



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 30

SEPTEMBRE 2023

Conseil départemental de la Haute-Vienne



DOSSIER INFIMIER(E)S EN LIBÉRAL ET EN ÉTABLISSEMENT

- *IPA en libéral*
- *IPA en établissement*
- *Asalées*
- *Amélioration des prescriptions*

p.6



Dossier HAD :
Une solution
de plus en plus
plébiscitée

p.24

Mais aussi :
Dossiers :

- **SSR** p.36
- **(In)sécurité des médecins** p.42

Arrêter le tabac p.48

L'antibiorésistance p.52



sommaire



NOUVEAU SITE !

Retrouvez toutes les informations et publications sur le site internet du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des médecins en vous connectant sur :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/>

ou en flashant le QRcode ci-dessous



Publication du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication :

Dr Pierre Bourras, Président du CDOM 87.

Rédacteur en chef :

Dr Dominique Moreau.

Commission Bulletin & Communication :

Drs François Bertin, Eric Denes, Marie Duclos, Yves Feyfant, Dominique Moreau, 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 1-6-7-10-12-15-16-20-27-28-36-42

44-46-48-49-52-53-54-56-57 :

© Shutterstock et © Adobe Stock

ERRATUM BULLETIN N°29 - Page 11 :

Le dernier texte tout en bas du diagramme devait être :

"Études de Médecine ou Maïeutique/Odontologie/Pharmacie/Kinésithérapie, et non "Concours de Médecine...".

Merci de votre compréhension.

■ Édito p. 3

■ Exercice professionnel

- Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès p. 4-5

■ Dossiers

INFIRMIER(E)S : p. 6-23

- IPA en libéral
- IPA en établissement
- Asalées
- Amélioration des prescriptions des actes infirmiers
- HAD :** p. 24-35

- HAD en France
- HAD du CHU de Limoges
- HAD association Santé Service Limousin

SSR : p. 36-41

- SSR La Chênaie
- SSR Polyclinique de Limoges - Site Chénieux

INSÉCURITÉ DES MÉDECINS p. 42-47

- Les chiffres
- Infographie
- Fiche de signalement
- Sécurimed

■ Infos pratiques

- Arrêter le tabac p. 48-51
 - L'accompagnement avec L.A.S.T.
- L'antibiorésistance p. 52-55

■ Rubrique juridique

- Un peu de déontologie p. 56-58

■ Espace détente

- Quizz p. 59

■ L'agenda p. 60



édito

Dr Pierre BOURRAS
Président du Conseil départemental
de la Haute-Vienne de l'Ordre des médecins

Chères consœurs, Chers confrères,

D'abord, bravo et merci à tous ceux qui, durant cet été chaud, ont permis à la population de notre département d'avoir un accès au soin correct.

Bien sûr, on pense aux médecins généralistes qui ont assuré la permanence des soins alors que nombre d'habitants des départements de la NOUVELLE-AQUITAINE ont subi un arrêt de la PDSA parfois à partir de 18h30 ne leur laissant comme solution que d'aller remplir les couloirs des services d'urgences encore ouverts ou même sans service d'urgence. Ensuite les urgentistes ont maintenu en grande partie les services d'urgences ouverts; merci à tous ceux qui ont fait fonctionner les hôpitaux, la polyclinique, les Ehpad, assurer les consultations dans la longue chaîne confraternelle de soins, assurer la coordination des services administratifs de santé.

Oui, c'est notre métier de soigner les autres. Oui, c'est un magnifique métier, mais ce métier est devenu de plus en plus prenant, difficile, les contraintes administratives prenant le temps dévolu aux malades.

Ces changements inquiètent les étudiants, déçoivent et démobilisent nombre de jeunes diplômés qui se voient contraints d'exercer un métier qui ne correspond plus à ce qu'ils espéraient.

Si l'on se place du côté de la population, tout devient simple: nous avons choisi cette profession pour soigner et aider.

Nos conditions de travail se sont terriblement dégradées, mais aussi, les exigences d'épanouissement personnel, familial,

professionnel, ont, à juste raison, augmenté et les exigences financières de certains d'entre nous ont aussi augmenté.

Au mois de février, a lieu le renouvellement par moitié des membres du CDOM.

Posez votre candidature, le rôle de conseiller ordinal est passionnant et permet l'écoute de ses confrères, une ouverture d'esprit aux problèmes spécifiques à chaque type d'exercice. Cela nous permet aussi de les faire remonter au niveau national, et d'obtenir parfois de réelles avancées pour la profession.

Cela implique, comme c'est le cas jusqu'à présent dans notre département, la nécessité d'avoir des représentants du maximum de types d'exercices: libéraux, hospitaliers publics et privés, administratifs, généralistes, spécialistes, en particulier de certaines disciplines en difficulté comme la psychiatrie.

Les conseillers échangent leurs points de vue dans une atmosphère bienveillante et ouverte, parfois passionnée mais toujours dans le respect de l'autre et les décisions se prennent de façon démocratique en ayant recours au vote à bulletin secret chaque fois que nécessaire. Notre cotisation ordinale sert l'autofinancement de la structure, garantie de notre indépendance et de notre marge de manœuvre.

Ne laissez pas les autres prendre les décisions pour vous, rejoignez le CDOM 87. Il en va aussi de l'intérêt de nos patients.

En 2024, moi je vote !



**Élection pour le renouvellement
de la moitié des conseillers du CDOM
le 28 janvier 2024**

Les candidatures sous forme d'un
binôme femme-homme sont à
adresser **jusqu'à Noël 2023** au CDOM



TABLEAU Du 10 novembre 2022 au 5 juillet 2023

PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr DEVILLERS Jean, le 7 décembre 2022
 Dr DZOMO Nadia, le 7 décembre 2022
 Dr FILISOIU Robert, le 7 décembre 2022
 Dr LAGARDE Aurélie, le 7 décembre 2022
 Dr LANNIAUX Laethitia, le 5 avril 2023
 Dr LECLERCQ Charlotte, le 5 juillet 2023
 Dr LEGRAND Rewan, le 7 juin 2023
 Dr MANIRAGUHA Violette, le 5 juillet 2023
 Dr REAL Jonathan, le 7 décembre 2022
 Dr ROUX Agnès, le 1^{er} mars 2023
 Dr SAUBESTRE Elodie, le 5 avril 2023
 Dr VLADIMIRESCU Oana, le 7 décembre 2022
 Dr WIEGERSMA Sigizo, le 4 janvier 2023

En anesthésie réanimation

Dr DRIS Brahim, le 4 janvier 2023
 Dr MLAIKI Youssef, le 4 janvier 2023
 Dr TIBERE Roode-Audrey, le 7 décembre 2022
 Dr TOURNADRE Adrien, le 7 décembre 2022

En endocrinologie, diabétologie et nutrition

Dr DESBORDES-LAMANT Florine,
 le 30 avril 2023

En hématologie

Dr AUBOIROUX Marie, le 30 avril 2023

En médecine et santé au travail

Dr FOSSI Nadine, le 4 janvier 2023

En ophtalmologie

Dr RIDA Firas, le 1^{er} février 2023

En pédiatrie

Dr FRAY Camille, le 30 avril 2023

En psychiatrie

Dr FOULI Nadia, le 5 juillet 2023

RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr BURGUIERE Loïc, le 7 décembre 2022
 Dr RICHARDOT Jean-Jacques, le 5 avril 2023

En anatomie et cytologie pathologiques

Dr LE RU Romain, le 5 juillet 2023

En anesthésie réanimation

Dr DUGARD Anthony-Paul, le 5 juillet 2023

En biologie médicale

Dr RATEAU Guillaume, le 7 décembre 2022

En cardiologie et maladies vasculaires

Dr MARTINS Elie, le 4 janvier 2023

En chirurgie générale

Dr LOPEZ Pauline, le 4 janvier 2023

En chirurgie orthopédique et traumatologie

Dr NUZZACI Fabien, le 1^{er} mars 2023

En dermatologie vénéréologie

Dr GOISET Anne, le 1^{er} février 2023

En gynécologie obstétrique

Dr DZOMO YEMGANG Nicole, le 7 juin 2023

En médecine vasculaire

Dr TOBA Marie-Laure le 7 décembre 2022

En neurochirurgie

Dr MEYNARD Alexandre le 7 décembre 2022

En psychiatrie

Dr HIPPOLYTE Fériel, le 7 décembre 2022

Retraités

Dr BARRIÈRE Alain, le 5 juillet 2023

Dr GUILLEMOT-BANDOLLIER Gérard,
 le 7 juin 2023

QUALIFICATIONS

(Commission nationale de 1^{ère} Instance)

En médecine et santé au travail

Dr MAGNE Gérard, le 7 décembre 2022

En médecine physique et réadaptation

Dr RADU Marius, le 7 décembre 2022

En médecine vasculaire

Dr GOUGIS Isabelle, le 5 avril 2023

DESC GROUPE 2 QUALIFIANT

En chirurgie orthopédique et traumatologique

Dr ALAIN Armand, le 7 décembre 2022

En réanimation

Dr VAIDIE Julien, le 7 décembre 2022

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr AUGRIS Jacques

Parti le 26 janvier 2023 dans la Vienne

Dr AVRAM Ioan

Parti le 22 décembre 2022 en Dordogne

Dr BAUDOUIN Pierre

Parti le 31 janvier 2023 à la Réunion

Dr BORDRON Anaïs

Partie le 10 mars 2023 dans la Loire Atlantique

Dr BREZOESCU Irina

Partie le 16 novembre 2022 dans le Var

Dr CAPY Léa

Partie le 28 mai 2023 en Haute-Garonne

Dr CATTIER Jean-Michel

Parti le 1^{er} janvier 2023 en Charente-Maritime

Dr CENRAUD Marie

Partie le 1^{er} décembre 2022 dans le Pacifique Sud

Dr DELPEYROUX Caroline

Partie le 18 janvier 2023 en Haute-Savoie

Dr DES GUETZ Gaëtan

Parti le 14 décembre 2022 en Seine Saint-Denis

Dr DESCLEE DE MAREDSOUS Romain

Parti le 12 novembre 2022 dans le Loir et Cher

Dr DUGENY Daniella

Partie le 17 janvier 2023 en Haute-Savoie

Dr EL BOUZZAOUI Rim

Partie le 1^{er} janvier 2023 en Gironde

Dr GARREAU Julie

Partie le 1^{er} juillet 2023 en Ardèche

Dr JOURDAIN Pierre

Parti le 15 juin 2023 en Charente-Maritime

Dr LADROIT Didier

Parti le 27 avril 2023 en Loire Atlantique

Dr LARÉE Thomas

Parti le 1^{er} juillet 2023 dans le Gers

Dr LESIMPLE Pierre

Parti le 15 juin 2023 en Dordogne

Dr MAZÉ Lénéaïc

Parti le 1^{er} juillet 2023 en Creuse

Dr MENAT Jean-Philippe

Parti le 24 décembre 2022 en Creuse

Dr NOLLET Chloé

Partie le 1^{er} mai 2023 en Charente-Maritime

Dr OUDOT Caroline

Partie le 28 janvier 2023 en Haute-Garonne

Dr RANDRIANASOLO Harinaivo

Parti le 7 février 2023 à la Réunion

Dr ROUCHER Laurence

Partie le 1^{er} juin 2023 en Corrèze

Dr SERY Arnaud

Parti le 21 janvier 2023 dans le Pacifique Sud

Dr TARDIEU Antoine

Parti le 12 novembre 2022 dans le Tarn et Garonne

Dr THOMAS Gérard

Parti le 7 avril 2023 en Corrèze

Dr TRIAU Jacques

Parti le 27 janvier 2023 dans les Côtes d'Armor

Dr VOISIN Angélique

Partie le 5 juillet dans le Gers

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite
 et conservent une activité

Pr AUBARD Yves, le 1^{er} juillet 2023

Dr GANDOIS Jean-Loup, le 1^{er} janvier 2023

Dr LEVENTOUX Jean-Paul, le 1^{er} avril 2023

Dr NUZZACI Fabien, le 26 décembre 2022

Dr RICHARD Alain, le 1^{er} avril 2023

Dr TORTUL Marie-France, le 1^{er} avril 2023

Dr VEYRIRAS Stéphane, le 1^{er} janvier 2023

Dr VINCENT Jean-Patrice, le 1^{er} avril 2023

TABLEAU Du 10 novembre 2022 au 5 juillet 2023**Font valoir leurs droits à la retraite sans conserver d'activité**

Dr BEN RHAJEM Nadia, le 1^{er} avril 2023
Dr BOURLOT Daniele, le 1^{er} avril 2023
Dr BOYER-PASSOUNAUD Marie-Noëlle, le 1^{er} janvier 2023
Dr CANE Emmanuelle, le 1^{er} juin 2023
Dr DARREYE Ghislaine, le 1^{er} juin 2023

Dr DINGBOE Jean, le 1^{er} juillet 2023
Dr DUMAS Yann, le 1^{er} juillet 2023
Dr DUSSARTRE Catherine, le 1^{er} juillet 2023
Dr FOUCONNIER Dominique, le 1^{er} janvier 2023
Dr GALAN Hélène, le 1^{er} avril 2023
Dr HENIAU-MARQUET Danièle, le 1^{er} juillet 2023
Dr HUMMEL Patrice, le 1^{er} juillet 2023
Dr HURON Denis, le 1^{er} janvier 2023
Dr PENELAUD Philippe, le 1^{er} juillet 2023
Dr PERINAUD Pierre-Michel, le 1^{er} juillet 2023
Dr RIBIERE-LOZES Anne-Marie, le 1^{er} janvier 2023
Dr ROUSSIE Jean-Marie, le 1^{er} janvier 2023
Dr VAQUIER Jean, le 1^{er} avril 2023

RADIATION
pour convenance personnelle

Dr CRANSAC Marie-Claude, le 1^{er} mars 2023
Dr PASQUET Helena, le 4 janvier 2023
Dr SAGE-SKOTOWSKI Françoise, le 3 mai 2023

DÉCÈS

Dr DEVALETTE Jean Jacques
Dr FAURE Jean-Pierre
Dr FILLOUX Jean-Michel





INFIRMIER(E)S EN LIBÉRAL ET EN ÉTABLISSEMENT

Qu'ils ou qu'elles soient IPA (Infirmier en Pratique Avancée), Asalée ou en HAD, les infirmier(e)s en dispensant les soins préventifs, curatifs ou palliatifs assurent, avec bienveillance, un service de proximité pour maintenir et restaurer la santé des patients. Ce métier à haute responsabilité exige rigueur, vigilance et technicité aussi bien à l'hôpital, en entreprise, qu'en association ou en libéral.

IPA EN LIBÉRAL

L'IPA, témoignage d'un nouvel acteur de l'accès aux soins

Infirmière depuis 23 ans, j'ai d'abord exercé en milieu hospitalier dans un service de réanimation. Après, l'obtention d'un DU de médecine de catastrophe, je suis également intervenue lors de missions d'urgence humanitaire sur des théâtres de catastrophes naturelles. Puis, je me suis installée en tant qu'infirmière libérale.

J'ai obtenu mon Diplôme d'État d'Infirmière en Pratique Avancée en 2020, après deux années d'études à la faculté de médecine de Paris Diderot Cité, avec une alternance d'apports théoriques et cliniques dont 8 mois de stage en libéral et en hospitalier. J'ai commencé mon exercice au sein du Pôle de Santé pluridisciplinaire Beaublanc à Limoges en collaborant avec les médecins généralistes et les médecins rhumatologues, tout en maintenant mon activité d'infirmière libérale dans un autre cabinet.

Mme Marion NOEL

*Infirmière libérale
en Pratique Avancée
à Limoges*

Ce nouveau mode d'exercice répond à certaines problématiques croissantes du vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques et à la difficulté d'accès aux soins.

Il contribue et propose, par une démarche d'analyse clinique, un partenariat avec le médecin (généraliste ou spécialiste), mais aussi avec le patient afin de l'accompagner dans la gestion de sa maladie. Nous ne remplaçons pas le médecin, mais nous sommes compétents pour proposer une prise en soin complémentaire, avec un œil d'expert infirmier dans les CPTS, MSP, ESP.

Nous ne remplaçons pas le médecin, mais nous sommes compétents pour proposer une prise en soin complémentaire, avec un œil d'expert infirmier dans les CPTS, MSP, ESP.

■ LA PLUS-VALUE DE NOTRE PROFESSION ?

- Une meilleure accessibilité au système de santé par une porte d'entrée différente, la coordination des parcours de soins, une réponse aux enjeux de santé publique.
- Un temps de consultation important favorisant une écoute, une prise en compte des problématiques diverses exprimées par le patient, un examen clinique prolongé pour une prise en charge globale.
- Un suivi des patients stabilisés, en alternance avec leur médecin traitant.
- Une nouvelle expertise pour une offre de soin sur les territoires dépourvus de médecins.



■ POUR LES MÉDECINS ?

Une libération de temps médical permettant d'accepter de nouveaux patients sans médecin traitant, mais aussi de pouvoir consacrer plus de temps à ceux dont la situation clinique n'est pas stabilisée ou encore dont l'état nécessite une prise en soin plus spécifique.

Au sein du Pôle de Santé Beaublanc, nous proposons un parcours de suivi aux patients diabétiques afin d'optimiser leurs traitements et leur offrir ainsi une meilleure qualité de vie. Nous les accompagnons dans la prise en charge de leurs parcours de soin avec des outils comme l'Éducation thérapeutique. Ce parcours met en relation le patient avec les différents professionnels qui interviennent autour de lui, mais également avec des associations de patients, partenaires spécifiques à sa pathologie.

Nous travaillons également sur la prévention des chutes de la personne âgée fragile. Cela se concrétise par la mise en place d'un parcours de soin ciblé sur le risque de chute et s'intègre dans la filière « fracture-ville-hôpital » via le service de rhumatologie du CHU de Limoges.

■ CET ACCOMPAGNEMENT SE COMPOSE COMME SUIT :

- ① Dans un premier temps, le dépistage des critères de fragilité chez la personne âgée comme les troubles de la mobilité, les troubles alimentaires, la iatrogénie médicamenteuse (les effets secondaires dus au traitement) ainsi que le risque d'ostéoporose et de fracture.
- ② Dans un deuxième temps, en partenariat avec le médecin traitant, l'IPA propose de faire un bilan global multidimensionnel (bio psycho social et environnemental) qui permet d'élaborer un plan personnalisé de soins (PPS).
- ③ Enfin, tous les acteurs du Pôle de Santé offrent, selon leurs compétences et selon les besoins du patient, un accompagnement personnalisé pour que cette chute soit la dernière, afin que soit maintenue son autonomie de vie et que soit donc réduit son risque de dépendance.

L'organisation des soins en France est en grande évolution, et s'appuie sur les modèles internationaux. Les Infirmiers en Pratique Avancée s'inscrivent dans cette nouvelle perspective, dans un cadre réglementaire qui définit ce transfert de compétences et qui engage sa responsabilité civile et pénale, mais doit toujours être dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné par un médecin.

■ LES FORFAITS SPÉCIFIQUES

Avec la parution de l'avenant 9 des mesures tarifaires, les IPA peuvent facturer des forfaits spécifiques dans le cadre du suivi de leurs patients. Pour des patients ponctuels, ils peuvent facturer des séances ou bilans. Ils peuvent également avoir recours à la télésanté comme les autres professionnels de santé. Il est à noter qu'une aide spécifique possible pour les IPA au démarrage de leur activité sous conditions (40 000 € ou 27 000 €).



EN CONCLUSION

L'organisation des soins en France est en grande évolution, et s'appuie sur les modèles internationaux.

Les Infirmiers en Pratique Avancée s'inscrivent dans cette nouvelle perspective, dans un cadre réglementaire qui définit ce transfert de compétences et qui engage sa responsabilité civile et pénale, mais doit toujours être dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné par un médecin. .../...

.../... **IPA en libéral (suite)****Mme Claire AVRIL***Infirmière libérale en Pratique Avancée
à Eymoutiers***Retour d'expérience collaboration IPA - MÉDECIN**

Depuis août 2022, j'exerce la fonction d'Infirmière en Pratique Avancée au sein de la MSP d'Eymoutiers et du cabinet médical de la Croisille-sur-Briance en collaboration avec trois médecins généralistes :

- Dr Élisabeth Piry-Siou, MSP des portes de Vassivière d'Eymoutiers,
- Dr Marie Debord, et Dr Claire Froment, cabinet médical de La Croisille-sur-Briance.

Après 20 ans d'exercice en tant qu'infirmière libérale, j'ai saisi en 2020 l'opportunité d'une évolution professionnelle en intégrant la formation d'Infirmière en Pratique Avancée à l'université de médecine de Limoges. Deux années de formation intenses et enrichissantes qui m'ont permis d'accéder au grade MASTER IPA et ainsi donner un nouvel élan à ma carrière. Un protocole d'organisation a été signé avec les trois médecins afin d'organiser et de sécuriser notre collaboration. Les médecins proposent aux patients porteurs de pathologies chroniques le suivi en collaboration médecin-IPA (consultation IPA au cabinet, à domicile et en EHPAD). Les patients n'ayant pas de pathologie chronique peuvent aussi être orientés vers l'IPA de façon plus ponctuelle par exemple :

- Nouveau patient ou bilan de santé : vérification du statut vaccinal, suivi des dépistages des cancers, règles hygiéno-diététiques, habitude de vie, sommeil, consommation tabac, alcool...
- Renouvellements de traitement (exemple rhinite allergique, contraceptif, dysthyroïdie...). Pour chaque patient, je réalise un examen clinique (auscultation pulmonaire et cardiaque etc...) avec une analyse globale de la situation, en prenant en compte, l'observance ou la non observance thérapeutique, les bilans biologiques, les difficultés ou symptômes exprimés...).

Si nécessaire, je renouvelle leur traitement à l'identique ou si il y a besoin d'un changement de traitement comme par exemple une intensification de traitement pour un diabétique, je peux modifier la posologie et j'en réfère au médecin traitant

comme prévu par le protocole d'organisation. Si la situation le nécessite, je prescris des examens complémentaires (biologiques ou radiologiques).

Je propose également un accompagnement d'éducation et prévention favorable à leur santé (conseils diététiques, soutien et accompagnement au sevrage tabagique, participation au dépistage des cancers, évaluation gériatrique globale, cognition, fragilité, état nutritionnel, risque de chute, et accompagnement des aidants...).

Afin de réaliser des examens nécessaires au suivi et au dépistage des complications, je me suis équipée de différents appareils connectés permettant de réaliser les mesures des indices de pressions systoliques, les spirométries et holters tensionnels. Je réalise également les ECG avec l'équipement mis à disposition par les médecins.

Le rythme des consultations est organisé en collaboration avec le médecin selon les besoins du patient. Lors des consultations, j'accorde aux patients et à leurs aidants un temps dédié plus long (45 min à 1h de consultation) pour une prise en charge personnalisée. Cela permet de faire émerger les difficultés en lien avec la pathologie chronique,

les contraintes liées aux traitements ou leur vie quotidienne. Cela permet parfois une anticipation des besoins en soins de support.

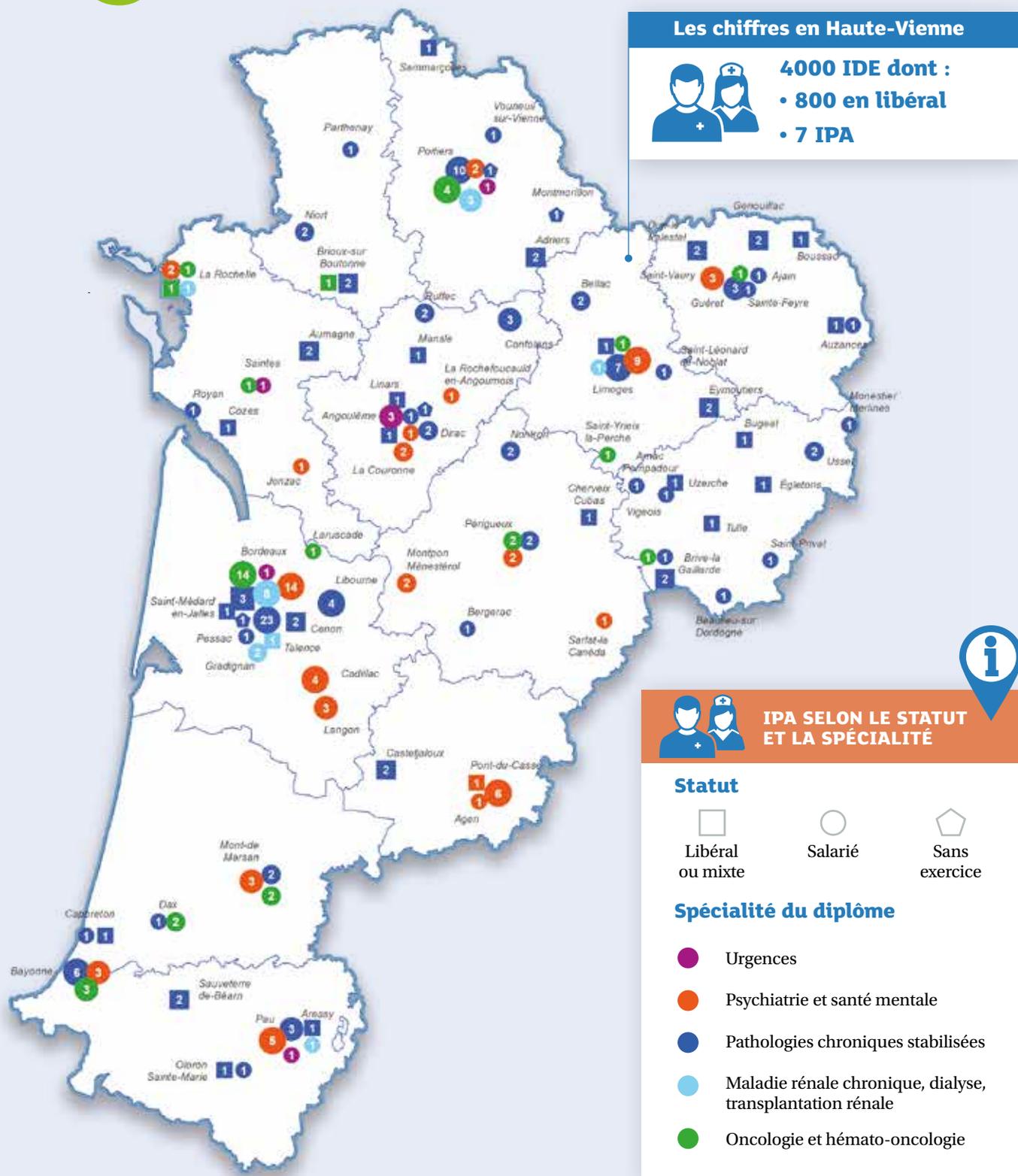
Ce nouveau mode de fonctionnement permet d'apporter une approche novatrice complémentaire à la prise en charge médicale. Cette complémentarité améliore ainsi la fluidité du parcours patient et libère du temps médical.

Les médecins ont pu ainsi répondre à plus de soins non programmés et accepter de nouveaux patients auparavant sans médecin traitant.

Au sein de la MSP, je participe également aux différents projets (ateliers d'ETP, campagne de santé publique, réunions de concertation pluriprofessionnelle...) et travaille également en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé du territoire.

Ce travail en binôme nous permet d'améliorer et de sécuriser la prise en soins grâce à un suivi rapproché et à l'apport d'une expertise complémentaire.

CARTE DES INFIRMIER(E)S DE PRATIQUE AVANCÉE (IPA) EN NOUVELLE-AQUITAINE - AVRIL 2023



Source : DOS Pôles Pertinence et efficacité des parcours de soins - RH en Santé - IPA/PA formés depuis 2019 ou en cours de formation (diplômes en 2024), exerçant en Nouvelle-Aquitaine. Cartographie : Découpage géographique au 01/01/2022 Réalisation : ARS NA - DOS/DDPSP/PES - 11/04/2023

.../...

IPA EN ÉTABLISSEMENT

Rôle de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) au CHU de LIMOGES*

Depuis les années 50, les pays anglo-saxons sont précurseurs dans la pratique avancée avec l'existence des infirmiers Diplômés d'État (IDE) praticiens (généralistes) et cliniciens (centrés sur un champ spécialisé).

Dans ce contexte (voir Tableau 1), la France veut combler son retard en constituant notamment une hybridation entre ces 2 fonctions (praticiennes et cliniciennes)^[1].

*Renvoi des notes à la bibliographie en fin d'article (page 16)

Mme Marion BIGAS

Pôle Cancer

Mme Nolga BOUSSELY

Pôle Clinique Médicale

Mme Christelle ROUX

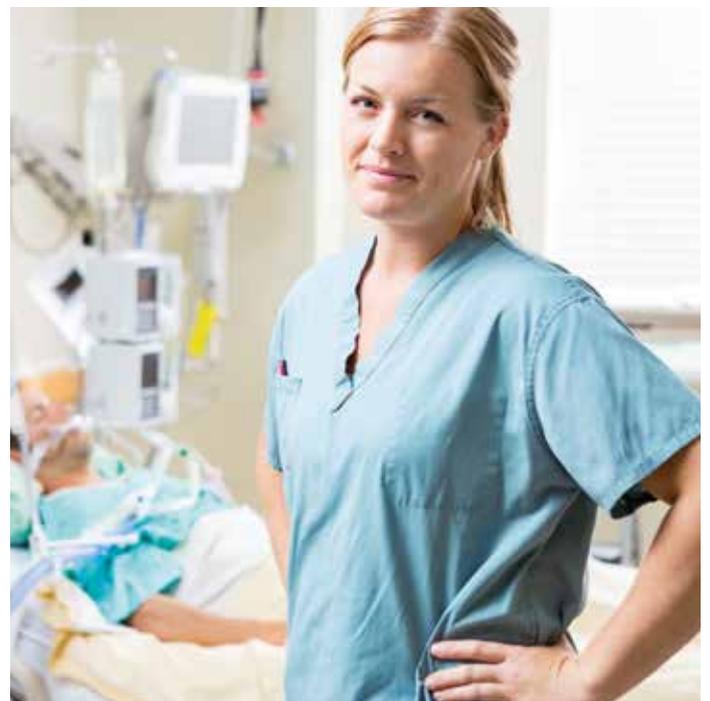
Pôle Gériatrie Clinique

Mr Julien VALEILLE

Plaies et cicatrisation,

mission transversale.

Coordination Générale des Soins



 ÉVOLUTION DEMANDE DE SOINS	 DÉSADAPTATION OFFRE DE SOINS
<ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse de la population • Chronicisation des maladies^[2] • Notion de démocratie sanitaire • Évolution des attentes des usagers^[3] 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition inégale sur le territoire^[4] • Démographie médicale modifiée (féminisation, vieillissement, évolution des études)^[5] • Virage ambulatoire^[6] • Transformation des métiers en santé
 MOUVANCE DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL	 CHANGEMENT DU CONTEXTE ÉCONOMIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • 2004 nouvelle gouvernance • 2009 Loi HPST • 2016 Loi de modernisation de notre système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche de l'efficacité dans les soins • Contexte économique contraint

Tableau 1 : Contexte de la création du nouveau métier d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en France

■ HISTORIQUE : DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE, AVANCÉE EN FRANCE :

1987 : Premières formations certifiantes d'infirmiers cliniciens ou infirmiers spécialistes cliniques sans reconnaissance du titre.

2003 : Rapport Berland : « Coopération des professionnels de santé : transfert de tâches et de compétences »^[7].

2008 : Définition de la pratique avancée par le Conseil International des Infirmiers (CII -2008)^[8].

« L'infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des **connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire** aux prises de décisions complexes, de même que les **compétences cliniques indispensables** à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. »

2016 : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Article 119 qui mentionne la possibilité d'exercer en pratique avancée pour les paramédicaux.

2018 : Décrets et arrêtés relatifs à la formation et aux conditions d'exercice de l'infirmier en Pratique Avancée (IPA).

Ce décret précise que l'IPA, disposant de compétences élargies, participe à la prise en charge des patients dont le suivi lui est confié par le médecin. Il fixe les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

En 2018, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) présente sa vision de la pratique avancée infirmière ^[9] :

- Pratique clinique centrée sur les besoins (...) Situations de soins complexes et spécifiques (...) Basée sur des preuves (...) Haut niveau d'autonomie (...) Maîtrise universitaire (...) Fort leadership visant l'appui à la transformation des soins (...).

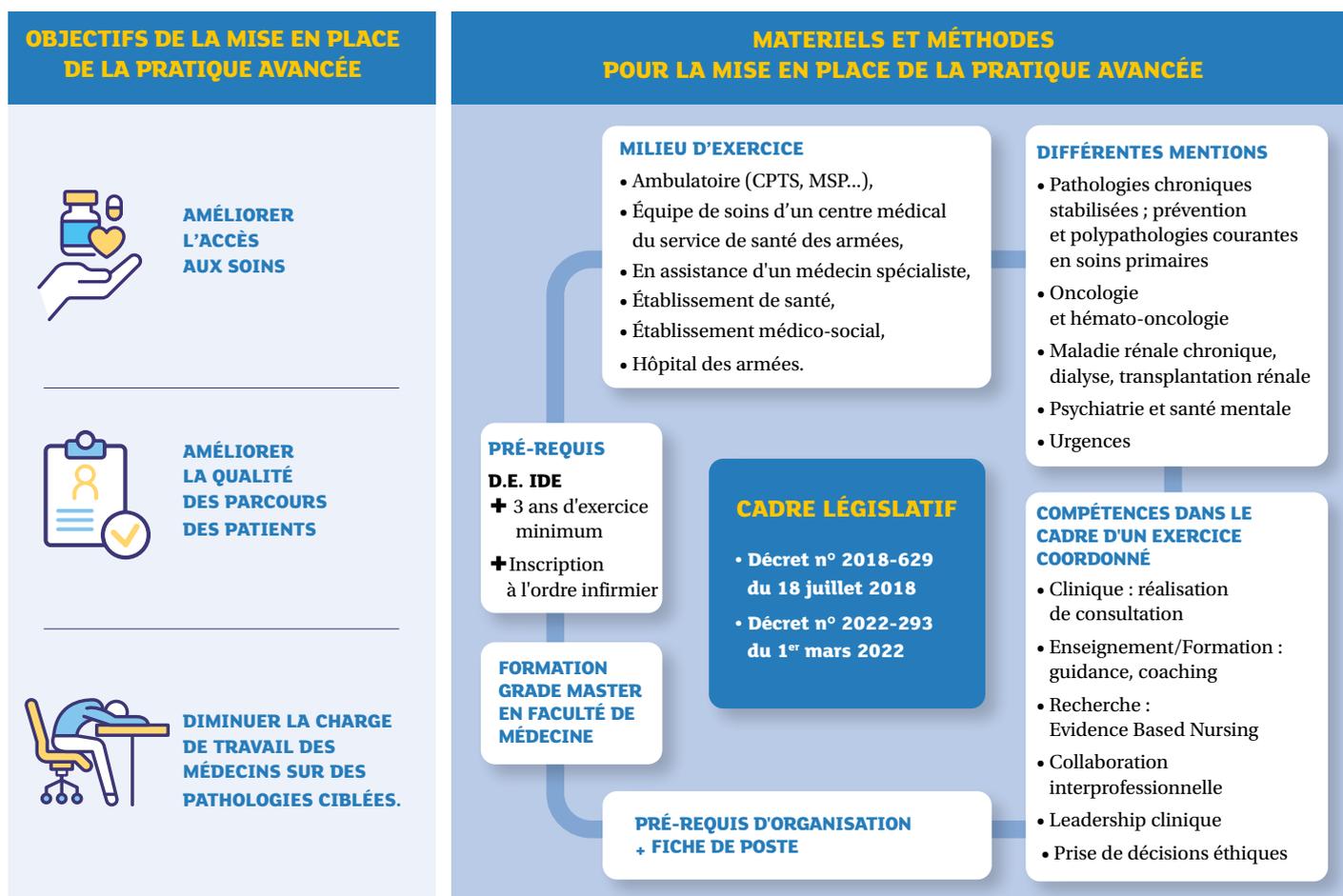


Figure 1 : Synthèse du métier d'Infirmier en Pratique Avancée

.../... **IPA en établissement (suite)****■ LES ÉTUDES POUR ÊTRE IPA**

Pré-requis : être un IDE expérimenté avec au minimum trois ans d'exercice inscrit à l'ordre national infirmier.

La formation pour obtenir le Diplôme d'État IPA, reconnu au grade universitaire de master, est dispensée dans une faculté de médecine sur une durée de 2 ans. La première année (tronc commun) permet de poser les bases de l'exercice d'IPA et la deuxième année est centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

**Les différentes mentions :**

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention, et poly-pathologies courantes en soins primaires (AVC, Artériopathies chroniques, Cardiopathie et maladies coronaires, Diabète de type 1 et de type 2, Insuffisance respiratoire chronique, Maladie d'Alzheimer et autres démences, Maladie de Parkinson, Épilepsie).
- Oncologie et hémato-oncologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- Psychiatrie et santé mentale ;
- Urgences.

**Les milieux d'exercice des IPA :
exercice coordonné et protocole d'organisation**

- En ambulatoire : équipe de soins primaires coordonnée par le médecin, centre médical du service de santé des armées, assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaire.
- En établissement de santé, médico-social, hôpital des armées.

L'implantation des IPA :

Le modèle PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development), est un modèle utilisé à l'international pour l'implantation des IPA^[10]. Ce cadre de référence se compose de neuf étapes à suivre pour déterminer si un IPA est nécessaire au regard des besoins de la population et de l'offre de soins. Il définit le rôle, les compétences et la formation nécessaire à l'exercice de cet acteur, et concilie recherche et évaluation des pratiques professionnelles dans son implantation dans un milieu clinique.

Les champs de compétence de l'IPA :

Les différents champs de compétences d'intervention de l'IPA sont définis selon le modèle Hamric^[11] : La « Clinique » avec la réalisation de consultations, la « Formation, l'enseignement », la « Recherche » par l'utilisation de l'Evidence Based Nursing, la « Collaboration » interprofessionnelle, le « Leadership » au cœur des équipes soignantes et la prise de décision « Éthique » (voir figure 2).



Figure 2 : Champs de compétence IPA selon Hamric

RÉSULTATS : IMPLANTATION DE LA PRATIQUE AVANCÉE

A ce jour, 31 universités sont accréditées en France pour dispenser la formation, dont celle de Limoges. La formation existe depuis 2019 avec une vingtaine d'étudiants par an à Limoges. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, 4 IPA sont en activité et 2 actuellement en formation.

■ FOCUS SUR CHAQUE IPA (Figure 3)

IPA Pôle Gériatrie Clinique.

Orientation par le médecin gériatre

- Consultation mémoire (Alzheimer et autres troubles neurocognitifs)
- Assurer le suivi des patients atteints de troubles neurocognitifs
- Répondre aux interrogations et délivrer des informations au patients et leurs aidants
- Former les aidants pour faire face aux symptômes psycho-comportementaux de leur proche
- Consultation Fragilité au CHU de Limoges et à domicile
- Réaliser une évaluation gériatrique globale avec le dépistage des déterminants de fragilité et élaborer un plan personnalisé de santé avec l'équipe pluridisciplinaire
- Suivre les déterminants de fragilités et prévenir les facteurs de risque
- Participer au programme ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé
- Co-coordination du programme d'éducation thérapeutique du patient âgé poly pathologiques
- Amélioration du lien ville/hôpital et utilisation des outils e-santé pour l'optimisation du parcours des patients âgés

Contact :
Christelle ROUX PARRAT
christelle.roux@chu-limoges.fr
 Contact : 05 55 05 65 81



IPA Pôle Clinique Médicale

- Consultation patients poly pathologiques
- Prévention et dépistage comorbidités
- Suivi holistique des patients poly pathologiques
- État des lieux et suivi de l'anxiété, de la dépression, des troubles du sommeil, de la fatigue, de la résilience, l'alexithymie, afin d'identifier le profil patient à risque de rechute
- Établissement d'un score prédictif de rechute afin de cibler les modalités de suivi des patients
- Coordination du parcours complexe de soins
- Coordination de la consultation multidisciplinaire de la main sclérodermique
- Co-coordination du programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies systémiques rares au sein du pôle Clinique Médicale
- Investigateur principal dans des projets de recherche paramédicale
- Réalisation et suivi d'actes techniques spécialisés
- Amélioration du lien ville/hôpital

Contact :
Noïga BOUSSELY
nolga.boussely@chu-limoges.fr
 Contact : 05 55 05 69



IPA Pôle Cancer

Accompagnement des patients tout au long de leur parcours (sur orientation de l'oncologue / définition en amont des files actives concernées)

- Go cure d'anticancéreux injectables ou per os
- Accès aux soins, coordination et continuité des soins
- Consultations de suivi de patients en surveillance post-cancer
- Garantir une prise en charge holistique
- Prise en compte de l'entourage, des aidants et personnalisation du recours aux soins de support
- Co-Coordination du programme d'éducation thérapeutique « Mieux vivre avec le cancer »
- Amélioration du lien ville/hôpital
- Construction de projets communs dans le pôle
- Formation des pairs / Analyse de pratique

Contact :
BIGAS Marion
marion.bigas@chu-limoges.fr
 Contact : 05 55 08 70 28



IPA référent plaie et cicatrisation mission transversale Coordination Générale des Soins

Unité ville/hôpital des plaies chroniques en gériatrie

Réseau de soins pour une prise en charge globale du patient porteur de plaies chroniques (et/ou complexes) en gériatrie

- Prise en charge de plaies complexes en présentiel et/ou télé-suivi
- Examen clinique et paraclinique à visée diagnostic
- Orientation et coordination vers spécialiste du CHU si nécessaire
- Lien ville/hôpital
- Conseils hygiéno-diététiques
- Prise en charge des facteurs de risques
- Approche globale du patient

Contact :
Julien VALEILLE
 IPA référent plaies et cicatrisation
julien.vaille@chu-limoges.fr



.../... IPA en établissement (suite)

■ **ACTIVITÉS TRANSVERSALES DES IPA AU CHU DE LIMOGES**

 <p>FORMATION, ENSEIGNEMENT, GUIDANCE</p>	<p>Formations initiales et continues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituts de formation aux métiers de la santé, master et licence de santé publique, Master IPA, Diplômes Universitaires ; • Participation des quatre IPA à la sous-commission de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) à « Atelier des pratiques professionnelles (Objectif : promouvoir les bonnes pratiques de soins et enrichir les compétences techniques des professionnels et des étudiant) ; • Formations institutionnelles et animation d'ateliers pratiques et théoriques au sein des pôles ; • Interventions dans des congrès selon nos domaines d'expertise ; • Participation aux programmes d'éducation thérapeutique.
 <p>RECHERCHE/EBN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veille documentaire pour nouvelles procédures, nouvelles thérapeutiques et recommandations de bonnes pratiques, textes législatifs ; • Participation et élaboration de protocoles de recherche et d'innovation ; • Participation au comité recherche paramédicale sous-commission de la CSIRMT ; • Impulser la recherche paramédicale au sein du CHU de Limoges, production de données probantes.
 <p>COLLABORATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients, familles et aidants ; • Acteurs du parcours de soins : médicaux et paramédicaux intra et extra hospitalier ; • Lien ville hôpital : utilisation de logiciels de communication et de téléconsultation (PAACO globule, webex...).
 <p>LEADERSHIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Création de supports de prévention, d'information (escarre, pansement...); • Communications orales et écrites, analyse de pratiques ; • Accompagnement des pairs au changement ; • Participation aux instances hospitalières (Sous-commission juste prescription des examens de biologie médicale ; • Cellules opérationnelles des Vigilances et Gestion des Risques, Groupe escarres...).
 <p>ÉTHIQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'analyse critique et la réflexion éthique en plaçant le patient au centre de sa prise en soin.

Tableau 2

DISCUSSIONS



Au CHU de Limoges, un travail est en cours pour déterminer des indicateurs permettant d'évaluer l'impact de l'IPA sur le parcours patient afin d'en évaluer des bénéfices attendus (voir tableau 3).

Ce nouveau métier, qui est en cours de développement, est amené à évoluer pour servir au mieux le patient, et les acteurs du système de santé.

Au niveau national, une proposition de loi, modifiée par le Sénat, portant s'intitulant « Amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé », n° 857 été adoptée le 10 mai 2023 à l'assemblée nationale et parution au JO le 19 mai 2023.

Un décret d'application encadrant la loi est en attente, voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>.

Elle porte sur :

- L' accès direct aux IPA, kinésithérapeutes et orthophonistes dans le cadre d'un exercice coordonné. (Un compte rendu des soins réalisés devra être systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans son dossier médical partagé).
- La primo prescription : des infirmiers en pratique avancée, qui pourront désormais primo-prescrire certains produits ou prestations soumis à ordonnance.



PATIENT	SYSTÈME DE SANTÉ	MÉDECIN	INFIRMIÈRE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ amélioration accès aux soins, ▪ fluidification parcours de soins intra hôpital et ville/ hôpital, ▪ accompagnement dans parcours de soin, ▪ coordination parcours de soin par interlocuteur ressource, ▪ meilleure qualité des soins avec suivi plus régulier et prise en charge des facteurs de risque, prévention et éducation, ▪ diminution prises en charge aux urgences et nombre d'hospitalisations par dépistage précoce des complications, ▪ amélioration de la qualité de vie... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ renforcement des structures d'exercice coordonnées en soins primaires, ▪ coopération renforcée entre professionnels au niveau des territoires de santé, ▪ adaptation de l'offre de soin à la demande, ▪ réduction des coûts de santé, ▪ augmentation de l'ambulatoire... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soutien dans la prise en charge des patients, ▪ changement de regard sur la prise en soin du patient : plus global, ▪ décharge de temps, ▪ amélioration des conditions d'exercices grâce au travail en équipe... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nouvelles perspectives de carrière, ▪ opportunité mode d'exercice plus autonome, ▪ amélioration pratiques professionnelles, ▪ évolution sciences infirmières, ▪ satisfaction personnelle, ▪ reconnaissance renforcée... 

Tableau 3 : Bénéfices de l'implantation des IPA

.../...

.../... **IPA en établissement (suite)****EN CONCLUSION****UN IPA C'EST :**

- une activité centrée sur la pratique clinique,
- une activité différente de la pratique habituelle,
- une activité dans le champ des sciences cliniques infirmiers,
- la complémentarité entre les professionnels de santé.

L'IPA est un acteur de santé qui reste fort de ses compétences infirmières gardant toujours le patient au cœur de sa prise en soins.

Le métier socle de l'IPA reste celui d'infirmière, l'intégration de compétences jusque-là réservées au champ médical interroge les limites des rôles de chacun.

Il s'agit d'une profession naissante, à charge à nous acteurs du système de santé de la faire évoluer afin de servir au mieux les usagers.

UN IPA CE N'EST PAS :

- un simple glissement de tâche du médecin vers l'IDE,
- la réalisation d'acte isolé, jusque-là réservé au médecin,
- la concurrence entre professionnels de santé.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Martin L. *Infirmière clinicienne spécialisée, Infirmière praticienne : quelles différences ?* [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2019 [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/319422/ide-clinicienne-specialisee-ide-praticienne-queelles-differences.html>
2. *F114_maladies_chroniques.pdf* [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2019/F114_maladies_chroniques.pdf
3. Arveiller JP, Tizon P. *Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ?* *Prat En Santé Ment.* 2016 ; 62^e année (2) : 2-2.
4. *Colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques.pdf* [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques.pdf>
5. Frélaud M. *Les déserts médicaux. Regards.* 2018 ; 53 (1) : 105-16.
6. Czernichow P. *Un système de santé plus intégré pour mieux prendre en charge les maladies chroniques. Sante Publique Vandoeuve - Nancy Fr.* 2015 ; 1 Suppl : 7-8.
7. *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape)* [Internet]. vie-publique.fr. 2023 [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/26262-cooperation-des-professions-de-sante-le-transfert-de-taches-et-de-comp>
8. *oni_pratique_avancee_2017def.pdf* [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf
9. Morin D. *La pratique infirmière avancée - Vers un consensus au sein de la francophonie | SIDIIEF* [Internet]. 2018 [cité 8 mars 2023]. 88 p. Disponible sur: <https://sidiief.org/produit/la-pratique-infirmiere-avancee/>
10. Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Broune G, Pinelli J. *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation.* *J Adv Nurs.* déc. 2004 ; 48 (5) : 519-29.
11. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, ANP ETOPR. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach.* 5^e édition. St-Louis, Missouri : Saunders ; 2013. 752 p.



Bulletin du Conseil
départemental de la Haute-Vienne
de l'Ordre des médecins

30^e numéro

30 bulletins d'informations dédiés à l'actualité
de votre profession, exercice professionnel, dossiers thématiques
et pratiques, infos juridiques et déontologiques...
pour vous accompagner dans votre activité

Disponibles en téléchargement sur le site : conseil87.ordre.medecin.fr



Mme Barbara LABAINE

Mme Patricia BRÉHIER

Infirmières libérales à Saillat-sur-Vienne

L'ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe)

Qui est l'infirmier(e) ASALEE ?

L'infirmière ASALEE est une infirmière déléguée en santé publique qui travaille en coopération avec les médecins généralistes, dans le cadre de protocoles de coopération, comportant des délégations de compétences, entre autres

■ SES MISSIONS

Elle intervient dans les cabinets médicaux pour effectuer du repérage de troubles cognitifs, accompagner les patients avec pathologies chroniques, dans une démarche d'éducation thérapeutique et assister le médecin dans les prises en charge de patients dont le besoin d'accompagnement de soin est essentiel.

L'accompagnement par l'infirmière ASALEE permet au patient de s'approprier sa pathologie et de devenir plus autonome et acteur.

Le dialogue et le suivi régulier, assurés par l'infirmière avec le médecin améliorent la prise en charge des patients.

■ L'ACCOMPAGNEMENT DE SOIN DE L'INFIRMIÈRE ASALEE :

S'inscrit dans une représentation globale et positive de la santé. Les mots-clés sont : ressources – regards croisés – savoir-être – partage – concertation – estime de soi – implication – bienveillance – savoir-faire – accompagnement – socialisation – communication – soin de soi – valorisation – confiance – projet personnalisé

■ LA PRISE EN CHARGE ASALEE :

Est une offre de soin accessible à tous, dans la mesure où les consultations sont gratuites. Le rythme des consultations est celui voulu par le patient, selon ses besoins.

La durée des consultations est de 45 à 60 minutes, ce qui permet de vivre la démarche de l'entretien motivationnel, au cœur de l'ETP (éducation thérapeutique du patient).

Au sein d'ASALEE, les infirmières s'inscrivent dans une démarche dynamique d'innovation.

Les formations internes, émergeant des besoins dans les prises en charge des patients et selon les problématiques de santé rencontrées au sein des lieux de soin, permettent aux infirmières ASALEE d'acquérir des nouvelles compétences dans l'accompagnement de soin, au service des besoins des patients et/ou des médecins. Ces formations sont axées sur l'exercice coordonné IDSP/médecin traitant dans une problématique de santé spécifique.

Elles travaillent en partenariat avec les professionnels de santé du territoire et les équipes des différents dispositifs sanitaires et sociaux, dans un souci de complémentarité dans la prise en charge, au service des patients.

■ A LA MSP LES ÉCLISSES :

Nous sommes 2 IDSP ASALEE, arrivées depuis juin 2022 et décembre 2022.

Dans un 1^{er} temps, il s'agit de pratiquer l'exercice coordonné avec le médecin, en particulier dans l'adressage des patients et dans la mise en place des temps de concertation. Ces derniers ont pour objectif d'améliorer notre coopération, d'échanger sur les suivis des patients et sur la mise en place progressive de projets.

Les IDSP travaillent en concertation avec l'ensemble des professionnels de la MSP. Elles assistent aux réunions de la MSP et apportent leur contribution à la dynamique, en lien avec la coordinatrice de la MSP.

A ce jour, les IDSP participent aux protocoles diabète et chute mis en place par les professionnels de santé de la MSP. Des projets d'ateliers collectifs d'éducation thérapeutique sont en cours, ainsi que des projets pour des actions de sensibilisation de santé publique avec des partenaires. Un groupe de remise en mouvement a démarré. Il accueille des patients qui échappent aux dispositifs existants sur le secteur.

■ DROITS LA PRESCRIPTION

Les ASALEE peuvent être amenés à solliciter les CPAM dans le cadre de l'usage de leur droit de prescription. A ce titre, les caisses leur communiquent un numéro spécifique dédié. Ces infirmiers sont tenus d'indiquer ce numéro d'assurance maladie fictif sur leur prescription.

■ TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE DIABÉTIQUE DE TYPE 2



J'ai découvert Asalée lors d'une visite chez mon médecin traitant. Dans la salle d'attente, j'ai vu des affiches d'informations concernant la présence d'une infirmière Asalée, Vanessa Chaput.

J'en ai parlé au Dr Gayaudon, qui m'a mis en lien avec l'infirmière pour un rendez-vous. Cela a été l'occasion de faire le point sur mon diabète. Nous avons parlé d'alimentation, de l'activité physique et des examens préconisés dans ma pathologie.

Je trouve bien d'être épaulée, écoutée, car je ressens le besoin d'avoir un soutien en dehors de mon suivi avec le médecin tous les 3 mois.

J'ai pu lui parler de mes angoisses, suite au deuil de mon mari, qui ne ressurgit pas tous les jours mais régulièrement.

En parallèle, l'IDE m'a mis en lien avec le réseau Diablim, ce qui m'a permis de découvrir ce dispositif à l'occasion d'un atelier culinaire.

J'ai pu rencontrer une diabétologue, une diététicienne et des patients avec qui nous avons partagé nos problèmes de santé et autres. Par la suite, j'ai été hospitalisée au Centre Bernard Descottes à Saint-Yrieix-la-Perche. Le séjour a été très positif. J'ai revu les règles hygiéno-diététiques (perte de poids). A ma sortie, j'ai continué le suivi en consultations Asalée pour poser les choses, et les connaissances apprises lors de mon séjour.

La COVID est passée, le premier confinement m'a permis de maintenir de bonnes habitudes alimentaires. Le moral était bon, j'allais marcher tous les jours.

Et quelques semaines plus tard, ma motivation n'était plus là, j'ai repris contact avec Vanessa où j'ai pu lui parler de mes angoisses du moment.

Vu mon besoin de sociabilisation, l'infirmière m'a proposé d'intégrer des ateliers diabète en groupe sur l'hôpital de Saint-Léonard où Vanessa peut être présente pour assurer la suite des ateliers (ateliers repoussés en Janvier 2022).

De plus, Vanessa m'a proposé d'intégrer un atelier de remise en mouvements qu'elle a mis en place en Septembre 2021. Le fait de voir d'autres personnes m'a fait du bien, mais le rythme de la marche ne me convenait pas (j'ai l'habitude de marcher à un rythme plus soutenu), mais les rencontres ont été bénéfiques.

Les consultations me sont nécessaires et bénéfiques. Je ne suis pas une personne isolée, je fais partie de plusieurs associations de loisirs, sportives mais j'ai besoin d'avoir une écoute, et complémentaire à celle du médecin. Le suivi me permet de me raccrocher dans mon suivi diabète, de parler de mes émotions, de me confier.

■ TÉMOIGNAGE D'UN MÉDECIN CONCERNANT SES PATIENTS DIABÉTIQUES



Nous avons la chance de collaborer, mon associé (Dr Olivier BAILLEUX) et moi, avec une infirmière Asalée (Mme Vanessa CHAPUT) depuis maintenant presque 3 ans. Cela nous a permis notamment d'améliorer la prise en charge de nos patients diabétiques, ou à risque cardio-vasculaire, car Vanessa peut vraiment prendre le temps d'approfondir avec les patients leurs connaissances de leur maladie, l'équilibre alimentaire... (consultations d'une heure parfois avec les patients diabétiques).

Elle a également beaucoup contribué à la mise en place d'une plateforme Limousin Sport Santé sur Saint-Léonard-de-Noblat, et anime depuis peu des ateliers marche pour les patients à risque. Elle fait également le lien avec les réseaux présents sur le secteur (diablim, la marguerite, la PTA...).

Vanessa est également équipée d'un mini spiromètre, ce qui nous permet de faire le point avec nos patients asthmatiques ou BPCO (ou soupçonnés de l'être) dans l'attente d'une consultation spécialisée (dont les délais sont de plus en plus longs...). Elle peut également proposer des consultations de sevrage tabagique, que nous faisons parfois conjointement, avec de bons résultats.

Avoir Vanessa avec nous est également un gain de temps, puisqu'elle peut notamment réaliser les tests de mémoire (MMS / horloge / Dubois / GDS) et gérer les MAPA.

Il faut souligner également que pendant cette « crise COVID », Vanessa a activement participé à la vaccination, tant à l'hôpital de Saint-Léonard-de-Noblat, que dans nos cabinets privés (elle collabore également avec le Dr DEBLAERE - BASTOS sur Saint-Léonard-de-Noblat).

En bref, avoir une IDE Asalée est un véritable atout pour nous, mais aussi, et surtout, pour nos patients.

A noter que les praticiens ayant signé une convention avec une infirmière Asalée sont indemnisés en fonction du nombre de consultations assurées par l'IDE et du temps d'échange (formel ou informel) avec elle.

Dr GAYAUDON-FRICONNET
Saint-Léonard-de-Noblat (87400)

Mr Victor ARNEIRO
Mr François CAPELLE
Infirmiers libéraux à Limoges

AMÉLIORATION DES PRESCRIPTIONS DES ACTES INFIRMIERS

Une indispensable concertation.

L'URPS Infirmiers Libéraux Nouvelle-Aquitaine souhaite vous informer d'un problème auquel nous sommes confrontés dans notre exercice : Le libellé des prescriptions médicales n'est pas conforme aux attentes des caisses d'assurance maladie.



En effet, nombre de prescriptions ne comportent pas toutes les mentions requises par l'Assurance Maladie et par notre Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), ce qui entraîne des restitutions financières auprès des caisses par les professionnelles. Les caisses se retournent vers les infirmiers et leurs demandent de restituer des indus, parfois sur les soins des 2 dernières années, ce qui porte un énorme préjudice financier sur le professionnel concerné.

L'Assurance Maladie se réfugie derrière la définition d'une prescription médicale qui doit être « nominative, qualitative, quantitative, datée et signée » et conforme à la nomenclature des actes professionnels pour que ceux-ci soient remboursables. Étant donné le nombre croissant de prescriptions non conformes, cela devient ingérable pour les infirmières : aspect chronophage, répétitions des demandes auprès des médecins entraînant des tensions, indus... La réalité est donc celle-ci : les infirmières se voient dans l'obligation de rembourser des soins qu'elles ont effectivement réalisés.

En termes d'efficacité, la bonne entente et la connaissance du travail de l'autre est indispensable pour assurer une véritable complémentarité (autour du médecin prescripteur).

Quelques informations essentielles portant sur les problèmes rencontrés de plus en plus souvent :

① DES SOINS NON REMBOURSABLES PAR L'ASSURANCE MALADIE QUI NE DOIVENT PAS ÊTRE PRESCRITS :

- La pose de bas ou bandes de contentions uniquement. Pour éviter de travailler gratuitement, ce soin infirmier doit être ajouté à un autre soin facturable comme un pansement par exemple.
- L'instillation de gouttes oculaires n'est remboursable que pour 15 actes uniquement en dehors de la notion de pansement oculaire.
- Une toilette n'est pas un acte infirmier lorsque des soins n'y sont pas associés. Ce cas précis nécessite la prescription d'un BSI (Bilan de soins infirmiers).
- La prescription « préparation hebdomadaire du pilulier » n'est pas recevable au regard de la NGAP...

Il convient de préciser : acte de surveillance hebdomadaire infirmière avec prise de constantes, poids régime, condition de vie et.. préparation du pilulier avec surveillance et observance du traitement.

② DES ORDONNANCES MAL LIBELLÉES :

Certaines prescriptions ne reprennent pas les items indispensables, à savoir :

Le Soin : se référer à la NGAP	Périodicité : tous les x jours
Lieux : domicile/ cabinet	Majoration : dimanches et jours fériés
Fréquence : nombre fois/ jour	Durée : pendant x jours
Horaires : rien ou précisions	

QUELQUES EXEMPLES DE BONNE PRATIQUE :



- La prescription d'anticoagulants par voie injectable plusieurs fois par jour doit mentionner obligatoirement l'écart qu'il convient de respecter entre deux injections : précisez 7h - 19h ou 9h - 21h. Dans le cas contraire, les caisses peuvent refuser de régler la majoration de nuit qui en découle.



- Chez les personnes insulino-dépendantes ayant plusieurs injections par jour le problème est identique ; il appartient au médecin d'inscrire les horaires (ou écarts) d'injection. Pour les personnes de plus de 75 ans, il est préférable de ne pas omettre de mentionner la surveillance hebdomadaire infirmière.



- Pour une prescription portant sur la dépendance, le prescripteur doit indiquer «la prise en charge suivant le BSI » (bilan de soins infirmiers) que le professionnel lui-même renseignera en ligne sur le site de la caisse qui en déduira le montant de la prise en charge.



- La prescription de distribution de traitement oral X fois par jour doit obligatoirement comporter la mention « en raison de troubles psychiatriques ou cognitifs » ; elle n'est pas limitée par le nombre de séance par jour.



- Dans une prescription de pansements « jusqu'à guérison complète », il faut noter obligatoirement la durée des soins, quitte à indiquer « à renouveler X fois ».

Le type de pansement est toujours à préciser (simple, complexe), si irrigation ou méchage de la plaie, il convient de le préciser sur la prescription de soins.

En cas de pose de bandes type URGO K2 sur pansement complexe d'ulcère, il faut bien préciser la notion de « pansement compressif ».



- Pour les ablations de sutures, ne pas oublier de préciser inférieur à 10 points/agraves ou supérieur à 10 points/agraves.



Cette liste constitue une première réflexion dans le cadre de la bonne rédaction des prescriptions médicales. L'URPS Infirmiers Libéraux Nouvelle-Aquitaine, en collaboration, avec l'Assurance Maladie travaille activement à l'élaboration « d'ordonnances types » qui nous permettrons de faciliter les prises en charges optimales des patients.



Vous pourrez rapidement les retrouver sur notre site web urpsinfirmiers-na.fr



.../...

IMPORTANT

■ MODÈLE D'ORDONNANCE ET FORMULATIONS REQUISES SUR LES ORDONNANCES BIZONE

La définition d'une prescription médicale doit être « nominative, qualitative, quantitative, datée et signée » et sa rédaction conforme à la nomenclature des actes professionnels pour que ceux-ci soient remboursables.

Modèle d'ordonnance n°2 pour pansement

Identification du prescripteur
 NOM, Prénom
 Numéro RPPS
 Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient :
 NOM, Prénom
 Date de naissance

A compléter pour chaque localisation de pansement :

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui Non

Faire pratiquer par IDE à compter du

A domicile Au cabinet

Localisation de ou des plaies :

Pansement(s) simple(s) ou complexe(s). (rayer mention inutile)

Si besoin, préciser :

- Irrigation
- Détersion
- Méchage
- Autre :

Fréquence de renouvellement du pansement :

Pendant jours

Nécessité d'une anesthésie topique ?

- Oui
- Non

Cachet et signature du prescripteur

Ordonnance bizone

Article L. 122-5, 1° et 4°, L. 324-1 et R. 181-41 du Code de la santé sociale

Identification de la structure
 Adresse écrite de l'établissement n° AM, FINESS ou DRFQ

DOCTEUR :
 M. MOREAU D.
 ST

AM

Identification du patient
 Nom et Prénom de naissance et de l'ordonnance (à compléter par le prescripteur)
 n° d'assurance maladie (à compléter par le prescripteur)

Signature et date

03.03.22

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
 (AFFECTION EXONÉRANTE)

Soins non pris en charge
 - pose et dépose des de gaze
 1x par jour à domicile
 doit être pris en charge avec un soin
 pharmaceutique comme
 "préparation d'application au traitement
 médicamenteux sous formes cosmétiques"

Prescriptions sans rapport avec l'affection de longue durée
 (MALADIES INTERCURRENTES)

Exemple 1

Ordonnance bizone

Article L. 122-5, 1° et 4°, L. 324-1 et R. 181-41 du Code de la santé sociale

Identification de la structure
 Adresse écrite de l'établissement n° AM, FINESS ou DRFQ

DOCTEUR :
 M. RUC.
 AM

AM

Identification du patient
 Nom et Prénom de naissance et de l'ordonnance (à compléter par le prescripteur)
 n° d'assurance maladie (à compléter par le prescripteur)

Signature et date

03.03.22

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
 (AFFECTION EXONÉRANTE)

propose l'application
 de plaie
 - SEANCE MEDICALE de SURVEILLANCE CLINIQUE
 INFIRMIERE de PREVENTION, PAS SEANCE
 d'UNE 1/2 HEURE, A DOMICILE -

Prescriptions sans rapport avec l'affection de longue durée
 (MALADIES INTERCURRENTES)

Exemple 2



Modèles d'ordonnances téléchargeables directement sur le site web urpsinfirmiers-na.fr



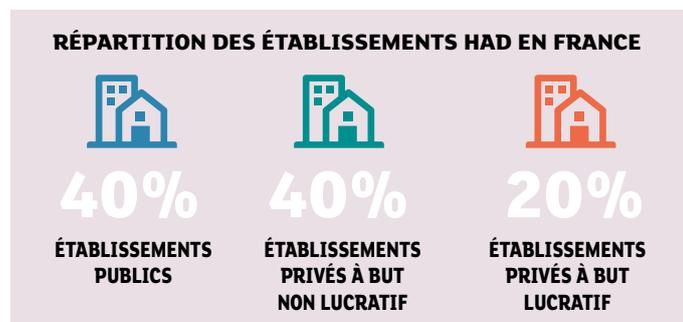


L'HOSPITALISATION À DOMICILE : UNE SOLUTION AU SERVICE DES PATIENTS DE PLUS EN PLUS PLÉBISCITÉE

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet de réaliser, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Elle concerne des patients malades de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques qui, en l'absence de prise en charge en HAD, relèveraient d'une hospitalisation avec hébergement. Les soins sont délivrés 24 h/24 et 7 j/7 par l'équipe de l'hospitalisation à domicile en collaboration avec les professionnels de la ville, notamment le médecin traitant, les IDE libéraux et les pharmaciens d'officine, pour garantir une continuité des soins du patient. L'HAD permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Dans cet article est développé les points clés de l'HAD en France avec un focus particulier sur le service HAD du CHU de Limoges et une structure privée locale.

■ HISTORIQUE DE L'HAD EN FRANCE ET ÉVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE :

Les établissements HAD existent en France depuis 1970, mais c'est seulement depuis les années 90 que leur rôle est réellement identifiable. Les HAD sont présentes sur le territoire national avec un maillage conséquent. Aujourd'hui on dénombre plus de 280 établissements HAD de statut public ou privé de tailles diverses. En France, 40 % des établissements d'HAD sont de statut public rattachés généralement à un hôpital, 40 % des HAD sont privées à but non lucratif souvent autonomes, enfin 20 % des HAD en France ont un statut privé à but lucratif.



Alors que les HAD étaient considérées comme des « alternatives » à l'hospitalisation avec hébergement, ces structures sont devenues des établissements de santé à part entière qui sont soumis aux mêmes obligations réglementaires que les établissements hospitaliers avec hébergement. Les HAD doivent être, en effet, certifiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et autorisées par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour exercer leur activité de soins. Depuis plusieurs années, les HAD ont vu leur périmètre d'intervention s'étendre au-delà du domicile proprement dit, à d'autres structures de ville comme les EHPAD, depuis 2007, et les établissements médico-sociaux, dans leur ensemble, depuis 2013. En 2023, une réforme des autorisations d'activité de soins de l'HAD se met en œuvre progressivement.

Cette réforme a érigé l'HAD, qui était jusqu'alors une forme d'activité de médecine, en une activité de soins à part entière.

L'activité comporte quatre mentions. La mention « socle » nécessaire pour exercer une activité de soins polyvalente et, en complément, 3 mentions spécialisés : « ante et post partum », « enfants de moins de 3 ans » et « réadaptation ».

■ L'HAD EN FRANCE ET LES CHIFFRES CLÉS :

Le dernier bilan d'activité de la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile (FNEHAD) 2021-2022, indique que les HAD ont réalisé près de 6,8 millions de journées d'HAD. L'hospitalisation à domicile a pris en charge plus de 157 000 patients pour des durées allant

de quelques jours à quelques mois. L'activité HAD concerne, pour un tiers, les soins palliatifs (avec près d'un patient sur deux atteint d'un cancer) et, pour un autre tiers, les pansements complexes.

Le reste de l'activité est en rapport essentiellement avec les traitements antibiotiques par voie veineuse, les chimiothérapies anticancéreuses, la prise en charge des maladies chroniques. Le financement de l'HAD en 2021 était de 1,53 milliard d'euros, soit environ 1,6 % des financements consacrés à l'hospitalisation globale et environ 0,7 % des dépenses de santé.

Le prix moyen d'une journée d'HAD est de 225 euros, soit un coût beaucoup moins important que le prix moyen d'une hospitalisation conventionnelle. Quatre fois sur cinq, la demande d'hospitalisation à domicile émane d'un établissement hospitalier. Les médecins de ville ne prescrivent donc l'HAD que dans 20 % des cas. Les objectifs des pouvoirs publics pour développer le recours à l'HAD ont été inscrits dans la circulaire de 2013 avec un objectif de 35 patients pris en charge par jour et par 100 000 habitants.

En Nouvelle-Aquitaine le nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants est de 32,4 en 2021 avec des disparités territoriales. L'activité des HAD a augmenté de façon importante depuis 2013 (52% de journées d'HAD en plus en France entre 2013 et 2021).

Dr Mohamed TOUATI

*Chef de service HAD
CHU de Limoges*



282

établissements d'HAD : les établissements d'HAD sont des établissements de santé



157 121

patients pris en charge



225 €

le coût moyen d'une journée d'HAD pour l'Assurance Maladie



1,53 Md€

le coût global de l'hospitalisation à domicile

FNEHAD - Rapport d'activité 2021-2022

■ QUELS SONT LES SOINS DÉLIVRÉS PAR LES HAD ?

Le tableau ci-dessous indique les offres de soins proposées par les HAD. Ce sont principalement les soins palliatifs, le traitement de la douleur, les pansements complexes, la surveillance post-chirurgicale complexe, le suivi de

grossesse à risque, les suites de couches pathologiques, l'assistance respiratoire lourde, la chimiothérapie, l'antibiothérapie, l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, l'alimentation entérale/parentérale, etc.

ACTIVITÉ NATIONALE SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL (MPP)

	2020		2021		2020/2021
	NB JOURNÉES	EN %	NB JOURNÉES	EN %	ÉVOLUTION
01 Assistance respiratoire	131 877	1,9 %	118 254	1,7 %	- 10,3 %
02 Nutrition parentérale	131 844	1,9 %	133 410	2,0 %	+ 1,2 %
03 Traitement intraveineux	390 609	5,8 %	387 180	5,7 %	- 0,9 %
04 Soins palliatifs	1 786 520	26,4 %	1 849 185	27,3 %	+ 3,5 %
05 Chimiothérapie anticancéreuse	161 159	2,4 %	166 344	2,5 %	+ 3,2 %
06 Nutrition entérale	370 781	5,5 %	365 200	5,4 %	- 1,5 %
07 Prise en charge de la douleur	259 442	3,8 %	287 534	4,2 %	+ 10,8 %
08 Autres traitements	359 162	5,3 %	405 980	6,0 %	+ 13,0 %
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 639 095	24,2 %	1 662 367	24,6 %	+ 1,4 %
10 Post-traitement chirurgical	139 151	2,1 %	150 407	2,2 %	+ 8,1 %
11 Rééducation orthopédique	64 703	1,0 %	73 097	1,1 %	+ 13,0 %
12 Rééducation neurologique	85 106	1,3 %	93 722	1,4 %	+ 10,1 %
13 Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	248 419	3,7 %	266 093	3,9 %	+ 7,1 %
14 Soins de nursing lourds	535 293	7,9 %	505 521	7,5 %	- 5,6 %
15 Éducation du patient et/ou de son entourage	83 290	1,2 %	84 856	1,3 %	+ 1,9 %
17 Surveillance de radiothérapie	4 621	0,1 %	4 989	0,1 %	+ 8,0 %
18 Transfusion sanguine	2 468	0,0 %	3 183	0,0 %	+ 29,0 %
19 Surveillance de grossesse à risque	114 074	1,7 %	126 068	1,9 %	+ 10,5 %
21 Post-partum pathologique	58 389	0,9 %	47 036	0,7 %	- 19,4 %
22 Prise en charge du nouveau-né à risque	28 726	0,4 %	28 951	0,4 %	+ 0,8 %
24 Surveillance d'aplasie	6 499	0,1 %	5 430	0,1 %	- 16,4 %
29 Sortie précoce de chirurgie	2120	0,0 %	1963	0,0 %	- 7,4 %
Total	6 603 348		6 766 770		+2,5%

■ COMMENT SE DÉROULE LA PRISE EN CHARGE EN HAD ?

L'infographie (ci-contre page 27) indique les différentes étapes de prise en charge en HAD. Le médecin prescripteur demande l'accord du patient et/ou de son entourage pour transmettre son dossier à l'équipe de l'HAD et renseigne le logiciel d'orientation de sa région (ViaTrajectoire, etc.) ; le médecin prescripteur contacte l'équipe de l'HAD pour l'évaluation de la faisabilité d'une HAD en concertation

avec le médecin traitant ; les professionnels de l'équipe de l'HAD informent le patient des implications d'une prise en charge en HAD, recueillent son consentement et celui de son entourage et contactent, le cas échéant, les professionnels qui interviennent déjà au domicile. L'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD, sur la base d'un protocole thérapeutique, dans un délai de 24 à 72 heures en principe, selon l'état du patient et le degré d'urgence. Le patient n'avance pas de frais puisque 100 % des soins sont pris en charge par l'Assurance Maladie et sa complémentaire.



Étape de mise en place d'une HAD (Source Flyer FNEHAD)

■ COMMENT SONT ORGANISÉS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA STRUCTURE HAD ?

Le fonctionnement des établissements HAD repose sur les professionnels salariés comme les médecins coordonnateurs, les cadres de santé, les infirmiers de liaison, les infirmiers de coordination (IDEC), les infirmiers de soins, les aides-soignants, les psychologues, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, etc. D'autre part, l'HAD peut mobiliser de nombreux intervenants libéraux. Selon les besoins, la structure fait appel aux professionnels de la ville, notamment les IDE libéraux ou d'autres professionnels comme les kinésithérapeutes, etc...

■ COMMENT EST FINANCÉE L'HAD ?

L'HAD est une offre de soins financée à 100% par l'assurance maladie. L'établissement d'HAD reçoit un financement des caisses d'Assurance Maladie (et parfois des complémentaires), correspondant au paiement d'un forfait pour chaque jour d'HAD pour chaque patient pris en charge. Le forfait HAD appelé groupe homogène de tarifs (GHT) est destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels et techniques mobilisés par la structure HAD, à l'exception des produits de santé facturés en sus.

Le modèle tarifaire s'appuie sur une classification de « groupes homogènes de prises en charge (GHPC) », basée sur le principe d'un forfait journalier pondéré par la charge en soins. Cette dernière varie en fonction de la pondération de quatre variables recueillies dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) éventuel, la durée de prise en charge et le degré de dépendance du patient (mesuré par l'indice de Karnofsky). Comme déjà indiqué, le prix moyen d'une journée HAD en France s'établit à 225 euros selon le rapport d'activité 2021-2022 de la FNEHAD.

Les aspects techniques du financement de la prise en charge en HAD sont précisés dans le guide de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), disponible à partir du lien en infra.

■ QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT ?

Qu'il soit ou non le prescripteur de l'HAD, formellement, le médecin traitant est le « pivot » de la prise en charge du patient à domicile. Son rôle est central en HAD et sa participation est indispensable pour assurer la qualité des soins. Il donne son accord à la prise en charge et il est le référent médical du patient pendant le séjour. Sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD (médecin praticien de l'HAD), le médecin traitant donne son aval à l'admission en HAD par un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins de l'HAD. Il participe à l'élaboration du projet thérapeutique qu'il valide avec le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur. Il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient ou avec un médecin spécialiste. Il décide de l'hospitalisation en établissement conventionnel avec hébergement si nécessaire. Pour mettre fin à l'HAD, le médecin généraliste est sollicité par le médecin praticien de l'HAD.



Dr Mohamed TOUATI*Chef de service HAD**CHU de Limoges*

L'HAD DU CHU DE LIMOGES :

Il s'agit d'une structure publique qui a le statut de service hospitalier au sein du CHU de Limoges.



■ HISTORIQUE ET AUTORISATION D'ACTIVITÉ :

Créée en 1980 sous la forme d'une Unité Fonctionnelle (UF 7700), rattachée au service de Gériatrie, avec 20 places, l'HAD du CHU de Limoges est devenue un service à part entière le 1^{er} février 2003. Le 1^{er} janvier 2006, l'HAD a obtenu une autorisation de 20 places supplémentaires.

En 2010, une antenne de l'HAD a été créée à Saint-Yrieix-la-Perche. En 2009, une collaboration étroite est débutée avec le service d'Hématologie Clinique pour l'administration de chimiothérapies injectables à domicile. Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'HAD du CHU de Limoges est rattachée au Pôle Thorax-Abdomen dirigé actuellement par le Professeur Victor Aboyans.

Actuellement, les capacités de la structure sont de 54 patients pris en charge par l'équipe du CHU et 20 à Saint-Yrieix-la-Perche. L'HAD du CHU de Limoges a une autorisation pour intervenir dans tout le département de la Haute Vienne et le nord de la Dordogne via l'Antenne de Saint-Yrieix-la-Perche.

■ ÉQUIPE MÉDICO-SOIGNANTE ET STAGIAIRES DE L'HAD DU CHU DE LIMOGES :

L'équipe pluridisciplinaire hospitalière polyvalente de l'HAD du CHU de Limoges comprend 2 médecins coordonnateurs (médecins praticiens de l'HAD) correspondant à 1 Equivalent Temps Plein (ETP) soit 2 fois 0,5 ETP avec des recrutements en cours de 2 médecins correspondant à 1,1 ETP, un pharmacien hospitalier référent (0,2 ETP), une cadre de santé (1 ETP), un cadre supérieur de pôle (0,1 ETP), une infirmière de liaison (1 ETP), des infirmières de coordination (3,5 ETP) et des infirmiers de soins (8,7 ETP).

Des aides-soignantes (7 ETP), une assistante sociale (0,5 ETP), un diététicien (0,3 ETP) et des secrétaires (3 ETP) permettent de compléter l'équipe dans ses diverses offres de soins. Un temps de psychologue (0,5 ETP) sera prochainement affecté. L'HAD du CHU de Limoges assure des formations pour les étudiants IDE et Aides-soignants. La structure reçoit des externes de médecine. L'HAD du CHU de Limoges a été agréée pour recevoir en stage des internes de médecine générale.

Par qui ?

L'HAD dispose d'équipes hospitalières pluridisciplinaires associant des professionnels libéraux.

L'Hospitalisation À Domicile (HAD)

Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges
3, avenue Martin Luther King - 87043 Limoges cedex
Tél. : 05 55 01 74 30 - Mail : had@chu-limoges.fr
www.chu-limoges.fr

Hospitalisation A Domicile (HAD)

CHU
Centre Hospitalier Universitaire
Limoges

L'hospitalisation à domicile

est une structure de soins d'hospitalisation. Elle permet d'assurer à votre domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés pour une période limitée mais renouvelable. Elle évite et/ou écourte votre hospitalisation en établissement.

Quand ?

- suite à une hospitalisation dans le secteur public ou privé,
- après une consultation hospitalière,
- sur demande du médecin traitant en cas d'aggravation de l'état de santé, directement du domicile.

Pour qui et où ?

- Pour toute personne, enfant ou adulte, habitant dans le département de la Haute-Vienne. L'HAD du CHU de Limoges comprend une antenne à Saint-Yrieix-la-Perche.

Comment ?

- sur prescription médicale :
 - du médecin traitant
 - du médecin hospitalier public ou privé,
- avec votre accord et/ou celui de votre entourage,
- après accord du médecin coordonnateur de l'HAD,
- en tenant compte de vos conditions de vie à domicile.

Quels soins ?

- traitement intraveineux
- nutrition entérale / parentérale
- prise en charge de la douleur
- soins palliatifs
- soins de nursing lourds
- pansements complexes
- post traitement chirurgical
- chimiothérapie et surveillance
- assistance respiratoire
- rééducation orthopédique
- éducation du patient

Service d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'équipe médicale et para-médicale

- Un médecin chef de service
- Un cadre supérieur de santé
- Le médecin coordonnateur
 - valide votre admission, assure le lien et la coordination pour l'ensemble de votre prise en charge entre votre médecin traitant, les médecins hospitaliers, et l'équipe soignante, valide votre sortie
- Le médecin traitant
 - Assure le suivi à domicile, il est en lien direct avec l'ensemble des personnels de santé
- Un cadre de santé
 - Responsable de l'organisation et de la qualité des soins
- Un pharmacien
 - Tricible le circuit du médicament
- L'infirmière (IDE) de liaison
 - Réalise les visites de pré-admission dans les services hospitaliers et/ou à domicile
- Les infirmières (IDE) coordinatrices
 - Coordonnent la permanence et la continuité des soins
 - Organisent la sortie en s'assurant que les relais sont mis en place
- Les infirmier(e)s (IDE) de soins
 - Réalisent les soins ou traitements médicaux prescrits par les médecins hospitaliers et libéraux et participent à leur surveillance clinique
- Des aides-soignant(e)s (sur Limoges et proche périphérie)
 - Réalisent les soins d'hygiène, de nursing mais exercent, si nécessaire des actions de surveillance et de prévention
- Une assistante sociale
 - Réalise une évaluation sociale, afin de cibler les problèmes et d'y apporter des éléments de réponses (conditions du maintien à domicile, couverture sociale, moyen de subsistance, accompagnement de la famille...)
- Le diététicien assure le suivi nutritionnel et donne des conseils diététiques
- Les secrétaires reçoivent vos appels en l'absence de l'IDE coordinatrice
- Les internes, les externes

■ LES SOINS DÉLIVRÉS PAR L'HAD DU CHU DE LIMOGES :

L'HAD du CHU de Limoges effectue globalement tous les soins habituellement réalisés par les HAD tels que décrit plus haut. Les principaux soins réalisés sont les traitements intra-veineux, la nutrition entérale, la nutrition parentérale, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, les soins de nursing lourds, les pansements complexes, les Thérapies par Pression Négative (TPN), les soins post-traitement chirurgical, les chimiothérapies et leur surveillance, l'assistance respiratoire, etc...

De nouvelles offres de soins ont été proposées, ou sont en cours de déploiement, comme les transfusions sanguines en EHPAD, les perfusions de fer injectable, les immunothérapies ou l'administration sous cutanée d'anticorps monoclonaux dans le cadre de la sclérose en plaque.

L'activité annuelle de la structure est variable et correspondait par exemple en 2020, année intense de pandémie Covid, à 1 408 séjours pour 25 135 journées HAD réalisées avec une durée moyenne de séjour de 18,3 jours. En 2021, le nombre de journées réalisées a été de près de 24 000 pour environ 1 100 patients et une durée moyenne de séjour de 20,5 jours.

■ ASTREINTES :

La continuité des soins est assurée grâce à une astreinte IDE 7 jours sur 7. Il s'agit d'une astreinte opérationnelle.

L'IDE d'astreinte se déplace la nuit au domicile du patient si besoin. Durant les week-ends et jours fériés, la structure fonctionne avec les personnels propres de l'HAD. En cas d'urgence majeure, il est demandé au SAMU d'intervenir.

Les effectifs de l'équipe médicale de l'HAD du CHU vont augmenter à compter de l'été 2023 et une astreinte médicale téléphonique serait mise en place.

■ PLACE DES LIBÉRAUX ET INTERACTION AVEC L'HAD DU CHU DE LIMOGES :

Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient. Le pharmacien d'officine a un rôle d'appui pour distribuer au patient les médicaments non disponibles à la Pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHU de Limoges.

Les IDE libéraux jouent un rôle majeur, en collaboration avec l'équipe médico-soignante hospitalière, pour garantir la sécurité et la continuité des soins du patient.

Vis-à-vis des IDE libéraux, 3 configurations de prise en charge sont possibles : 1) poursuite de la réalisation des soins exclusivement par l'IDE habituel, l'équipe de l'HAD du CHU assurant seulement la coordination ; 2) réalisation des soins de façon conjointe par l'IDE libéral des soins standards, et par l'IDE « salarié » de l'HAD du CHU de Limoges des soins spécifiques ; 3) réalisation des soins exclusivement par les IDE « salariés » de l'HAD pour certains patients en accord avec les IDE libéraux, la famille et le médecin traitant.

Les autres professionnels de la ville : kinésithérapeute, ergothérapeute, etc, sont sollicités selon les besoins. Enfin la location du matériel médical durant le séjour HAD se fait en priorité auprès des prestataires référencés de l'HAD dans le cadre de la signature d'un contrat de marché public.

Pendant le séjour en HAD, c'est la structure qui finance le matériel mis en place au domicile du patient.



EN CONCLUSION

Malgré une réelle dynamique d'activité qui s'est traduite par une forte croissance, l'hospitalisation à domicile (HAD) est encore trop méconnue et, même quand elle est identifiée, elle est insuffisamment sollicitée.

De nos jours, l'HAD est le plus souvent demandée par les médecins hospitaliers. Les médecins traitants de ville doivent être encouragés à prescrire davantage cette modalité de prise en charge adaptée à leur patientèle et plébiscitée par les patients eux-mêmes. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue, en effet, une des réponses à l'aspiration grandissante de la population à être soignée dans son environnement familial quand la situation le permet.

Cette modalité de prise en charge constitue un des leviers pour surmonter certaines des nombreuses difficultés du système de santé en France, notamment le cloisonnement ville-hôpital, les coûts de santé, et, ces dernières années, le manque de lits d'hospitalisation.

En effet, la prise en charge de patients en HAD permet de libérer les lits qui peuvent manquer à l'hôpital d'aujourd'hui.

La feuille de route stratégique HAD 2021-2026, publiée par le ministère de la santé s'accompagne d'un plan de communication décliné en 7 axes autour de la thématique de l'HAD dont l'objectif est de renforcer sa place dans le paysage sanitaire en France. Les interactions entre l'HAD et les professionnels de ville y sont soulignées et l'ambition est d'en faire un « réflexe naturel », afin que le domicile devienne le lieu de soins hospitaliers de demain à côtés de l'hôpital traditionnel.

Le service d'HAD du CHU de Limoges s'inscrit dans cette dynamique nationale en renforçant son lien avec les médecins libéraux du territoire afin de rendre plus systématique leur recours à l'HAD et répondre de façon optimale aux besoins en soins de la population.

■ LES LIENS UTILES :

Les liens utiles pour approfondir vos connaissances sur l'HAD en général mais aussi sur l'HAD du CHU de Limoges se trouvent ci-dessous.

1 - LA FEUILLE DE ROUTE DES HAD :

Il s'agit d'un document important publié par la DGOS en collaboration avec la FNEHAD fin 2021. L'objectif de la feuille de route est d'accroître le recours à l'HAD en réduisant son déficit de visibilité et en renforçant son attractivité vis-à-vis des professionnels de santé (hospitaliers comme libéraux), médico-sociaux et sociaux.

- Document complet ce trouve ici :

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>

- Résumé disponible sur le lien suivant :

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/had-synthese.pdf>

Éléments importants à souligner dans le document « feuille de route » :

- La nécessité de communiquer davantage sur cette modalité de prise en charge via tous les médias.
- La nécessité de communiquer sur cette thématique auprès des étudiants en médecine.
- Favoriser les stages d'internes de médecine générale et de pharmacie en HAD
- Encourager les stages d'externes de médecine et de pharmacie en HAD
- A Limoges, il est envisagé d'intégrer des cours sur l'HAD dans le programme des étudiants de médecine. Une démarche nationale doit être envisagée en ce sens. Actuellement l'HAD est peu ou pas étudiée durant les études médicales.

2 - ALGORITHME D'AIDE À LA DÉCISION D'ORIENTATION DES PATIENTS EN HAD À DESTINATION DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS :

- Document complet ici :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithmme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destina-tion_des_medecins_prescr.pdf

Application Adop-HAD :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/flyer_adop-had.pdf

Le CHU de Limoges a participé activement à l'élaboration de ce document important (Dr Mohamed Touati membre du comité de pilotage, référent oncologie-Hématologie représentant la FNEHAD)

Éléments importants à souligner dans cet algorithme :

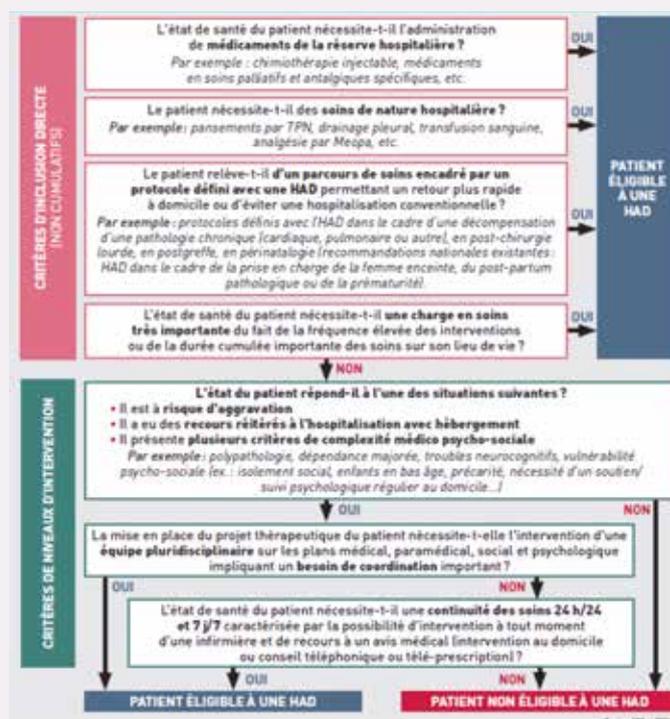
- La différence entre la prise en charge en HAD, qui est une prise en charge hospitalière à part entière au sens de la loi, et la prise en charge à domicile par les prestataires de service qui n'est pas une hospitalisation. Certains patients dont l'état de santé justifie une prise en charge hospitalière sont pris en charge, du fait d'une gradation de soins inadéquate, par des prestataires de soins à domicile. Cela peut faire courir le risque d'une perte de chance aux patients.

À Limoges la CPAM et le CHU ont rédigé et signé une charte de « bonne conduite » avec les entreprises de prestataires de soins à domicile qui s'engagent à respecter un certain nombre de règles de bonnes pratiques.

ADOP-HAD permet aux médecins hospitaliers et médecins de ville d'identifier les patients éligibles à une HAD.

Il est disponible sur le site :

has-sante.fr ou à partir du lien <http://adophad>



.../... Les liens utiles (suite)

3 - RAPPORT D'ACTIVITÉ FNEHAD 2021-2022 :

La structure HAD du CHU de Limoges est identifiée comme une référence pour les chimiothérapies injectables en HAD (page 31).

- Document complet ce trouve ici :

https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2023/01/FNEHAD_RA21-22_web_pl.pdf

4 - GUIDE DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) :

- Le document " *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile* " est disponible sur le lien suivant :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4442/guide-methodologique-had-2023-version_provisoire.pdf

5 - HAD ET RÉFORME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS :

- Le Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile est disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=krDaWa_xv8DLApwY1U1ng73QdemZfdsvuyg_hvSsm3I

- Le Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile est disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=9z1C8OP3EwEQDFHnqF11W6E7zNsiFZL-4wqNyqoY-CA>

6 - PERSONNES ÂGÉES ET HAD :

Il faut communiquer auprès des professionnels de santé libéraux qu'un patient peut être pris en charge en HAD sans passer par l'hôpital, qu'il soit à son domicile propre ou résidant dans un EHPAD.

- Le flyer "*FNEHAD sur l'HAD en EHPAD*" est disponible sur :

https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/05/HAD-Ehpad_Depliant_web_pl.pdf

Il faut travailler davantage sur le dispositif d'évaluation anticipée en EHPAD. Cette organisation peut contribuer à optimiser la prise en charge de certains patients en fin de vie, notamment en leur évitant des admissions inutiles aux urgences et en leur permettant une prise en charge palliative adaptée sur le lieu de résidence habituel.

- Le flyer "*FNEHAD sur évaluation anticipée*" est disponible sur :

https://mcusercontent.com/6d7cf1abfc15e385895884714/files/6d33ca78-820b-f988-8af7-e589d40b7355/FNEHAD_Ehpad_EvalAnticipées_web_PL.pdf

A Limoges, plusieurs réunions réalisées entre les EHPAD/ARS/HAD/CDOM/Direction Générale du CHU.

7 - EDIMARK HAD DU CHU DE LIMOGES :

- Vidéos courtes sur l'intérêt de l'HAD en onco-hématologie et virage ambulatoire avec zoom sur l'HAD du CHU de Limoges disponibles sur :

https://drive.google.com/drive/folders/19Sj7CI42R1Ij6QtTu8b5IyL4XzhE5UcK?usp=share_link

8 - CHORUS CHU DE LIMOGES

- Dossier sur l'HAD du CHU de Limoges (**novembre 2021**) disponible sur :

<https://www.chu-limoges.fr/chorus-no34-novembre-2021.html>

**Remerciements pour leurs contributions**

Équipe médicale : Dr Aude Massoulard-Gainant (CHU de Limoges), Dr Anne Sirven (antenne de Saint-Yrieix-la-Perche). **Pharmacien** : Dr Stéphanie Bonnet. **Cadre de santé** : Mme Sylvie Thomasset. **Équipe soignante** : l'ensemble des professionnels du service d'HAD du CHU de Limoges et de son antenne de Saint-Yrieix-la-Perche. **SIME** : Dr Guillaume Gschwind. **FNEHAD** : Mme Anastasia Strizyk et Dr Gaétan Casanova. **Référent lien Ville-Hôpital** : Dr Dominique Grouille. **CDOM** : Drs Dominique Moreau et François Bertin. **Équipe de Direction du CHU de Limoges** : Mr Jean-Christophe Rousseau.

HAD SANTÉ SERVICE LIMOUSIN : ASSOCIATION À BUT NON LUCRATIF.

Il s'agit d'une structure reconnue Établissement de Santé privé d'intérêt Collectif (ESPIC)

Acteur rayonnant sur tout le département de la Haute-Vienne, Santé Service Limousin (SSL), qui a été créée en 1979 est une association de Loi 1901. SSL a pour ambition de garantir le maintien à domicile. Dans ce cadre, elle répond aux besoins et aux attentes des patients et de leurs familles, en garantissant une prise en charge et des soins de qualité respectueux des règles de bonnes pratiques, et de prévenir le plus possible les risques inhérents à toute activité médicale et paramédicale.



Dr Michel BARRIS

Président de Santé Service Limousin

Mme Nathalie BAUDOIN

Directrice de Santé Service Limousin

■ L'ORGANISATION

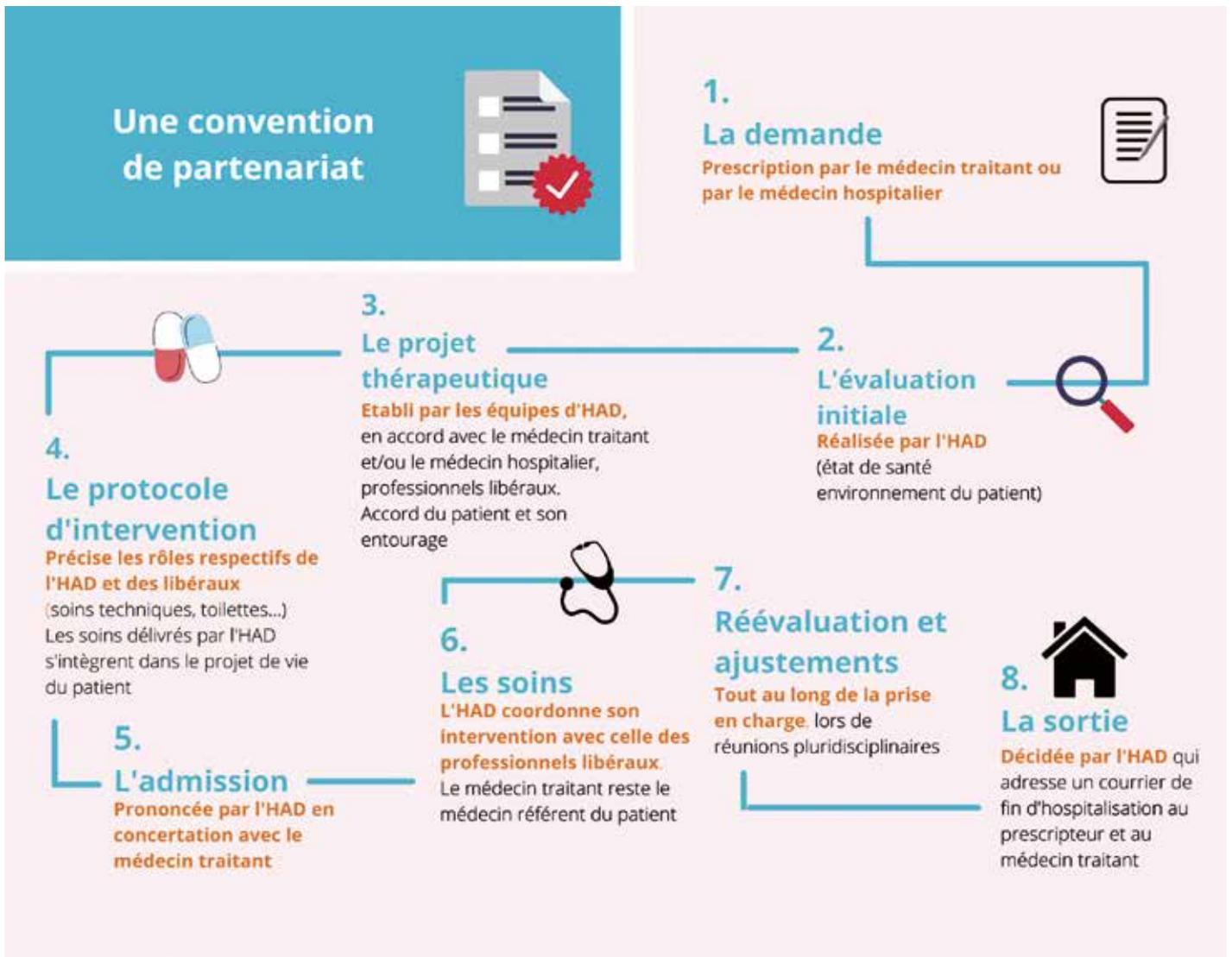
Les médecins coordonnateurs, infirmières coordonnatrices, aides-soignantes, conseillères sociales mettent tout en œuvre pour respecter le choix des patients dans la prise en charge au domicile.

Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) et d'Hospitalisation À Domicile (HAD) travaillent en étroite collaboration avec les professionnels libéraux du patient afin de faciliter l'accès aux soins sur l'ensemble du département et ainsi assurer la permanence des soins 24H/24 et 7 jours sur 7. L'HAD comme le SSIAD accompagnent dans la recherche de solutions favorisant la vie à domicile et garantissant de

bonnes conditions de vie pour toute personne en difficulté, en situation de handicap, âgée ou dont la pathologie entraîne une perte d'autonomie. Les domaines de compétences portent sur les soins palliatifs, la nutrition, les traitements anti-cancéreux, les pansements complexes, les traitements intraveineux, le traitement de lutte contre la douleur...

SSL dispose également, au sein de son équipe, d'un ergothérapeute, d'une psychologue et a passé des conventions avec les équipes mobiles et différents experts pour répondre au mieux aux besoins d'une prise en charge pluridisciplinaire.

.../...



■ COMMENT SONT ORGANISÉS LES SOINS

Les bénéficiaires de l'hospitalisation à domicile sont des personnes de tous âges, atteints de pathologies dont la gravité, en l'absence de prise en charge par un établissement d'HAD, obligerait à une hospitalisation avec hébergement.

Les pathologies peuvent être de tout ordre, aiguës ou chroniques, évolutives ou non.

L'HAD permet d'assurer, au domicile du patient, et sous la responsabilité de son médecin traitant, des soins médicaux et paramédicaux complexes, délivrés par des professionnels de diverses disciplines dont les interventions doivent être coordonnées. Les soins de l'HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la technicité, la fréquence et la durée des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

■ LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Tout au long de la prise en charge, les différents intervenants de l'HAD assurent les soins quotidiennement, une ou plusieurs fois par jour. L'infirmier(ère) coordonnateur(trice) se rend au chevet du patient quand l'état de santé le justifie, et est en relation permanente avec les intervenants au domicile.

Voir page 35 le détail de prise en charge à HAD par Santé Service Limousin.

Aide à la décision d'orientation des patients en HAD

- Fiches téléchargeables sur : <https://www.santesservicelimousin.fr/wp-content/uploads/2022/04/Aide-a-la-decision-dorientation-des-patients-en-HAD-6.pdf>



PRÉVENIR
EFFICACITÉ
ÉQUIPE SOINS DIALOGUE
ANTICIPATION
COORDINATION
ÉVALUATION INFIRMIERS CONCENTRATION
DOMICILE RAPIDITÉ BESOINS
HOSPITALISATION

Un seul
numéro
05.55.43.19.80

3 médecins
coordonnateurs
13 Infirmières
coordinatrices
80 AS

7j/7

24h/24

LA PRISE EN CHARGE HAD PAR SANTÉ SERVICE LIMOUSIN, UNE HISTOIRE DE COORDINATION !

Demande
médicale auprès
de SSL

Analyse critères J+1

Réponse dans les 48H
pour une prise en
charge au plus tôt



Étendu sur **tout le département**, le service d'Hospitalisation A Domicile de Santé Service Limousin repose, avant tout, sur des enjeux de **coordination** entre les différents acteurs libéraux et hospitaliers de la prise en charge. Elle concerne les patients de tout âge dont la pathologie nécessiterait, sans intervention d'un service d'HAD, une hospitalisation.

Le médecin traitant reste le pivot de cette prise en charge et joue un **rôle central** dans l'élaboration et l'adaptation continue du plan de soins. **L'HAD coordonne** la prise en charge et gère la location du matériel, la liaison avec la pharmacie d'officine, les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux habituels du patient. Des consultations avec un(e) ergothérapeute ou un(e) psychologue sont également réalisables.

Quelques exemples de prise en charge

SOINS DE NURSING LOURDS

Mr. N. 75 ans a une artériopathie des membres inférieurs, il a été amputé en Transfémoral. En sortie, il a besoin de soins de nursing, de soins de plaie et une injection quotidienne d'HBPM.

PANSEMENTS COMPLEXES

Mme P, 83 ans, prise en charge en SSIAD avec dégradation état général. Elle présente une dénutrition et des escarres avec soins plaies > 30 minutes par jour.

SOINS PALLIATIFS

M. D, 85 ans, hospitalisé pour ischémie aiguë du membre inférieur. Après échec de revascularisation, décision une prise en charge palliative exclusive. Il a besoin de soins de nursing quotidiens, de pansements et une prise en charge de la douleur par PCA de morphine

AUTRES PRISES EN CHARGE :

Traitements anticancéreux ; nutrition entérale et parentérale ; traitement intraveineux (antibiothérapie) ; assistance respiratoire...

SSL possède également un SSIAD : pour les personnes âgées (285 places), les personnes en situation de handicap (25 places), les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Le SSIAD permet d'éviter ou raccourcir une hospitalisation, de prévenir ou retarder la dégradation de l'état du patient, d'éviter ou retarder l'admission en institution sociale ou établissement de long séjour.



www.santeservicelimousin.fr



UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ET COORDONNÉE POUR L'AMÉLIORATION FONCTIONNELLE DU PATIENT.

Parmi les missions principales des SSR : la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale et, plus globalement, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de retrouver des conditions de vie aussi proches que possible que celles qui précédaient son séjour hospitalier.

SSR LA CHÊNAIE

Une nouvelle offre de soins pour les patients atteints d'un cancer

Mis en place depuis le mois de mars 2022, ce programme d'hôpital de jour, appelé "PAS APAS" (Programme Ambulatoire de Soins et d'Activités Physique Adaptées), est centré sur une reprise d'activité physique adaptée en petits groupes de 8 patients.

Dr Anaud BOSSELUT

Médecin coordonnateur du programme "Pas à Pas"

Mme Nathalie DUBOSC-MARCHENAY

Cadre coordonnateur des parcours du programme "Pas à Pas"

Il s'intègre dans le parcours de soins des patient en leur offrant, à n'importe quel stade de la maladie, un programme global, innovant et basé sur la reprise d'une activité physique très bénéfique dans ces pathologies tant sur le plan physique que psychique.

Les études montrent que la pratique régulière d'une activité physique adaptée chez les patients atteints de cancer notamment du sein ou digestif améliore la réponse aux traitements, leur tolérance, diminue les progressions et les récives et améliore la qualité de vie.

Le programme, d'une durée de six semaines, accueille les patients trois matinées par semaine pendant les trois premières semaines, puis quatre après-midis par semaine pendant les trois semaines suivantes. Chaque demi-journée comprend 3 heures de prise en charge avec une heure dédiée à l'activité physique adaptée et 2 heures dédiées à un nombre important de soins de support différents selon les journées.

Les activités sont proposées en groupe avec un maximum de 8 participants, 2 ateliers sont effectués en individuel : la réflexologie plantaire et l'hypnose.

Au préalable à l'entrée dans le programme, une consultation cardiologique est demandée afin d'éliminer toute contre-indication éventuelle à la reprise d'une activité physique adaptée, parfois accompagnée d'une consultation pneumologique.

A l'entrée, un bilan initial est réalisé : tests physiques d'équilibre, de souplesse et de force, questionnaires pour mesurer le niveau d'activité physique, le niveau de sédentarité et de perception de la santé de chaque patient. Puis les mêmes tests sont effectués en bilan de sortie afin d'évaluer l'amélioration des différents paramètres.

Le programme se déroule dans un pavillon spécialement dédié à cette activité, qui a été entièrement rénové pour répondre aux besoins des patients.

.../...

SSR LA CHÊNAIE : UN LIEU SPÉCIFIQUE AMÉNAGÉ POUR ACCUEILLIR LES PATIENTS SUIVANT LE PROGRAMME "PAS À PAS"



.../... SSR La Chênaie, une nouvelle offre de soins (suite)

Une collaboration avec les associations d'aval pour la poursuite de l'activité physique et des soins de support, telles que Limousin Sport Santé et la Ligue contre le cancer, qui interviennent dans le programme, a été mise en place.

Le programme « PAS A PAS » a été autorisé par l'ARS en mai 2019, ce qui permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge des transports tout au long des 6 semaines.

Après un an de fonctionnement, une première évaluation a été effectuée sur le programme, avec des résultats satisfaisants.

36 patients ont été accueillis (32 femmes et 4 hommes) durant cette année, avec une moyenne d'âge de 58 ans (31 à 76 ans). Au cours des six semaines, 83% des patients ont augmenté la distance parcourue lors du test de marche de 6 minutes, plus de 80% des patients ont amélioré leur souplesse, plus de 85% ont amélioré leur force aux membres supérieurs et inférieurs. Enfin, 97% des patients ont augmenté leur niveau d'activité physique et 83% ont réduit leur niveau de sédentarité.

DÉROULEMENT DU PROGRAMME « PAS A PAS » SUR 6 SEMAINES.

SEM AINE 1				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	
9h	Accueil	Kinésithérapie + réflexologie	Hypnose	
10h	Accueil	Arômatherapie + réflexologie	Kinésithérapie	
11h	Accueil	Diététique + réflexologie	Psychomotricité	
SEM AINE 2				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	
9h	Yoga	Art-Thérapie	Activité physique + Hypnose	
10h	Activité physique	Art-Thérapie	Éthique + Hypnose	
11h	Psychologue	Escrime	Diététique + Hypnose	
SEM AINE 3				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	
9h	Yoga	Art-Thérapie	Kinésithérapie	
10h	Activité physique	Art-Thérapie	Limousin Sport Santé	
11h	Socio-esthétique	Escrime	Diététique	
SEM AINE 4				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
14h	Activité physique	Conseil social + réflexologie	Psychomotricité	Kinésithérapie + Hypnose
15h	Arômatherapie	Escrime + réflexologie	Activité physique	Douleur + Hypnose
16h	Psychologue	Yoga + réflexologie	Diététique	Socio-esthétique + Hypnose
SEM AINE 5				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
14h	Kinésithérapie	Psychologue	Activité physique	Kinésithérapie
15h	Éthique	Escrime	Conseil social	Diététique
16h	Activité physique	Yoga	Kinésithérapie	Activité physique
SEM AINE 6				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
14h	Socio-esthétique	Diététique + réflexologie	Art-Thérapie	Synthèse
15h	Activité physique	Activité physique + réflexologie	Art-Thérapie	Synthèse
16h	Arômatherapie	Kinésithérapie + réflexologie	Activité physique	Synthèse



Les oncologues et les médecins généralistes peuvent adresser leurs patients et obtenir plus d'informations grâce à un simple appel au numéro dédié :

07 65 17 53 27

Centre La Chénaie
8 rue de Limoges 87430 Verneuil-sur-Vienne



Dr Élodie VANDEIX

Pneumologue à la Polyclinique de Limoges

Mr Baptiste MOREIGNE

Chargé de mission

POLYCLINIQUE DE LIMOGES

Le service SSR du site Chénieux spécialisé en pneumologie prend en charge des patients souffrant de troubles respiratoires. Il propose, grâce à une équipe pluridisciplinaire, un programme de soin individualisé et adapté aux patients.

La prise en charge en SSR pneumologique repose sur une équipe pluridisciplinaire qui assure la mise en place d'un programme de réadaptation et d'éducation : il accompagne les patients pour qu'ils soient acteurs de leur prise en charge au quotidien.

Le programme de soins de suite et réhabilitation est un **programme sur trois semaines du lundi au vendredi.**

Les patients seront donc libérés les week-ends et ils pourront réintégrer la clinique le lundi suivant.

LE PLATEAU D'EXPLOITATION FONCTIONNELLE



- permet la réalisation des explorations fonctionnelles comme : l'épreuve d'Effort
- pulmonaire, la Gazométrie, la Spirométrie,
- la Nasofibroscopie, l'Échographie cardiaque et la Radiologie conventionnelle.

LE PLATEAU DE RÉHABILITATION TECHNIQUE



- dispose d'une multitude d'équipements
- répondant aux besoins spécifiques de la
- réhabilitation respiratoire et de l'ORL (vélos, tapis de marche, salle de
- réhabilitation entièrement équipée...)



SSR PNEUMOLOGIE : UNITÉ 11 - ASCENSEUR C - NIVEAU 2

05 55 45 40 40

POLYCLINIQUE DE LIMOGES : SITE CHÉNIEUX
18 rue du Général Catroux, 87000 Limoges



■ DIFFÉRENTS ATELIERS SONT ORGANISÉS AUTOUR DE :

- La kinésithérapie (Cardio, yoga, ventilation, drainage, ..)
- L'activité physique adaptée
- La diététique
- La sophrologie
- L'éducation à la santé

Différents ateliers et entretiens sont programmés et proposés au patient pour obtenir son adhésion (gestion des exacerbations, connaissance de la maladie, connaissance des traitements, la prévention contre la maladie, la gestion du stress et exercices de cohérence cardiaque, ...).

■ LE SEVRAGE TABAGIQUE

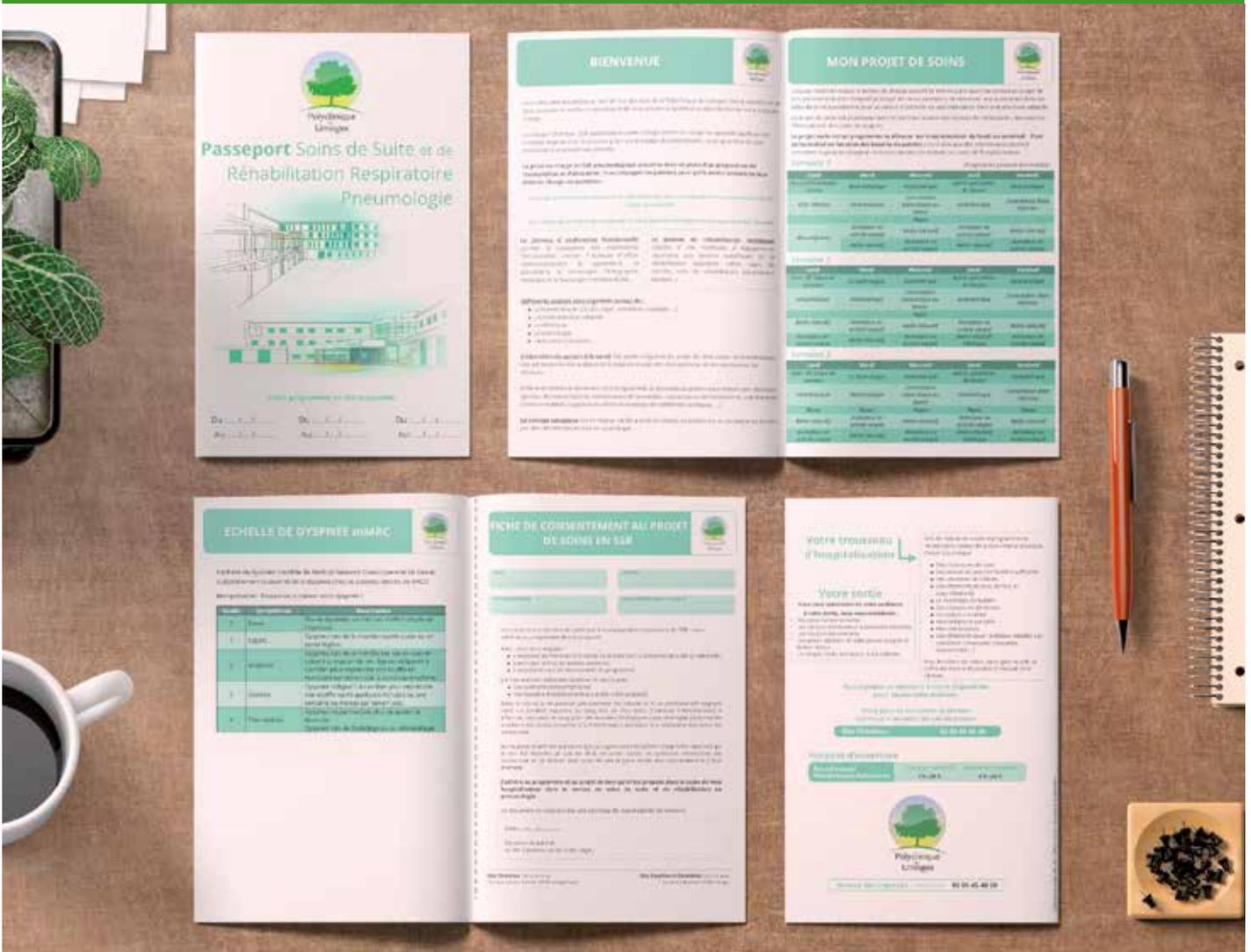
C'est un facteur clé de la prise en charge. Le patient est accompagné au besoin par des IDE formés en tabacologie.

■ L'ÉDUCATION DU PATIENT À LA SANTÉ

Elle fait partie intégrante du projet de rééducation en pneumologie.

Elle est proposée dès le début de la prise en charge afin d'en optimiser et d'en pérenniser les résultats.

LE PASSEPORT SSR EXPLIQUANT LA PRISE EN CHARGE AU PATIENT ET LES DIFFÉRENTS FORMULAIRES À REMPLIR POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE





(IN)SÉCURITÉ DES MÉDECINS

D'après l'Observatoire de la sécurité des médecins, l'insécurité des professionnels de santé et notamment les médecins est en recrudescence en France malgré le peu de plaintes déposées. A cet égard, le Conseil National de l'Ordre des Médecins encourage fortement les médecins victimes d'agression à déclarer cet acte auprès de leur Conseil départemental.

LES CHIFFRES RÉVÉLATEURS d'un sentiment d'insécurité croissant

1244 déclarations d'incidents en France en 2022 (1000 en 2021). Pas de véritable insécurité mais « sentiment d'insécurité » dans le département 87.

Quelques chiffres sur les 24 derniers mois en Haute-Vienne (1/2 Limoges, 1/2 campagne)

Injures/menaces/bousculades	10 signalements
Coups et blessures	2 signalements
Agressions avec armes	1 avec arme à feu
	1 avec objet contondant
Vols/ordonnances/numéraire et même voiture	5 signalements
Falsifications ordonnances	2 signalements
Vandalisme	1 signalement

Dr Eric ROUCHAUD

Médecin généraliste,
Vice-Président du Conseil départemental,
Président de Sécurimed 87.

Répartition et typologie assez semblable entre 87 et national (voir infographie ci-contre).

A priori, seules 30% des agressions verbales sont signalées. 40% des agressions physiques amènent à une plainte. En fait, il est extrêmement important de signaler au CDOM tous les incidents (mineurs ou graves).

Ce n'est pas dans l'ADN de dénoncer, peur de représailles... à quoi bon !?

Un état des lieux est nécessaire pour informer et prendre des mesures de protection.

**NE RIEN DIRE, NE RIEN SIGNALER NE PEUT QUE
RENFORCER LA CÉCITÉ DES AUTORITÉS DE TUTELLE**

L'INSÉCURITÉ DES MÉDECINS EN 2021



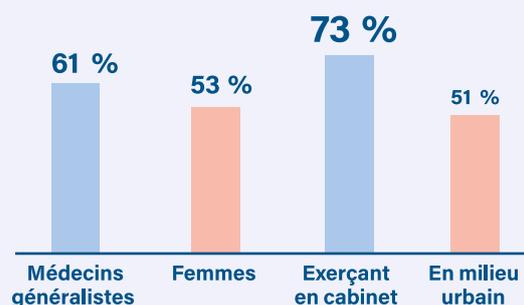
1 009 incidents

ont été recensés par l'Observatoire en 2021

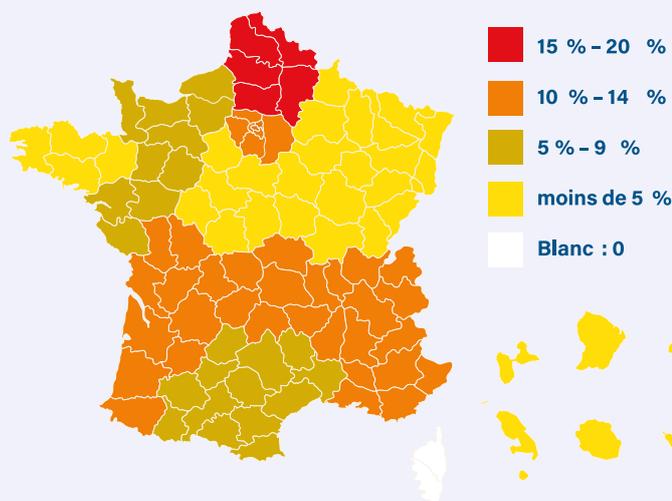
SOIT + 5% par rapport à l'année précédente



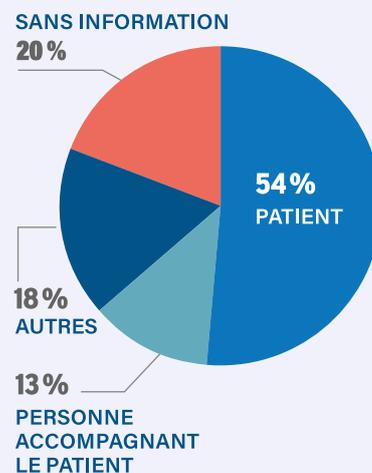
Profil type des victimes



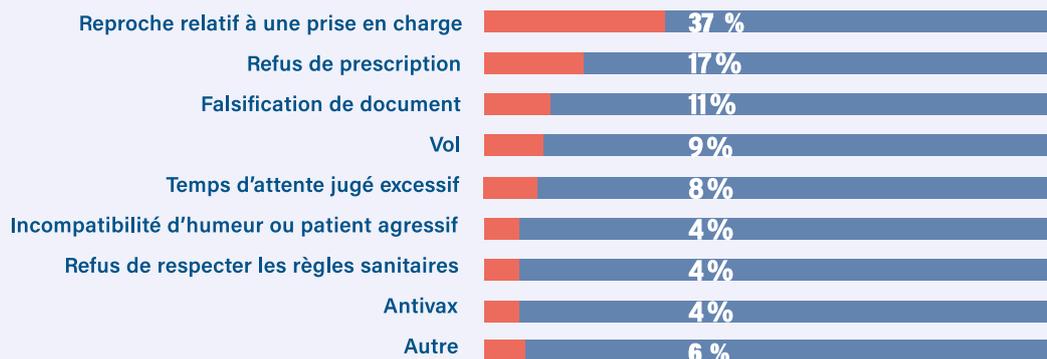
Répartition géographique des incidents



Les agresseurs



Les motifs d'incidents



Source : Bulletin de l'Ordre national des médecins - n°81 - sept-oct 2022

.../... (In)Sécurité des médecins (suite)

■ COMMENT SIGNALER ?

Dès que possible au CDOM un référent sécurité vous aidera dans vos démarches et vous accompagnera (Docteurs Valéry BILLY et Eric ROUCHAUD).

■ POURQUOI SIGNALER AU CDOM ?

● Le CDOM peut s'associer à une plainte en cas de violence, prendre des mesures de signalement en cas de vol d'ordonnances ou de falsification d'ordonnances auprès de l'ARS et de la CPAM pour vous couvrir,

● Aider psychologiquement la victime (entraide),

● Faciliter le dépôt d'une main courante ou d'une plainte (possibilité de domiciliation de la victime au CDOM si « peur de représailles »).

■ ET APRÈS ?

● Prise de mesures de protection des médecins dans leur activité,

● Pas de « bunkérisation » des cabinets mais conseils avec les forces de l'ordre pour organiser, configurer le cabinet, éventuelles caméras sur le parking (attention protection de la vie privée des patients dans les cabinets avec autorisations spéciales),

● Formation à la gestion de « l'agressivité et de la violence des patients » (Voir article du Dr Dominique Grouille *ci-contre*),

● Accompagnement possible par les forces de l'ordre à la demande du médecin ou du 15 (dans la PDSA), dans les situations « difficiles » (alcoolisation-visites dans un immeuble avec points de deal), heureusement exceptionnelles. A noter l'excellente disponibilité des forces de l'ordre (environ 40 accompagnements/an en zone police et idem en zone gendarmerie),

● Suivi de plainte « facilité » avec les services du Procureur de la République (signature d'un protocole justice/CDOM),

● Mise en place d'un BIP de sécurité : système de géolocalisation permettant de « rassurer » les médecins aussi bien en visite qu'au cabinet (+ de 60% des agressions ont lieu au cabinet).

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

Le Cnom a mis en place l'Observatoire pour la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.

Événement survenu le : L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.

Cachet et signature (à défaut n° RPPS) :

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Vous êtes :
 • une femme un homme
 • médecin étudiant ou interne
 Spécialité : _____

Cet incident a eu lieu...
 • Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet
 Ailleurs
 > Préciser : _____

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins
 Établissement public Établissement privé
 Dans un service d'urgence
 Ailleurs
 > Préciser : _____

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle
 > Préciser : _____

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte Déposé une main courante

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Non
 Oui
 > Indiquer le nombre de jours : _____

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui Non

L'incident a eu lieu...

En milieu rural
 En milieu urbain, en centre-ville
 En milieu urbain, en banlieue

DÉCLARATION D'INCIDENT
 remplie le ____ / ____ / 20____

Je désire rencontrer un conseiller départemental

Le Conseil départemental et le Cnom recueillent ces informations afin d'acquiescer une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Elles sont analysées statistiquement après anonymisation. Les données d'identification seront conservées par l'Ordre le temps des vérifications nécessaires et accessibles au seul personnel habilité. Vous disposez de droits sur les données vous concernant (accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition sous certaines conditions, droit de s'adresser à la Cnil, que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données du Cnom : dpo@cm.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.

Formulaire de déclaration d'incident téléchargeable sur le site du CDOM National
<https://eqrco.de/a/g8hSxG>



STAGES & FORMATIONS

Dr Dominique GROUILLE

Anesthésiste
CHU de Limoges



Dans les années 1990, les personnels de santé, notamment aux Urgences, étaient déjà confrontés à l'agressivité ou à la violence des patients (alcool, toxicomanie, psychiatrie, etc.) et/ou des familles, voire parfois à des intrusions de délinquants. Fort de ma longue pratique des Arts martiaux et de mon expérience d'anesthésiste-réanimateur intervenant souvent dans ce service, j'ai été sollicité pour créer une formation spécifique permettant de prévenir ou gérer ces situations difficiles. Mr François Smolis Professeur de Karaté et IDE à Esquirol m'a aidé dans la conception de la « Formation de prévention et gestion de la violence : personnel de santé et socioéducatif - Méthode Grouille-Smolis ».

Cette formation pionnière en France, lancée en 1995, et déclinée en plusieurs formats, n'a cessé d'évoluer et de se développer sur des sites de formation allant de Toulon à Boulogne-sur-Mer (voir infographie n°1 ci-dessous). La grande majorité de ces stages s'adresse à des professionnels exerçant en équipe dans un cadre sécurisé (Hôpital par exemple) et pouvant consacrer plusieurs jours à se former. C'est pourquoi une sensibilisation très spécifique et de seulement 90 minutes est proposée aux médecins généralistes libéraux (voir infographie n°2 ci-dessous). Les autres praticiens, hospitaliers par exemple, peuvent évidemment bénéficier des formations de base habituelles dispensées au CHU : 3 jours complétés par 1 jour de recyclage et retour d'expérience 6 à 12 mois plus tard.

1. LA MÉTHODE GROUILLE-SMOLIS C'EST...

12

FORMATEURS

55

SESSIONS
PAR AN

17

17 SITES DE
FORMATION

dont
11

SITES
HORS LIMOGES
EN 2022

2. UN PROGRAMME DE SENSIBILISATION SPÉCIFIQUE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



DURÉE
90 mn



Les différentes
formes de violence



La législation



Le rappel des causes
organiques d'agressivité
et d'agitation



Les conséquences
pour le médecin :
traumatisme physique
ou psychique, le stress, etc.



Les notions
de base
d'éthologie et
de communication



Le problème de la
distance physique



Les postures
naturelles de protection



Le désamorçage
de l'agressivité
par le dialogue



Les précautions à conseiller
au cabinet, en voiture,
dans la rue, à domicile, etc.

.../...

.../... (In)Sécurité des médecins *(suite)*

BIP SÉCURIMED

Ce dispositif, innovant est distribué « gratuitement » à tout médecin qui en fait la demande à SECURIMED 87 (association loi 1901 émanant du CDOM 87) créée et présidée par le Dr Eric Rouchaud.

- Tout médecin, en cas de risque imminent d'agression ou de "situation d'insécurité", peut envoyer un message d'alerte à l'insu de l'agresseur potentiel (sans avoir à sortir son téléphone), via un BIP (bouton poussoir) connecté en Bluetooth avec son portable.
- Un courriel avec nom du praticien, numéro de téléphone et coordonnées GPS est envoyé en même temps au CIC (*Centre d'Information et de Commandement*) Police ou Gendarmerie et au SAMU centre 15 opérationnel 24/24h au CHU.
- Les PARM du 15 appellent le mobile de la personne émettrice (c'est la levée de doute). Par définition, s'il y a un problème, il n'y a pas de réponse, le 15 contacte la police déjà prête à agir pour déclencher l'intervention.

A Limoges, en zone Police, 11 patrouilles sont susceptibles, d'intervenir dans les 10 mn pour venir en aide au professionnel en difficulté.

La particularité du système est de ne pas recourir à une plateforme privée et payante de télésurveillance, mais à la bienveillance « CHU/SAMU/Police/Gendarmerie (à ce jour unique en France).

SÉCURIMED 87 s'occupe du financement (tout don est d'ailleurs accepté via le CDOM)

L'objectif est de « rassurer », en particulier, en gardes de PDSA. Ce système a vocation à ne pas être utilisé.

Face à des situations intolérables de mise en danger des professionnels de santé, nous devons réagir. Injures, menaces physiques ou verbales (du médecin ou de son secrétariat) allant jusqu'à des menaces avec arme à feu, peuvent faire en sorte que certains quartiers deviennent des « déserts médicaux intra urbains » par sentiment d'insécurité.

**PROTÉGER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
C'EST PROTÉGER LA POPULATION !**



■ PRINCIPE D'UTILISATION DU BIP (BOUTON-POUSSOIR) SÉCURIMED



Solution simple passant par un BIP en liaison avec le téléphone portable du médecin. Ne nécessite pas d'abonnement mensuel.

1 L'appui sur le BIP transmet l'alerte sur le téléphone portable...



2 ... qui envoi un SMS vers des robots qui le transforment en message électronique (e-mail).



3 Ce message entrant contient :

- Le nom du médecin,
- Son numéro de téléphone,
- Ses coordonnées GPS.



Il est transmis :

- au SAMU.
- au CIC* police
- à la gendarmerie

4

SAMU

Le SAMU procède à la levée de doute sur une éventuelle mauvaise manipulation.



Si le doute persiste, le SAMU appelle le 17 ou la gendarmerie pour confirmer la nécessité d'une intervention par l'équipe la plus proche.

CIC* POLICE



GENDARMERIE



* CIC : Centre d'Information et Commandement.



ACCOMPAGNÉ·E : J'AI 10 FOIS PLUS DE CHANCE D'ARRÊTER !

Le tabagisme est le premier facteur de morbi-mortalité évitable en France, et de très loin. Selon l'OMS, dans les pays industrialisés, 17,9 % de la mortalité est directement liée au tabac et un fumeur sur deux en mourra.

Dr Philippe CASTERA,

Médecin généraliste, Consultant médical de la Coordination Régionale Addiction Nouvelle-Aquitaine (COREADD NA).

Dr Corinne VINCENT,

Médecin généraliste, addictologue, conseillère scientifique de la COREADD NA.

Dr André NGUYEN,

Pharmacien, coordonnateur général de la COREADD NA

Mme Audrey GONNEAU,

Chargée de projet régional L.A.S.T, COREADD NA.

Mr Benjamin BEAUFILS,

Chargé de projet L.A.S.T Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne, COREADD NA.

■ DES REPRÉSENTATIONS TENACES CÔTÉ FUMEURS ET CÔTÉ PROFESSIONNELS

De nombreuses études, aussi bien quantitatives que qualitatives, font état de représentations ancrées et pourtant fausses, aussi bien du côté des fumeurs que des professionnels :

- Les fumeurs pensent que fumer n'est pas une maladie et qu'arrêter est une question de volonté. Le jour où ils auront décidé, ils arrêteront... Et ce sera très dur ! Pourquoi demander de l'aide à un professionnel de santé puisque ce n'est pas une maladie ? Pourquoi prendre des médicaments car ils sont peu efficaces¹ ?

- Les professionnels, de leur côté, citent, comme principaux obstacles à l'accompagnement des fumeurs : l'absence de demande d'aide, le manque de temps et le manque de formation². De plus, ils ont une image péjorative des traitements, jugés comme peu efficaces ou dangereux.

Il paraît donc important de changer certaines représentations et d'organiser le système de soins pour mieux accompagner les fumeurs dans leur trouble de l'usage (DSM-5) au tabac.

■ DES OBJECTIFS À COURT, MOYEN ET LONG TERMES

Si la décision d'arrêter de fumer relève de la volonté, arrêter de fumer y échappe en grande partie. En effet, l'addiction se définit par le craving, une pulsion à consommer difficilement contrôlable alors qu'on ne le veut pas. Plus l'envie de fumer est présente, plus la reprise du tabac en est la conséquence rapide.

On peut ainsi redéfinir les objectifs de l'accompagnement des fumeurs :

- **L'objectif à court terme** est la suppression du "craving" grâce aux traitements menant à l'arrêt ou la réduction contrôlée du tabac, selon une décision partagée avec le patient.

- **L'objectif à moyen terme** est l'arrêt et la prévention de la « rechute ».

- **L'objectif à long terme** (toute la vie) est d'espacer les rechutes et de raccourcir leur durée.

Les professionnels de santé de premier recours sont les mieux placés pour réaliser tous ces objectifs du fait de leur proximité et du suivi dans la durée.

■ L'ABSENCE DE DEMANDE DU PATIENT

Pour la personne n'ayant pas de demande, la première action à réaliser est le conseil à l'arrêt ou, en cas de résistance, une réduction de consommation.

Ces conseils sont à proposer systématiquement chez tout fumeur lors de sa consultation de suivi ou lors de consultations spécifiques : demande d'un certificat pour une activité sportive, mise en place d'une contraception, consultations de prévention, pathologie ORL, pulmonaire, cardiaque... Toutefois, il faut bien avoir conscience que le patient n'est pas venu pour cela. Il ne s'est pas préparé à cette idée, sauf exception.

Il s'agit donc de prendre date, en lui montrant que nous sommes là pour l'aider et que l'on est attentif à sa santé. On lui proposera des informations sur les aides efficaces, afin qu'il puisse imaginer son traitement à l'arrêt idéal... pour quand il sera décidé.

■ LA RÉDUCTION PROGRESSIVE DU TABAC

Une approche novatrice est de proposer une réduction progressive, sans effort, sous traitement de substitution nicotinique. Lors du conseil à l'arrêt, cette expérience peut être proposée aux fumeurs avec un rendez-vous la semaine suivante pour faire le bilan de cette tentative. Il peut s'agir également d'une stratégie d'attente d'un rendez-vous en structure spécialisée. Un fumeur peu motivé expérimente ainsi une diminution du craving. Ses cigarettes perdent de leur intérêt, rendant la mobilisation de la volonté d'arrêt plus facile.

Il est important que la communauté soignante, ainsi que la communauté des fumeurs, abandonnent cette fausse idée qu'il est dangereux de fumer avec les patches.

.../...



.../... Tabac : Accompagné, j'ai dix fois plus de chance d'arrêter (suite)

■ L'INTENTION D'AGIR EST FLUCTUANTE

Un outil de médiation, qui aide à la décision partagée (Mon carnet des aides) a été ainsi développé par et pour les professionnels de soins premiers et les fumeurs (figure 1).

Tout fumeur, de temps en temps, et pour des raisons diverses, va voir son intention d'agir se renforcer : désir d'avoir un enfant, augmentation du coût du tabac, campagne de marketing social comme le Mois sans tabac, problème de santé, pression de l'entourage... toutefois, le temps et le moindre obstacle, vont faire fléchir très vite cette intention.

Il convient donc de rapprocher les solutions du problème, en proposant de l'aide en proximité territoriale, temporelle et humaine. Là encore, les professionnels de santé de premier recours sont les mieux placés pour réaliser tous ces objectifs.

■ DE NOMBREUX MÉDICAMENTS REMBOURSÉS

Aujourd'hui, les traitements, aussi bien la substitution nicotinique (patchs et formes orales) que la varénicline, sont remboursés à 65 % dans le droit commun et ont largement fait preuve de leur efficacité et de leur rapport bénéfice / risque largement favorable.

Le plus souvent, il est proposé une réduction progressive du nombre de cigarettes sans effort, avec un suivi toutes les semaines, jusqu'à stabilisation des envies de fumer.

■ PRÉVENIR LA RECONSOMMATION DE TABAC EN ÉVITANT LE SOUS DOSAGE

Un bon dosage est une posologie où la nicotine supprime les signes de manque (troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, ...) mais surtout le craving. L'envie ou la prise persistante de cigarettes sous traitement de substitution nicotinique traduit généralement un sous-dosage.

Si en théorie, on ajuste la posologie avec la formule : 1 mg pour 1 cigarette, en pratique, la titration peut varier de 1 à 3 mg en fonction des individus. Il est donc possible qu'une personne, consommant 1 paquet par jour, ait toujours des envies de cigarette avec un patch de 21 mg / 24 heures. Il est tout à fait possible d'ajouter des patchs supplémentaires jusqu'à la suppression du craving. Il vaut mieux couvrir ces pics de craving avec une posologie proche du surdosage, plutôt que sous doser le patient et le confronter à un risque de reconsommation.

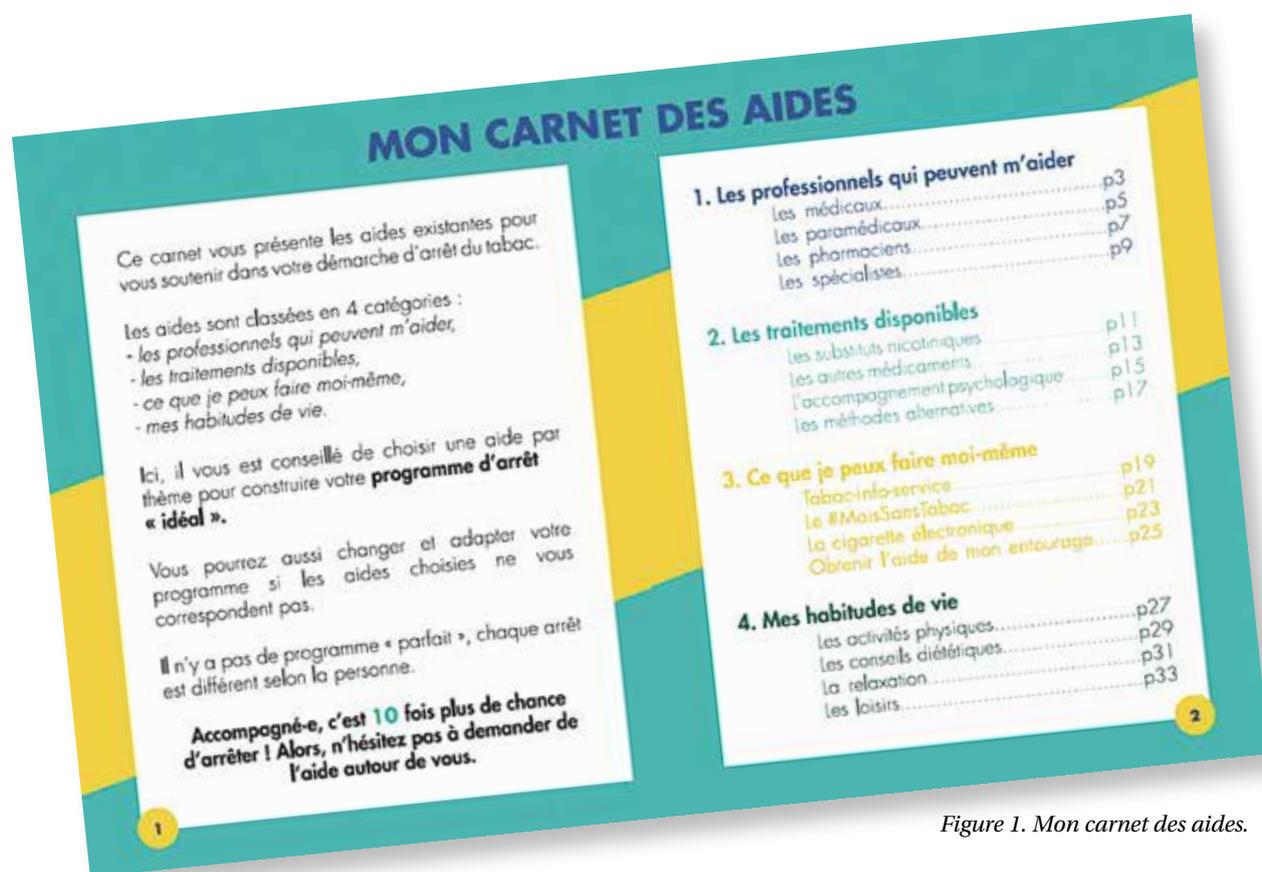


Figure 1. Mon carnet des aides.

■ DES CONSULTATIONS INTÉGRABLES DANS L'EXERCICE HABITUEL

Ces consultations, d'une durée de 10 à 15 min sont largement compatibles avec l'exercice habituel de la médecine générale. La personne note sur son agenda de mes envies (figure 2) les moments où elle a besoin de fumer, leur intensité et comment ils ont été maîtrisés... ou pas. L'objectif du suivi est d'optimiser la posologie des traitements pour diminuer les envies de fumer, tout en aidant la personne à imaginer des actions susceptibles de les contrôler (boire de l'eau, faire des exercices de respiration, prendre des gommes ou des comprimés à sucer de nicotine...). Les rencontres sont espacées progressivement, jusqu'à l'arrêt des traitements et souvent au-delà pour prévenir la rechute et accompagner une re-consommation.

1) BROUSSE P, BONNAY-HAMON A. Perceptions des fumeur-ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur-ses au stade d'intention et préparation. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2019. N°148a et 148b.

2) ALVAREZ P. Impact de la visite des jeunes installés libéraux (VIJIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2018. N°34 ; Crevoisier L. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. N°84 ; JACQUOT Q, LOIZEAU CI. Etude des freins et leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2021. N°32A et 32B.

■ L.A.S.T, UN OUTIL D'AIDE À LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE SOINS PREMIERS

Une nouvelle organisation des soins pour les fumeurs de tabac est ainsi en train de se mettre en place autour de ces outils. Il s'agit des Lieux d'Accompagnement à la Santé Sans Tabac (L.A.S.T), disposant d'au moins un professionnel formé et motivé pour accompagner ses propres patients vers l'arrêt du tabac. Les médecins, pharmacien(ne)s, infirmier(e)s, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, maïeuticien(n)es, psychologues, diététiciens etc. peuvent ainsi participer, sur un territoire de proximité, en lien avec une structure ressource pour les situations les plus complexes. Le fumeur pourra identifier, sur son parcours de santé habituel, les professionnels qui se proposent de l'aider, et ainsi, plus facilement s'engager dans une démarche d'arrêt.

Débuté en 2019, le projet L.A.S.T s'est progressivement étendu en Nouvelle-Aquitaine après une première étude pilote qui a confirmé la possibilité de son extension à plus grande échelle.



Figure 2. Agenda de mes envies.

L'évaluation du projet est menée par le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux et fera l'objet d'un rapport reprenant les 3 études réalisées (pilote, mise à l'échelle, pérennité).



Pour plus de détails sur le projet et devenir LAST voir le site www.last-na.fr
<https://eqrco.de/a/14jj1K>



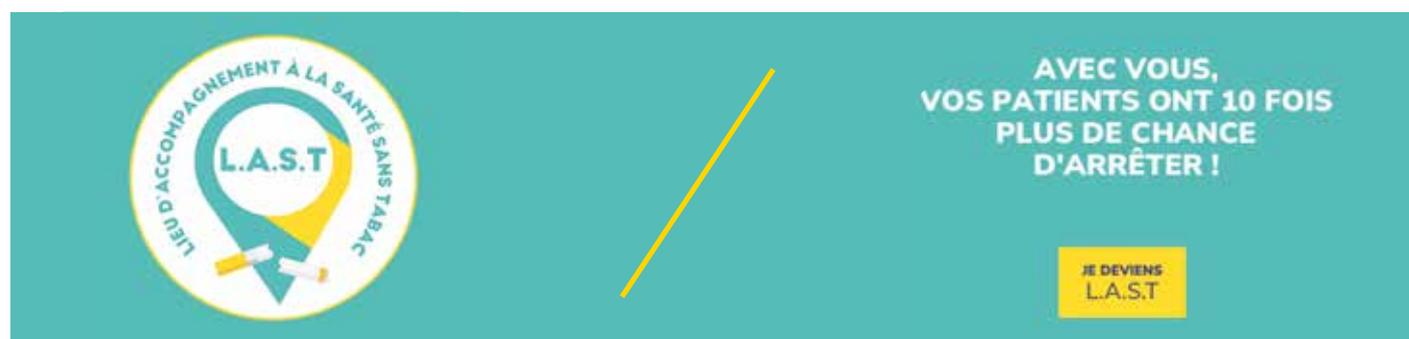
RENSEIGNEMENTS

Mr Benjamin Beaufils

Chargé de projets LAST Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne :
benjamin.beaufils@coreadd.com / 06 48 10 45 30

Mme Audrey Gonneau

Chargée du projet régional LAST :
audrey.gonneau@coreadd.com





VERS UN MONDE SANS ANTIBIOTIQUES ? L'ANTIBIORÉSISTANCE : BILAN, CAUSES ET ENJEUX

■ LES ANTIBIOTIQUES MENACÉS ?

Les antibiotiques font aujourd'hui partie des clés de voûte de la médecine moderne aussi bien en santé humaine qu'animale. Sans antibiotiques, impossible de prévenir et traiter les infections bactériennes ou de pratiquer en sécurité chirurgies, actes invasifs et autres traitements immunomodulateurs. Pourtant, ces molécules si précieuses sont aujourd'hui menacées du fait des résistances bactériennes.

L'acquisition de résistances est un phénomène naturel lié à la plasticité des génomes bactériens. Ce phénomène est néanmoins accéléré par nos activités anthropiques qui génèrent des résidus antibiotiques et exercent des pressions de sélection sur les communautés microbiennes, sélectionnant/

■ **Pr Marie-Cécile PLOY**

Mr Yohann LACOTTE

*Service de Bactériologie, virologie et hygiène,
CHU de Limoges*

propageant les bactéries résistantes. Ces pressions de sélections sont essentiellement le fruit de nos mauvaises pratiques de production d'antibiotiques, souvent dans des usines délocalisées peu soucieuses de leurs rejets environnementaux, et de notre usage excessif des antibiotiques, en santé humaine et animale, depuis plusieurs décennies.

La propagation des bactéries résistantes se fait aussi à la faveur de pratiques d'hygiène, de soins et d'assainissement non optimales en particulier dans des pays à faibles revenus où l'accès aux soins est difficile et où les infrastructures d'assainissement sont bien souvent rudimentaires.

La dissémination des clones bactériens résistants est telle que dans certains pays plus de 70% des isolats cliniques de certains pathogènes humains sont désormais résistants à des antibiotiques de dernière ligne.

C'est par exemple le cas dans la majorité des pays d'Asie, d'Amérique du Sud, ou même en Italie, où 70 à 80% des isolats de *Acinetobacter baumannii*, un pathogène responsable de nombreuses infections nosocomiales, sont résistants aux carbapénèmes, derniers remparts contre ces infections. Dans certains cas de multirésistance (où une bactérie est devenue résistante à plusieurs antibiotiques), les cliniciens sont parfois confrontés à des impasses thérapeutiques et sont dans l'incapacité d'administrer un traitement efficace à leur patient.

L'antibiorésistance est présente, aujourd'hui, dans pas moins de 670 000 infections et 33 000 décès par an, en Europe (Cassini *et al.*, 2019) et 1,3 millions de morts par an à l'échelle du globe (Murray *et al.*, 2022). Une étude prédictive de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE, 2018) estime qu'à l'horizon 2050, en Europe, Australie et aux États-Unis, 2,4 millions de personnes succomberont chaque année des suites d'une infection par une bactérie résistante. Un rapport publié en 2016 estime qu'en 2050 la résistance aux antimicrobiens (antibiotiques, antiviraux, antifongiques et antiparasitaires) sera la principale cause de mortalité à l'échelle du globe devant les cancers (O'Neill, 2016). Mais alors que faire pour lutter contre ce fléau qui remet en cause l'utilisation des antibiotiques si précieux ?

■ UN PROBLÈME MULTIFACTORIEL NÉCESSITANT UNE APPROCHE GLOBALE ET HOLISTIQUE.



L'antibiorésistance est un problème multifactoriel lié à nos pratiques et usages. Lutter efficacement contre l'antibiorésistance requiert donc une remise en question de nos pratiques et usages à différentes échelles :

- **Revoir notre production industrielle des antibiotiques** pour la rendre plus raisonnée en adoptant des standards et normes pour limiter les rejets environnementaux qui favorisent la sélection des résistances et en s'assurant de la robustesse des chaînes de production pour limiter les pénuries et ruptures d'approvisionnement empêchant les patients de recevoir la molécule la plus appropriée pour leur pathologie.
- **Diminuer notre consommation globale d'antibiotiques.** Pour les professionnels (en santé humaine et animale), il s'agit avant tout d'utiliser la bonne molécule pour la bonne indication à la bonne posologie et sur une durée adéquate. Ils devront aussi privilégier, dès que possible, des antibiotiques à spectre étroit, plus ciblés, ayant moins d'impact sur les microbiotes bactériens et moins sélecteurs de résistance. L'utilisation d'un antibiotique devrait toujours être sous-tendue par des recommandations d'usage (le plus souvent éditées par des sociétés savantes), par des données épidémiologiques locales, par un outil diagnostic voire une combinaison des trois. Un test diagnostique peut par exemple permettre de distinguer une infection virale d'une infection bactérienne et éviter une antibiothérapie inutile.

Le développement de tests de diagnostics rapides est également crucial pour établir le plus tôt possible l'antibiothérapie la mieux ciblée pour chaque patient et limiter le recours aux antibiotiques à spectre large. Coté patient et citoyen, il s'agira avant tout d'éviter l'automédication et de suivre les recommandations de son médecin. .../...

EUROPE, AUJOURD'HUI



670 000
INFECTIONS/AN



33 000
DÉCÈS/AN

Sources : Cassini *et al.*, 2019

MONDE, AUJOURD'HUI



1,3 MILLIONS
DÉCÈS/AN

EUROPE, AUSTRALIE ET ÉTATS-UNIS A L'HORIZON 2050



2,4 MILLIONS
DÉCÈS/AN

Sources : Murray *et al.*, 2022

Sources : OCDE, 2018

.../... Antibiorésistance : Vers un monde sans antibiotiques ? (suite)

- **Améliorer nos pratiques d'hygiène et de contrôle/prévention des infections** pour briser les chaînes de transmission et limiter la propagation des bactéries résistantes. Coté animal, ces mesures d'hygiène et de prévention doivent s'accompagner de bonnes pratiques d'élevage limitant la promiscuité et favorisant le bien-être animal. A l'échelle mondiale, il s'agit aussi d'aider les pays moins développés à mettre en place des infrastructures de soins, de gestion et traitement des eaux pour permettre au plus grand nombre l'accès aux soins et à une eau propre et potable.

- **Surveiller notre usage des antibiotiques et l'antibiorésistance.** Cette surveillance est à la fois indispensable pour (i) suivre l'émergence de pathogènes résistants et prendre des mesures de contrôle le cas échéant et (ii) pour informer/corriger les pratiques de bon usage et de contrôle des infections. Une surveillance exhaustive devrait pouvoir couvrir la santé humaine, la santé animale (à la fois animaux malades et animaux sains destinés à la consommation) ainsi que la santé de l'environnement (suivi des résidus antibiotiques/bactéries résistantes dans les eaux et sols)

- **Former et sensibiliser.** La formation est essentielle pour s'assurer que les professionnels en santé humaine et animale disposent des compétences et connaissances pour lutter efficacement contre l'antibiorésistance. La sensibilisation est nécessaire pour informer le grand public aux dangers de l'antibiorésistance et les sensibiliser aux bons gestes et bonnes pratiques.

- **S'appuyer davantage sur les sciences sociales et comportementales,** essentielles pour mieux appréhender les freins et facilitateurs qui bloquent/favorisent l'adoption des bonnes pratiques et bons gestes.

- **Augmenter nos efforts de recherche pour élucider les mécanismes d'acquisition et de dissémination des résistances,** ainsi que pour développer de nouveaux antibiotiques, des stratégies préventives/thérapeutiques alternatives

(phage, vaccins, ...) ou des outils diagnostiques. A l'heure actuelle, le nombre de nouveaux antibiotiques ou nouvelles stratégies en développement reste néanmoins faible et assez préoccupant du fait d'un marché peu attractif pour les industriels. Les antibiotiques sont en effet généralement vendus peu chers. De plus, un antibiotique innovant arrivant sur le marché aurait vocation à ne pas être utilisé, ou très peu, pour éviter l'apparition de résistance à ce nouvel antibiotique.

Sans perspective de rentabilité, peu d'entreprises se lancent encore dans le développement d'antibiotiques. A ce titre les sciences économiques ont aussi un rôle à jouer dans la lutte contre l'antibiorésistance

Sans perspective de rentabilité, peu d'entreprises se lancent encore dans le développement d'antibiotiques. A ce titre les sciences économiques ont aussi un rôle à jouer dans la lutte contre l'antibiorésistance, en proposant des mécanismes d'incitation économique permettant de rendre le marché de l'antibiothérapie plus attractif et ré-attirer les industriels. Comment ? En proposant, par exemple, des systèmes de rémunération fixes indépendants du nombre d'unités vendues, valorisant plutôt l'innovation et l'utilité publique.



■ UN PROBLÈME GLOBAL NÉCESSITANT UNE APPROCHE « ONE HEALTH » MONDIALISÉE.

L'antibiorésistance est sous-tendue par l'expression de gènes, naturellement présents chez certaines bactéries, qui peuvent être échangés d'une bactérie à l'autre à la faveur d'un événement dit de transfert horizontal. Ces transferts permettent à une bactérie résistante de donner son ou ses gène(s) de résistance à une bactérie sensible qui devient alors résistante. En plus de cette dynamique de dissémination des gènes de résistance, les bactéries sont, elles-mêmes, présentes dans de nombreux écosystèmes (humain, animal, environnements) et sont capables de voyager d'un écosystème à l'autre. Même si ce phénomène est peu fréquent, une bactérie résistante issue d'un animal malade peut, par exemple, contaminer un hôte humain, et vice-versa. Un hôte humain peut aussi se contaminer via son environnement proche. A l'inverse, hommes et animaux malades peuvent rejeter, via leur fèces, des bactéries résistantes dans l'environnement. Les voies de dissémination sont multiples. Cette double-dynamique favorise grandement la dissémination des clones résistants à l'échelle locale mais aussi globale dans un monde de plus en plus mondialisé.

Nous l'avons vu à la faveur de la crise de la Covid-19, les micro-organismes (bactéries, virus, parasites, champignons) voyagent facilement d'un pays à un autre.

Lutter efficacement contre l'antibiorésistance nécessite donc une approche « *Une seule santé* » dite One Health, qui tient compte des interactions entre la santé des hommes, des animaux et des écosystèmes environnementaux, mais aussi mondialisée.

Cette démarche n'est néanmoins pas si facile à mettre en place tant les besoins de chaque pays et chaque secteur (homme, animal, environnement) sont différents. Le succès de cette approche One Health mondialisée repose sans nul doute sur la communication et la coopération mutuelle.

A ce titre, de gros efforts de structuration et de coordination ont été opérés ces dernières années à différentes échelles. Au niveau mondial tout d'abord, avec le rapprochement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OMSA), de l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (UNEP) ; 4 agences internationales qui ont choisies de s'associer et de travailler de façon One Health et coordonnée sur l'antibiorésistance. En Europe, l'action conjointe Européenne de lutte contre l'antibiorésistance et les infections associées aux soins (EU-JAMRAI, <https://eu-jamrai.eu/>) a permis à 27 pays européens de travailler de façon coordonnée, de 2017 à 2021, à la mise en place de mesures de santé publique pour lutter contre l'antibiorésistance. Une seconde action conjointe sur la thématique débutera en 2024 pour poursuivre les efforts engagés dans la première action conjointe et adopter une démarche coordonnée à 30 pays cette fois-ci. Enfin en France, depuis 2021, le méta-réseau PROMISE (<https://amr-promise.fr/fr/>) vise à rassembler réseaux, équipes de recherches et professionnels des 3 santés pour les faire travailler ensemble et de façon coordonnée sur des enjeux communs de recherche, surveillance, formation ou sensibilisation lié à l'antibiorésistance.

- Cassini et al., 2019. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 19, Issue 1, 56 - 66.
- Murray et al., 2022. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, Volume 399, Issue 10325, 629 - 655.
- OCDE, 2018. *Stemming the Superbug Tide, Just A Few Dollars More*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>
- O'Neill, 2016. *Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations*. *Review on Antimicrobial Resistance*. https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf



EN CONCLUSION

L'antibiorésistance est une problématique multifactorielle, multisectorielle et mondialisée. Pour lui faire face, il nous faut, nous aussi, adopter une approche holistique, One Health et globale.

La lutte contre l'antibiorésistance est l'affaire de tous. Elle nécessite la collaboration d'acteurs multiples aux expertises et pratiques complémentaires. Coordonnées et mises en musique dans une partition synergique, ces contributions isolées mais complémentaires ont le pouvoir d'inverser la dynamique de propagation des résistances.

Et si la clé de notre succès résidait simplement dans la communication, la structuration et la coordination ? Reste à savoir si les efforts structurants engagés à l'échelle mondiale, européenne et nationale sauront s'inscrire dans la durée et insuffler une véritable dynamique de travail collaborative, One Health et multidisciplinaire aux professionnels, industriels et chercheurs impliqués dans la lutte contre l'antibiorésistance.

Dr François BERTIN
Conseiller départemental
Secrétaire général adjoint

Erratum et déontologie : aux racines des langues écrites.

L'occasion de (re)découvrir l'art médical, conçu avant même Platon et Aristote, utile pour celui qui est soigné, et non pour celui qui soigne.

« Parmi les arts, il en est certains qui sont pénibles pour leurs détenteurs mais très utiles pour leurs utilisateurs, et qui apportent aux profanes un bien commun mais ne causent aux praticiens que du chagrin. À une telle catégorie d'arts appartient précisément celui que les Grecs appellent médecine. En effet, le médecin voit des spectacles effrayants, touche des choses répugnantes, et à l'occasion des malheurs d'autrui récolte pour lui-même des chagrins. Les malades au contraire échappent, grâce à l'art, aux maux les plus grands, maladies, affliction, souffrances, mort ; car c'est à tout cela que s'oppose la médecine. »

*Hippocrate - Traité "Des Vents"
Vers 460 av. J.-C. - Vers 370 av. J.-C.*



Dans ce passage où la sincérité du ton s'allie à l'éclat du style, il est clair que l'auteur des Vents énonce, avant Platon et Aristote, la conception d'un art médical utile pour celui qui est soigné, et non pour celui qui soigne.

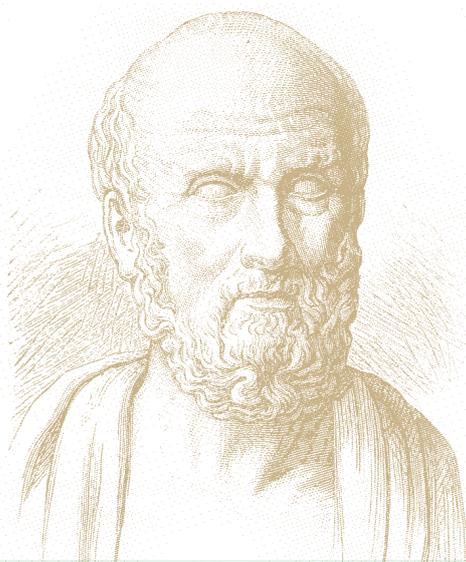
Ce petit texte, bien sûr de thématique déontologique, devait figurer de fait dans le précédent bulletin de l'ordre pour accompagner le dossier traitant des études médicales ! Je ne doute pas, madame la rédactrice en chef, que l'explication n'est autre qu'une prédisposition importante à ma procrastination chronique !

A ce sujet d'ailleurs, voulez-vous vous reporter comme je l'ai fait, toujours au lieu d'écrire, à la lecture des travaux d'un philosophe plus proche de nous et traitant d'un tout autre art : **"L'art de reporter au lendemain"** par John Perry.

Enfin pour revenir à notre déontologie du moment, je vous invite à vous rendre promptement en notre bonne librairie indépendante de Limoges «*Feuilles et Poils*», de grimper quatre à quatre, encore que trois par trois en sept enjambées pour les 21 marches, c'est plus simple, tourner en haut sur votre droite et rechercher l'ouvrage entier qui a servi à cette thématique, **"Hippocrate, serment, loi, testament"** aux éditions Les belles lettres pour tout connaître d'une philosophie encourageante de notre beau métier.

Et puis s'il vous reste encore un peu de temps pour vous





Retrouvez le questionnaire sur les articles en flashant le QRCode ci-dessous ou en vous rendant sur <https://tinyurl.com/y37nsnst>

promener dans d'autres allées à la recherche de quelques découvertes actuelles faites par des vétérinaires et colligées par Yolaine de La Bigne, Je vous recommande la lecture de cette « zoopharmacognosie » (pas facile mais qui peu rapporter gros au Scrabble) : *"L'animal médecin"*.

En complément du serment que prêtent volontiers les étudiants devant leurs pairs, il avait été ajouté dans les années 80 par le philosophe André Glucksmann, ami des French Doctors un petit nota bene qui disait ceci :

"je m'engage à donner des soins à ceux qui dans le monde souffrent de corps et d'esprit, je refuse que la science ou le savoir médical couvre l'oppression ou la torture, que l'on cache l'horreur... je m'engage à témoigner."

Ce petit nota bene, je m'étais permis de l'inscrire au bas du serment lors de ma thèse, les imprégnants peuvent continuer à le faire sans crainte vis-à-vis du jury, ça ne fait pas tout bien sûr mais toujours un peu comme dit le petit colibri...

Bonne lecture et bonne écriture de vos travaux futurs !

L'ANIMAL MÉDECIN



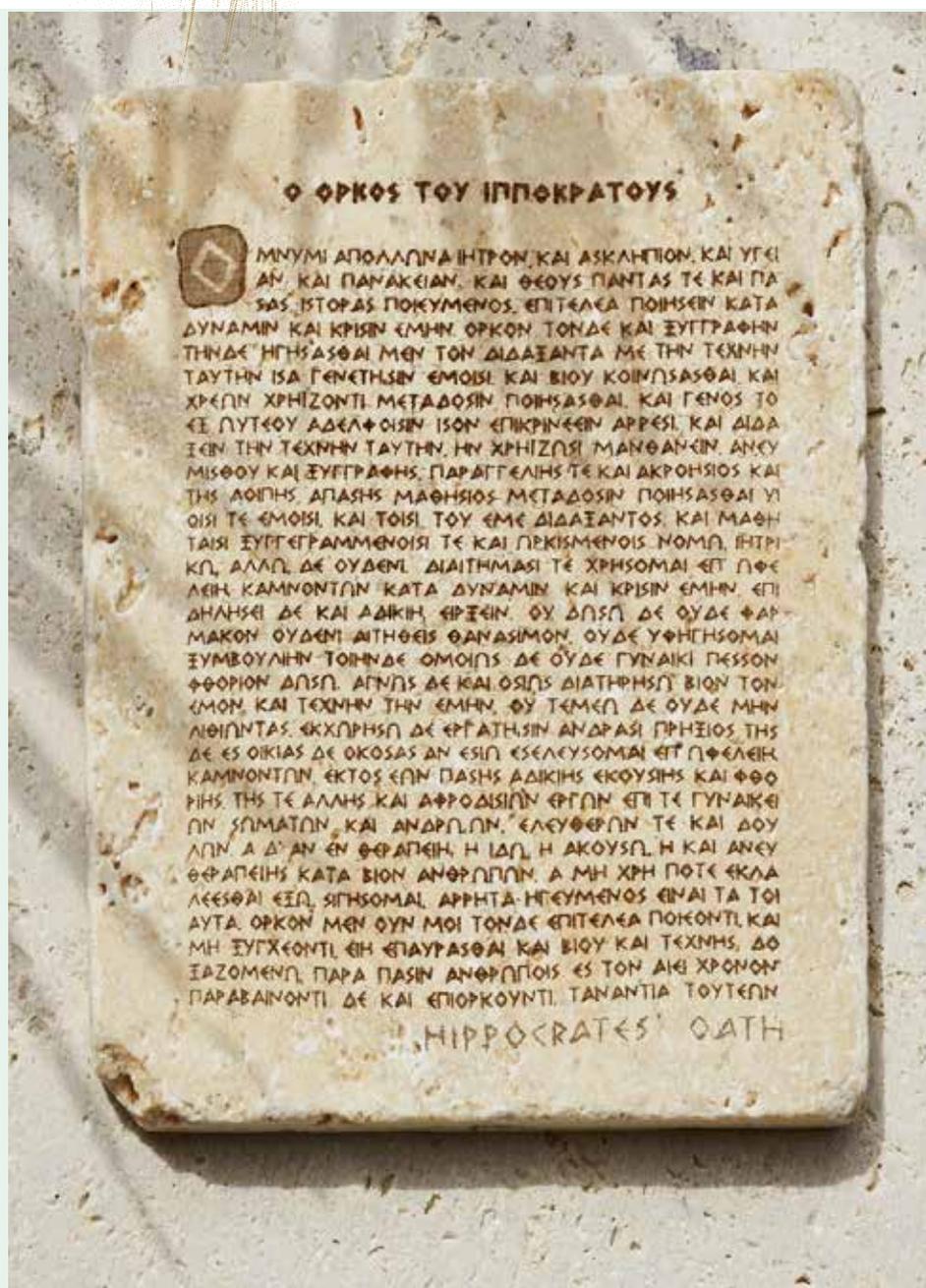
10 spécialistes racontent les secrets du soin chez les animaux

3 ouvrages à découvrir :

La Procrastination
de John Perry,

Hippocrate,
Serment, loi, testament,
Les belles lettres

L'animal médecin,
Yolaine de la Bigne



.../...

**■ MÊME S'IL N'A PAS DE VALEUR JURIDIQUE,
LE SERMENT D'HIPPOCRATE EST CONSIDÉRÉ COMME L'UN
DES TEXTES FONDATEURS DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE.**

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Conseil National de l'Ordre des médecins
(05/01/2012)

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »



Dr Eric DENES
Conseiller départemental

Quiz

QUIZ 1

Un homme de 42 ans consulte pour douleur au niveau de son rachis lombaire. On retrouve un antécédent récent de sciatique gauche tronquée. La douleur du rachis le réveille tous les matins vers 5h00. Il n'y a pas de notion de fièvre. Il n'existe pas d'éruption cutanée. L'examen cardiaque, pulmonaire, abdominal est sans particularité. Il n'y a pas de ganglions périphériques.

A l'examen des pieds vous découvrez cet aspect (cf. photo)

Quel diagnostic faites-vous ?



Crédit photo : Pr Pascale Verigne-Salle

QUIZ 2

Une maman vous amène sa fille en consultation car elle se demande si elle n'a pas une pathologie dermatologique qui perturberait la croissance des cheveux de sa fille au niveau de la nuque (cf. photo).

Quel est votre diagnostic ?



Crédit photo : Pr Anne Lienhardt-Roussie

Retrouvez les réponses en flashant le QRCode ci-dessous ou en vous rendant sur <https://tinyurl.com/y37nsstn>



Merci d'avoir joué avec nous !

AGENDA

SAISIES DE DOSSIERS

■ **24 saisies de dossiers** faites par les Conseillers et le Bureau, qui ont eu lieu au CH DUPUYTREN, au CH ESQUIROL, à la Clinique des ÉMAILLEURS, à la Clinique CHÉNIEUX, au CH de Saint-Junien, au CH de Saint-Yrieix-la-Perche, à la Maison d'arrêt, aux archives militaires, ainsi que dans différents cabinets médicaux.

RENDEZ-VOUS DU PRÉSIDENT

- **3 décembre 2022** : Assemblée Générale du CROM NA à Bruges en Visioconférence.
- **15 mars 2023** : Réunion en Visioconférence entre le Président du CNOM et les Présidents des CDOM et des CROM.
- **1 avril 2023** : Assemblée générale des Présidents, Secrétaires Généraux et Trésoriers des Conseils Départementaux et Régionaux.
- **3 juin 2023** : Assemblée plénière du CROM NA.

Le Président et les membres du Bureau se sont relayés pour participer aux réunions hebdomadaires à l'ARS, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Préfecture dans le cadre du COVID 19 et des tensions estivales aux Urgences.

AUTRES RÉUNIONS

- **25 novembre 2022** : Réunion sur les tensions pédiatriques en visioconférence en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.
- **8 décembre 2022** : Jury Régional du Diplôme d'État d'Infirmier en présence du Docteur Thierry BOELY, Vice-Président.
- **13 décembre 2022** : Réunion CPTS/URPS au CDOM en présence du Docteur Pierre BOURRAS, Président, du Docteur Clément BOURGAIN, du Docteur Mickael FRUGIER, du Docteur Étienne LASSALLE, du Docteur Carine MOLLAS GORYL, du Docteur Loïc PICOU, du Docteur Laure ZIRNEHL, de Madame Marion BOISSOU, Coordinatrice CPTS, de Monsieur Johan JACOMANI et de Monsieur Philippe PARANQUE.
- **4 janvier 2022** : Réunion du Comité Territorial sur le dépistage des cancers, en présence du Docteur Stéphane BOUVIER, Conseiller Ordinal.
- **16 décembre 2022** : Réunion PDSA au CDOM en présence du Docteur Pierre BOURRAS, Président, Éric ROUCHAUD, Vice-Président, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Martine PREVOST, Conseillère Ordinale et Présidente de l'Association Urgences Médecins et de Madame Sophie GIRARD, Directrice de l'ARS.
- **17 janvier 2023** : Réunion sur les CPTS à l'ARS en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.
- **18 janvier 2023** : Réunion annuelle de formation et de concertation des commissions départementales Violence Vigilance Sécurité au CNOM en présence du Docteur Véronique BAZANAN, Trésorière.
- **19 et 20 janvier 2023** : Formation RGPD à Bruges en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Vice-Président, de Madame Frédérique BOUDRIE et de Madame Christelle ROULIÈRE, Secrétaires.
- **24 janvier 2023** : Réunion en visioconférence concernant les Docteurs Juniors, en présence du Docteur François BERTIN, Secrétaire Général Adjoint et de Madame Christelle ROULIÈRE, Secrétaire.
- **8 février 2023** : Réunion à la CPAM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY et Éric ROUCHAUD, Vice-Présidents.
- **8 février 2023** : Réunion sur les CPTS Limoges à l'ARS en présence des membres du Bureau.

■ **9 février 2023** : Réunion du CNVIF (Comité National Violence intra Familiales) à PARIS au Ministère de la Santé en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **16 février 2023** : Réunion Inter ordres au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Éric ROUCHAUD, Vice-Président, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, du Docteur Mickael FRUGIER, URPS, de Madame Marion VAN WONTERGHEM, Directrice de la CPAM de LIMOGES, du Docteur Hélène MAILLET, Médecin Conseil chef du Service médical de Limoges, de Madame Sandrine PELLEGRINI, Responsable Gestion du Risque / Relations avec les Professionnels de Santé de la CPAM, du Docteur Dominique PASCAL MOREAU, Président des chirurgiens-dentistes, de Monsieur Thierry CHATENET, Président de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, de Madame Marion DULINSKIE, Présidente de l'Ordre des Sages Femmes, de Madame Fabienne PERIGAUD, Présidente des infirmiers, du Docteur Serge NOUHAUD, du Docteur Isabelle NÉGRIER et de Madame Marion NOËL.

■ **8 mars 2023** : Réunion du Comité de liaison entre les médecins traitants et les médecins correspondants au CDOM en présence des Docteurs François BERTIN, Secrétaire Général Adjoint, Éric ROUCHAUD, Vice-Président, Dominique MOREAU et Jean-Marie ROUSSIE, Conseillers Ordinaux, du Docteur Dominique GROUILLE, Chargé des Relations Comité de liaison entre les médecins traitants et les médecins correspondants, de Monsieur Jean-Christophe ROUSSEAU, DG Adjoint du CHU, du Docteur Mohamed TOUATI, Responsable de l'HAD, du Docteur Aude MASSOULARD et de Madame Sylvie THOMASSET, Cadre de santé.

■ **15 mars 2023** : Réunion sur la PDSA en Visioconférence en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **16 mars 2023** : Forum Santé Territoires en présence du Docteur Marie DUCLOS, Conseillère Ordinale.

■ **23 mars 2023** : Réunion Commission PDSA Régionale en visioconférence en présence des Docteurs Véronique BAZANAN, Trésorière, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Agnès TOURNET, Conseillère Ordinale.

■ **23 mars 2023** : Réunion à la faculté de médecine sur l'hésitation vaccinale en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **27 mars 2023** : Réunion Copil à l'ARS concernant la campagne de vaccination contre les cancers liés au papillomavirus humain (HPV) en présence du Docteur Véronique BAZANAN, Trésorière.

■ **1^{er} avril 2023** : Réunion sur la PDSA à l'ARS en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **11 avril 2023** : Réunion à l'ARS sur la LOI RIST, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Thierry BOELY, Vice-Président.

■ **12 avril 2023** : Réunion à l'ARS concernant la PDSA en présence des membres du Bureau.

■ **13 avril 2023** : Réunion avec les Députés au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Éric ROUCHAUD, Vice-Président, Véronique BAZANAN, Trésorière, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, de Monsieur Philippe BARRY, Maire de SAINT-PRIEST-SOUS-AIXE et Président des Maires ruraux de la HAUTE-VIENNE, de Madame Céline PUHARRE, Directrice de l'Association des Maires, de Monsieur Stéphane DELAUTRETTE, Député 87 en Visio, de Madame Céline JALLAIS, Attachée parlementaire en visio, de Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur en médecine générale et du Docteur Mickael FRUGIER, URPS.

■ **17 avril 2023** : Réunion en Visioconférence sur le RGPD en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Vice-Président et de Madame Frédérique BOUDRIE, Secrétaire.

■ **19 avril 2023** : Réunion du Sous-Comité médical à la Préfecture en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **24 avril 2023** : Réunion à l'ARS sur le CTS 87 en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **4 mai 2023** : Réunion sur la PDSA Régionale en visioconférence en présence des membres du Bureau.

■ **15 mai 2023** : Réunion concernant la composition et le projet de règlement intérieur du CODAMUPS-Transports sanitaires en Présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **17 mai 2023** : Rencontre au CDOM avec Madame Véronique TOULOUSE, nouvelle Directrice de la CPAM en présence des membres du Bureau.

■ **30 mai 2023** : Comité de Pilotage Projet territorial de santé mentale en présence du Docteur Thierry BOELY, Vice-Président.

■ **1^{er} juin 2023** : Réunion COPIL SAS à l'ARS en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **1^{er} juin 2023** : Rencontre avec les Députés au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Éric ROUCHAUD, Vice-Présidents, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, de Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur en médecine générale, du Docteur Mickael FRUGIER, URPS, de Madame Sophie GIRARD, Directrice de l'ARS, du Docteur Florent HURÉ, Médecin ARS, de Monsieur Philippe BARRY, Maire de SAINT-PRIEST-SOUS-AIXE et Président des Maires ruraux de la HAUTE-VIENNE, de Madame Céline PUHARRE, Directrice de l'Association des Maires, de Madame Gulsen YULDIRIM, Vice-Présidente du Conseil Départemental de la HAUTE-VIENNE, de Monsieur Stéphane DELAUTRETTE, Député 87, de Monsieur Martin FAURE, interne en SP

■ **5 juin 2023** : Tour de France des Élus au Palais-sur-Vienne en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **8 juin 2023** : Réunion à la Faculté de médecine sur les CPTS en présence du Docteur Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **14 juin 2023** : Formation référent Sécurité en Visioconférence en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **19 juin 2023** : Réunion à l'ARS sur le CTS 87 en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **20 juin 2023** : Réunion en Visioconférence sur les missions du SAS NA en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **26 juin 2023** : Réunion du CTS à l'ARS en présence du Docteur Éric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **27 juin 2023** : Réunion à l'ARS sur l'offre de soins à Limoges Beaubreuil en présence du Docteur Pierre BOURRAS, Président.

■ **29 juin 2023** : Comité de Pilotage de l'ODPE au Conseil départemental en présence du Docteur Marie DUCLOS, Conseillère.

