEAU Mathilde, partie le 1^{er} novembre 2019 en Corrèze

Dr DARIEL Anne-Laure, partie le 30 août 2019 dans les Pyrénées Orientales

Dr DIDOT Valerian, parti le 1^{er} novembre 2019 dans le Cher

Dr GIBOT Jean-François, parti le 29 juin 2019 en Vendée

Dr JEREMI Titus, parti le 7 septembre 2019 dans le Morbihan

Dr JOUSSAIN Sophie, partie le 28 octobre 2019 en Corrèze

Dr MACABRE Yannick, parti le 25 avril 2019 en Creuse

Dr MANCIA Claire, partie le 7 août 2019 en Charente-Maritime

Dr MARGUERITTE François, parti le 1^{er} novembre 2019 dans le Val d'Oise

Dr MICHEL Jean-Marcel, parti le 17 avril 2019 en Gironde

Dr NICOLAS Audrey, partie le 1^{er} novembre 2019 dans le Nord

Dr ORSONI Xavier, parti le 29 octobre 2019 en Corrèze

Dr PORTERIE Jean, inscrit sur la liste spéciale du CNOM

Dr PRUD'HOMME Romain, parti le 3 novembre 2019 dans le Val de Marne

Dr TALLA Perrine, partie le 27 novembre 2019 à Paris

Dr TERRADE François-Xavier, parti le 26 avril 2019 en Loire-Atlantique

Dr VARGAS Alix, partie le 2 juillet 2019 en Dordogne

Dr VAYSSE-VIC Mathieu, parti le 26 juin 2019 en Corrèze

Dr VITALE Gaetano, parti le 1^{er} novembre 2019 dans la Sarthe

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité

Dr BRIANCHON Rémi, le 1^{er} juillet 2019
Dr DITLECADET Marc, le 1^{er} août 2019
Dr DUMAS Pascale, le 1^{er} juillet 2019
Dr EICHLER Bernard, le 1^{er} octobre 2019
Dr LADROIT Didier, le 1^{er} juillet 2019
Dr TERNISIEN D'OUVILLE Bruno, le 1^{er} octobre 2019

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

Dr BLEYNIE Philippe, le 1^{er} juillet 2019
Dr BROSSET Anny, le 1^{er} juillet 2019
Dr COURIVAUD-FEBRER Bernadette, le 1^{er} juillet 2019
Dr DESBORDES Marie-Hélène, le 28 novembre 2019
Dr FIEVEZ Catherine, le 1er octobre 2019
Pr MOREAU Jean-Jacques, le 1^{er} septembre 2019

DÉCÈS

Dr ALBERT Daniel, le 26 mai 2019
Dr BARDOU Dominique, le 11 octobre 2019
Dr BERTRAND Hervé, le 7 juin 2019
Dr BOUHET Jacques, le 22 juillet 2019
Dr GERARDIN Jean, le 11 septembre 2019
Dr LEROY Vincent, le 9 juin 2019
Dr NICOT Claude, le 9 août 2019
Pr ROUSSEAU Jacques, le 23 août 2019

NÉCROLOGIE



Le Docteur Vincent LEROY, médecin rhumatologue, nous a quittés le 9 juin 2019. Ses obsèques religieuses ont été célébrées le 12 juin 2019 en l'Eglise de Landouge, sur la paroisse Sainte Blandine.

Le Conseil départemental m'a demandé de rédiger l'hommage que nous lui devons et je le fais bien volontiers l'ayant côtoyé pendant de longues années dans les instances ordinaires.

Pour commencer, je donnerai la parole à un de ses fils qui a fait un

beau témoignage lors des obsèques de son papa. Ces quelques lignes vous dépeindront bien l'homme qu'il a été :

«C'est donc l'histoire d'une famille belge qui débarqua en Limousin dans le chaos de la guerre en 1940... Il aimait rappeler que le Limousin fut surtout adopté par mes grands-parents pour ses forêts assurant bois de chauffage et châtaignes pour faire face aux privations de la guerre. Né le 22 décembre 1941 à Limoges, il fut particulièrement marqué par ces terribles années qui forgèrent durablement son caractère. Héritier du prénom Vincent, mon grand-père lui fit endosser très jeune les habits de futur chef de famille à travers :

- Une éducation stricte, exigeante et complète à Ozanam, Betharram et chez les scouts
 - La transmission de la mémoire familiale,
 - Son implication dans toutes les affaires de mon Grand-Père
- Il tira de tout cela les valeurs qui allaient conduire sa vie :
- Un indéfectible sens de l'honneur et des responsabilités
 - Une fidélité à sa famille et à ses amis
 - Une vocation pour aider les autres
 - Une application au travail et une érudition
 - Sa foi chrétienne
 - Une courtoisie, une modestie et simplicité de vie ».

Ce caractère bien trempé et son souci des autres le conduisirent à devenir médecin rhumatologue, profession qu'il exerça longtemps en association puis tout seul. Inscrit à l'Ordre le 13 mars 1975, il devint Conseiller ordinal titulaire le 13 janvier 1980. Il resta Conseiller titulaire, élection après élection, jusqu'en 2008 et termina sa carrière ordinale comme Conseiller suppléant de 2008 à 2015. Quelle longévité !!! Son histoire avec l'Ordre Départemental est surtout marquée par la fonction de Secrétaire Général, poste qu'il occupe de 1986 à 2006 aux côtés de 3 présidents différents, le Docteur Jean DEBLOIS, trop tôt disparu en 1987, le Professeur Jean-José BOUQUIER et le Docteur Jean DUSSARTRE. En 2006, j'ai eu l'honneur de lui succéder, en binôme avec Pierre BOURRAS, comme Secrétaire Général. Entre 2006 et 2008, il fut Vice Président sous la présidence du Docteur François ARCHAMBEAUD.

Que dire de son action ordinale ! Permettez un petit témoignage personnel tout d'abord : en 1991, j'étais un jeune Conseiller suppléant et je me souviens de tout ce qu'il a donné quand la décision a été

prise de quitter la rue de l'Amphithéâtre où nous étions domiciliés dans les mêmes locaux qu'un syndicat de Médecins et d'autres organismes médicaux. Pour Vincent LEROY, l'indépendance de l'Ordre était un élément essentiel pour lui permettre de mener à bien ses missions et ce pas à franchir était très important. Il a dû, avec d'autres, faire valoir ses arguments et avancer ses idées car il y avait des « résistances » internes...

Indépendance de l'Ordre, indépendance du médecin, le mot indépendance fut au cœur de l'action de Vincent LEROY au sein du Conseil départemental de l'Ordre. Pour que vive cette indépendance, il était convaincu qu'il fallait s'appuyer sur le Code de Déontologie Médicale (devenu il y a quelques années partie intégrante du Code de la Santé Publique). C'est donc avec une très grande rigueur qu'il s'évertua à aider les médecins à respecter ce code avec l'indéfectible sens de l'honneur et des responsabilités évoqué par son fils. Il fut un domaine où il excellait : celui des contrats. Il en fut longtemps responsable au sein du Conseil, convaincu qu'un contrat « mal ficelé » ne pouvait que nuire ultérieurement au médecin. Vincent LEROY a beaucoup travaillé pour l'Ordre, nous lui en sommes infiniment reconnaissants et nous recueillons avec émotion l'héritage qu'il nous a transmis. A la fin de sa carrière ordinale, diminué par des soucis de santé, il continua d'être présent très fidèlement à nos réunions mensuelles. Il s'invitait parfois, un peu pour jouer le rôle de sage, aux réunions du Bureau dont il ne faisait pas partie mais qui accueillait sa venue avec bienveillance. Vincent LEROY a été une belle figure de la médecine mais il fut aussi une belle figure humaine tout simplement.

Redonnons la parole à son fils à ce sujet : « Mon père s'est toujours appliqué, dans les mauvais moments, à aider les autres et atténuer leurs souffrances. Il a aidé de nombreuses personnes à rebondir, à trouver du réconfort et de l'espoir tout en partageant leur peine. Sans nul doute, il serait le premier aujourd'hui à partager notre chagrin, à nous réconforter, à nous dire que la vie continue, et à nous commander de nous réjouir dès demain... ».

S'il est un autre trait à signaler chez lui, c'est son humour. Toujours d'après son fils : « Mon père avait toujours une histoire, une blague, un jeu de mots, ou une anecdote à partager. Et d'ailleurs, s'il n'en avait pas de nouvelle, il en répétait une ancienne, encore et encore, avec la même délectation que si c'était la première fois qu'il la racontait. Je suis d'ailleurs sûr que vous avez tous en tête une (ou plusieurs) de ses nombreuses histoires ».

Cet humour, il en usait régulièrement dans sa fonction de Secrétaire Général, les secrétaires administratives qui ont travaillé avec lui nous l'ont particulièrement mentionné...

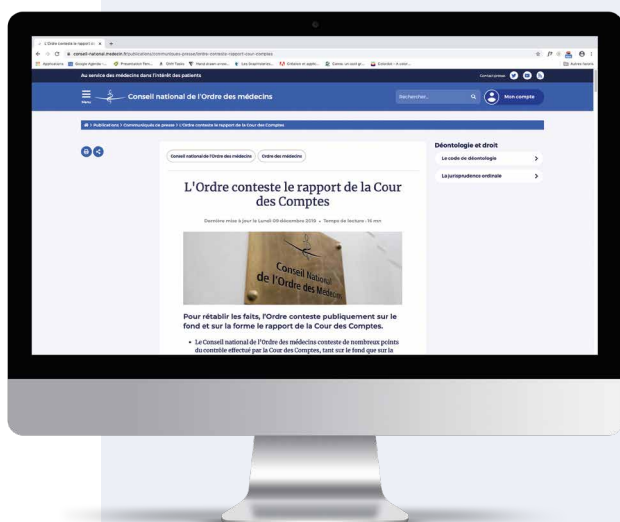
En guise de conclusion, laissons une nouvelle fois la parole à son fils : « Au revoir, mon père, et surtout merci ! Merci d'avoir fait ce que nous sommes aujourd'hui. Puisse ton exemple rester pour nous une source d'inspiration alors que commence notre vie sans toi.

Tu vas nous manquer, mais comme tu le rappelais souvent, "au revoir" signifie "au plaisir de vous revoir" ».

Docteur Philippe BLEYNIE

COMMUNIQUÉ

L'ORDRE CONTESTE LE RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES



Pour rétablir les faits, l'Ordre conteste publiquement sur le fond et sur la forme le rapport de la Cour des Comptes.

→ **ACCÉDEZ AUX INFORMATIONS PUBLIÉES**  **SUR LE SITE DU CONSEIL NATIONAL**

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/lordre-conteste-rapport-cour-comptes>

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

www.ordremedecins87.com

LE **SITE**
DES **MÉDECINS**
DE LA HAUTE-VIENNE



* compatible sur



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



LES VIOLENCES CONJUGALES

L'État prend ses responsabilités...

En septembre 2019 avec le Grenelle des violences conjugales, un site [arretonslesviolences.gouv.fr](https://www.arretonslesviolences.gouv.fr), des numéros comme le 17, le 3919, des signalements en ligne.

Dr Yves-Roger FEYFANT
Conseiller du Conseil de l'Ordre 87

Les **chiffres**
de l'année **2019** en France :



100
FÉMINICIDES



220 000
FEMMES VICTIMES
DE VIOLENCE



12%
FEMMES FRANÇAISES
VICTIMES DE VIOL



47,7%
des décès au sein des
couples mariés

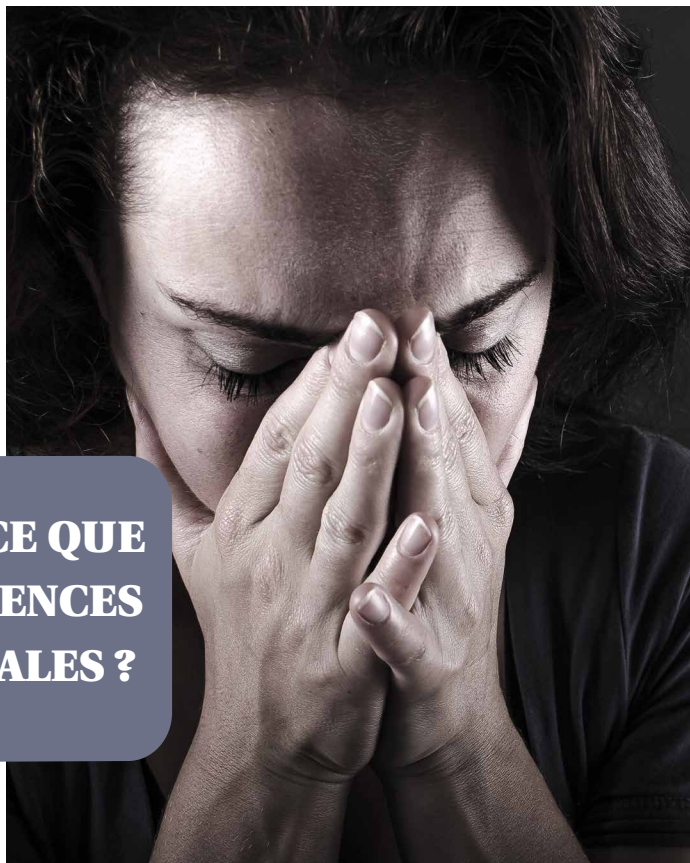
LE RÔLE DU MÉDECIN DANS LE SIGNALEMENT DES VIOLENCES CONJUGALES

Le Conseil de l'ordre des médecins de la Haute-Vienne a été convié à participer au « **Grenelle des violences conjugales** » le *vendredi 6 septembre 2019* à la Préfecture de Limoges. C'est une occasion pour nous, médecins, de mettre à jour nos connaissances et de faire l'inventaire de toutes les structures et personnes ressources médicales dont nous disposons dans notre département.

Les médecins les plus concernés sont les médecins généralistes libéraux, les urgentistes, les gynécologues-obstétriciens, les psychiatres et les médecins légistes.

Les violences conjugales sont des violences physiques (coups et blessures), verbales (insultes, chantages, menaces), sexuelles (relations forcées, viol conjugal), psychologiques (comportements ou propos humiliants, contrôle vestimentaire, harcèlement, confiscation des papiers, contrôle des dépenses, privation des moyens et des biens) Les violences conjugales sont une infraction à la loi (articles 222-7 à 222-13 du code pénal).

QU'EST-CE QUE
LES VIOLENCES
CONJUGALES ?



**QUE NOUS
DIT LE CODE
DE DÉONTOLOGIE
DU SIGNALEMENT
ET DE LA
DÉROGATION AU
SECRET MÉDICAL ?**

Article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique)

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

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

En vertu de l'*article 226-14 alinéa 1 du Code pénal*, le médecin est autorisé à avertir les autorités compétentes et à témoigner en justice à propos des privations, des sévices ou des atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. Cet article du Code pénal, permet au médecin, avec l'accord de la victime, de porter à la connaissance du ministère public les violences sexuelles présumées dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Le médecin bénéficie d'une protection disciplinaire, civile et pénale, s'il signale ou informe uniquement les faits qu'il a pu constater, en toute bonne foi. La bonne foi peut se définir comme la croyance juste de se trouver dans une situation conforme au droit, d'après le conseil de l'ordre des médecins. Outre son rôle dans les soins et la délivrance de certificat, le médecin peut rappeler à la patiente qu'elle a été victime de faits graves pour lesquels elle peut porter plainte.

LE CERTIFICAT DESCRIPTIF DE CONSTATATION DE VIOLENCES EST OBLIGATOIRE

Il n'est pas inutile de vous rappeler les conseils pour la délivrance d'un certificat médical, un véritable document médico-légal

- ❶ Le rédiger sur papier à en-tête.
- ❷ S'informer de l'usage qui en sera fait
- ❸ Réaliser un interrogatoire et un examen clinique avec une description exhaustive des lésions constatées
- ❹ Indiquer uniquement les FMPC (faits médicaux personnellement constatés).
- ❺ Rapporter, si utile, les indications du patient : avec infiniment de prudence, au conditionnel et entre guillemets. (le patient a dit : « »)
- ❻ Ne pas se prononcer sur les dires du patient ou la responsabilité d'un tiers.
- ❼ Dater le certificat du jour de sa rédaction même si les faits sont antérieurs.
- ❽ Se relire et apposer sa signature manuscrite, et éventuellement son tampon.
- ❾ Remettre le certificat en main propre. Jamais à un tiers, sauf exceptions.
- ❿ Garder un double dans le dossier du patient.
- ⓫ Si besoin ou en cas de doute, se renseigner auprès de son Conseil départemental.

La description exhaustive des lésions constatées doit être rigoureuse en précisant leur aspect tout en respectant les termes médicaux appropriés (ecchymoses, hématomes...), leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue. Un schéma peut être utile. Il faut préciser les soins et les examens complémentaires nécessaires et prescrits, les conséquences fonctionnelles des blessures et définir enfin l'incapacité totale de travail (ITT) quand cela est possible. Il faut savoir que cette détermination d'ITT n'est pas obligatoire lors du certificat initial. L'ITT pourra être fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents.

En rédigeant ce certificat médical, le médecin contribue à accompagner la victime dans ses démarches.

Au-delà du certificat médical, le médecin doit délivrer un certain nombre de conseils de protection immédiate (demande d'hébergement d'urgence au **115**) et d'informations, notamment :

- affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE
Sur demande de la personne et remis en main propre
Un double doit être conservé par le médecin

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____ à _____ heures _____ à _____
Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur (nom - prénom) _____

- date de naissance (en toutes lettres) : _____ (date), à _____ (heure) _____ à _____ (lieu).

FAITS OU COMMÉMORATIFS :
La personne déclare - avoir été victime le _____ (date), à _____ (heure) _____ à _____ (lieu), de _____

DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :
Elle dit se plaindre de = _____

ETAT ANTERIEUR (éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)
- sur le plan physique : _____
- sur le plan psychique : _____
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____
Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL
L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.
L'incapacité ne concerne pas le travail ou sens habituel du mot, mais le degré de gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se lever, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine.
La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.
La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) _____, sous réserve de complications _____
Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) : _____
= Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit =
DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN _____



https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificat_en_cas_de_violences_sur_personne_majeure.pdf

- conseiller à la personne de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le **17** qui permet de joindre ces services (ou le **112** d'un téléphone portable) ;
- inviter la victime à appeler le **39 19** (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones; et le **11 60 06**, numéro d'aide pour toutes les victimes d'agressions, joignable 7j/7
- informer la personne de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;
- informer la personne de la possibilité de porter plainte ;
- évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire
- proposer une nouvelle consultation dans un délai court.

Il est possible d'en savoir plus en consultant les sites internet suivants :

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>

<https://www.memoiretraumatique.org/>

www.signalement-violences-sexuelles-sexistes.gouv.fr

UNE FOIS LE CONSTAT FAIT, COMMENT ORIENTER LA VICTIME ?



Il sera nécessaire dans certaines situations **d'hospitaliser la victime au CHU** ou de prendre rendez-vous dans le **service de médecine légale de Limoges.**

L'unité médico-judiciaire

(Chef de pôle : Pr François PARAF)

Accueille les victimes de coups et blessures, incluant les maltraitances et les violences sexuelles. Le médecin légiste établit une description des lésions afin de déterminer une incapacité totale de travail (ITT). **Les victimes peuvent être reçues en urgence 7 jours sur 7 et 24h/24** notamment en cas d'agression sexuelle.

Contact : 05 55 05 80 74

Les **conséquences psychologiques** sur la personne violentée, la difficulté pour elle d'évoquer les faits, le sentiment de honte, peuvent entraîner des séquelles graves et parfois un stress post-traumatique.

Dans ce cas, il sera nécessaire de faire appel à :

L'unité de victimologie du CH Esquirol

(Psychiatre référente : Dr Muriel ARTHUS)

Pour une prise en charge par le biais d'une psychothérapie spécifique.

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Contact : 05 55 43 13 33

Victimologie@ch-esquirol-limoges.fr

Il existe 2 sites de consultation :

- Bâtiment UMT Patricia Roux au CH Esquirol
- Centre médico-psychologique (CMP) Van Gogh 10 rue du Petit Tour à Limoges.

Il faut connaître également les **4 services de la filière santé-justice** :

(avec accès direct sans entrer au CH Esquirol, 37 rue de Bourneville à Limoges)

Secrétariat : **Mme J.SENOUCI**
au 05 55 43 13 43
du Lundi au Vendredi de 9h à 17h.
www.ch-esquirol-limoges.fr

1 CMP

(**Centre Médico-Psychologique**) **judiciaire PINEL**
(Responsable Dr Danièle BOURLOT)

Pour toute obligation de soin judiciaire hors violence sexuelle (donc inclus violence conjugale)

Le CMP Judiciaire Philippe PINEL concerne les auteurs de violences et toute personne concernée par les soins pénalement ordonnés, à savoir obligation et injonction de soins, en lien avec des violences, hors infractions à caractère sexuel, mais également toute personne auteur de violence faisant spontanément une demande de soins.

La démarche du CMP Judiciaire Philippe PINEL s'inscrit dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la récidive et la délinquance. (Lois du 17 juin 1998, 12 décembre 2005, 10 août 2007) en proposant un accueil et une écoute dans un cadre strictement confidentiel, une évaluation psychiatrique et une aide et accompagnement du patient.

2 CMP Foucault

(Responsable Dr Frédérique MEISSONNIER)

Pour tout problème de violence sexuelle (en obligation ou si demande spontanée; y compris violence conjugale si sexualisée).

3 CRIAVS

(Responsable Dr Frédérique MEISSONNIER)

Centre Ressources pour tout intervenant auprès d'un auteur de violence sexuelle (soutien, information, guidance de professionnels et surtout formations).

4 CMP Venette

(Responsable Dr Taoufik FOULI)

Unité de sexologie générale (tout trouble du comportement sexuel hors violence) et prise en charge trouble transsexuel.

L'ENFANT EST AUSSI UNE VICTIME DES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE.

L'enfant peut être adressé directement au :
Pôle de pédopsychiatrie

(Chef de pôle : Pr Bertrand OLLIAC)

En prenant rendez-vous au numéro :

05 55 43 13 68

Chaque demande de rendez-vous est traitée en réunion pluridisciplinaire et évaluée en fonction de l'urgence.
(Dr F. Juppe-Villette)



POUR EN SAVOIR PLUS

→ SITE INTERNET DU CDOM 87

<http://ordremedecins87.com/>



rubrique actualités :

dossier complet violences faites aux femmes.

L'ordre des médecins soutient la possibilité d'un signalement sans accord de la victime.

→ BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

N° 24 de nov.-déc. 2019

et son site <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
rubrique je suis médecin/mon exercice/le médecin face à la maltraitance

→ RECOMMANDATIONS HAS

<https://www.has-sante.fr/>

pour le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple avec 2 fiches pratiques :

COMMENT REPÉRER ET ÉVALUER ?



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf



COMMENT AGIR ?



https://www.has-sante.fr/jcms/p_3105057/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple-comment-agir-fiche-pratique



BIBLIOGRAPHIE :

Freyens A, et al. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. *Sexologies* (2019)

Samantha Al Joboory. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales Médico-Psychologiques* 177 (2019) 717-727

Les numéros d'urgence & utiles de la Haute-Vienne

VIOLENCES CONJUGALES SEXISTES ET SEXUELLES LA LOI VOUS PROTÈGE



LIEUX RESSOURCES



[DANS L'URGENCE]

Brigade de Gendarmerie - Commissariat de Police

17 ou 112

Service des urgences

15

[POUR EN PARLER ET S'INFORMER]

Numéro d'appel national anonyme et gratuit	3919
A.R.S.L : Accueil de jour - Mots pour Mieux	05 55 79 89 03
France Victimes 87	05 55 32 68 10
Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF)	05 55 33 86 00
Conseil départemental d'accès aux droits (CDAD)	05 55 04 04 05
Planning Familial	06 44 96 43 86
Conseil Départemental de la Haute-Vienne : Service social	05 44 00 15 29
Unité de Victimologie	05 55 43 13 33

[POUR LA RECHERCHE D'HÉBERGEMENT]

CHRS Augustin-Gartempe	05 55 79 89 03
Service social du secteur ou 115	115

[POUR PORTER PLAINTE]

Brigades de gendarmerie ou Commissariat de police (*)

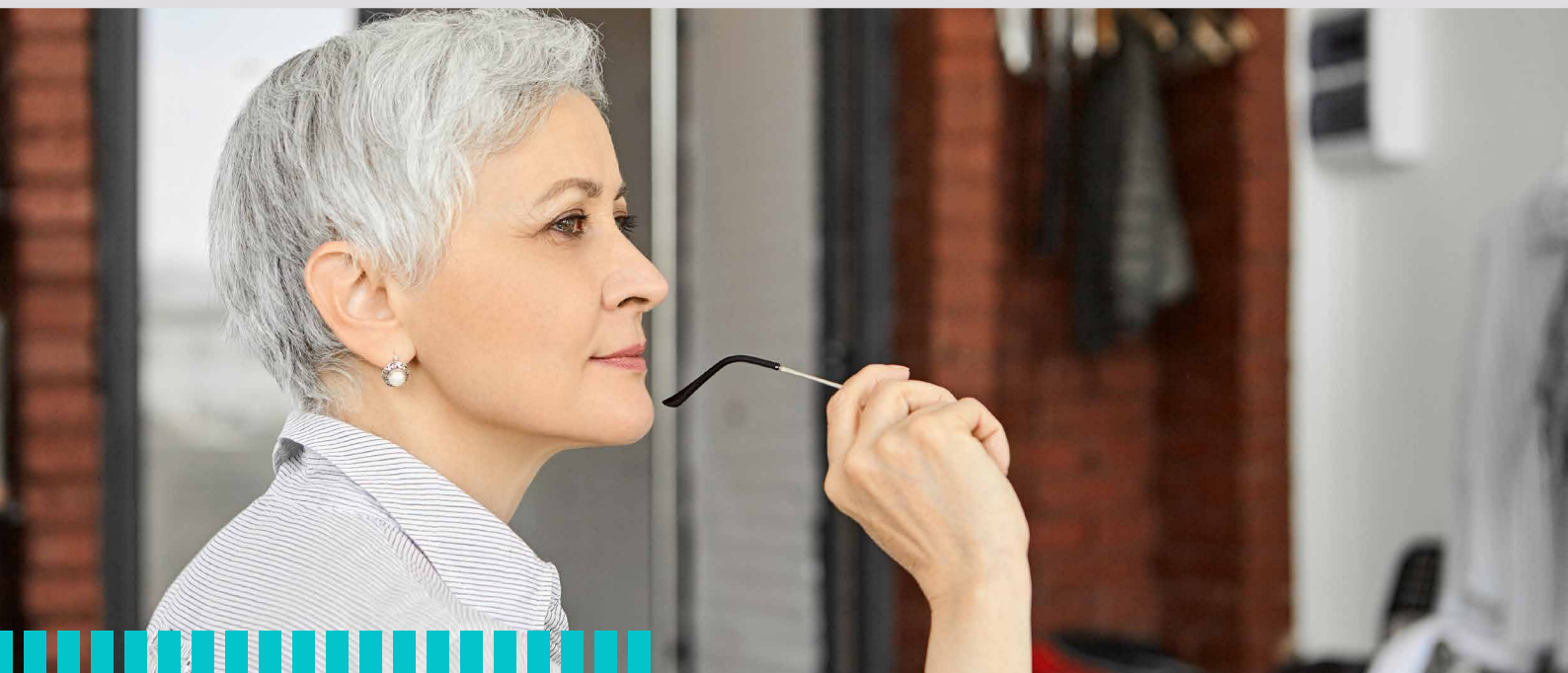
Procureur de la République (par courrier)



(*) présence d'une intervenante sociale au commissariat

[POUR L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL]

CHU service médecine légale	05 55 05 80 74
-----------------------------	----------------



L'ÉTHIQUE « PRÈS DE CHEZ VOUS »...

Une réflexion fondamentale que tout médecin doit avoir dans son mode d'exercice sur la fin de vie et le refus de soins, la télémédecine, les violences en établissement de santé et au cabinet...etc

Dr Maryse FIORENZA-GASQ

Présidente du Conseil d'orientation de l'ERENA, directrice du site de Limoges, Coordinatrice nationale des espaces de réflexion éthique régionaux..

L'éthique, cette discipline de la philosophie qui cherche à proposer la moins mauvaise solution possible à la question posée, il en a beaucoup été question ces derniers temps, soit à l'occasion de faits divers très médiatisés ou lors des préliminaires de la révision des lois de bioéthique. Elle est venue au-devant de l'actualité et a mis en exergue le fait que, souvent, nous sommes plus performants dans nos décisions face à des situations difficiles si elles sont discutées de façon collégiale.

Les médecins et les professions paramédicales peuvent ainsi, pour exposer certaines difficultés et essayer d'y répondre le moins mal possible, avoir recours à des structures d'éthique. Nous en distinguerons trois catégories (or le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), dont les missions sont définies par la loi) :

1 Celles fortement conseillées (voire obligées !) par la législation ou les règlements :

■ Il existe ainsi au CHU de Limoges, depuis 1999, un Comité d'éthique qui étudie en toute indépendance les cas cliniques soumis par les praticiens ainsi que les projets de recherche dont l'avis est requis par la loi JARDET sur la recherche médicale. Il

Dr Gérard TERRIER

Président du Comité d'éthique du CHU de Limoges, président du CREEAL, membre du Conseil d'orientation de l'ERENA

peut aussi être saisi par l'administration hospitalière, une structure extérieure publique ou privée, ou s'autosaisir d'une question particulière. Sa composition (médecins, paramédicaux, personnalités extérieures : magistrat, juriste...) est de la responsabilité du directeur général de l'établissement. Le comité peut librement faire appel à toute compétence extérieure nécessaire à ses délibérations. Ce n'est pas un tribunal ; il n'y a pas de sentence, seulement des avis ou des recommandations.

■ Le Comité Régional d'Éthique de l'Expérimentation Animale du Limousin (CREEAL) qui examine tous les projets de recherche (publics ou privés) effectués avec des animaux. Ce comité dépend du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Sa composition est réglementaire.

■ La Commission de déontologie et d'éthique de la Faculté de Médecine de Limoges : structure récente mise en place sur la recommandation de la Conférence Nationale des Doyens de Facultés de Médecine. Elle examine essentiellement les possibles conflits d'intérêts dans les activités personnelles ou de recherche des praticiens universitaires ou hospitalo-universitaires.

2 Les structures d'éthique locales :

Un certain nombre d'établissements sanitaires (publics - Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin, CH de Brive ou Guéret... - ou privés : Polyclinique de Limoges...), médico-sociaux (regroupements d'EHPAD, CCAS, SSIAD...) ou sociaux (IEM, structures associatives...). Leurs dénominations varient (Comité, Espace...) mais toutes réfléchissent et émettent des recommandations sur les questions examinées.

3 L'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine (ERENA) :

La loi relative à la bioéthique du 6 août 2004 a créé les Espaces de Réflexion Ethique Régionaux (ERER) et l'Arrêté du 4 janv. 2012 en a précisé le fonctionnement et la mise en place effective ; l'espace de réflexion éthique du limousin (ERELIM) a vu le jour en juillet 2014 et suite à la réforme territoriale et à l'Instruction du 4 août 2017 ; *l'espace de réflexion éthique de Nouvelle Aquitaine, ERENA* avec ses 3 sites (Poitiers, Bordeaux et Limoges), a vu le jour en septembre 2018.

QUELLES SONT LES MISSIONS DES ERER ?

Les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) sont des acteurs clés de la bioéthique et de l'éthique médicale sur notre territoire.

Il leur revient en effet de contribuer à développer, à l'échelle de leur territoire, une véritable culture éthique chez les professionnels de santé et également dans le grand public.

A ce titre, ils assurent des missions de formation, de documentation et d'information, de rencontres et d'échanges mêlant plusieurs disciplines. Ils participent à l'organisation de débats publics pour favoriser l'information et la consultation des citoyens sur les questions de bioéthique.

Ils jouent également un rôle « *d'observatoires régionaux* » des pratiques en matière d'éthique.

Chaque espace de réflexion est placé sous la responsabilité d'un directeur et peut avoir des directeurs adjoints s'il existe plusieurs sites ; l'ERER comprend un bureau et un conseil d'orientation.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont fixées par une convention qui lie toutes les parties : centres hospitaliers et universitaires de la région, universités, établissements de santé, établissements d'enseignement supérieur et de recherche, et autres partenaires comme les établissements médico-sociaux... et selon un principe d'ouverture inhérent à leur nature d'espace de réflexion.

Le fonctionnement des ERER est placé sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS). Celles-ci sont chargées de suivre leur activité et de veiller au développement de la réflexion éthique sur l'ensemble du territoire régional en veillant à intégrer l'ensemble des établissements et structures du secteur sanitaire, médicosocial et de l'ambulatoire.

Les ERER sont adossés pour leur fonctionnement à des centres hospitalo-universitaires (CHU).

Un espace de réflexion éthique peut être saisi par toute personne physique ou morale qui souhaite voir conduire des travaux ou proposer des thèmes de réflexion concernant l'éthique des sciences de la vie et de la santé.

Si les ERER et *le CCNE* ont chacun leur rôle et fonctionnent de façon indépendante, ils interagissent néanmoins de façon régulière pour favoriser le développement de la réflexion éthique : ils ont été ainsi des acteurs importants des Etats Généraux de la Bioéthique en 2018 ayant pour mission d'organiser des débats territoriaux sur un ou plusieurs thèmes sous la coordination du CCNE.

En janvier 2018, les ERER se sont constitués en Coordination Nationale (**CNERER : Conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux**) afin de faciliter leurs échanges et les relations avec les instances nationales, en particulier le CCNE, la DGOS, le ministère des solidarités et de la santé.

Ainsi, en fonction des nécessités éventuelles rencontrées, individuellement ou collectivement, il vous est possible de faire appel à une structure de proximité. Vous pouvez être assuré que la neutralité et la confidentialité seront respectées et qu'une solution au problème exposé tentera d'être trouvée dans l'intérêt de tous et de chacun

* Docteur Maryse FIORENZA-GASQ, présidente du Conseil d'orientation de l'ERENA, directrice du site de Limoges, Coordinatrice nationale des espaces de réflexion éthique régionaux.

ERENA Limoges

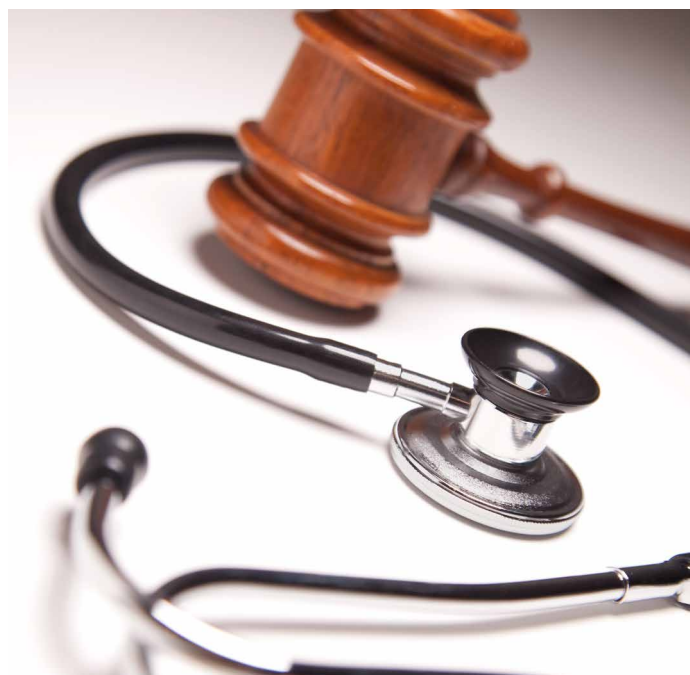
secretariat.arena.lim@chu-limoges.fr

ou arena.lim@chu-limoges.fr • 05 55 05 89 57 

**Docteur Gérard TERRIER, président du Comité d'éthique du CHU de Limoges, président du CREEAL, membre du Conseil d'orientation de l'ERENA

Comite.ethique@chu-limoges.fr

ou gerard.terrier@chu-limoges.fr • 05 55 05 66 13 





HISTOIRE LOCALE DE LA MÉDECINE



Histoire locale de la médecine, autobiographie, billet d'humeur, biopic régional, passionnante saga médicale voire très probable leçon de sagesse, qui nous rappelle après trois années de la réforme régionale et de la création de la Nouvelle-Aquitaine qu'il y a encore environ un demi-siècle, les étudiants en médecine du Limousin parlaient en fac en Aquitaine !

Gardons cela bien en tête en attendant de lire les grandes évolutions technologiques et nécessairement humaines qui les accompagnent.

Profitez de cette petite introduction d'un grand et bel article ; je prie, le médecin généraliste en campagne à la retraite qui se cache encore, de nous rapporter très vite dans ces colonnes sa vision de l'évolution de sa pratique rurale au cours du même temps géologique que la merveilleuse description qui suit...

Dr François BERTIN

Pr Pierre FEISS

Ancien Chef de service d'Anesthésie-Réanimation
et du SAMU 87

PLUS DE CINQUANTE ANS D'EXERCICE MÉDICAL

(1964-2019)

Mille neuf cent soixante quatre est l'année qui m'apporta ma première fonction hospitalière rémunérée : **l'externat des hôpitaux**. Fonction modeste mais essentielle car elle donnait le droit de s'inscrire au concours de l'internat des hôpitaux et plus si affinités.

En fait, ma première inscription à la faculté de médecine de Bordeaux remonte à octobre 1961. À la veille de cesser toute activité médicale, j'ai éprouvé le besoin de me retourner sur l'évolution de la médecine au cours de plus d'un demi-siècle.

En un demi-siècle, l'évolution des connaissances a dépassé en volume et compréhension ce qu'elle avait été depuis les débuts de la médecine.

L'évolution des connaissances et des pratiques médicales a bénéficié des immenses progrès de la biologie mais aussi de toutes les autres disciplines scientifiques et techniques. Dans les **années 60**, le traitement de nombreuses affections restait symptomatique et les médecins se contentaient encore très souvent d'accompagner leur évolution spontanée. En un demi-siècle, la longévité a augmenté de manière spectaculaire, bien que les progrès de la médecine ne soient pas seuls en cause. La durée de la retraite ne cesse de progresser et surtout celle de la retraite en bonne santé.

En 1961, une réforme des études médicales supprimait l'année de PCB (physique, chimie, biologie) qui s'effectuait à la faculté des sciences avant la première année de médecine et qui désormais serait enseignée en même temps que la première année et serait sanctionnée par un examen en février. A Bordeaux, nous étions mille étudiants inscrits dans cette année réformée.

En deuxième année, nous étions moins de trois cent. Le concours d'externat, autrefois organisé dans les hôpitaux se jugeait dorénavant sur le total des notes obtenues aux examens de juin, à la fin des deux premières années. Le *numerus clausus* n'existait pas encore mais la sélection était déjà présente puisque seuls un tiers des étudiants passaient le cap de la première année. Jusqu'en fin de troisième année, l'enseignement magistral et les TP étaient consacrés aux sciences fondamentales. Passé ce stade, la plupart des étudiants n'allaient plus à la faculté qu'une fois par an pour s'inscrire et ceux qui étaient externes partageaient leur temps entre l'hôpital le matin et la préparation de l'internat.

Les sciences fondamentales

qui avaient un rapport direct avec la pathologie humaine, comme l'anatomie pathologique, la génétique, l'immunologie, la microbiologie étaient enseignées en troisième année. L'enseignement de ces matières durait une seule année universitaire, soit neuf mois de cours et de travaux pratiques.



La génétique

enseignée en 1963-1964 se résumait au rôle des chromosomes dans l'hérédité et à la transmission des caractères physiologiques comme la couleur des yeux. Nous étudions les lois de Mendel régissant la génétique des pois de senteur. Les maladies héréditaires étaient pour nombre d'entre elles connues, mais en dehors des anomalies chromosomiques évidentes comme la trisomie 21, les mécanismes de ces affections demeuraient inexpliqués. Dans les années 60, l'ADN était connu ainsi que sa structure moléculaire et on savait qu'il composait les chromosomes et quel était son rôle dans la division cellulaire et la transmission des caractères héréditaires. Cependant, on ne connaissait pas les détails du génome humain dont le déchiffrement est récent et pour lequel le financement de la recherche par le téléthon a été décisif. Actuellement, les premiers essais réussis de thérapies géniques ont été publiés et concernent les deux formes d'hémophilie, la thalassémie et la drépanocytose. D'autres essais sont en cours et devraient aboutir à l'éradication de la myopathie la plus fréquente, la maladie de Duchenne, ainsi qu'à la guérison d'affections comme le syndrome de Rett qui est un arrêt du développement cérébral après les premiers mois de la vie. Je suis persuadé que dans un demi siècle, de nombreuses maladies génétiques et parmi elles des maladies orphelines bénéficieront de ces traitements génétiques. Parallèlement, la connaissance des mécanismes génétiques menant à certaines de ces affections permet le développement de molécules spécifiques agissant sur la ou les voies enzymatiques responsables des signes de la maladie. L'exemple le plus spectaculaire porte sur l'amyotrophie spinale qui réduit les enfants atteints au fauteuil roulant et qui bénéficie depuis peu d'un traitement particulièrement efficace agissant sur le mécanisme biochimique de la maladie.

Les connaissances génétiques s'étendent aussi à la cancérologie et au traitement de diverses formes de tumeurs. Ainsi, récemment, l'étude des mutations de certains gènes contenus dans les tumeurs de la prostate a permis d'isoler les mutations expliquant que certains cancers soient plus agressifs et résistants que d'autres. Certaines des mutations observées dans les tumeurs prostatiques ont révélé des similitudes avec certains cancers du sein et laissent envisager de nouvelles techniques de traitement communes aux deux types de tumeurs.



L'immunologie

enseignée à la faculté pendant mes études se limitait à la description des réactions antigène-anticorps, aux manifestations de l'anaphylaxie, aux groupes sanguins et à l'allergie. Le traitement des maladies allergiques bénéficiait des premières tentatives de désensibilisation et de l'apparition de la cortisone, un des seuls médicaments puissamment efficaces de cette époque.

Actuellement, la lecture des articles traitant d'immunologie devient d'une grande complexité pour un non spécialiste. L'exemple est celui de l'inflammation. Pendant ma deuxième année de médecine, j'avais appris que les trois signes de l'inflammation étaient : chaleur, rougeur, douleur. Actuellement, l'inflammation est considérée comme une réaction d'importance primordiale pour expliquer un nombre considérable de situations pathologiques non seulement aiguës mais également chroniques. Les nombreuses molécules responsables de l'inflammation sont capables d'expliquer des affections chroniques aussi variées que les maladies inflammatoires intestinales, les rhumatismes inflammatoires chroniques, polyarthrite rhumatoïde et autres, ainsi que des affections comme le diabète de type deux, l'obésité, l'athérome, l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Les mécanismes de l'inflammation agissent à des degrés divers dans toutes ces situations et sont actuellement aussi étudiés dans des pathologies aussi variées que les troubles cognitifs progressifs, l'autisme, la dépression sévère et même la schizophrénie. Les retombées thérapeutiques sont déjà spectaculaires et on voit fleurir dans les revues médicales des traitements à visée immunologique, anticorps monoclonaux ou dérivés. Ces traitements innovants sont tous immunosuppresseurs et peuvent induire des problèmes infectieux, raison pour laquelle leur prescription initiale est réservée aux spécialistes des affections concernées.



La microbiologie

des années 60 se limitait surtout à la bactériologie et aux parasitoses. L'enseignement de la virologie était succinct, probablement parce que les maladies provoquées par ces agents ne connaissaient pas de traitement spécifique. Les choses ont grandement changé grâce au SIDA. A quelque chose malheur est bon, l'apparition du VIH a suscité un effort de recherche énorme non seulement pour accroître la connaissance des virus mais aussi de la part de l'industrie pour mettre au point des antiviraux efficaces.



La thérapeutique

était enseignée en cinquième année avec d'autres matières comme la médecine légale, la médecine du travail, l'hygiène et l'hydrologie.

La thérapeutique comportait un volume de connaissance encore assimilable par un étudiant moyen. Actuellement, un médecin généraliste peut, s'il est suffisamment curieux, connaître la plupart des avancées thérapeutiques afin, bien qu'il ne puisse pas les maîtriser lui-même, d'orienter ses patients concernés vers un spécialiste adéquat. Pour de nombreuses affections chroniques complexes, le généraliste devient un homme cultivé (s'il fait l'effort de se tenir au courant) capable d'orienter ses patients et de collaborer avec des spécialités de plus en plus étroites.

En 1964, le traitement d'un œdème aigu du poumon faisait encore parfois appel à la saignée car le seul diurétique disponible pour diminuer le volume sanguin était un dérivé du mercure toxique pour les reins et donc interdit en cas d'insuffisance rénale. Dans certains services hospitaliers, les sangsues étaient encore appliquées pour traiter l'insuffisance cardiaque chronique congestive (pour le plus grand plaisir des infirmières).

Il existait cependant déjà des médicaments puissants comme les digitaliques, la cortisone, l'insuline, les hormones vasoactives comme l'adrénaline et la noradrénaline, les premiers anticancéreux. L'un des plus grands progrès du vingtième siècle avait été la découverte des antibiotiques. Je pus m'en apercevoir au début de mon externat, dans un service de pneumo-phtisiologie. La découverte pendant la deuxième guerre mondiale du PAS puis de la streptomycine et après la guerre de l'isoniazide avait permis de guérir une affection réputée souvent fatale, la tuberculose, affection aussi redoutable au XIXe siècle que le SIDA au XXe.

Cependant, certains bacilles étaient devenus résistants car les patients avaient reçu les antituberculeux successivement, dans l'ordre de leur apparition alors qu'il aurait fallu leur administrer en association. Il en sera de même avec la pénicilline et ses dérivés. Alors que les débuts de l'antibiothérapie laissaient croire à l'éradication définitive des maladies infectieuses, il faudra déchanter et actuellement, la résistance aux antibiotiques utilisés à tort et à travers, en particulier dans l'élevage intensif, a eu pour conséquence de sélectionner de nombreux germes multi résistants. En médecine, la résolution d'un problème crée souvent d'autres défis pour la recherche.



Dans le domaine des *affections cancéreuses*,

malgré les antimitotiques, ce diagnostic restait dans la majorité des cas un arrêt de mort à plus ou moins brève échéance. Les médicaments du cancer étaient encore en nombre limité et les protocoles encore assez simples pour être compris et appliqués par l'ensemble des médecins. Il n'en est plus de même actuellement où les schémas de traitement sont complexes et variés, associant souvent de nombreux agents et des immunomodulateurs. Dans un service où j'occupais un poste d'interne provisoire en 1966, les adultes atteints de leucémie étaient accueillis dans les quatre seules chambres à un lit et suivis par l'hématologue de l'hôpital.



A cette époque, *l'hématologie*

était exercée par des biologistes qui dirigeaient le laboratoire mais n'avaient pas de secteur d'hospitalisation. Une leucémie lymphoblastique de l'adulte (la plus fréquente) avait une évolution fatale comprise entre six mois et un an. Les patients mouraient dans un tableau de douleurs osseuses et d'hémorragies diffuses. Nous ne pouvions leur administrer que du sang total, sans effet sur la coagulation car la séparation des fractions sanguines n'était pas entrée dans la pratique.

Dans le service, nous traitions des hémorragies digestives mais l'endoscopie digestive était inutilisable en urgence car les appareils semi-rigides étaient trop agressifs et la vision très partielle de l'estomac ne permettait pas un diagnostic suffisamment précis. La radiologie conventionnelle de l'estomac était un pis aller car les clichés s'avéraient d'interprétation difficile à cause de la présence de nombreux caillots. Il arrivait encore souvent que l'indication opératoire repose sur l'abondance et la récurrence de l'hémorragie plus que sur la précision du diagnostic.



L'évolution de *l'imagerie médicale*

a permis une progression spectaculaire de la précision des diagnostics. Au début de mon internat, en 1968, je n'aurais pas choisi cette spécialité. Les internes de ce service étaient affectés à la radiologie conventionnelle dont l'intérêt était limité et la plupart des candidats se préparaient à exercer dans le privé où les compétences financières étaient un complément indispensable à la formation médicale. L'apparition du scanner de l'IRM, des ultrasons ainsi que la numérisation des techniques ont révolutionné l'imagerie qui est devenue de l'anatomie vivante et visible en temps réel et ont permis de développer la partie interventionnelle de la spécialité. Au début de mon internat, nous plaisantions des collègues

radiologues en les taxant de photographes. Actuellement, personne ne songerait à dénier la fonction de médecin compétent à nos collègues radiologues. Ceux qui ont développé la radiologie interventionnelle ont, en particulier, évité des interventions chirurgicales lourdes à de nombreux patients.



La chirurgie

a bénéficié des progrès techniques, en particulier de l'imagerie qui lui ont assuré des diagnostics plus précis et ainsi évité des actes inutiles ou inadaptés. Un exemple a été la diminution spectaculaire des opérations d'urgence en traumatologie crânienne due à l'arrivée du scanner. Le traumatisé crânien grave est devenu un patient de réanimation car les indications opératoires sont rares.

Les interventions sont devenues moins invasives avec l'introduction des techniques endoscopiques, cœlioscopie et thoracoscopie. Certaines interventions quittent le domaine chirurgical pour la médecine, comme par exemple les dilatations coronaires, le remplacement des valves cardiaques, l'anévrisme de l'aorte abdominale. Surtout, les progrès de la chirurgie ont été facilités par l'évolution de la sécurité anesthésique.



Lorsque je débutais mon externat, *l'anesthésie*

était une spécialité dont l'enseignement durait un an. La majorité des futurs anesthésistes étaient des femmes souvent épouses de futurs chirurgiens. Progressivement, la durée de formation est passée à trois, puis cinq ans, incluant une grande part de réanimation.

Le développement des transplantations a révolutionné de nombreuses spécialités chirurgicales et les progrès de



la réanimation

ont permis de reculer sans cesse les limites des interventions et d'admettre à la chirurgie des patients de plus en plus âgés et de plus en plus fragiles.

Les progrès de la médecine ont remis en question l'organisation des hôpitaux et les relations avec les patients.

Les progrès de la médecine ont remis en question l'organisation des hôpitaux et les relations avec les patients.

Dans **les années 60**, les hôpitaux ressemblaient encore aux hospices créés par Saint Vincent de Paul. Les salles communes étaient encore majoritaires et les soins étaient dispensés par des religieuses dont les congrégations étaient souvent propriétaires des établissements. Les infirmières laïques commençaient à être recrutées en nombre, mais dépendaient le plus souvent des religieuses qui leur menaient la vie dure. Le personnel médical était bien plus réduit que maintenant, le temps partiel était la règle. Les chefs de service des hôpitaux universitaires exerçaient la plupart du temps à temps partiel à l'hôpital public et le reste du temps en cabinet ou clinique privée. Les chefs de cliniques pouvaient pour certains être à temps partiel, chargés de l'enseignement des étudiants au lit du malade tandis que le reste de leur activité avait lieu en ville. Les seuls personnels réellement à temps plein étaient les internes nommés à l'issue d'un concours très sélectif n'ayant rien à voir avec la désignation actuelle de la fonction. Les externes, nommés au concours pour quatre ans exerçaient leurs fonctions le matin et assuraient les gardes avec les internes. Les locaux hospitaliers étaient très en dessous du confort et de l'isolement offert par les cliniques privées. Les patients avaient peu de chance de se retrouver en chambre particulière quelque soit leur état. Les internes et chefs de cliniques, c'est-à-dire les plus jeunes médecins avaient dans ce système les responsabilités les plus lourdes, ce qui n'allait pas sans soulever parfois des problèmes de compétence.

La clientèle de l'hôpital était très différente de celle des cliniques privées. Les patients les plus fortunés, ayant les moyens de souscrire une assurance complémentaire, allaient plus volontiers se faire soigner (souvent par des professeurs) en clinique, tandis que les gens peu fortunés n'avaient pas d'autre choix que l'hôpital public.

En 1966, j'occupais un poste d'interne provisoire dans un service de médecine interne à orientation digestive de l'hôpital Saint André en centre ville de Bordeaux. La surveillante de ma salle était une religieuse heureusement intelligente et tolérante (ce qui était loin d'être fréquent) et je gérais une salle commune d'une vingtaine de lits et quatre boxes d'isolement. Lorsqu'un patient était proche de sa fin de vie, la sœur abritait son lit derrière un paravent, ce qui équivalait à avertir le patient et tous les autres de l'imminence du décès. Lorsque le patron passait la visite, les patients participaient tous malgré eux à l'exposé du cas de leur voisin et éventuellement à son examen. Essayons d'imaginer une telle situation de nos jours...

Lorsque j'ai débuté mes études en 1961, nous avons été accueillis par le doyen qui nous a expliqué que la réforme Debré (le pédiatre, père du ministre de De Gaulle) prévoyait la création des CHU ou centres hospitalo-universitaires qui intégreraient l'enseignement théorique et clinique ainsi que la recherche en un même lieu. Il nous promettait la construction rapide du CHU de Bordeaux dont la plus grande part était programmée à la place de l'hôpital Pellegrin, à proximité du stade bordelais. En fait, je découvrirai le CHU de Bordeaux Pellegrin (le Tripode) alors que je serai chef de Clinique à Limoges et le CHU Dupuytren de Limoges après ma nomination en tant que professeur. En France, les grands projets avancent moins vite sur le terrain que dans l'imagination de leurs concepteurs. En fait, le programme de construction des hôpitaux universitaires a été accéléré par Madame Simonne VEIL qui est certainement la seule ministre de la santé de la cinquième république dont l'efficacité ne puisse pas être contestée.

La rénovation des hôpitaux et un vaste programme d'équipements ainsi que l'instauration du plein temps, puis la création du corps des praticiens hospitaliers non universitaires ont profondément transformé l'image des établissements dans l'opinion publique. Cette évolution a entraîné un changement radical de la clientèle hospitalière. Désormais, l'hôpital public apparaît comme une institution performante et attire toutes les couches sociales de la société.

L'évolution du public, les progrès de l'information et le consumérisme ont obligé l'hôpital et ses professionnels à réformer leur mode de fonctionnement et les réponses apportées aux situations de plus en plus complexes auxquelles sont confrontés les patients et les familles.



L'évolution du public, les progrès de l'information et le consumérisme ont obligé l'hôpital et ses professionnels à réformer leur mode de fonctionnement et les réponses apportées aux situations de plus en plus complexes auxquelles sont confrontés les patients et les familles.

Dans **les années 60**, tout individu revêtu d'une blouse blanche pouvait effectuer des actes médicaux ou prescrire des explorations plus ou moins invasives sans que les patients posent de questions ou émettent d'objections. Le pouvoir du savoir était tel que les patients ne contestaient qu'exceptionnellement les atteintes à leur intégrité physique.

La confiance était la règle et les médecins ne s'embarassaient pas en général d'explications.

Obtenir le consentement éclairé du patient ne venait pas spontanément à l'esprit des soignants. Lorsque des protocoles de recherche étaient mis en place, le consentement des patients inclus était très souvent oublié.

Dans de nombreuses disciplines, chaque médecin appliquait les prescriptions d'examen complémentaires et de traitements en fonction de ses propres critères. A partir des années 70, les sociétés savantes ont commencé à se doter de règles de bonnes pratiques et de protocoles afin que les patients bénéficient de soins conformes aux dernières données de la science médicale quelque soit le praticien consulté et sur tout le territoire. Du reste, cette exigence correspond à celle des juges amenés de plus en plus souvent à se prononcer sur les éventuelles fautes et erreurs médicales.

Parallèlement à cette mise en ordre des pratiques médicales, les préoccupations éthiques ont pris une place croissante.

Les progrès de la médecine ont permis de reculer les limites de la mort mais les médecins ont été accusés d'accorder trop d'attention à la technique en oubliant l'homme.

La fin de vie a soulevé de nombreuses discussions et polémiques et continue à le faire malgré la loi Leonetti-Claeys qui est pourtant excellente et la création d'unités de soins palliatifs qui constituent un énorme progrès.

Les techniques de procréation assistée, les transplantations, les thérapeutiques génétiques, font partie des nombreux problèmes éthiques soulevés par l'évolution des sciences biologiques et médicales. La création en 1983 d'un comité national d'éthique présidé par le professeur Jean BERNARD a élargi la discussion et les décisions à l'ensemble de la société, mais il convient de demeurer vigilant pour que les débats respectent la pluralité des opinions et évitent toute tentative de récupération politique ou d'hégémonie philosophique ou religieuse. La manière dont sont abordés les problèmes éthiques soulevés par le progrès scientifique et médical démontre une double évolution de la société et du corps médical dont les décisions sont de plus en plus discutées, voire contestées y compris par voie judiciaire. De nos jours, aucun médecin n'oserait imposer à ses patients des décisions qui paraissent normales il y a cinquante ans. Le pouvoir médical est aujourd'hui remis en question grâce à l'éducation des patients et à l'information de la société.

Les progrès de la médecine ont permis de reculer les limites de la mort mais les médecins ont été accusés d'accorder trop d'attention à la technique en oubliant l'homme.



Le gouvernement actuel se trouve confronté au problème de pénurie de personnels soignants, à la désorganisation de nos hôpitaux et aux déserts médicaux.

Le gouvernement actuel se trouve confronté au problème de pénurie de personnels soignants, à la désorganisation de nos hôpitaux et aux déserts médicaux.

La population s'est trouvée confrontée brutalement à une réalité qui contraste avec les messages d'excellence du système de santé français délivrés années après années par nos instances politiques. Certes, notre protection sociale est encore enviable, mais ne le restera pas si bon ordre n'est pas mis dans le maquis des complémentaires de santé.



L'hospitalisation

est en crise car les réformes qui auraient dû être faites ont été négligées ou mal conçues par les gouvernements successifs pour lesquels la santé n'était pas une priorité politique mais représentait seulement des dépenses excessives à contenir. Autrement dit, la seule préoccupation pendant des décennies a été de boucher le trou de la sécurité sociale.

Durant les trente glorieuses, l'argent coulait à flots et tout député maire ou sénateur avait l'ambition de construire son hôpital qui créerait des emplois pour ses électeurs et ferait passer son nom à la postérité après son décès. C'est ainsi que sont sortis de terre un grand nombre de petits établissements dont l'utilité en termes de santé publique était douteuse. Dans certaines régions des hôpitaux se trouvaient à une vingtaine de kilomètres les uns des autres comme par exemple à Dinan, Dinard et Saint-Malo ou Limoges, Saint Yrieix, et Saint-Junien. Le déficit du budget d'établissements redondants ne gênait pas grand monde dans cette période de croissance soutenue. Malheureusement, vint la période où la croissance s'effondra et où le budget social de la nation devint un boulet de plus en plus difficile à traîner. Nos brillants politiques et fonctionnaires découvrirent que les soins avaient un coût qui devenait de plus en plus lourd à assumer. Pour diminuer les dépenses de santé, rien de plus facile que de fermer une partie des écoles d'infirmières (décision prise par Monsieur Alain JUPPE avant que Madame Martine AUBRY décrète les trente cinq heures et entraîne une pénurie de personnel hospitalier) puis de diminuer le nombre de médecins, grands responsables du déficit de la sécurité sociale. Pour ce faire, on encouragea le départ prématuré des généralistes en finançant leur prise de retraite avant l'âge et on institua le numerus clausus à la louche avec la complicité des syndicats de médecins qui voyaient le gâteau se partager en parts plus grandes. Les résultats se firent sentir au bout de six ans pour les généralistes et à peu près dix ans pour les spécialistes. On avait réussi par une politique de gribouille à créer une pénurie telle qu'il fallait importer des médecins étrangers, certains très compétents, d'autres moins, mais dans les hôpitaux on n'était pas toujours regardants. Pourquoi instituer un « au doigt mouillé » alors que la France dispose d'un Institut d'études démographiques (INED) qui recèle des chercheurs de haut niveau? La société d'anesthésie-réanimation s'est adressée à ces chercheurs et a effectué deux enquêtes démographiques qui ont démontré il y a presque vingt ans que les départs excédaient largement les entrées dans la discipline et que la pénurie était prévisible et serait très importante. La société d'anesthésie fit part au ministère de la santé de ses inquiétudes chiffres à l'appui, en pure perte.

Hormis Madame Simone VEIL, les ministres de la santé qui se sont succédés ont soit été aux abonnés absents en attendant un poste politiquement plus intéressant, soit d'une incompétence préoccupante.

Parmi les pires, la palme peut-être décernée à Madame Roselyne BACHELOT dont la loi a achevé la démolition de l'hôpital. Depuis longtemps, les directeurs d'hôpitaux issus d'une école dont la disparition serait d'utilité publique (école de la santé de Rennes) rêvaient de détruire le pouvoir médical. Ce fut fait avec la complicité de Madame Roselyne BACHELOT et aussi malheureusement grâce au manque de solidarité et d'entente entre les médecins. Les hôpitaux furent réorganisés en pôles,

vastes usines à gaz dans lesquelles les médecins n'ont aucun pouvoir. Les chefs de service totalement dépouillés de leurs prérogatives sont désormais désignés par le directeur. L'application de cette réforme a donné tous les pouvoirs aux directeurs, cependant, ils ont été confrontés à la difficulté d'exercer ce pouvoir et ont été amenés à nommer une armée de cadres infirmiers pour les représenter et appliquer leurs décisions. Ces cadres infirmiers dits supérieurs campent devant l'ordinateur d'un bureau qu'elles ou ils ne quittent que pour de multiples réunions, la plupart inutiles.

L'hôpital qui avait commencé à se bureaucratiser a achevé sa progression vers l'obésité administrative morbide avec Madame Roselyne BACHELOT qu'on aurait préféré voire à la télévision sans détour par la politique.

Actuellement, l'hôpital est fait de deux tiers d'administratifs pour un tiers de soignants, ce qui explique le malaise qui règne dans la majorité des établissements.

■ Il faut, pour faire face à la situation catastrophique des hôpitaux redessiner la carte sanitaire qui concerne les établissements publics et privés. Il faut continuer à fermer les services inutiles et souvent dangereux surtout en chirurgie et maternité. Dans les départements à faible densité de population il faut qu'il y ait au moins un établissement où puissent être pratiqués dans de bonnes conditions de sécurité la chirurgie courante et l'obstétrique, quitte pour cela à fusionner clinique et hôpital. N'oublions pas que la taille des départements avait été choisie pour qu'un homme à cheval puisse les parcourir dans la journée et que les SAMU, SMUR et pompiers, beaucoup plus rapides, existent dans chaque département.

■ Il faut alléger l'administration hospitalière afin d'inverser son rapport avec les soignants et rouvrir des écoles d'infirmières qui font défaut. Il faut supprimer les pôles et rétablir les services médicaux gérés par un chef de service et ses collaborateurs et redonner à la commission médicale les pouvoirs qu'elle a perdus. Enfin, il faut recruter des directeurs d'hôpitaux compétents. Il existe en France suffisamment de grandes écoles pour atteindre cet objectif. L'autre grande préoccupation concerne les déserts médicaux. La pénurie due au *numerus clausus* a atteint la médecine générale, mais d'autres causes sont venues aggraver la situation. En effet, les mentalités ont évolué et les jeunes médecins ne souhaitent pas s'installer en région rurale et surtout pas seuls Il faut donc prévoir des maisons médicales, mais cela ne suffira pas. Il faut aussi revaloriser la médecine générale qui doit être considérée comme une spécialité médicale et honorée comme telle. Il faut aussi éviter la tentation de beaucoup de généralistes d'éviter l'installation en fuyant vers des postes hospitaliers (gériatrie, EHPAD, administration). Enfin, il faut se faire une raison, la jeune génération considère de plus en plus l'exercice médical comme une profession comme une autre et refuse la disponibilité permanente de leurs anciens.

Les mesures
coercitives ne seront
pas efficaces
et ne remplaceront
jamais le désir
de s'installer en région,
mais la limitation
des conventionnements
avec la sécurité sociale
devrait être envisagée
sérieusement afin
d'éviter un trop grand
déséquilibre entre ville
et campagne
et la pléthore
de certaines régions
les plus ensoleillées.

Pr François PARAF

Chef du service de médecine légale du CHU Dupuytren, Limoges. Coordonnateur interrégional du DES de médecine légale et expertises médicales pour la région Nouvelle Aquitaine

DERNIÈRES NAISSANCES DE D.E.S.

Médecine légale : Diplôme d'études spécialisées de Médecine légale et expertises médicales

Suite de l'article du Bulletin n°24

Spécialité particulièrement médiatisée par de célèbres séries TV et auparavant par une littérature haletante.

Relisez Nécropolis d'Herbert Lieberman paru en 1976, grand prix de la littérature policière l'année de sa sortie en librairie, c'est génial !

Spécialité fort prisée par les étudiants hospitaliers et les internes (malgré des astreintes et déplacements de nuit pas toujours aussi sympathiques que dans les films).

Mais y aurait-il un emploi aussi spécialisé pour tous en formation ?

Découvrez donc le profil de formation de la médecine légale et expertise médicale par son Patron local.

Dans l'attente tout autant haletante des prochaines actualités des D.E.S. (Gériatrie et Médecine d'Urgence) quasiment à la typographie et dont je remercie par anticipation les auteurs.

Dr François BERTIN

La création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine légale et expertises médicales en 2017 est considérée comme étant l'acte de la reconnaissance de la médecine légale comme une spécialité à part entière. Elle a fait suite à une demande du collège des enseignants de la spécialité.

La maquette du DES correspond à un internat de 4 ans.

① La première année, dite phase socle, comporte un semestre de stage dans un service de médecine légale et expertises médicales, et un semestre de stage dans un service des spécialités partenaires de la médecine légale : anatomie pathologique, gynécologie, médecine physique et réadaptation, médecine d'urgence, pédiatrie, psychiatrie, radiologie et imagerie médicales. Les connaissances spécifiques à acquérir concernent la sémiologie médico-légale (traumatologie médico-légale, thanatologie, psycho-traumatisme), les procédures pénales et civiles, les relations avec les forces de l'ordre et la justice, l'éthique médicale, le droit de la santé, la législation sociale, les principes de la rédaction des certificats dans le cadre de l'examen d'une victime ou d'un cadavre, les bases juridiques de la responsabilité médicale.

② et ③ La deuxième et la troisième année constituent la phase dite d'approfondissement, qui se compose de 3 stages dans un service de médecine légale et 1 stage dans un service d'une spécialité partenaire. Les connaissances spécifiques à acquérir concernent le dommage corporel, les principes de psychiatrie, victimologie, anatomie pathologique, toxicologie et imagerie appliqués à la médecine légale, l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et en garde à vue, et les principes de l'assurance individuelle de personnes, de la médecine agréée et de l'assurance maladie.

④ La quatrième année ou phase de consolidation se déroule dans un service de médecine légale. Les connaissances spécifiques à acquérir concernent les domaines suivants : anthropologie médico-légale, procédures d'identification, balistique, droit de la santé et droit du dommage corporel.

La maquette du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine légale et expertises médicales reste active tant qu'il y aura des étudiants inscrits. La dernière génération d'étudiants pouvant s'y inscrire sont les étudiants ayant passé l'examen national classant en 2016.

Pour mémoire, le DESC de médecine légale était accessible à tous les étudiants inscrits dans les autres DES. Ces dernières années, les internes titulaires du DESC de médecine légale diplômés de la faculté de médecine de Limoges provenaient majoritairement du DES de médecine générale, mais aussi du DES de psychiatrie et du DES de médecine du travail. Dans le service de médecine légale du CHU de Limoges travaillent aussi trois médecins issus d'autres spécialités : médecine d'urgence, gynécologie-obstétrique et anatomie pathologique, chacun y apportant ainsi ses connaissances spécifiques. Cette grande diversité des parcours des médecins légistes, qui constitue une des richesses de la spécialité, va disparaître avec la mise en place du nouveau DES.



La médecine légale est en effet singulière par la diversité des thèmes qu'elle aborde. La médecine légale du vivant concerne avant tout la victimologie : examens de victimes de violences physiques ou de violences sexuelles, mais elle concerne aussi l'examen médical des personnes en garde à vue et la médecine exercée en milieu péniten-

tière. On insiste aussi actuellement sur son rôle dans la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales.



Les services de médecine légale reçoivent aussi de nombreux migrants venant faire constater les violences subies dans leurs pays d'origine, notamment les femmes victimes d'excision. La médecine légale thanatologique concerne les autopsies, les examens de corps et les levées de corps. De nombreuses disciplines interagissent avec la médecine légale : l'anthropologie, l'anatomie pathologique, la gynécologie-obstétrique, l'identification génétique, la médecine d'urgence, l'odontologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la radiologie, la toxicologie, la traumatologie, auxquelles il faut ajouter le droit, non seulement le droit de la santé, mais aussi le droit pénal, le droit civil, le droit administratif, le droit des assurances... La médecine légale est une spécialité complète et transversale dans laquelle les connaissances cliniques et scientifiques sont fondamentales, ainsi que certaines aptitudes relationnelles, en particulier avec les policiers, gendarmes et magistrats qui sont les interlocuteurs quotidiens des médecins légistes.

L'objectif de ce nouveau DES de médecine légale et expertises médicales est de former d'une part des médecins légistes qui exerceront dans les 45 services de médecine légale existant dans les hôpitaux sur le territoire national depuis la réforme du fonctionnement de la médecine légale de 2011, et d'autre part des médecins légistes experts en réparation du dommage corporel, plutôt destinés à un exercice libéral en dehors de l'hôpital.

Un autre but de ce nouveau DES est de mettre en place un enseignement numérique national en lien avec la plateforme SIDES NG, qui soit aussi en articulation avec l'enseignement du deuxième cycle des études médicales et avec la formation médicale continue. Toutefois l'enseignement organisé par interrégions continue pour les étudiants inscrits au DESC et il est actuellement proposé aux étudiants inscrits au nouveau DES.



Il est proposé depuis 2011 dans la subdivision de Limoges un poste d'interne en médecine légale par an. A une exception près, ce poste a toujours été occupé par un étudiant issu de la faculté de médecine de Limoges. Il ne m'a pas été possible, ni en tant que coordinateur de la spécialité, ni en tant que chef de service, de proposer chaque année un poste pérenne dans le service de médecine légale à l'interne venant de valider le diplôme de la spécialité. Plusieurs internes diplômés du DESC de médecine légale et expertises médicales ont ainsi quitté le Limousin, et exercent actuellement ailleurs soit la médecine légale, soit la spécialité de leur DES d'origine. Cette dernière possibilité n'existera plus pour les futurs diplômés du DES, qui par définition seront diplômés uniquement du DES de médecine légale et expertises médicales. Cette difficulté risque aussi de se poser pour les autres spécialités dont l'enseignement a été transformé de DESC en DES par la réforme du troisième cycle des études médicales. Ainsi, en l'absence de débouché local en médecine légale et en l'absence de possibilité d'exercer une autre spécialité du fait de la disparition du DESC, j'ai demandé à l'ARS Nouvelle Aquitaine la fermeture du poste d'interne en médecine légale à partir de 2019, afin de ne pas former des internes à une spécialité qu'ils ne pourront pas exercer pour le moment dans notre région.

ÉLIMINATION DES DÉCHETS

Êtes-vous certain d'éliminer vos Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) dans une filière sécurisée?



Questions ?
Réponses !

QUELS DÉCHETS ?

Les DASRI sont des déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire ainsi que les déchets produits par les pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage. Sont des DASRI :

- **les matériels de soins piquants, coupants, tranchants** (aiguilles, scalpels, lames ...) **même en l'absence de risque infectieux.**
- **tout objet de soins en contact avec du sang ou un autre liquide biologique potentiellement infectieux** (pansements souillés, compresses ...).
- **les déchets anatomiques non aisément identifiables** (grains de beauté, kystes, peau ...).

BLESSURES
INFECTIONS
IMPACTS PSYCHOLOGIQUES

QUELS RISQUES ?

Les DASRI présentent des risques spécifiques pour les professionnels de santé mais aussi pour les patients, les personnels de collecte et de traitement des déchets, le public et l'environnement. En effet, certains micro-organismes peuvent persister dans l'environnement et être transmis à l'homme par contact. Par exemple, le virus de l'hépatite B contenu dans du sang séché peut demeurer stable jusqu'à sept jours à une température de 25 °C et une blessure par aiguille avec VHB contamine une personne sur trois.

Ces dernières années, il a été noté une recrudescence de la présence de DASRI sur les chaînes de tri sélectif ou dans les ordures ménagères. Les Accidents d'Exposition au Sang déclarés chez les professionnels du tri sont en nette augmentation. Ces agents trient à la main les déchets placés dans le tri sélectif et une erreur de filière peut être lourde de conséquences.



QUELS PROFESSIONNELS ?

Vous êtes médecin, chirurgien dentiste, infirmier, sage-femme, pédicure podologue, kinésithérapeute, vétérinaire, tatoueur ... et vous exercez en libéral, vous êtes responsable de l'élimination des déchets que vous produisez dans votre cabinet ou au domicile de vos patients.

QUELLES FILIÈRES ?

Seul le recours à des professionnels spécialisés dans la collecte des DASRI vous donne l'assurance d'une élimination sécurisée et conforme aux textes réglementaires : voir liste régionale ci-jointe.

La prise en charge des DASRI doit être formalisée par une convention et chaque enlèvement doit faire l'objet de l'émission d'un bordereau de suivi, à conserver pendant 3 ans.

Après des soins à domicile, aucun déchet infectieux ni piquant-coupant-tranchant ne doit être laissé chez le patient. Les déchets non infectieux doivent être placés dans la poubelle « ordures ménagères » du patient par le professionnel de santé. Les sacs jaunes DASRI ne doivent pas être utilisés pour les déchets non infectieux.

QUE FAIRE À CHAQUE ÉTAPE DE L'ÉLIMINATION ?

1 TRI : DÈS LA PRODUCTION

En aucun cas les DASRI ne doivent être mélangés ni jetés avec les ordures ménagères ou les déchets recyclable. Vous devez utiliser un conditionnement spécifique avec étiquetage adapté.

- Emballage normalisé à usage unique.
 - Identification du producteur.
 - Volume et conception adaptés à la production des déchets.
 - Bon état et fermeture définitive avant enlèvement.
- Il est interdit de compacter ou de congeler ces déchets.

2 STOCKAGE

Vous produisez :

Moins de 5 kg de déchets infectieux par mois :

- Délai maximum de stockage : 3 mois
- Stockage à l'écart des sources de chaleur.

Entre 5 et 15 kg par mois :

- Délai maximum de stockage : 1 mois
- Stockage dans une zone spécifique identifiée et à accès limité (Ex : Placard), à l'écart des sources de chaleur et nettoyée régulièrement.

Plus de 15 kg par mois et **moins de 100 kg** par semaine :

- Délai maximum de stockage : 7 jours
- Stockage dans un local spécifique sécurisé, ventilé, éclairé, tempéré, avec sol et paroi lavables, arrivée et évacuation d'eau.

3 COLLECTE / TRANSPORT

LES SOLUTIONS :

• Recours à un prestataire de collecte des déchets au cabinet

C'est lui qui prend en charge le transport.

Il doit respecter la réglementation de l'arrêté dit « TMD » du transport de matières dangereuses par route.

• Apport volontaire

Dans un point de regroupement déclaré en préfecture (Ex: borne automatique, laboratoire, ...). Cette solution est peu développée.

Vérifier que les documents de traçabilité adaptés sont proposés pour vos déchets.

C'est vous qui prenez en charge le transport de vos propres déchets.

Jusqu'à 15 kg de DASRI, pas d'autre contrainte de transport que celle d'utiliser des emballages réglementaires.

4 DESTRUCTION

97%

des DASRI produits en ex-Limousin sont prétraités au CHU de Limoges

(étape de banalisation des DASRI : le produit résultant de cette opération est un déchet assimilable aux ordures ménagères).

3%

restants sont traités par incinération « directe et spécifique » en dehors de l'ex-région Limousin. (Chiffres issus du Plan Régional d'Élimination des Déchets Dangereux en Limousin, 2009)



Retrouvez la liste des collecteurs sur le territoire de la Nouvelle Aquitaine sur :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/elimination-des-dechets-dactivite-de-soins-risques-infectieux-dasri> ↓





QUELLE TRAÇABILITÉ ?

Vous êtes responsable de vos DASRI depuis leur production jusqu'à leur destruction finale.

Seule la présentation de vos documents de suivi permet de désengager votre responsabilité en cas d'accidents liés à présence de DASRI hors filière sécurisée.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

1 Une convention

entre le producteur et le prestataire de regroupement ou de collecte.

2 Un bon de prise en charge

(si production < 5 kg/ mois) ou un bordereau de suivi CERFA (si production > 5 kg /mois)

Emis au moment de la collecte ou de l'apport volontaire.

3 Une attestation de destruction des déchets

Emise par l'installation de traitement et envoyée au producteur (le cas échéant par l'intermédiaire du prestataire de collecte ou de regroupement) :

- Mensuellement si votre production est > 5 kg / mois (retour du bordereau de suivi).
- Annuellement si votre production est < 5 kg / mois (état récapitulatif).

LA CONVENTION

est un document clé qui fixe les responsabilités et les obligations entre vous et votre prestataire de collecte. Cette convention doit être signée des deux parties pour être valide.

Une même convention peut être signée entre un prestataire et plusieurs professionnels qui regroupent leurs DASRI au sein d'un même local (Maison de santé, cabinet médical, ...).

Le nom de chaque professionnel doit être précisé sur la convention.

Il appartient au producteur de rapprocher le bon de prise en charge ou le bordereau de suivi, de l'attestation de destruction des déchets afin de vérifier que tous les déchets collectés ont bien été éliminés.

Ces documents doivent être conservés pendant trois ans et tenus à la disposition de l'ARS et des services de l'Etat compétents territorialement.



QUELS EMBALLAGES ?

TYPE DE CONDITIONNEMENT	NORME	TYPE DE DASRI	
		Perforants	Solides ou mous
Sacs en plastique ou papier doublés intérieurement de matière plastique	NF X 30 - 501		X
Caisses en carton avec sac intérieur	NF X 30 - 507		X
Minicollecteurs et boîtes pour déchets perforants	NF X 30 - 505	X	
Fûts et jerricans en plastique	NF X 30 - 500	X	X

EN RÉSUMÉ,

Il appartient aux producteurs de DASRI :

- De séparer les DASRI des autres déchets dès leur production,
- De gérer tous les déchets produits par leur activité au domicile des patients,
- D'utiliser des contenants répondant aux normes en vigueur pour les DASRI (Bouteilles plastiques interdites),
- De respecter les limites de remplissage des contenants, quel que soit le modèle,
- De s'assurer de la fermeture correcte des contenants avant leur remise à la société de collecte ou le transport en véhicule personnel (poids < 15kg),
- De s'identifier sur les contenants : Nom du professionnel ou du cabinet,
- De stocker les contenants dans des conditions n'altérant pas leur état (absence d'humidité, protection contre les intempéries, la chaleur et la pénétration d'animaux),
- De faire procéder aux enlèvements selon les fréquences réglementaires (au minimum tous les trois mois),
- De vérifier la prise en charge de ces déchets : documents de traçabilité, véhicule de transport.



QUELLES CONSÉQUENCES EN CAS DE NON-RESPECT DE LA FILIÈRE ?

Refus de prise en charge des contenants non conformes, non identifiés, abîmés ou mal fermés. Il est demandé par ailleurs au transporteur de signaler à l'administration compétente tout refus d'obtempérer de la part du producteur de DASRI.

Sanction pouvant aller jusqu'à : **75 000€** euros d'amende et **2 ans** d'emprisonnement, voire l'interdiction d'exercer, pour non-respect des obligations réglementaires ou refus de communiquer à l'administration les informations sur les modalités d'élimination des DASRI

Jurisprudence du 29 septembre 1997 (TGI de Paris) : un éboueur se blesse avec un déchet piquant et est contaminé par le VIH. Le médecin producteur est condamné à verser des dommages et intérêts d'un montant de 1 500 000 Francs au titre de l'indemnisation de la phase de séropositivité.

- Code de l'Environnement : art. L 541-1 et suivants
- Code de la Santé Publique : art. R 1335-1 et suivants
- Arrêtés du 07/09/1999 modifiés relatifs aux modalités d'entreposage des DASRI et au contrôle des filières d'élimination des DASRI

Plaintes : après la réunion de conciliation, quelles suites ?

Dans un précédent article (cf. bulletin n°24 de l'ordre des médecins de la Haute-Vienne p 46 et 47), j'avais évoqué la réunion de conciliation organisée par le Conseil départemental lorsqu'il est saisi d'une plainte.

En préliminaire, nous rappelons qu'il faut faire la distinction entre :

- une plainte dans le cadre de l'article L 4123-2 du Code de la Santé Publique
- une plainte dans le cadre de l'article L 4124-2 du Code de la Santé Publique

Les dispositions de l'Article L 4123-2 du Code de la Santé Publique sont les suivantes :

Il est constitué auprès de chaque Conseil départemental une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs des membres de cette commission, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsqu'une plainte est portée devant le Conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le président du Conseil départemental demande, sans délai, au président du Conseil national de désigner un autre conseil afin de procéder à la conciliation.

En cas de carence du Conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du Conseil National transmet la plainte dans le délai d'un mois.

Les dispositions de l'Article L 4124-2 du Code de la Santé Publique sont les suivantes :

« Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le Conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.

Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes commis dans l'exercice de cette

Dr Philippe BLEYNIE

Responsable de la Commission de conciliation

Frédérique BOUDRIE

Secrétaire administrative



fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé ou le procureur de la République.»

Dans le cadre de l'article L4123-2 du Code de la Santé Publique, le Conseil départemental doit organiser une conciliation.

Dans le cadre de l'article L 4124-2 du Code de la Santé Publique, aucune disposition législative ou réglementaire n'organise la manière dont le Conseil départemental doit faire rencontrer le plaignant et le médecin mis en cause.

Le Conseil départemental dispose de toute latitude et selon la difficulté de la plainte peut proposer ou non aux parties de se rencontrer.

Dans l'hypothèse où le Conseil départemental ne pourrait ou ne souhaiterait pas faire rencontrer les parties, le Conseil départemental demande à rencontrer individuellement chaque partie.

Introduction

① À l'issue de la réunion de cette conciliation, le plaignant peut :

- ou maintenir sa plainte et il est dressé un PV de non-conciliation
- ou retirer sa plainte et il est dressé un PV de conciliation.

L'issue est formalisée par un document signé par tous les participants.

② L'étape suivante est l'étude du dossier lors des délibérations de l'Assemblée Plénière du Conseil départemental (il y en a une par mois sauf au mois d'août). Le dossier va être présenté à l'ensemble des conseillers, un débat va suivre avec échange entre les conseillers et la décision finale sera ensuite prise lors



d'un vote à bulletin secret. Depuis quelques mois, nous expérimentons le vote électronique qui nous est bien utile quand la technique fonctionne...

Nous allons envisager les choses dans 3 cas de figures.

Le plaignant a retiré sa plainte à l'issue de la réunion de conciliation

Ceci correspond au cas de figure où :

- un manque de communication est souvent à l'origine de la plainte
- et aucune faute déontologique ne peut être reprochée au médecin, la réunion de conciliation ayant permis de dissiper les malentendus.

Dans ce cas, en règle générale, le Conseil départemental ne saisit pas la Chambre Disciplinaire de Première Instance.

Dans le cadre d'une plainte qui s'inscrit dans le cadre de l'Article L 4123-2 du Code de la Santé Publique

Cas de figure où à l'issue de la réunion de conciliation, le plaignant a retiré sa plainte, mais le Conseil départemental peut saisir la Chambre Disciplinaire s'il estime que le médecin a commis une faute déontologique.

Dans le cadre d'une plainte qui s'inscrit dans le cadre de l'Article L 4124-2 du Code de la Santé Publique

Cas de figure où à l'issue de la rencontre, le plaignant initial et le médecin mis en cause s'orientent vers un apaisement, le Conseil départemental peut proposer au plaignant initial la possibilité de signer un protocole d'accord avec le médecin. Le Conseil départemental pourra, en cas de manquement à la déontologie, et ce, malgré la production de ce protocole, déposer plainte contre le médecin et saisir la Chambre Disciplinaire

Le plaignant a maintenu sa plainte à l'issue de la réunion de conciliation

Il faut distinguer 2 cas de figures :

• La plainte concerne un médecin en activité libérale

Le Conseil départemental est obligé de transmettre cette plainte à la chambre disciplinaire. Il ne peut pas y déroger.

Il a quand même la possibilité de s'associer ou pas à la plainte, ce qui fait généralement l'objet d'un vote à bulletin secret. Le plaignant et le confrère mis en cause seront convoqués devant la chambre disciplinaire. Le dossier sera instruit par un rapporteur.

• La plainte concerne un médecin dans l'exercice d'une mission de service public

Le Conseil départemental, après présentation du dossier va débattre sur les éléments qui lui sont présentés et décider de saisir ou ne pas saisir l'instance disciplinaire.

Si le Conseil départemental dépose plainte, il sera convoqué devant la Chambre Disciplinaire en même temps que le confrère mis en cause et le plaignant initial « sort » de la procédure.

Si le Conseil départemental décide de déposer plainte, il doit adresser le procès verbal des délibérations au plaignant initial. Il s'agit d'une décision administrative qui peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif.

La réunion de conciliation n'a pas pu avoir lieu en raison d'une carence

Rappel : ce cas de figure ne concerne que la procédure issue de l'Article L4123-2 du Code de la Santé Publique

Un procès-verbal de carence est établi.

Dans le cadre de l'Article L4124-2 du Code de la Santé Publique, si l'une des parties, qui est convoquée à une rencontre où il était prévu de mettre en présence le plaignant initial et le médecin mis en cause, ne vient pas, il n'y a pas lieu de dresser un procès-verbal de carence. Le Conseil départemental ne pourra que constater que les parties n'ont pas pu se rencontrer. Le Conseil départemental propose généralement dans ce cas une autre rencontre.

La carence résulte de l'absence du plaignant ou du médecin faisant l'objet de la plainte lors de la réunion de conciliation.

Deux cas de figures :

- Si le médecin avait une activité libérale, le Conseil départemental est obligé de transmettre la plainte
- Si le médecin relevait d'une mission de service public, c'est le Conseil départemental qui décide de déposer plainte ou non

Enfin, nous rappelons ce qui était déjà écrit dans l'article du bulletin précédent, la réunion de conciliation, si elle est obligatoire de par la Loi pour une plainte contre un médecin à exercice libéral, elle ne l'est pas quand il s'agit d'une mission de service public. Nous avons fait le choix, au Conseil départemental de la Haute-Vienne, de l'organiser quasi systématiquement sauf circonstances exceptionnelles.

Pour compléter cet article, voici quelques informations sur la règle des « questions-réponses ».

À propos des plaintes

Quelle est la différence entre une doléance et une plainte ?

Selon la réflexion actuelle du Conseil de l'Ordre, les lettres de doléances ont pour but d'exposer un litige, qui est souvent un malentendu entre un médecin et un patient (ou entre deux médecins). Le Conseil départemental joue un rôle de médiateur et, la plupart du temps, les choses rentrent dans l'ordre.

Une lettre de plainte comporte le mot lui-même, souvent mentionné en en-tête de la lettre. Il peut y avoir d'autres expressions de type « je demande une sanction » ou « je me plains de ... ». Parfois, la limite entre doléance et plainte n'est pas claire et il faut demander à la personne de préciser sa pensée.

Une lettre de plainte doit être claire et non équivoque.

Attention, une lettre de doléances initiale peut devenir une plainte, surtout si la personne qui l'a adressée évolue dans ses intentions. (Par exemple, ce peut être une manière de manifester que la réponse du médecin ou du Conseil départemental n'a pas été satisfaisante)

Le Conseil départemental qui reçoit une plainte a-t-il un pouvoir d'instruction ?

Non... Le Conseil départemental ne peut ni instruire ni enquêter. Il ne peut que tenir compte de ce qui lui est transmis par les parties concernées par la plainte. Il ne peut, en aucun cas, aller interroger ou solliciter d'éventuels « témoins ». Le Conseil départemental n'a aucun pouvoir d'investigation.

Y a-t-il des plaintes que l'on peut considérer comme abusives ?

Le mot abusif est à manier avec prudence. Il est vrai que certaines plaintes, de par leurs motifs et la manière dont elles sont rédigées, peuvent apparaître comme totalement infondées.

Seule la Chambre Disciplinaire peut statuer sur l'éventuel caractère abusif et, dans ce cas, condamner le plaignant aux dépens.

Quand on parle de « Mission de service public » de quoi s'agit-il ? Qui est concerné ?

Selon la définition, une « Mission de service public » est une activité d'intérêt général assurée par un organisme public soumis aux règles qui sortent du droit commun ».

A partir de cette définition, il est hasardeux de dresser une liste exhaustive des conseillers et confrères qui exercent une mission de service public. Je me risque cependant à en citer un certain nombre : les médecins hospitaliers publics (sauf dans le cadre de leur activité libérale pour ceux qui en ont), les médecins salariés d'administrations diverses (locales, territoriales ou dépendantes de l'Etat), les médecins du travail (même s'ils sont salariés d'organismes privés).



Qu'en est-il des Médecins Conseil des Caisses de Sécurité Sociale ?

L'alinéa 2 de l'article L4124-2 du Code de la Santé Publique ne concerne que les médecins conseils des régimes d'assurance maladie.

Qu'en est-il des médecins de l'ARS ?

Leur cas est aussi un cas particulier car ils ne peuvent être traduits devant la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance que par :

- Le Ministre de la Santé
- Le Préfet
- Le Procureur de la République
- Le Directeur Général de l'ARS

Les médecins experts près des tribunaux et les médecins de contrôle ... (Cf site CNOM)

La Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance

Elle siège avec le Conseil Régional de l'Ordre.

Pour la région Nouvelle-Aquitaine, c'est donc à Bordeaux.

C'est dans les locaux du Conseil Régional de l'Ordre des médecins que siège la CDPI. Pour la HAÛTE-VIENNE, elle est donc à BORDEAUX, au Conseil Régional de NOUVELLE-AQUITAINE.

Quelle est l'issue d'une plainte à la chambre disciplinaire ?

Il y a plusieurs possibilités:

Le médecin mis en cause peut faire l'objet :

- d'une relaxe (donc le rejet de la plainte)
- d'un avertissement
- d'un blâme
- d'une radiation temporaire ou définitive

Il n'y a jamais de sanction financière à l'encontre du médecin.

Voilà, nous espérons que ces quelques lignes vous aideront à mieux comprendre le cheminement d'une plainte.

Dans un prochain numéro de bulletin du Conseil départemental, il serait bon de solliciter un membre de la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance pour qu'il nous parle de cette étape qui est certainement la plus épineuse à vivre.



Déontologie

Sujet particulièrement d'actualité sans pour autant être moderne, pour un article du code de déontologie qui n'a que peu varié avec le temps et déjà là depuis fort longtemps qui, contrairement à une célèbre publicité pour de l'énergie en boîte ronde ou plate, ne s'use que si l'on ne s'en sert pas à bon escient.

Dr François BERTIN

Article 44

(article R.4127-44 du code de la santé publique)

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

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

Commentaire

1 • SEVICES ET PRIVATIONS

Les "mauvais traitements" ne sont pas réservés aux mineurs : ils peuvent aussi concerner les personnes âgées ou handicapées, les conjoints, concubins ou « pacsés » et d'une façon générale toute personne vulnérable.

On entend par maltraitance toute violence physique, psychique, toute atteinte sexuelle, toute cruauté mentale, toute négligence ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé et, pour un enfant, sur son développement physique et psychique.

Dans les cas flagrants de maltraitance ou de fortes présomptions, le médecin doit soustraire d'urgence la victime aux sévices, par exemple en l'hospitalisant et en s'assurant que cette mesure a bien été réalisée.

Dans les cas moins évidents, le médecin traitant ne doit pas rester seul. Il doit faire appel au concours d'une équipe pluridisciplinaire (pédiatre, psychiatre, gynécologue, assistant social...) afin que dans tous les cas le diagnostic de maltraitance repose sur des éléments indiscutables étant donné les répercussions d'un tel diagnostic, la nécessité d'un bilan global et d'une prise en charge adaptée.

Le signalement de maltraitance à enfant a fait l'objet de la loi 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance (article L.221-1 du code de l'action sociale et des familles). Des dispositions identiques sont applicables pour permettre le signalement de maltraitance sur personnes vulnérables, majeurs protégés ou non.

La règle du secret médical ne fait pas obstacle à ce que le médecin signale les sévices qu'il a constatés : l'article 226-14 du code pénal établit à ce sujet une dérogation au secret médical. Le médecin n'encourt d'ailleurs aucune sanction disciplinaire, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

Cependant, l'article 44 est nuancé, il recommande au médecin d'agir avec prudence et circonspection et d'alerter les autorités administratives et judiciaires pour protéger au mieux la personne, en fonction de plusieurs facteurs :

- un signalement aux autorités sur de simples présomptions peut déstabiliser une famille ;
- l'hospitalisation de l'enfant ou de l'adulte peut être une mesure de sauvegarde et de mise à l'abri du risque ;
- une surveillance étroite et un accompagnement du milieu familial en équipe pluridisciplinaire (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) peuvent être suffisants ; la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation peut être utilement saisie.

Le médecin aura à peser les différents avantages et inconvénients, dans la situation considérée, les solutions possibles avant de prendre une décision. Il peut solliciter un avis auprès du Conseil départemental.

Il a l'impérieux devoir d'intervenir. L'absence d'intervention est répréhensible notamment lorsque le médecin suspecte des sévices ou mauvais traitements.



2 • SIGNALEMENT

Ce qui caractérise le signalement est qu'il s'agit d'un document dont le destinataire n'est ni le patient ni un membre de sa famille mais le procureur de la République ou son substitut.

Il doit être adressé directement par le médecin à son destinataire et ne doit jamais être remis à un tiers, fût-il parent de la victime.

Cette information, par laquelle le professionnel fait connaître la situation de la personne en danger à une autorité compétente, peut en principe être donnée par tout moyen, y compris par appel téléphonique (dans ce cas, il doit être conservé trace de l'interlocuteur et la date de l'appel). En pratique, il est recommandé d'effectuer le signalement sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, en en gardant un double.

■ La victime est un mineur.

Depuis la loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le terme concerne désormais l'adolescent jusqu'à 18 ans.

Le signalement doit dans ce cas être adressé par le médecin au Procureur de la République, ou au substitut du Procureur (voir note [1]), au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel du mineur. Une permanence est assurée 24 heures sur 24. Les commissariats de police et brigades de gendarmerie disposent de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques.

Le magistrat devra apprécier l'opportunité :

- d'une enquête complémentaire confiée à un service de police ou de gendarmerie ;
- celle de la poursuite du (des) présumé(s) auteur(s) de violences : il ouvrira le plus souvent une information auprès du juge d'instruction, mais peut aussi classer l'affaire sans suite sur le plan pénal ;
- celle de la saisine d'un juge des enfants au titre de l'assistance éducative.

En urgence, le magistrat peut intervenir pour prendre toute mesure conservatoire et notamment le « placement » du mineur (ordonnance de placement provisoire ou OPP).

■ La victime est majeure.

Avec l'accord de la victime, le signalement des sévices est effectué dans les mêmes formes auprès du procureur de la République.

Lorsque la victime des sévices et privations est une personne majeure vulnérable, qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, le signalement est fait sans qu'il soit besoin de recueillir l'accord de la personne.

■ Contenu et forme du signalement.

Selon le code pénal, le médecin n'est tenu que de signaler les faits constatés.

Cependant l'article 44 du code de déontologie médicale est nuancé. Selon ses termes mêmes, le médecin « alerte » l'autorité publique sur une situation qu'il est obligé d'interpréter puisqu'il

doit affirmer que l'état du patient a pour cause, avérée ou probable, des sévices.

Ainsi après avoir rapporté aussi fidèlement que possible les paroles de l'enfant recueillies au cours de l'entretien et citées entre guillemets, décrit les signes relevés à l'examen clinique, le médecin peut faire état dans le signalement de sa conviction, de son sentiment ou de ses soupçons que l'enfant est victime ou très probablement victime de sévices (Cf. infra, modèle de rédaction d'un signalement).

Il faut enfin répéter que :

- le secret médical ne fait pas obstacle au signalement des sévices et maltraitements constatés chez un mineur ou une personne vulnérable ; l'article 226-14 du code pénal est une dérogation légale au secret médical ;
- le médecin n'encourt aucune sanction disciplinaire si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article ;
- la crainte d'une poursuite ultérieure pour dénonciation calomnieuse ne saurait arrêter le médecin. Celle-ci implique, conformément à l'article 226-10 du code pénal, que la personne dénonçant les faits ait conscience du caractère mensonger des éléments dénoncés.
- l'évaluation de la situation de la victime, partie intégrante du signalement, est propre à démontrer la bonne foi du médecin.

■ Certificat

A la différence du signalement, un certificat est remis en main propre au patient ou à son représentant légal.

Un tel certificat est souvent demandé au médecin pour obtenir la modification des droits de visite et de garde au prétexte de sévices corporels et souvent sexuels dont l'enfant serait victime de la part de l'ex-conjoint ou de son nouveau compagnon.

Le médecin doit se montrer particulièrement vigilant et prudent. Le certificat doit se borner aux constatations du médecin sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales

En pratique :

Le médecin est tenu de constater objectivement les lésions et signes qui témoignent de violences avant de rédiger le certificat : il ne peut, sauf à agir avec légèreté ou imprudence, établir le certificat sans examen médical préalable ; il doit consigner avec précision ses constatations ; il ne peut présenter comme fait avéré des agressions sur la seule foi de déclarations. En aucun cas, il ne peut attribuer les troubles présentés par un enfant au comportement d'une personne qu'il ne connaît pas ou révéler la pathologie d'une personne qui a été son patient.

Si à l'occasion de son examen, le médecin acquiert la conviction que la personne examinée est victime de sévices, il procédera à un signalement au procureur de la République. Car la délivrance d'un certificat ne protège pas automatiquement la victime puisque le médecin n'a pas la maîtrise de l'utilisation qui en sera faite.

([1]) Article. 226-14 du code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

• A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

• Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

(...)

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.»

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 JUNIEN, à la Clinique des EMAILLEURS, à la Maison d'arrêt, aux archives militaires, à l'AIST ainsi que dans différents cabinets médicaux.

RÉUNIONS AU CONSEIL NATIONAL

■ 29 juin 2019 : Assemblée Générale du CNOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Trésorier adjoint et Agnès LE FLAHEC.

■ 24 septembre 2019 : Formation pour les Conseillers Ordinaux au CNOM sur le thème « contrats et plaintes » en présence des Docteurs Fabienne DESCHAMPS, Florence DUCHE et Agnès LE FLAHEC.

■ 5 octobre 2019 : Assemblée Générale du CNOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Stéphane BOUVIER, Vice-Président, Véronique BAZANAN, Trésorière.

■ 27 novembre 2019 : Réunion des Présidents des Conseils départementaux au CNOM en présence du Docteur Anne-Marie TRARIEUX, Vice-Présidente.

PDSA

■ 10 décembre 2019 : Réunion PDS au CDOM, en présence des Docteurs Luc AUBANEL, Secrétaire Général Adjoint et Responsable de la Commission de la Permanence des Soins, Eric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint et Martine PREVOST.

RENDEZ-VOUS DU PRÉSIDENT

■ 7 mai 2019 : Rencontre avec le Professeur Pierre-Yves ROBERT, Doyen de la faculté de médecine de Limoges.

■ 21 mai 2019 : Comité de pilotage stratégique de la plateforme territoriale d'appui de la Haute-Vienne à l'Association PTA87 en présence du Docteur Pierre BOURRAS, Président.

■ 26 novembre 2019 : Rencontre avec le Professeur Pierre-Yves ROBERT, Doyen de la faculté de médecine de Limoges.

■ 10 décembre 2019 : Rencontre avec Monsieur François NEGRIER, Directeur de l'ARS de Limoges au CDOM accompagné du Docteur Coralie LAULIAC MONBUREAU.

AUTRES RÉUNIONS

■ 6 juin 2019 : Commission d'Activité Libérale du CHU de Limoges en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 12 juin 2019 : Réunion sur les risques suicidaires « Stop Blues » en présence du Dr Véronique BAZANAN, Trésorière.

■ 27 juin 2019 : Formation sur le thème « Addiction, parlons-en autrement » la maison du temps libre à Isle en présence du Docteur Dominique MOREAU.

■ 3 juillet 2019 : Comité de Pilotage de l'Observatoire Départemental de la protection de l'Enfance (ODPE) à l'hôtel du département en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 4 juillet 2019 : Colloque Télémédecine à la Faculté de médecine, en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 6 septembre 2019 : Grenelle des violences conjugales à la Préfecture de Limoges, en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 9 septembre 2019 : Réunion de rentrée avec le Professeur Pierre-Yves ROBERT, Doyen de la faculté de médecine de Limoges, à la Faculté en présence des Docteurs Anne-Marie TRARIEUX, Vice-Présidente, Eric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint.

■ 13 septembre 2019 : Audience solennelle au Tribunal de Grande Instance de Limoges en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Anne-Marie TRARIEUX, Conseillère Nationale.

■ 27 septembre 2019 : Rencontre avec Madame Sophie BEAUDOUIN-HUBIERE, Députée de la Haute-Vienne, au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Luc AUBANEL, Secrétaire Général Adjoint, Véronique BAZANAN, Trésorière, Eric ROUCHAUD, Trésorier adjoint et Philippe BLEYNIE.

■ 28 septembre 2019 : Assemblée générale du Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine à Bordeaux en présence des Docteurs Stéphane BOUVIER, Vice-Président et Agnès LE FLAHEC.

■ 8 octobre 2019 : Comité de pilotage du grenelle des violences conjugales en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 11 octobre 2019 : Cérémonie de remise des bourses de l'AFEM à Paris, en présence du Docteur Agnès LE FLAHEC.

■ 16 octobre 2019 : Réunion du Comité Ville Hôpital au CHU de Limoges en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Stéphane BOUVIER, Vice-Président, Thierry BOELY, Secrétaire

général, Véronique BAZANAN, Trésorière, Eric ROUCHAUD, Trésorier adjoint, François BERTIN, Fabienne DESCHAMPS et Dominique MOREAU.

■ 17 octobre 2019 : Réunion d'information sur le thème « Publicité, bonnes pratiques et points clés » organisée par l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes à la Croix rouge de Limoges en présence du Docteur François BERTIN.

■ 4 novembre 2019 : Journée d'accueil des nouveaux internes à la Faculté de Médecine en présence du Docteur Stéphane BOUVIER, Vice-Président.

■ 5 novembre 2019 : Réunion d'Installation de l'Instance Territoriale de coordination Sport Santé bien-être à l'ARS en présence des Docteurs Yves FEYFANT et Martine PREVOST.

■ 21 novembre 2019 : Commission paritaire locale des médecins (CPLM) à la CPAM en présence du Docteur Pierre BOURRAS, Président.

■ 27 novembre 2019 : Séminaire à la Préfecture sur le thème « l'enfant victime de violences au sein du couple » en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 12 décembre 2019 : Réunion du Comité de Référencement de l'Offre Physique à l'ARS en présence du Docteur Martine PREVOST.

■ 18 décembre 2019 : Commission d'Activité Libérale du Centre Hospitalier ESQUIROL en présence du Docteur Yves FEYFANT.

■ 19 décembre 2019 : Grenelle des violences conjugales à la Préfecture de Limoges, en présence du Docteur Yves FEYFANT.

