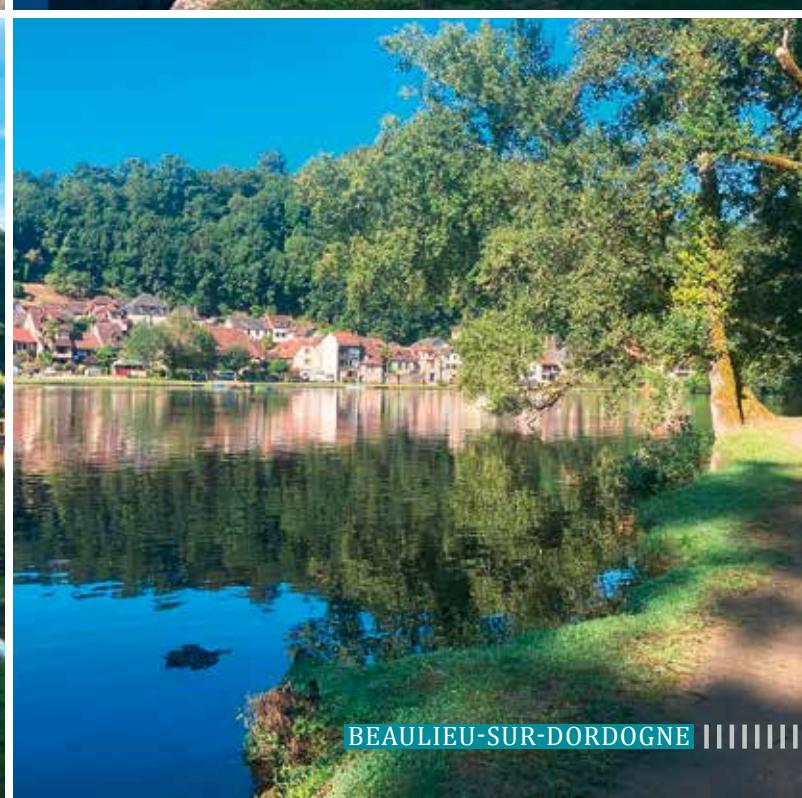


CDOM 19

EDITION FÉVRIER 2025 - N°7



BULLETIN DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CORRÈZE DE L'ORDRE DES MÉDECINS



SOMMAIRE

- 3** Le mot du président
- 5** Le mot de la secrétaire générale
- 6** Médecins sur les chemins
- 8** L'AVC
- 12** Fin de vie
- 18** Une vie agitée !
- 19** Avenir de la médecine
- 20** la financiarisation de la médecine
- 21** Les médecins et la guillotine
- 22** Décoder le code
- 24** La direction commune des hopitaux de Corrèze
- 26** Responsabilité médicale
- 28** MEDICOM



LE MOT DU PRÉSIDENT

En 2024, plusieurs évènements significatifs se sont succédés aux niveaux national et local. Le monde a bien entendu continué de bouger, notamment celui de la santé et on aurait aimé que ce fut toujours dans le bon sens. Malheureusement tout n'est pas si simple et des difficultés persistent tant en médecine ambulatoire qu'en médecine hospitalière publique ou privée. Les délais de rendez-vous sont encore longs, les services d'urgence souvent débordés et les capacités d'accueil en hospitalisation insuffisantes. Les tensions hospitalières et le malaise au sein des établissements hospitaliers publics se chronicisent et cette année a été marquée par un mouvement de grève des établissements hospitaliers privés. Étonnamment, alors que la santé est une des priorités des français, ce thème a été totalement absent de la campagne électorale qui a fait suite à la dissolution de l'assemblée nationale. Peut-être fallait-il éviter un sujet fâcheux vécu au quotidien : la difficulté d'accès aux soins.

Des mesures ont encore été prises pour pallier aux carences. L'accueil et l'intégration de médecins étrangers sont facilités en milieu hospitalier en rapport avec une volonté affichée des pouvoirs publics. Assistants(es) médicaux(ales) et infirmiers(ères) de pratique avancée suppléent et soutiennent les médecins dans les secteurs sous médicalisés et les expériences dans ce domaine sont intéressantes et riches d'enseignement comme j'ai pu le constater lors du dernier forum universitaire à Limoges. Et puis qu'est-ce que j'apprends ? Une nouvelle quelque peu inattendue. Les infirmières et les infirmiers vont pouvoir nous enterrer !! Je plaisante bien sûr mais effectivement, à titre expérimental sur tout le territoire national, ces professionnels vont pouvoir sous conditions établir des certificats de décès. Il devra s'agir de personnes majeures décédées à domicile, en EHPAD ou en HAD et d'une mort non violente ou suspecte. Les IDE exerçant depuis plus de trois ans et les IPA pourront être volontaires et agir à la place du médecin moyennant une brève formation. Et nous qui pensions que la mort était un diagnostic ! Espérons qu'il n'y aura pas trop d'incidents. Mais c'est encore là la preuve, s'il en était besoin, du grignotage progressif des prérogatives du médecin et de la poursuite du développement des délégations de tâches par voie de décret sous prétexte de démographie médicale en berne et sans grande réaction du conseil national de l'ordre. Qui vivra verra !

Une direction commune hospitalière a été créée pour diriger les quatre établissements hospitaliers publics du département : Bort les Orgues, Brive, Tulle et Ussel. Mutualisation, coopération et coordination des moyens sont à l'ordre du jour pour améliorer l'offre publique de soins et renforcer l'attractivité du territoire pour les patients et les médecins. L'avenir permettra de juger de l'efficacité et de l'utilité de cette initiative.

Une annonce locale qui a fait couler beaucoup d'encre et de salive fut la fermeture administrative du centre de soins Asclépiade à Brive après concertation de l'ARS, de l'assurance maladie et du conseil de l'ordre. Une démonstration supplémentaire, avec des conséquences très ennuyeuses pour les patients, que vigilance et circonspection sont de mise en ces temps de pénurie et qu'il ne faut pas succomber à la tentation du laxisme même si elle est difficile à vaincre. L'offre de soins, oui, mais de qualité et dans des conditions acceptables !

La nouvelle convention médicale a enfin été signée en juin. Elle prévoit quinze programmes ou engagements pour améliorer la pertinence et la qualité des soins et faire des économies. Les axes principaux sont la lutte contre l'antibiorésistance et la polymédication, la prescription sécurisée des antalgiques de palier 2, le développement des biosimilaires, les indications thérapeutiques remboursées, l'utilisation de l'ordonnance binaire, l'apnée du sommeil, les prescriptions de soins infirmiers, de transports, d'imagerie et de biologie et le dépistage précoce des maladies cardiovasculaires et des cancers. Vaste et ambitieux programme ! Encore beaucoup de contraintes pour la profession, mais si c'est pour la bonne cause !

J'affirmerais même que, mieux que le dépistage précoce qui est une nécessité, la prévention trop négligée doit absolument être développée car c'est un levier important qui permettra d'améliorer l'état sanitaire de la population. Les habitudes de vie, l'alimentation, et de nombreux facteurs environnementaux ont un rôle majeur dans l'apparition des pathologies. Conséquemment de nombreux chantiers devront s'ouvrir mais des pionniers sont à l'œuvre comme l'association « Alerte des Médecins sur Les Pesticides (AMLP) » créée par des médecins et qui s'interroge et informe des conséquences des intrants agricoles sur la santé

humaine. Depuis octobre 2023, le premier dispositif français de consultations « pesticides et pathologies pédiatriques » s'est ouvert au CHU d'Amiens. Enfin, comme l'évoquait récemment le conseil national, il sera pertinent que les prescripteurs que nous sommes entament collectivement une réflexion sur l'incidence environnementale des médicaments et sur une gestion pérenne du matériel médical.

D'ailleurs en médecine, aucune décision, aucun geste ne sont anodins et il est bon de le rappeler devant la constatation d'une certaine dégradation de la relation patient-médecin qui se traduit par une augmentation des plaintes et des doléances des patients et des familles, par une recrudescence des agressions contre des médecins et phénomène plus récent, par l'émergence et la multiplication des violences sexuelles avérées ou alléguées déclarées par des patientes ou des patients à l'encontre de médecins. A cet égard, il est souhaitable d'avoir toujours à l'esprit qu'il est de notre intérêt de montrer en toute circonstance un comportement irréprochable. Il est utile en particulier de rechercher le consentement éclairé du patient de manière systématique sauf urgence ou incapacité pour le patient ou la famille de donner son avis, en expliquant ce que l'on veut faire avec les avantages attendus et les inconvénients possibles, en s'assurant d'avoir été compris et en recueillant l'accord du patient ou son refus. En cas de refus, il est nécessaire de lui indiquer les conséquences néfastes de celui-ci et les alternatives possibles. Bien entendu, tous ces éléments doivent être consignés dans le dossier médical pour en assurer la traçabilité qui a valeur de preuve. Cette attitude est particulièrement conseillée avant la pratique de gestes intrusifs ou qui ont un caractère intime. Le conseil national de l'Ordre a d'ailleurs émis des recommandations conformes à ce qui vient d'être énoncé en ce qui concerne la pratique des touchers pelviens. Avant de réaliser un toucher vaginal ou un toucher rectal, le consentement éclairé du patient doit être recherché. Le refus de l'acte doit être respecté et ses conséquences expliquées.

Notre rôle est aussi d'accompagner les patients en fin de vie car c'est notre devoir après, très souvent, de longues années de partage, de prise en charge, de confidences et de soutien. Certains d'entre vous étaient très inquiets de la nouvelle loi en gestation et des modifications et évolutions qu'elle contenait. Elle prévoyait un renforcement des soins palliatifs tout à fait primordial et la définition d'une aide à mourir qui faisait controverse. Au décours de la dissolution de l'assemblée, elle a momentanément totalement disparu des médias et du débat public.

Depuis quelques années, des patients ou anciens patients sont désireux de s'engager auprès de malades atteints de pathologie qu'ils connaissent parce qu'ils en souffrent ou en ont souffert, mais aussi souhaitent participer à leur éducation thérapeutique et à la formation de nouveaux soignants. Pourquoi pas à condition que cela soit convenablement encadré. On les appelle des patients partenaires, terme préférable à celui d'usagers de la médecine trop régulièrement utilisé par les autorités sanitaires et même par le conseil national et qui a l'inconvénient de réduire le patient à un statut de consommateur de médecine. Qu'en est-il alors de la médecine dégradée au rang de bien de consommation et du médecin rétrogradé prestataire de service ? Les mots ont leur importance, traduisent un état d'esprit et peuvent influencer la nature de la relation singulière entre patient et médecin.

Je le redis encore cette année, nous récolterons ce que nous avons semé. Nous devons être attentifs et à l'écoute de nos patients, bien sûr leur administrer les meilleurs soins, et leur manifester notre empathie. C'est ainsi qu'ils continueront à nous accorder leur confiance, leur respect et leur considération.

Le Président,
Docteur Jean-Marie CHAUMEIL

Il faut vivre avec son temps



En ce début 2025, dans le cadre de la modernisation de notre système de santé, de nouvelles consignes voient le jour avec la généralisation de l'Appli Carte Vitale disponible dans les smartphones de nos patients.

Le Médecin Corrézien, bon citoyen prévoyant, décide de se rapprocher de son éditeur de logiciel de facturation pour activer cette fonctionnalité et se procurer l'équipement permettant de lire l'Appli Carte Vitale sur smartphone.

Ce geste écoresponsable obligatoire, chacun allait devoir l'accomplir dans son cabinet sous peine de sanction si non-respect des consignes.

Par ailleurs, force est de constater que pour accéder à ce nouveau service, il faut un certain temps et un temps certain si on conserve deux systèmes de télétransmission, les « anciens » n'ayant ni de smartphone, ni compte Ameli initialisé.

- Sécurisation systématique de vos télétransmissions.
- Diminution du nombre de vos rejets de facture.
- Sécurisation de l'Identification Nationale de Santé de l'Assuré.

On ne voit que des avantages pour l'administration mais pour nous Médecins ?

« On dématérialise tout, c'est plus simple, c'est dans l'air du temps ! » explique le délégué de la CPAM.

Le Médecin Corrézien devient soucieux. Il ne pensait pas qu'un jour la dématérialisation de la santé serait synonyme de progrès !

« C'est dans l'air du temps ? Mais être dans le vent, vous ne croyez pas que c'est avoir des ambitions de feuilles mortes ? »

Le délégué CPAM ne semble pas comprendre cette comparaison. Tandis que le jeune médecin se demande à lui-même si à la fin de ses journées de consultations, il aurait moins de charges administratives à gérer.

Le Médecin Corrézien garde sa bonne volonté et accepte cette « modernisation », plus commode pour ses jeunes patients. Il sait qu'il ne peut rien contre le vent et les lois, mais il reste lucide et espère seulement pouvoir continuer à soigner, comme il le fait, sans que l'on vienne un jour dématérialiser son métier.

La Secrétaire générale,
Docteur Marie ARRESTIER

MÉDECINS SUR LES CHEMINS

Nous étions, de notre côté, dans un groupe plus restreint et bien préparé.

Le médecin que je suis est devenu marcheur, attentif à la nature, à la beauté des paysages, à la traque des morilles sur les bords des chemins, en vain ! Il a trouvé son rythme, sa cadence, l'esprit s'apaise, les pensées se positivent.

Nous avons quitté le Velay, franchi l'Allier sur le pont Eiffel à Monistrol. Une longue ascension nous attend pour atteindre la Margeride, ses blocs de granit, ses forêts de pin sylvestre. Au début de la montée, une surprise, une chapelle troglodyte, la chapelle Sainte Madeleine, taillée dans la roche basaltique, impose une halte. Elle domine les gorges de l'Allier, paysage somptueux.

Nous cheminons à présent sur un plateau en direction de Saugues où nous sommes attendus par Régis et Florence, nos hébergeurs. Accueil chaleureux, pose des chaussures, massage des pieds proposé dans une « roulotte détente », repas convivial et festif avec partage des impressions, de nos randonnées antérieures ou futures. Nous partons à la découverte de Saugues, capitale du Gévaudan, ville chère à l'écrivain Robert Sabatier. La Tour des Anglais, dernière fortification du 12^{ème} siècle résista aux dures batailles de la guerre de cent ans et à l'incendie de 1788 qui détruisit une grande partie de la cité ; sont remarquables l'église St Médard, la chapelle des pénitents, œuvre de la confrérie des pénitents blancs, il en reste une quarantaine actuellement.

Pierre, je te laisse poursuivre notre cheminement.

La variété des contrées traversées, vallées plateaux, évite toute monotonie au voyageur. A chaque croisement de grandes voies, des croix, chapelles, ermitages ou calvaires évoquent les grandes heures de la chrétienté. L'HOSPITALITÉ se manifeste discrètement par de petites attentions, marques de confiance et jovialité des autochtones, mais aussi des animaux domestiques habitués à nos hordes bariolées.

Parmi les villages traversés, Le Sauvage offre un accueil spontané, église ouverte, commerçants avenants. La quête de l'eau symbolise bien cette simplicité, de pureté, de priorité pour survivre. Outre les vertus curatives ou miraculeuses en ces zones volcaniques, St Roch y aurait guéri de la peste, fontaines et sources nous abreuvent.

Mais, conseil de pèlerin, chaque cimetière offre le plus simple et gratuit accès à l'eau potable ! Et le pèlerin retrouve vigueur et envie de vivre.

SAINT ALBAN SUR LIMAGNOLE en LOZERE est un haut lieu de la PSYCHIATRIE INSTITUTIONNELLE.

Classé « bâtiment historique », l'Hôpital fut le cadre de travail de François Tosquelles. L'architecture des lieux de soin, chapelle, et cimetière des « fous » témoignent de l'accueil fait aussi bien aux malades mentaux, qu'aux réfugiés politiques, aux résistants, juifs traqués... ainsi Paul Eluard et son épouse.

De 1940 à 1962 ce fut un haut lieu de créativité pour des patients artistes, arthérapie, Jean Dubuffet y développe le mot d'ordre « Faire tomber les murs de l'asile ». Architecte et grand résistant Jean Lyonnet construisit la nouvelle chapelle et le bâtiment de la Communauté des sœurs de St Régis. Le sculpteur Roger Marion en réalisa les décors avec les malades eux-mêmes. Cette ouverture marque la fin de la Psychiatrie asilaire.

Au-delà de cette riche évolution médicale, pour le pèlerin, le village, au fin fond de la Lozère témoigne du dynamisme et de l'intemporalité de cette tradition du soin aux plus démunis des malades psychiatriques. Pour des médecins de passage c'est aussi une émotion que de rencontrer dans les commerces d'anciens employés de l'hôpital, fiers de témoigner de la convergence des soins psychiatriques. Jean Oury, Félix Guattari, réputés animateurs de La Borde, établissement du Loir et Cher se sont formés en Lozère. Comme plus près de chez nous La Celette pour la Corrèze ou Leyme pour le Lot ces lieux de soins méritent d'être revisités pour mieux appréhender les problématiques psychiatriques et sociale, parties intégrantes de la Santé Publique.

Mais Géraud tu aimes tant l'Aubrac que ton cœur d'auvergnat doit y déborder de Joie, comme dans ces gîtes où les veillées entre pèlerins ne manquent pas de chaleur.

Nous avons dépassé Aumont-Aubrac après une halte détente et gastronomique, le plateau s'ouvre à nous, en direction de Nasbinals, point central de l'Aubrac. C'est toujours la même émotion de découvrir ce haut plateau, ces grands espaces de terre non cultivées, balisées par des murailles de granit. Nous cheminons sur des drailles, chemins pierreux,

utilisés par les troupeaux et leurs bergers pour se rendre à leurs alpages que l'on appelle ici « montagne ».

Cette immensité sauvage apparaît souvent comme un mirage, tenant de la steppe mongole ou de la pampa argentine, Julien Gracq écrivait dans carnet du grand chemin « tout ce qui subsiste d'intégrale exotique me semble toujours se cantonner là, image d'un dépouillement presque spiritualisé du paysage qui mêle indissolublement, à l'usage du promeneur, sentiment d'altitude et d'élévation ».

Je reste toujours émerveillé quand je retourne en Aubrac, j'aime cette solitude, cette immensité, ces couleurs très particulières selon l'heure, la météo, la saison. J'aime la richesse de sa flore (des champs de jonquilles précèdent notre arrivée à Nasbinals), l'élégance de ses vaches, la force tranquille de ses taureaux.

Nasbinals est un carrefour, toujours très animé, halte obligée des Pèlerins où se croisent gens du cru, éleveurs de bovins et de très nombreuses nationalités en transit ; ses foires aux bestiaux sont célèbres tout comme « Phot'Aubrac », festival de photographie, de nature et animalière, regard sur notre planète, questions environnementales, biodiversité, climat, développement durable.

Un chemin pastoral nous conduit, à travers les troupeaux, vers Saint Chély d'Aubrac. Nous passons par le village d'Aubrac, étape importante de la via Podensis, une des voies vers Compostelle. Sa dômerie, ancien hôpital monastère, construit au 11^{ème} siècle, dépendante de l'abbaye de Conques, fut très influente et active sur les départements voisins du Cantal et de la Lozère ; elle participa au développement du pastoralisme dans la région. Importante par sa fonction d'accueil des malades et des indigents, ce fut un havre de paix, d'hygiène et de soin pour le pèlerin arrivé à bon port. Plongeons sur la vallée du Lot et ses villages pittoresques :

- Saint Côme d'Olt, son clocher flammé de 45m de haut reposant sur une charpente octogonale, élancée et torse ;
- Espalion, son pont vieux, ses maisons anciennes au balcon de bois, anciennes tanneries, avec leurs pierres plates qui servaient à laver les peaux ;
- Estaing, le pont des pèlerins, son imposant château, propriété pendant des siècles de la

famille d'Estaing du Rouergue ; le nom et le château fut racheté en 1922 par la famille de l'ancien président.

En quel état d'esprit Pierre arrives tu à Conques ?

CONQUES est une étape inoubliable, quand, le plus tôt possible, au lever du jour, j'ai pu, un dimanche, descendre, prudemment, pente oblige, le sentier rocaillous qui dévale la colline. Silence du lieu, protégé du vent, et, sur cet accès à l'opposé des touristes motorisés, seules les cloches viennent activer le rythme de mes pas. Une place au fond de l'abbatiale, pour mieux percevoir l'écho des voûtes millénaires. L'office y est des plus classiques, dépouillé et recueilli. La ferveur de tous ces introspectifs, pèlerins ou pas, ne saute pas aux yeux. Mais les cœurs attendris par la solennité de la roche se calent aux lumières blanches irradiées des vitraux. Ceux-ci sont du peintre Pierre Soulages, ils demandent explication avant que de les juger « surfaits ». Ce spécialiste du « noir absolu » y a traité la lumière comme on filtre un élixir. Au fil de la journée, Conques se savoure, découvrant venelles, chapelles, perspectives, calvaires, recoins et rampes abruptes. L'humilité s'impose, regarder ses pieds y est incontournable, chacun se recueille sur ce qu'il est. Les explications des moines prémontrés et leur accueil spartiate à qui dormira dans l'abbaye se font avec délicatesse et discréption. Ce n'est pas forcément un lieu d'échange mais les émotions sont vives. Le soir s'échappent « son et lumière », avec, pour qui garde des forces dans les jambes, la découverte des coursives, tribunes, chapiteaux, au plus près des vitraux.

Christian Bobin, ami personnel de Pierre Soulages, récemment disparu lui aussi y écrit « La nuit du cœur », poèmes inspirés par cette ambiance apaisante et grandiose par sa simplicité.

Ainsi quitter Conques laisse un désir profond de faire durer ce bonheur simple et marque à tout jamais le plus impossible des marcheurs. La pente qui s'annonce au-delà du pont réveille de toute flânerie, vallée inoubliable !

Docteurs
Géraud REYT et Pierre GOUDEAUX.

L'Accident Vasculaire Cérébral par un médecin rééducateur.

Je remercie tout d'abord le Dr Chaumeil qui me permet de partager cet article.

Un sujet passionnant, très « mécanique » et qui implique les équipes de MPR (médecine physique et réadaptation) dans leur globalité.

Dans cette prise en charge, chacun(e) a son importance : le patient, la famille, l'entourage, les structures d'urgence, les neurologues, les neurochirurgiens quelquefois, les équipes d'UNV (unités neuro vasculaires) et les rééducateurs (médecins et surtout kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, assistantes sociales, neuropsychologues...)

En tant que médecin de rééducation, après vous avoir donné quelques chiffres, il me semble plus important de vous raconter des histoires de patients. Leurs parcours, de leurs prises en charge initiale à leur rééducations, me semble plus enrichissant.

Après ces trois histoires choisies, je souhaite vous donner, appuyés sur des articles, quelques éléments pratiques pour comprendre notre fonctionnement.

Un dernier mot avant de débuter : si le temps initial est contraint pour le patient au moment de son Accident Vasculaire Cérébral, il faut lui offrir le temps de récupérer et de comprendre son nouveau fonctionnement dans cette nouvelle vie et peut-être dans cette nouvelle place familiale et sociale. Certes la durée moyenne de séjour est comptée dans nos budgets hospitaliers mais elle doit laisser la place aux soins.

Tout d'abord quelques définitions : ref 1.

A.V.C. : Accident Vasculaire Cérébral, perte brutale d'une ou plusieurs fonctions du cerveau, plus il y a de fonctions atteintes, plus l'accident vasculaire cérébral est sévère et étendu et plus la cause est vaste.

Il y a toujours en cas **d'accident vasculaire cérébral constitué** une image radiologique.

Si le déficit dure moins de 24 heures et est totalement résolutif avec une image sur l'IRM : il s'agit d'un **accident vasculaire cérébral ischémique régressif mineur**.

Si le déficit dure moins de 24 heures (en général 1 à 5 heures) et sans image IRM il s'agit d'un **accident ischémique transitoire**.

Nous avons donc deux critères : l'un clinique et l'autre radiologique.

Le recours à un examen neurologique et à une structure d'urgence avec IRM est donc obligatoire pour poser le diagnostic.

Quelques chiffres simples : ref 2 et 3.

En France il y a un AVC toutes les 4 minutes : **140 000/an**. Dans 80 à 85 % il s'agit d'un accident vasculaire ischémique dans 25 % des cas l'ischémie est due à une fibrillation auriculaire.

L'A.V.C. est la première cause de handicap moteur en France, la 2^{ème} cause de démence et la 2^{ème} cause de décès.

Suite à un A.V.C., **40 %** des patients gardent des séquelles importantes, **60 %** récupèrent leur indépendance avec des séquelles relatives et à un an **20 %** des patients sont décédés.

Si l'âge moyen au moment de l'accident vasculaire cérébral est de 74 ans, l'incidence chez les moins de 45 ans est en augmentation, aujourd'hui à 10 %. Chez le sujet jeune, l'étiologie la plus fréquente est la dissection artérielle.

Quelques mots-clés :

Urgence : le temps compte quelque soit le type d'accident vasculaire cérébral et son étiologie.

En termes d'images, si le scanner peut faire la différence entre une ischémie et une hémorragie, l'IRM diagnostique le type, l'étendue, la cause quelquefois, et la zone vasculaire incriminée.

La réalisation d'une IRM comprenant les troncs supra-aortiques permet de déterminer le plus souvent une étiologie.

Les traitements existent : thrombolyse, thrombectomie, traitements des conséquences immédiates et quelque fois vitales.

Les unités neurovasculaires permettent un meilleur pronostic et un diagnostic. Ces équipes sont formées à la prise en soin de ces patients en

termes de traitement, d'orientation, de dépistage et de prise en charge des signes adjutants à l'A.V.C. (troubles de la déglutition, troubles vésicaux, troubles dus à l'immobilité...) et des bilans étiologiques : *une étiologie identifiée est un patient protégé.*

En Corrèze nous avons la chance de pouvoir être en lien avec 2 unités neuro-vasculaires situées à Limoges et à Brive.

Des études montrent que les patients âgés, les femmes ainsi que les populations précaires passent moins en unités neuro-vasculaires, ils arrivent aux urgences plus tardivement, avec des conséquences sur le pronostic y compris en termes de mortalité. C'est ce que l'on appelle l'effet filière.

La rééducation au travers de quelques histoires choisies :

Notre premier patient, Mr A à 39 ans au moment de son A.V.C.

Celui-ci est ischémique, se manifeste par une hémiplégie droite avec aphasichez un patient, commercial de profession, qui a deux enfants en garde partagée. L'étiologie retrouvée sera un spasme vasculaire provoqué par la consommation régulière de cannabis. Immédiatement, le patient est entouré de sa famille, il est très rapidement en colère et violent.

Il arrive en M.P.R. totalement aphasique et hémiplégique droit. Il est très en colère, casse tout et démonte régulièrement tout ce qui est dans sa chambre. Les prises en charges sont multiples : il viendra en hospitalisation complète puis en hospitalisation de jour. Il bénéficiera d'orthophonie, kinésithérapie, activité physique adaptée, ergothérapie, psychomotricité, de la neuropsychologue et bien entendu d'un gros travail social.

La plus grande difficulté avec ce patient est son comportement. L'objectif dans un premier temps est de le convaincre de notre alliance : nous voulons la même chose que lui et nous voulons qu'il accepte les soins. Sa rage et sa volonté auront le dessus : il reprend la marche, lâche assez rapidement les aides techniques (fauteuil roulant, canne, relevEUR). Il tombe mais se relève au sens propre comme au sens figuré.

Il baisse les bras au moment de sa première crise comitiale, veut tout laisser tomber mais notre alliance le fait tenir.

Il regagne son domicile, la garde de ses enfants, la conduite automobile en véhicule adapté et son travail. Pour cela nous avons eu besoin de la M.D.A. (Maison Départementale à l'Autonomie), d'un véhicule adapté en auto-école, de l'UEROS de Limoges et de Cap emploi.

Le suivi va petit à petit lui laisser toujours plus d'autonomie mais nous restons en relation par l'orthophoniste, l'adhésion à une association de jeunes aphasiques, l'injection de toxine botulique pour lutter contre sa spasticité.

L'équipe mobile de réadaptation trouve dans ces cas toute sa pertinence. Pour ce patient, les critères de prise en charge initiaux sont l'âge, les projets de récupération, la reprise de conduite, sa volonté de reprise de travail ainsi qu'une famille étayante. Ici, sa rage de récupérer a été un facteur important de réussite.

Notre deuxième patient, Mr B à 56 ans au moment de son A.V.C.

Il est entrepreneur et travaille avec ses fils et sa compagne, le divorce, en cours au moment de l'A.V.C., est compliqué.

Ses facteurs de risque sont nombreux mais il est négligent : diabète, hypertension artérielle, surcharge pondérale, dyslipidémie, stress... il fait un premier accident ischémique transitoire de 2 heures avec des troubles de l'élocution et des paresthésies de la main droite.

Deux mois plus tard, il revient aux urgences cette fois avec une aphasic, un déficit du membre supérieur droit complet et de gros troubles de l'équilibre. Il est admis en procédure A.V.C. Il va bénéficier d'une thrombolyse et thrombectomie. Le patient négligeait toujours ses facteurs de risque, ses pathologies et les traitements.

Nous le prenons en hospitalisation complète de rééducation pendant cinq mois. Il est pris en charge par l'équipe complète pluridisciplinaire qui lui est nécessaire : l'équipe de soins, l'orthophonie, la kinésithérapie, l'activité physique adaptée, l'ergothérapie, la neuropsychologue et le travailleur social. Les objectifs premiers chez cet homme jeune, chef d'entreprise sont de récupérer la marche en sécurité et une capacité à participer à sa vie professionnelle et personnelle antérieure. L'objectif final est de retourner chez lui et de reprendre sa place de chef d'entreprise au moins sur un plan cognitif.

Malheureusement, très rapidement, des obstacles que nous ne maîtrisons pas apparaissent : le patient est anosognosique et ses enfants éloignent la compagne qui était le gage de son retour au domicile.

Le résultat global sera une mise sous tutelle, des enfants absents ne venant pas le voir, une compagne que nous n'avons pas revue, un patient dépressif et anxieux, violent, fugueur, agité que nous avons dû contenir physiquement et pharmacologiquement.

La suite de cette histoire se fait au détriment du patient puisqu'il part en unité de soins longue durée avec dérogation d'âge. Son parcours sera givré de passages en psychiatrie (service fermé) pour anorexie, menaces de passages à l'acte, fugues. Il ne sait toujours pas à l'heure actuelle que quelques semaines après sa mise sous tutelle, son entreprise était fermée de façon définitive.

Quelles étaient les moteurs initiaux de cette situation ? Un patient jeune, actif avec recours familial étant (sa compagne, des enfants) et une récupération motrice effective.

Les freins étaient la disparition de l'entourage familial ayant engendré des troubles du comportement qui ont pénalisé sa récupération d'autonomie.

Notre troisième patient, Mr. C est âgé de 50 ans fait un AVC hémorragique sur rupture d'anévrisme en 2017.

Il est en pleine activité professionnelle et père de famille. Il tombe dans le coma... héliportage, embolisation en urgence, dérivation ventriculaire externe, convulsions, méningite, tous ces mots évoquent la sévérité, le traumatisme de l'épisode. Puis il rentre directement au domicile car il va bien et au final il a bien récupéré en neurochirurgie. Le suivi note une parfaite récupération : il est conseillé au patient du repos.

Son sentiment est qu'il n'est pas comme avant et que le repos ne fait rien à l'affaire. Il demande à être revu en équipe mobile sept mois plus tard. Je le rencontre et trouve un patient ralenti, ne sortant pas, avec des troubles gênants du comportement (irritabilité, émotivité, apathie, labilité émotionnelle), une fatigue majeure, une perte d'initiative complète, des oubli et un retrait progressif de sa vie sociale et familiale.

De plus, au vu de l'épisode initial, on lui renvoie en permanence un miracle,

- « il va bien, cela aurait pu être pire, il est visiblement comme avant ».

- « Il faut qu'il fasse des efforts, il faut qu'il se bouge, il est devenu feignant »

Il se heurte donc au jugement des autres, de son entourage et se renferme afin de ne plus croiser personne. L'anxiété et la dépression sont présentes. Ce qu'il vit, personne ne peut le percevoir, c'est ce que l'on appelle le handicap invisible. Il marche, il parle mais pour les autres il profite de la situation.

Les moteurs ici sont une famille qui comprend nos explications rapidement. Au final, une prise en charge assez rapide va permettre au patient de ne pas souffrir d'un retrait encore plus important. Les freins : il n'y en a pas eu sur cette situation mise à part le temps entre l'épisode initial et les bilans réalisés.

Le bilan neuropsychologique réalisé au domicile en équipe mobile va lui donner des clefs de compréhension dont il va se saisir.

Il ne reprendra pas son travail mais s'engagera dans l'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.) en faisant une formation de 40 heures, en participant activement aux différentes réunions de l'U.T.E.P. (Unité Transversale d'Education Thérapeutique) de Brive. Il devient patient expert. Mr C récupérera des activités associatives et professionnelles autres.

Ce patient comprend que ce qu'il ressent et vit n'est pas magique ou surnaturel mais un dysfonctionnement cognitif profond. Les autres peuvent le percevoir comme une attitude volontaire. Il a aujourd'hui les outils et les connaissances pour faire changer ces regards qui le jugent.

Voici pour les cas cliniques qui montrent que chaque patient A.V.C. est particulier et doit être pris en charge dans son environnement.

Quelques clés de compréhension concernant nos prises en charge : quelle prise en charge pour quel patient et pourquoi ? ref : 4.

Comme rappelé ci-avant, la participation à un programme de rééducation et réadaptation fait partie des grands effets positifs « filière ». Article n°3. Les recommandations de bonnes pratiques insistent sur une admission en Médecine Physique et Réadaptation le plus souvent possible.

Cette filière S.M.R. est maintenant riche en Corrèze : M.P.R., hospitalisations à temps partiel ou à temps plein à Brive et à Tulle et une équipe mobile de réadaptation couvrant le département.

L'âge du patient n'est pas un critère mais les effets de l'âge oui: ralentissement, fragilité, intolérance à l'effort physique et cognitif, incapacité antérieur, état cognitif.

Stabilité des fonctions vitales du patient : avant toute prise en charge en M.P.R., nous insistons sur la réalisation d'un diagnostic étiologique qui permet de maîtriser les facteurs d'aggravation. Nous devons connaître les facteurs de risque et l'état de sévérité de l'atteinte du système cardiovasculaire. Il faut que l'état du patient et son état de santé lui permette de produire l'effort qui va lui être demandé. Si la sécurité du patient nécessite une gastrostomie par exemple ou la mise en place d'un pacemaker ces gestes doivent avoir été réalisés avant leur arrivée en Médecine Physique et Réadaptation.

La cinétique de la récupération fonctionnelle rapide est un bon facteur prédictif de récupération et d'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Cette récupération fonctionnelle peut être objectivée sur un laps de temps d'à peu près une semaine par une échelle et/ou par un constat clinique. Une récupération motrice rapide est une indication à une admission en M.P.R.

L'existence d'un projet de vie : la présence d'un entourage est sollicitée, associée à la volonté et à la motivation du patient.

La notion d'objectif atteignable doit être partagée. Elle est un préalable pour toute admission en S.M.R. en général, quelque soit le soin de suite sollicité.

L'admission en unité de jour ou à temps complet dépend du patient et de son entourage, de son mode de vie et de son autonomie.

Si le patient requiert des soins personnels et médicaux, l'hospitalisation complète peut être nécessaire pour profiter de l'aide de l'équipe de soins et de l'équipe pluridisciplinaire. Si le patient entouré ne requiert pas de soins personnels ou médicaux, une hospitalisation de jour peut être pertinente en première intention.

Le recours à l'équipe mobile de réadaptation se fait chez un patient déjà au domicile.

L'équipe va pouvoir l'évaluer, quels sont ses besoins en terme ergothérapie, de soins infirmiers, de suivi neuropsychologique, d'aide sociale, de bilan médical.

Ces évaluations vont peut-être faire apparaître le besoin d'un retour en soins aigu (neurologique, cardiaque, pneumologique...). Il peut aussi être décidé d'un retour en soins de réadaptation afin de recourir encore à une équipe pluridisciplinaire.

En conclusion, les trois axes du travail de rééducation sont :

- mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire travaillant avec des patients sur des objectifs atteignables et partagés
- la répétition des gestes et de fonction en travaillant sur la plasticité cérébrale
- la compensation par l'appareillage ou la mise à disposition de substitution de la marche

Notre objectif doit toujours être la sortie et la reprise de la vraie vie.

Cela rend parfois nécessaire une réadaptation de logement et le relais doit être pris par des équipes d'accompagnement (APF, ADAPEI ...)

Articles de références :

Ref 1 : la revue prescrire Aout 22 Tome 42 Numéro 466 Page 598.

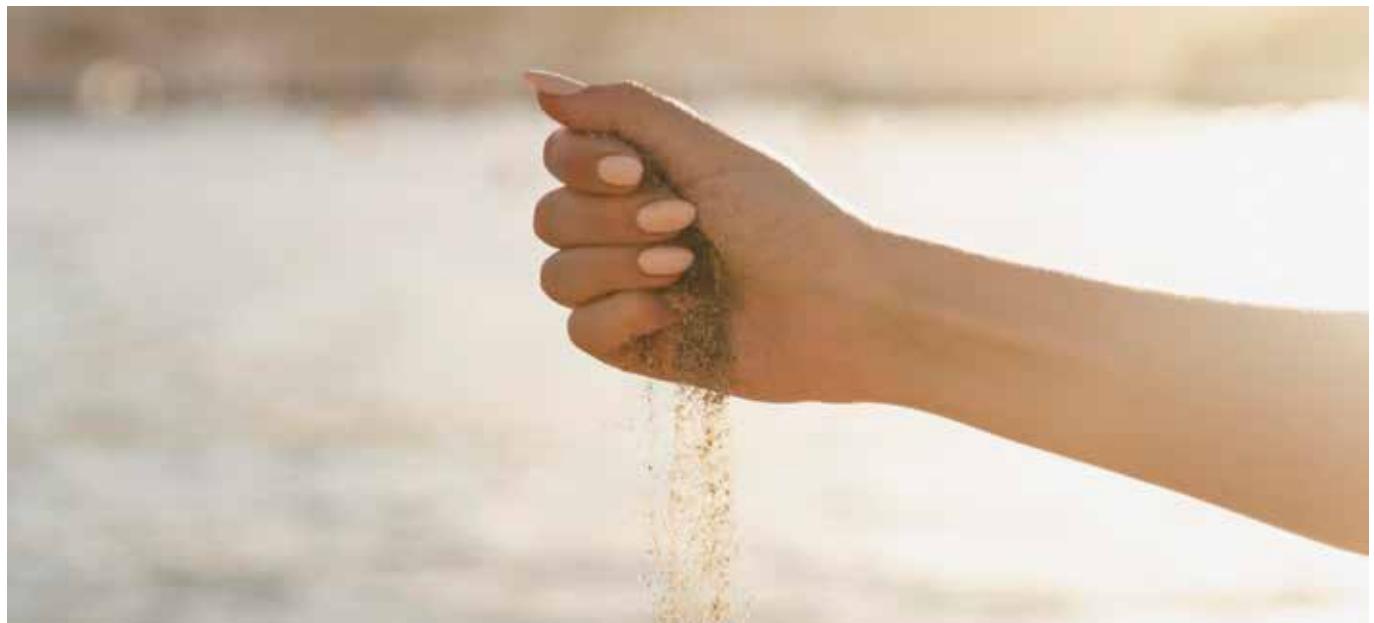
Ref 2 : AVC « la première cause de handicap acquis de l'adulte » Inserm publié le 13/06/2017 modifié le 13/05/2019.

Ref 3 : data.drees13 février 2022 n° 1219 statistiques publiques. « En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes ».

Ref 4 : recommandations de bonnes pratiques HAS. Fiche « parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC ». Juillet 2020.

Docteur Maria BOIVIN

La fin de vie personne n'aime en parler, et pourtant...



Nous aurions aimé aborder avec vous les contours de la loi sur l'aide à mourir qui devait être votée par le parlement au printemps, mais les turbulences politiques en ont décidé autrement et n'ont pas permis d'aller jusqu'au bout du processus législatif.

Nous aurions souhaité vous exposer le projet ambitieux de développement des soins palliatifs pour la Corrèze. Ce projet élaboré et remis dans l'été 2024, suite à la visite ministérielle de Mme Catherine Vautrin, alors ministre de la santé, reste six mois plus tard, toujours en attente d'une validation officielle de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine. Comme 26 départements français, la Corrèze ne permet pas à ce jour une prise en charge palliative optimale, malgré les efforts d'une équipe mobile de soins palliatifs basée sur le centre hospitalier de Tulle, pour un territoire rural dont la population est âgée, souvent isolée dans un contexte de désertification médicale grandissante.

Pourtant, les soins palliatifs restent un quotidien dans nos pratiques médicales malgré des progrès fascinants et spectaculaires de la médecine. Encore serait-il important pour nous, médecins, d'avoir une connaissance pertinente de ce que sont les soins palliatifs en sortant de la vision restrictive des traitements inhérents à la toute fin

de vie, d'avoir une connaissance des points forts de l'arsenal législatif autour des droits des malades et en particulier en situation palliative pour aborder les questions fondamentales d'obstination déraisonnable, de limitation des traitements, de mise en application des volontés des malades, de la discussion de la sédation proportionnée ou profonde et continue jusqu'au décès, non pas comme une alternative à un acte d'euthanasie, encore moins comme un acte déguisé d'euthanasie, mais bien comme une pratique thérapeutique adaptée à une situation donnée.

A travers cet article, nous vous proposons d'aborder ces différentes notions sous un angle pragmatique pour démythifier et rendre moins anxiogène des situations cliniques souvent complexes médicalement à haute teneur émotionnelle.

L'expression des volontés des malades.

En préambule, il ne paraît pas inutile de rappeler que pour envisager la prescription d'un traitement ou d'un acte de diagnostic ou de surveillance, il faut trois conditions incontournables : la finalité médicale de l'acte thérapeutique qui doit être soucieux et conforme à l'évolution de la science et de la recherche, la réalisation de cet acte thérapeutique par un professionnel jouissant

d'une compétence, dans le cas présent le médecin, et surtout, l'expression du consentement du malade quelle que soit sa forme, particulièrement si le malade n'est plus en capacité de s'exprimer, à l'exception des situations d'urgence.

Il est à la fois évident et souvent peu naturel dans nos pratiques de favoriser l'expression de la volonté du malade lorsque celui-ci est en capacité de le faire sur un sujet aussi anxiogène pour tous. Cela requiert, au-delà de la connaissance des outils mis en avant par les différentes lois (directives anticipées, personne de confiance), la capacité de pouvoir échanger avec le malade sur ses préférences en termes de gestion du projet de soin en cas de situations complexes ou de fin de vie, en mettant de côté nos représentations, nos affects et surtout la question de l'échec d'une médecine curative qui ne serait pas en mesure d'apporter de réponse à l'ensemble des situations. Il ne s'agit pas d'élaborer en amont un scénario qui pourrait être vécu comme macabre mais de s'informer et de cerner les attentes d'une personne quant à son projet de vie et de fin de vie afin d'anticiper et d'adapter au plus près de ses souhaits, si la situation se présentait dans le cas présent. Il sera par ailleurs important que ces volontés ne soient pas cantonnées à l'échelle d'un service hospitalier, d'un médecin référent de famille, mais bien partagées entre tous les médecins et acteurs de soins de ville ou d'institution.

Le message numéro un est bien d'échanger et de connaître nos patients, pas uniquement lorsque les situations médicales deviennent plus délicates et instables. Beaucoup d'auteurs rappellent que plus les discussions sont précoces et moins elles sont empreintes du caractère émotionnel prégnant qu'elles ont en situation de fin de vie. Pour autant, ce qui peut être dit aujourd'hui doit en permanence être réévalué. A l'exemple de ce patient porteur d'une sclérose latérale amyotrophique qui ne souhaite ni ventilation artificielle, ni nutrition artificielle, à un moment donné. Qu'en sera-t'il dans quelques semaines lorsque la situation médicale aura évolué ?

Nous retiendrons que lorsque le patient est en capacité de s'exprimer, il ne peut y avoir aucune ambiguïté, ce sont les souhaits qu'il exprime qui seront pris en considération. Par contre, les outils mis en avant par les lois autour des droits des malades et en fin de vie, trouvent leur légitimité dans les situations où le malade ne sera plus en capacité de s'exprimer. Dans ce contexte

d'incapacité à s'exprimer, et seulement dans ce contexte, les directives anticipées, et à défaut la personne de confiance, pourront et devront être consultées si elles existent.

Les directives anticipées ont été introduites par la Loi Léonetti du 22 avril 2005 sur les droits des malades et à la fin de vie. Initialement d'une durée limitée à 3 ans et avec un caractère consultatif, aujourd'hui et depuis la loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016 sur les nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, les directives anticipées n'ont plus de durée de validité, si ce n'est la possibilité d'être annulées à tout moment par le malade, de même elles prennent un caractère opposable aux professionnels de santé à deux exceptions : l'urgence lorsque la situation n'est pas celle évoquée dans les directives anticipées ou lorsque celles-ci sont considérées comme inappropriées. Dans ce cadre, un deuxième avis médical, voire un troisième en cas de désaccord confirmeront le caractère inapproprié des directives anticipées. La décision devra être notifiée dans le dossier pour être justifiée en cas de procédure médico-légale. Tout majeur peut rédiger des directives anticipées, sur des formulaires préétablis validés par le Conseil d'Etat, disponibles sur le site de l'assurance maladie, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il est également possible de les rédiger sur papier libre. Toutefois, la loi impose que l'identité (nom, prénom, date de naissance) ainsi que le lieu et la date de rédaction soient déclinés. Dans le cas d'un patient dans l'incapacité d'écrire seul, il est possible que les directives anticipées soient rédigées en présence de 2 témoins, dont éventuellement la personne de confiance si elle est désignée. Ces directives anticipées peuvent être intégrées par le patient au dossier médical partagé, à défaut il faut insister pour que l'existence de ces directives anticipées soit connue et qu'elles soient accessibles aux professionnels de santé, à la personne de confiance et éventuellement aux proches. Le dispositif des directives anticipées constitue un droit et aucunement une obligation. Le législateur rappelle l'importance que le patient puisse être accompagné dans la rédaction, par le médecin de famille avant tout. Il a été mis en avant également 2 niveaux de directives anticipées : la première dans une situation où la personne n'a pas de pathologie pouvant mettre en jeu son pronostic vital et un deuxième niveau dans le cas où le patient serait porteur d'une pathologie évolutive pouvant mettre en jeu son pronostic vital. Moins de 20% des patients ont rédigé des directives

anticipées car le dispositif reste complexe avec nécessité d'une aide et d'un accompagnement lors de leur rédaction. Toutefois, si ce dispositif a des limites et reste un outil à notre disposition, il a le mérite de favoriser l'échange et de libérer la parole.

La personne de confiance est le deuxième dispositif introduit par la loi pour favoriser l'expression des volontés des malades lorsque ceux-ci ne sont plus en capacité de s'exprimer. Initié dans la loi du 2 mars 2002, le concept est réaffirmé dans les lois Léonetti et Claeys-Leonetti. La personne de confiance peut par ailleurs avoir un rôle de soutien et d'accompagnement lors des consultations. La personne de confiance a pour mission de rapporter les souhaits de la personne dans l'incapacité de s'exprimer et non de donner son propre avis. Ce qui est exprimé reste facultatif et n'est sollicité que dans un deuxième temps si le patient n'a pas rédigé de directives anticipées. Le patient ne peut nommer qu'une seule personne de confiance qui, elle, doit consentir et accepter ce rôle en paraphant une demande sur papier libre ou sur formulaire prétrédigé. Cette personne de confiance doit être majeure, pouvant être un membre de la famille, un proche ou même le médecin. Tout comme pour les directives anticipées, les majeurs protégés peuvent désigner une personne de confiance sous réserve de l'avis d'un conseil de famille ou de l'avis du Juge des Contentieux et de la Protection (ex-juge des tutelles). La personne de confiance doit être différenciée de la personne à prévenir en cas de besoin et n'est aucunement un ayant-droit.

Obstination déraisonnable, limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

Une des préoccupations fortes des malades face à l'avancée de la médecine et des techniques, d'autant plus si la situation médicale ne le requiert plus, est la crainte de faire l'objet de traitements qui n'auraient que pour but de prolonger une vie dénuée de sens, avec pour conséquence une revendication d'aide à mourir plus importante.

L'obstination déraisonnable est aujourd'hui le nouveau terme consacré depuis la Loi Léonetti de 2005, qui remplace la notion d'acharnement thérapeutique encore bien souvent employée. Les différentes lois autour de la fin de vie et des soins palliatifs rappellent le caractère inapproprié d'une prise en charge qui n'aurait d'objectif que de prolonger et maintenir la vie par tous

les moyens, y compris par une vie artificielle au détriment de la qualité de vie. Il est mis en avant une négation de la qualité de vie au profit de la durée de vie.

Si la loi et la déontologie nous mettent en alerte face aux risques et aux dangers de l'obstination déraisonnable, le problème reste complexe dans le quotidien et bien souvent, la réponse n'est évidente qu'a posteriori, nous obligeant à toujours réfléchir sur la pertinence des explorations et des traitements.

On parlera d'obstination déraisonnable lorsqu'un acte ou une thérapeutique sont considérés comme inutiles, fuites, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie. Il est rappelé dans la loi et la déontologie, que si tel est le cas, ils ne doivent pas être entrepris ni mis en œuvre. Par ailleurs, il est rappelé que, depuis la Loi de 2016, la nutrition artificielle et l'hydratation artificielle sont considérés explicitement comme des traitements pouvant ne pas être entrepris ou stoppés comme toute autre thérapeutique.

Si les médecins peuvent avoir la connaissance des pronostics et de ce fait préjuger le caractère raisonnable ou non des actes thérapeutiques sous un certain nombre de réserves qui mériteraient d'être mentionnées, il ne faut pas oublier que le patient est le plus à même à déterminer ce qui est de l'ordre du déraisonnable pour lui-même. La discussion avec le patient sur la pertinence des thérapeutiques peut conduire à déterminer un projet de soins parfois sur des paradigmes différents qu'il nous faudra respecter et accompagner, sous la condition que l'information médicale préalable à la décision fut claire, loyale, appropriée et comprise du malade.

Le refus de l'obstination déraisonnable ouvre la question de la limitation et des thérapeutiques actives encadrées par la loi. La loi distingue les situations où le patient est en capacité ou non de s'exprimer. Le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale. La décision est prise par le médecin référent du patient qui en endosse la responsabilité juridique après un processus rigoureux de concertation des équipes de soins, sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant sans lien de nature hiérarchique. La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en cas d'incapacité à s'exprimer dans

des directives anticipées, à défaut par l'avis de la personne de confiance qui reste consultatif et à défaut celui de la famille et des proches. La décision est motivée à partir des avis recueillis, la nature et le sens des concertations, les motifs de la décision et inscrite dans le dossier du patient. En cas d'incapacité à s'exprimer, la personne de confiance peut solliciter une procédure de collégialité en vue de limitation ou d'arrêt des traitements s'ils sont jugés contraires aux souhaits qu'aurait exprimés le malade.

Les soins palliatifs.

Source d'angoisse et de non-dits, les soins palliatifs sont souvent assimilés dans la population générale, y compris bien souvent par les soignants, aux derniers jours de la vie. Or, la phase palliative se définit par le caractère non guérissable d'une maladie chronique, grave, évolutive et potentiellement létale, avec une fin de vie et une mort parfois très à distance. Être en soins palliatifs ne sous-entend pas l'arrêt de toutes thérapeutiques ou explorations, mais bien de réfléchir au bien-fondé des prescriptions en fonction de la situation médicale actuelle, du pronostic et des souhaits du malade avec un équilibre proportionné entre technique et accompagnement. Il peut être identifié plusieurs phases selon l'évolution de l'affection, avec des objectifs de soins et des pratiques bien différents.

• **La phase palliative initiale ou spécifique** dont l'objectif des traitements est de freiner l'évolution de la maladie avec parfois même la capacité d'obtenir une rémission ponctuelle. L'objectif à cette phase est un allongement de la durée de vie, sans méconnaître la qualité de vie. On peut alors admettre à cette phase des traitements parfois lourds en fonction de la balance bénéfice-risque. A cette phase, il a été démontré dans la littérature médicale, le bénéfice d'adoindre une prise en charge palliative précoce aux traitements spécifiques, en terme non seulement de qualité de vie que de survie.

Progressivement, les traitements spécifiques perdront leur efficacité et leur utilité avec un bénéfice de moins en moins probant voire nul.

• **La phase palliative symptomatique** débute lorsqu'il n'est plus possible de pouvoir contrôler l'évolution de l'affection. L'objectif de soins sera exclusivement orienté vers la qualité de vie en se concentrant sur le contrôle et la gestion des symptômes d'inconfort avec, dans un premier temps, des traitements potentiellement

étiologiques (exemple : comprendre le mécanisme d'une dyspnée en vue de proposer un traitement pour la soulager) puis purement symptomatiques (exemple : soulagement d'une dyspnée sans action sur le mécanisme causal, du fait de l'urgence à supprimer le symptôme d'inconfort) en phase terminale.

• **La phase agonique** correspond à une situation où le décès est imminent et inévitable avec une survie de quelques heures ou jours. Cette phase est souvent précédée d'une défaillance d'une ou plusieurs fonctions vitales dite phase pré-agonique. A ce stade, seuls les traitements symptomatiques sont indiqués et à réévaluer très régulièrement, l'évolution clinique étant généralement rapide. Elle se conclut par le décès du patient.

En fonction de l'évolution de l'affection, un malade peut évoluer sur les différentes phases, là où un autre ne sera diagnostiqué qu'en phase symptomatique ou terminale. Nous comprenons bien qu'être en situation palliative ne signifie pas grand-chose, si ce n'est la fait que le malade ne guérira pas de son affection. Il sera plus important de cerner la phase palliative où se situe le malade pour une pertinence des traitements et de l'accompagnement, pour limiter le risque d'obstination déraisonnable ou à l'inverse la perte de chance.

Trois niveaux ont été définis dans l'instruction ministérielle du 21 juin 2023 portant sur l'évaluation du niveau de complexité de la situation et des besoins identifiés des patients, pour adapter les traitements, les soins et l'accompagnement avec l'intervention de professionnels compétents en soins palliatifs qui est plus ou moins nécessaire ou indispensable :

• Niveau 1 : situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels.
Intervention d'une équipe spécialisée de soins palliatifs non nécessaire ou ponctuelle.

• Niveau 2 : situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire.
Intervention d'une équipe spécialisée de soins palliatifs nécessaire, plus ou moins ponctuelle.

• Niveau 3 : Situation à complexité médico-psycho-sociale forte/instable.
Intervention d'une équipe spécialisée de soins palliatifs indispensable avec recours et expertise en unité de soins palliatifs.

Pour en terminer, sur les idées reçues :

- Les soins palliatifs ne sont pas destinés qu'aux patients porteurs de pathologies cancéreuses ou limités à la fin de vie. La loi du 9 juin 1999 stipule que « tout patient dont l'état le requiert devrait pouvoir bénéficier de soins palliatifs ». Il conviendrait de ne pas oublier les patients porteurs de défaillances d'organes (insuffisances cardiaques, respiratoires...), les pathologies neurodégénératives autre que la sclérose latérale amyotrophique, le grand âge à la fois malade de tout et de rien...
- Les soins palliatifs n'ont pas la seule mission de ne traiter que la douleur mais l'ensemble des symptômes d'inconfort. Ils n'ont pas non plus pour mission de se cantonner aux symptômes physiques mais de s'ouvrir à la sphère psychologique, sociale et spirituelle : Concept du « Total pain ».
- Les soins palliatifs ne sont pas réservés à la structure hospitalière mais ils doivent être mis en œuvre quel que soit le lieu de prise en charge du malade (sanitaire, médico-social ou domicile).
- Les soins palliatifs ne peuvent être prodigés sans une approche pluridisciplinaire, transdisciplinaire ou interdisciplinaire.

La question des pratiques sédatives.

En premier lieu, il convient d'être rigoureux sur les sémantiques des pratiques en fin de vie et de bien différencier les pratiques sédatives - comme une réponse à un symptôme réfractaire qui ne pourrait être soulagé sans autre possibilité que de compromettre la vigilance du malade et l'acte d'euthanasie qui a pour objectif de donner la mort. L'intentionnalité de l'action ne peut être confondue et ne peut être considérée comme ténue. Là où il s'agit de soulager au risque de provoquer la mort, il est question, dans l'euthanasie, de provoquer la mort pour répondre à une souffrance.

La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience pour diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés ont été proposés sans obtenir le soulagement escompté.

Lorsque l'on évoque les pratiques sédatives, nous nous devons de distinguer la sédation proportionnée qui peut être transitoire, intermittente ou continue, de la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Les pratiques de sédations proportionnées ont pour indications :

- Les souffrances réfractaires que seul le malade est en capacité d'exprimer. Un symptôme ou une souffrance sont dits réfractaires lorsque tous les moyens thérapeutiques ou d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté, ou génèrent des effets indésirables inacceptables, ou encore lorsque le délai pour envisager le soulagement est trop important pour être acceptable. Dans cette situation, le pronostic vital n'est pas nécessairement engagé à court terme.
- Les complications aigües à risque vital immédiat et /ou insupportables pour le patient, en situation palliative et notamment terminale. Les 2 principales situations retenues sont les hémorragies aigües cataclysmiques et les détresses respiratoires asphyxiques. Ces situations doivent être anticipées autant que possible.

La mise en place d'une sédation proportionnée doit faire l'objet d'une discussion approfondie avec si possible un tiers pouvant être membre d'une équipe de soins palliatifs, pour s'assurer de l'absence d'alternative.

La sédation profonde et continue jusqu'au décès est mise en avant dans la Loi Claeys-Leonetti de 2016 où elle est indiquée et validée dans 3 situations distinctes :

- Lorsque le patient, compétent juridiquement et en capacité d'exprimer sa volonté, est porteur de souffrances réfractaires, y compris morale ou existentielle, dans le contexte d'une affection incurable, évolutive et terminale avec un pronostic à court terme engagé.
- Lorsque le patient, compétent juridiquement et en capacité d'exprimer sa volonté, prend la décision de l'arrêt d'un traitement de maintien en vie, dans le contexte d'une affection incurable, évolutive mettant en jeu le pronostic à court terme et susceptible d'engendrer un symptôme majeur ou une souffrance.

- Lorsque le patient est juridiquement incompté avec impossibilité d'exprimer sa volonté et lorsqu'il est décidé, au nom d'un refus d'obstination déraisonnable, de limiter un traitement de maintien en vie.

La mise en œuvre d'une sédation profonde et continue requiert, selon la loi, une procédure collégiale pour valider les critères cités ci-dessus, avec nécessité que la procédure soit retranscrite dans le dossier médical du patient. Par ailleurs, il est stipulé dans la loi l'obligation d'associer une analgésie et l'arrêt de tout autre traitement de maintien en vie.

Le médicament de référence d'induction des pratiques sédatives est le MIDAZOLAM (Hypnovel*) dont la mise à disposition en ville, avec prescription possible par les médecins généralistes depuis 2022.

Le niveau de sédation est évalué selon l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS : Richmond Agitation-Sedation Scale). L'objectif recherché pour une sédation proportionnée est une sédation légère (RASS -2, -3). A l'inverse, dans la sédation profonde et continue jusqu'au décès, le niveau de sédation est profond comme attendu (RASS -4, -5). La loi stipule que les pratiques sédatives doivent être possibles quel que soit le lieu de prise en charge en secteur sanitaire, médico-social ou à domicile. La pertinence de l'intervention d'une équipe compétente en soins palliatifs peut être requise pour faciliter l'aide à la prescription, à la surveillance et pour soutenir les proches et les soignants.

Que ce soient la convention citoyenne sur la fin de vie ou le Comité National Consultatif d'Ethique au travers de l'article 139 sur le enjeux éthiques de la fin de vie, tous s'accordent à dire, que même si une évolution de la Loi sur le droit à l'aide à mourir semble incontournable dans les mois ou les années à venir, il ressort de ces débats qu'il persiste d'une part une grande méconnaissance des soins palliatifs et des lois encadrant le droit des malades et la fin de vie non seulement au niveau sociétal mais aussi dans la culture médicale et soignante et d'autre part, une inégalité d'accès à une expertise spécialisée de soins palliatifs sur le territoire français. Espérons que dans le prochain numéro, il pourra vous être exposé une organisation pertinente de la prise en charge palliative sur l'ensemble du territoire de la Corrèze.

Pour en savoir plus :

- *LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*
- *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*
- *LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*
- *LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*
- *Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Recommandations HAS février 2018 – actualisation janvier 2020*
- *Avis 139 : Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité ; Comité national consultatif d'éthique – Juin 2022*
- *Convention citoyenne sur la fin de vie - Avril 2023*

Docteur Stéphane Moreau
Professeur associé de médecine palliative, université Limoges
Praticien hospitalier hématologie clinique, CH Brive

UNE VIE AGITÉE !

Le 5 Septembre 1638 naissait un grand roi, Louis XIV, et jusqu'à sa mort, le 1 Septembre 1715, sa vie n'a pas été un long fleuve tranquille.

Je ne vous parlerai pas de ses guerres incessantes, ni de ses innombrables maîtresses (40 reconnues) ni de ses nombreux enfants (24, tout de même !) mais de son état de santé : malgré les antécédents que vous venez de lire, sa santé n'a pas toujours été florissante.

A une époque où, la maladie tuait, où la pharmacopée était pauvre et la médecine balbutiante, le "despote éclairé" n'a pas été épargné.

A 9 ans, il survit à la variole qui était endémique et a tué par la suite nombreux de ses enfants.

A 15 ans tumeur (?) du sein.

A 16 ans : blennorragie transmise par la baronne de Beauvais, surnommée Cateau la borgnasse et dont Saint Simon disait "elle est plus que galante" Cette dame, femme de chambre d'Anne d'Autriche, était en mission officielle de dépuçelage du monarque Rassurez-vous, ça se passe très bien, vous aurez certainement de nombreux petits enfants ? La reine fut rassurée !

Le docteur Antoine Vallat a trouvé que les chemises du roi étaient gâtées d'une matière qui donne soupçon de quelque mal ; cette maladie était déjà mal vue à l'époque et Vallat a conclu que l'écoulement était lié à une faiblesse des parties pour avoir trop monté à cheval.

A 19 ans, typhoïde : l'eau de Versailles était insalubre ; typhus exanthématique : l'hygiène était inexistante. Le docteur Guénau le traita avec une liqueur à base d'antimoine ; succès thérapeutique mais chute des cheveux : La perruque est devenue, à la cour, la grande mode !

Le paludisme était endémique à Versailles, mais le quinquina très controversé !

Autre mode, la cuisine bouillie, plats dits "à la royale". Non seulement le roi n'avait plus de dents mais une extraction malheureuse au niveau du maxillaire supérieur avait perforé le sinus, fistule suivit et "Quand le roi boit, le liquide passe par le nez qui coule comme une fontaine",

Le roi avait bon appétit ! la princesse palatine nous rapporte le menu suivant : 4 assiettes de soupe, 1 faisan, 1 perdrix, salade de concombres, 2 tranches de jambon, mouton au jus d'ail, pâtisserie, meringue fruits et œufs durs !

Un ténia trainait peut-être par là ; par contre son diabète, sa goutte, et ses coliques néphrétiques étaient justifiés .

L'habitude était aux lavements quotidiens (peut-être expliqués par le temps passé à table !). Le roi a payé ces manœuvres d'une fistule anale douloureuse et malodorante ; Opérée plusieurs fois, elle fut guérie par le dr Charles François Félix en 1686. A cette occasion, madame de Maintenon a demandé à Lully de composer une petite chanson pour atténuer les douleurs du roi :

"Grand Dieu sauve le roi. L'air fut repris par Haendel en 1714 et ça donna "God save the King" Les anglais n'apprécient pas cette histoire et ont déclaré que c'était une " fake news" colportée par la marquise de Grégny.

Notre roi a eu une santé agitée que nous n'apprenons pas dans les livres d'histoire.

Venons-en à la fin :

le 9 aout 1715 , le roi se plaint de fatigue et d'une douleur de la jambe gauche ; le 12 le dr Fagon diagnostique une sciatique ; le 14, la douleur augmente, la température monte et apparaît une petite tache rouge sur le mollet ; le 15, le chirurgien du roi, Georges Maréchal évoque une gangrène ; le 21, Quatre professeurs de Paris sont appelés comme consultants et confirment le diagnostic de sciatique, alors que les rougeurs ont progressé sur la jambe ; le dr Fagon prescrit des pansements à l'eau de vie camphrée et des bains au lait d'ânesse ; le 24, Maréchal confirme la gangrène ; le roi demande une amputation que les médecins réfutent vue son âge ; le roi déclare alors qu'il préfère mourir avec tous ses membres et prépare la mise en scène de sa mort ; le 25 , viatique et extrême onction ; le 26 , mort cruriale : la cour défile, Louis XIV conseille son petit-fils, Louis XV, qui a 5 ans. S'installe une période semi-comateuse tandis que la gangrène remonte à la cuisse. Le premier septembre, au matin, le roi meurt d'arythmie et d'embolie.

Digne jusqu'au bout, le roi soleil n'aura pas eu une santé lumineuse ; il nous donne cependant l'exemple d'une tenue devant la mort, alors que l'assistance, à l'époque était inexistante.

A discuter quand nous parlons d'euthanasie assistée. O tempora, o mores !

Docteur Jean-Paul MAUREILLE

AVENIR DE LA MÉDECINE



Les tarentules administratives anihilent l'initiative personnelle d'autant que les dogmes diagnostics imposent un cheminement d'examens obligatoires sinon nécessaires.

L'esprit grégaire est devenu l'ambiance générale si bien que l'épanouissement du Moi est un exercice difficile et périlleux.

Et pourtant... La vocation médicale est dans ce transfert : apporter notre connaissance pour soulager l'Autre, démarche purement et strictement individuelle du Toi au Moi, (en laissant le Soi de côté !) et peu importe le mouvementement du troupeau dans ce moment-là !

Pour des raisons économiques, politiques, sociales, on cherche à faire de la médecine un métier comme un autre. Il n'en est rien, et j'ai déjà écrit, dans ce bulletin, ce que j'en pensais.

Mais peut-être vient de là, la désaffection des jeunes pour notre exercice ; le choix du salariat, des horaires fixes, des contraintes établies et limitées, une responsabilité diluée sont surement plus confortables.

La Médecine libérale doit survivre ; l'éternel retour n'est pas utopique, du moins, je l'espère !

Ce dialogue avec le malade est fait de termes communs : notre art est de le transformer en langage singulier et non pas particulier : le particulier n'est qu'un élément du troupeau, le singulier n'appartient qu'au Moi.

Les règles générales sont dictées par des autorités auto déclarées supérieures, et dont, au fond de nous-même, nous n'avons rien à faire !

Position peu confortable du médecin que certains de nos confrères supportent mal et que l'administration préfère ignorer.

Malheureusement, nos syndicats sont peu efficaces : tout ne se limite pas à des questions d'honoraires, même si... et l'ordre est incompétent en la matière. Il est le " patou " du troupeau, et, n'en déplaise à ceux qui le critiquent, c'est un vrai travail.

Docteur Jean-Paul MAUREILLE

LA FINANCIARISATION DE LA MEDECINE

DEFINITION

C'est le processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi.

C'est un symptôme qui existe en France depuis plus de 30 ans. C'est la conséquence fâcheuse d'un affaiblissement de notre système de santé.

Le point commun à toutes ces pratiques est la rentabilité à court terme.

DES RISQUES A CRAINTRE

La Direction Générale de l'Offre de Soins réalise cette menace :

- Réduction de l'accès aux soins pour les patients
- Dégradation de la qualité de soins
- Sélection des patients
- Conflits potentiels entre médecins et investisseurs.

Le conseil d'Etat a radié fin 2023 des sociétés vétérinaires suite à des exercices de soins où l'indépendance professionnelle était clairement remise en question.

Des situations problématiques similaires animent les débats actuels sur la financiarisation de la médecine et ce phénomène s'accentue dans le système public comme dans le privé.

Des spécialités médicales qui nécessitent des équipements coûteux sont menacées à l'échelle de leur indépendance professionnelle, clef de voute de la confiance du patient envers le médecin.

PRINCIPE DE L'INDEPENDANCE PROFESSIONNELLE

Quand le patient s'adresse à un médecin, il reste essentiel qu'il puisse être assuré de trouver en lui quelqu'un qui va l'écouter et le secourir, sans autre préoccupation que de lui rendre les services qu'il peut lui apporter (article R4127-5 du code de la santé Publique).



«-Attache ? dit le Loup :
vous ne courez donc pas
Où vous voulez ?
- Pas toujours ; mais
qu'importe ?
- il importe si bien, que
tous vos repas
Je ne veux en aucune sorte,
Et ne voudrais pas même
à ce prix un trésor. »

(*Le Loup et le Chien- Jean de la Fontaine*)

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit (Article 5 du code de déontologie).

Toucher à l'indépendance professionnelle, c'est provoquer un déséquilibre dangereux dans la relation médecin/patient qui repose avant tout sur la confiance mutuelle.

Cette I.P. doit ainsi exister dans les domaines suivants :

- La prescription
- Le temps consacré aux malades, aux consultations, aux visites
- Le choix des examens complémentaires.

Ces trois éléments conditionnent la qualité de l'acte médical. Le terme d'AUTONOME donne un aiguillage plus clair que l'indépendance professionnelle car c'est la capacité à s'orienter dans l'existence en écoutant sa raison, son jugement libre. L'autonomie reflète notre manière de réfléchir et de guider notre pensée.

Jean de la fontaine, dans « le loup et le chien », dénonce les mœurs de son temps en rappelant que la liberté est un trésor. Restons des loups fidèles à notre nature. Il est donc nécessaire de revenir finalement à la notion même de notre métier qui doit toujours s'exercer librement.

Le crédit, la confiance que les malades accordent aux médecins sont une nécessité dans le soin et doivent être préservés pour l'intérêt des patients et la dignité du médecin.

Bien souvent, les jeunes médecins recherchent le meilleur profit, les plus beaux avantages avant de s'installer quelque part et ils ont bien raison puisque les propositions sont nombreuses.

Ils n'ont pas à rougir de leur choix à condition qu'ils songent à l'origine d'une telle vocation. Choisir d'être médecin vient-il d'un besoin d'investir ou est-ce plus naturellement une aspiration à plus de liberté ?

*« Personne en dehors de nous
même ne peut nous gouverner
intérieurement. Quand nous savons
cela, nous devenons libres »*

(Buddha)

*« Tame birds sing of freedom
wild birds fly. »*

(John Lennon)

Docteur Marie ARRESTIER

LES MÉDECINS ET LA GUILLOTINE

Plusieurs documents et gravures attestent qu'une mécanique de type guillotine existait déjà depuis le XVI^{ème} siècle donc bien avant la révolution. Elle aurait même été en usage chez les spartiates. Contrairement à une idée très répandue, le Docteur Joseph-Ignace Guillotin qui reçut le bonnet de Docteur en Médecine le 26 octobre 1770 à la faculté de Paris, n'est absolument pas l'inventeur de la machine qui porte son nom bien malgré lui.

Le Docteur Guillotin comme tous les hommes «éclairés» du XVIII^{ème} siècle, considérait de son devoir de donner au condamné une «mort douce» par une «simple mécanique». La décapitation était sous l'ancien régime la peine de mort réservée aux nobles et dans un souci d'égalité, l'Assemblée constituante décide en 1789 que tout condamné à mort aura la tête tranchée.

Le Procureur général syndic Roederer, qui devait appliquer la loi, consulta le Docteur Guillotin dont la réponse lui parut trop brève et évasive. Roederer s'adressa alors au Docteur Antoine Louis, chirurgien, anatomiste et secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie. Ce dernier adressa un mémoire à l'Assemblée intitulé «Avis motivé sur le mode de décollation» dont voici le texte :

«L'expérience et la raison démontrent que le mode en usage par le passé pour trancher la tête à un criminel l'expose à un supplice plus affreux que la simple privation de la vie, qui est le voeu formel de la loi ; pour le remplir, il faut que l'exécution soit faite en un instant, et d'un seul coup. Les exemples prouvent comme il est difficile d'y parvenir ; Personne n'ignore que les instruments tranchants n'ont que peu ou point d'effet lorsqu'ils frappent perpendiculairement. En les examinant au microscope, on voit qu'ils ne sont que des scies plus ou moins fines qu'il faut faire agir en glissant sur le corps à diviser. On ne réussirait pas à décapiter d'un seul coup avec une hache ou un couperet dont le tranchant serait en ligne droite ; mais avec un tranchant convexe, comme aux anciennes haches d'armes, le coup asséné n'agit perpendiculairement qu'au milieu de la portion du cercle ; mais l'instrument, en pénétrant dans la continuité des parties, qu'il divise, a, sur les côtés, une action oblique en glissant, et atteint sûrement son but. En considérant la structure du cou, dont la colonne vertébrale est le centre, composée de plusieurs os dont la connexion forme des enchevauchures, de manière qu'il n'y a pas de joint à chercher, il n'est pas possible d'être assuré d'une prompte et parfaite séparation en la confiant à un agent susceptible de varier en adresse par des causes morales ou physiques. Il faut nécessairement, pour la certitude

du procédé, qu'il dépende de moyens mécaniques invariables dont on puisse également déterminer la force et l'effet. C'est le parti qu'on a pris en Angleterre. Le corps du criminel est couché sur le ventre entre deux poteaux barrés par le haut par une traverse, d'où l'on fait tomber sur le col la hache convexe au moyen d'une déclique. Le dos de l'instrument doit être assez fort et assez lourd pour agir efficacement, comme le mouton qui sert à enfoncer les pilotis. On sait que sa force augmente en raison de la hauteur d'où il tombe. Il est aisé de faire construire une pareille machine, dont l'effet est immanquable. La décapitation sera faite en un instant, suivant le voeu et l'esprit de la nouvelle loi. Il sera facile d'en faire l'épreuve sur des cadavres, et même sur des moutons vivants. On verra s'il ne serait pas nécessaire de fixer la tête du patient par un croissant qui embrasserait le cou au niveau de la base du crâne.»

Il ne restait plus qu'à faire construire la machine. Un certain Tobias Schmidt se vit confier cette tâche mais devant le prix exorbitant qu'il demandait, on se passa de ses services au profit d'un certain Clairin qui réalisa l'appareil pour la somme de 500 livres «peinture comprise» et munie «d'une instruction qui indiquera les moyens de s'en servir».

C'est donc bien le Docteur Antoine Louis le véritable inventeur de la guillotine. Craignant qu'on appela son invention la «Louisette», la «Louison» ou la «petite-Louison», il se défendit contre cette appellation qu'il jugeait calomnieuse : «J'ai regardé la guillotine comme un acte d'humanité et je me suis borné à corriger la forme du couperet et à la rendre oblique pour qu'il pût couper net et atteindre le but.»

C'est ainsi que le Docteur Guillotin adopta la paternité de la funeste machine. Il faut dire qu'il joua de maladresse lors d'un discours devant l'Assemblée où, emporté par son éloquence, il déclara : «La mécanique tombe comme la foudre, la tête vole, le sang jaillit, l'homme n'est plus». La presse en rajouta en lui prêtant les propos suivants : «Le supplice que j'ai inventé est si doux qu'on ne saurait que dire si l'on ne s'attendait pas à mourir et qu'on croirait n'avoir senti sur le cou qu'une légère fraîcheur.»

Voilà une bien étrange histoire de nos prédecesseurs médecins «éclairés» et humanistes du XVIII^{ème} siècle qui, mettant leur science au service de la loi, engendrèrent un instrument à tuer en série durant la révolution et qui survécut jusqu'à l'abolition de la peine de mort. Qui aurait pu soupçonner que l'humanisme soit capable, dans un élan de bons sentiments, de produire une machine infernale ?

Docteur Jean-Marie CHAUMEIL

Collaboration libérale ou salariée



« Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, ou d'un médecin collaborateur salarié.

Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin par les patients et l'interdiction de compéage. »

Article 87 du code de déontologie (article R.4127-87 du code de santé publique)

1-Collaboration libérale

1-1 L'article 18 de la loi 2005-882 précise :

I - Les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou règlementaire ou dont le titre est protégé, à l'exception des officiers publics ou ministériels, des commissaires aux comptes et des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires au redressement et à la liquidation des entreprises, peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral.

II - A la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession mentionnée au I qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique

ou personne morale, la même profession. Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.

III - Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession. Ce contrat doit, à peine de nullité, être établi par écrit et préciser :

1° Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement ;

2° Les modalités de la rémunération ;

3° Les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle ;

4° Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis.

IV - Le collaborateur libéral est responsable de ses actes professionnels dans les conditions prévues par les textes régissant chacune des professions mentionnées au I.

V - Le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral qui exerce en qualité de professionnel indépendant.

La collaboration s'adresse, de façon préférentielle mais non exclusive, aux jeunes professionnels en leur permettant d'acquérir une expérience pratique avant de s'installer. Elle permet aux médecins installés de se faire seconder de la manière la plus simple possible. Elle constitue une des solutions à la pénurie médicale en favorisant le maintien de médecins surchargés qui, sans l'aide et l'assistance d'un collaborateur, se seraient désengagés. Le médecin collaborateur exerce auprès du médecin. Ce n'est ni un remplaçant ni un associé, même si les plages d'activités de chacun ne sont pas entièrement superposables. Il exerce à titre libéral, sous son entière responsabilité et doit souscrire un contrat d'assurance en responsabilité professionnelle. Il relève à titre personnel de la convention médicale de la sécurité sociale. Il dispose d'ordonnances et de feuilles de soins pré-identifiées à son nom. Sa qualité de médecin collaborateur est également mentionnée sur sa plaque professionnelle. Il est immatriculé auprès de l'URSSAF et affilié à la CARMF.

1-2 Contrat

Le contrat de collaboration libérale doit être dressé par écrit sous peine de nullité. Le conseil national a établi des contrats type qui déclinent les dispositions légales et les modalités pratiques de cet exercice.

1-3 Aspects particuliers de la collaboration libérale

Une des caractéristiques de la situation du collaborateur libéral est la possibilité qui lui est donnée de développer sa propre clientèle, tout en demeurant astreint à suivre, pour partie, la clientèle du médecin avec lequel il collabore. Il faut donc veiller à ce que le libre choix des patients puisse réellement s'exercer et que la répartition des patients entre les médecins ne soit pas seulement dépendante de leur emploi du temps ou de l'organisation des rendez-vous par le secrétariat. Au surplus comme l'a rappelé le Conseil d'Etat (arrêt du 11/10/2010 n°330296), certaines règles s'appliquent tout particulièrement en cas de collaboration :

- Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle
- L'exercice de la médecine est personnel
- La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce
- Le compérage et la gérance de cabinet sont interdits.

2 - Collaboration salariée

Depuis 2006, le médecin a la possibilité de recruter un collaborateur salarié mais en rappelant les principes suivants :

- **Indépendance** : Le lien de subordination qui encadre la relation du médecin salarié et du médecin employeur pour tout ce qui relève de l'organisation du travail et de la gestion du cabinet n'interfère en rien sur la relation du médecin salarié avec le patient. Le médecin salarié garde sa totale indépendance dans le cadre de sa relation directe avec le patient et des décisions médicales qu'il doit prendre. Cette indépendance implique qu'il puisse refuser ses soins à un patient pour des raisons sérieuses et motivées et qu'il dispose également de son entière liberté de prescription.
- **Contrat** : Le conseil national a rédigé différents contrats type (à durée déterminée ou indéterminée, à temps plein ou temps partiel, avec une société d'exercice) qui tiennent compte des dispositions incontournables du droit du travail et de la déontologie médicale.
- **Assurance** : Le médecin employeur est tenu de souscrire, à ses frais, une assurance destinée à garantir la responsabilité civile susceptible d'être engagée en raison des dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'activité exercée par le médecin salarié pour le compte de son employeur. Pour sa part, le médecin salarié doit s'assurer pour couvrir le risque de poursuites pénales dans le cadre de son activité médicale. La couverture assurancielle accordée au médecin salarié n'enlève rien à son indépendance professionnelle.
- **Feuilles de soins** : Il appartient à l'assurance maladie de mettre à la disposition du médecin salarié des feuilles de soins portant l'identification du médecin salarié et celle du médecin employeur.

Docteur Jean-Marie CHAUMEIL

LA DIRECTION COMMUNE DES HOPITAUX DE CORREZE

Nicolas Portolan,
Directeur Général des Hôpitaux de Corrèze

La Direction Commune des Hôpitaux de Corrèze a pour ambition de réussir à plusieurs ce que chacun, individuellement, ne peut pas faire. Elle doit permettre de favoriser les coopérations dans l'intérêt général de la population et de tous les établissements, pour construire ensemble un projet médico-soignant cohérent et partagé.

ENJEUX ET OBJECTIFS

La Direction Commune a pour mission essentielle de définir et porter un projet médical et de soins, un projet administratif et un projet d'investissement respectueux des équilibres territoriaux en s'appuyant sur les communautés médicales et soignantes de l'ensemble des établissements.

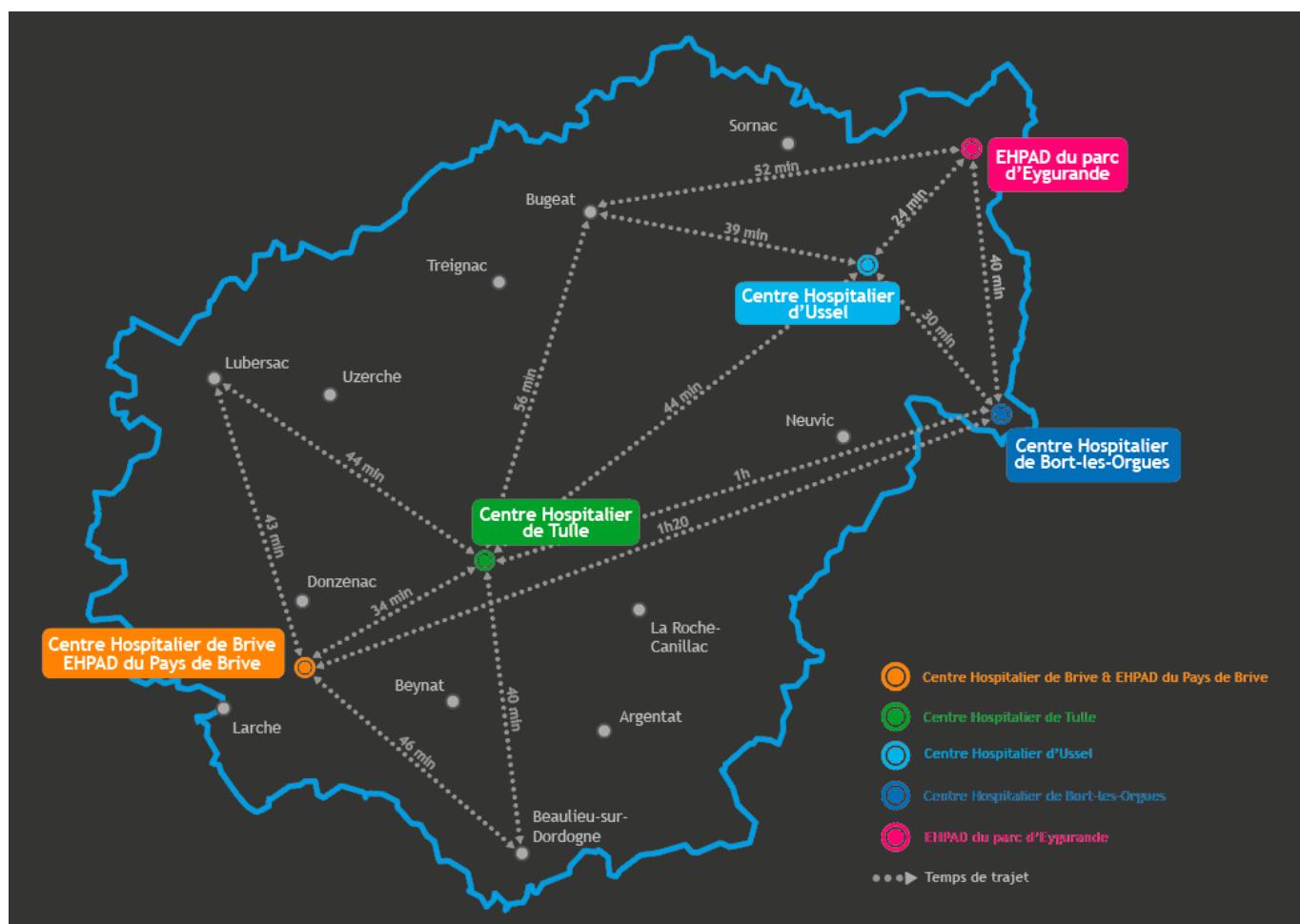
LA MISE EN OEUVRE D'UN PROJET MÉDICAL ET DE SOINS PARTAGÉ

La Direction Commune doit faciliter les coopérations entre établissements et l'émergence, au service de la population corrézienne, d'un projet médical départemental ambitieux qui doit répondre aux objectifs suivants :

- Eviter les ruptures de prise en charge ;
- Améliorer l'accès au soin et la qualité de l'offre de soin en Corrèze ;
- Définir des filières de soin plus lisibles ;
- Relever le défi de l'attractivité médicale.

Ce projet médical doit conforter et développer l'offre de soin dans le cadre de collaborations renforcées permettant d'améliorer les complémentarités entre établissements.

Il doit également garantir le développement équilibré des activités des établissements et s'inscrire dans le cadre du schéma régional de l'offre de soin (2023-2028).



L'enjeu est de coordonner l'offre de soin et de sortir d'une logique de concurrence pour faire prévaloir, au service de la population, une logique de solidarité et de complémentarité entre établissements.

L'organisation de la direction commune devra donc permettre de conforter le rôle de chacun :

- Le Centre Hospitalier de Brive est, dans le schéma régional de l'offre de soin, l'hôpital de recours du territoire de santé de la Corrèze. Ce rôle d'hôpital référent du département doit être conforté au service de tous les Corréziens.
- La centralité de Tulle, aussi bien dans l'équilibre territorial de l'offre de soins que dans l'organisation institutionnelle de la Corrèze, doit constituer l'autre ligne de force de la structuration de la direction commune.
- Le rôle incontournable du Centre Hospitalier d'Ussel doit être retenu, tant dans l'équilibre territorial de l'offre de soin de la Corrèze que dans l'organisation institutionnelle de la direction commune.
- Le rayonnement de l'hôpital de Bort-les-Orgues dans son rôle d'hôpital de proximité doit aussi être conforté au service des besoins de santé de la Haute Corrèze.
- La direction commune devra enfin consolider la place des EHPAD de Brive, Malemort, Tulle et d'Eygurande dans l'accompagnement de nos aînés.

LA MISE EN PLACE D'UNE GOUVERNANCE TRANSPARENTE

La Direction Commune ne modifie pas l'organisation des instances qui restent propres à chaque établissement mais toutes les modalités d'échanges et de partage peuvent être facilitées et travaillées avec les acteurs de la gouvernance des établissements.

Cette gouvernance doit permettre l'émergence d'une culture commune intégrant les cultures propres de chaque établissement, dans le respect de l'identité de chaque structure et de la gestion de proximité.

LES GRANDS PROJETS A VENIR

PROJET MÉDICO-SOIGNANT DE TERRITOIRE DES HÔPITAUX DE CORRÈZE :

Dans le cadre de la mise en place de la Direction Commune des Centres Hospitaliers de Brive, de Tulle, d'Ussel et de Bort-les-Orgues, des EHPAD du Pays de Brive et du Parc à Eygurande, un projet

médico-soignant doit être validé le 15 janvier 2025. Ce projet a pour objectif de revoir les parcours de soins pour garantir une prise en charge plus adaptée sur l'ensemble du territoire de la Corrèze.

Pour se faire, des groupes de travail ont été constitués avec la participation et l'adhésion du personnel médical et soignant de tous les établissements de la Direction Commune des Hôpitaux Corréziens, ce qui permettra de construire ensemble les axes stratégiques de ce projet.

En complément, le COPIL du projet médico-soignant de territoire a décidé d'associer à ces échanges les représentants des personnels des centres hospitaliers et des usagers des établissements de la Direction Commune.

Les groupes de travail sont répartis sur les différentes filières de soins (médecine, obstétrique, chirurgie, parcours personne âgée, etc.) et une conclusion est attendue début d'année 2025.

PROJETS DE PÔLES INTER-ÉTABLISSEMENTS ET COOPÉRATIONS TERRITORIALES :

La mise en place de plusieurs pôles inter-établissements (PIE) sur les établissements de la Direction Commune a été validée. Elle doit permettre la mutualisation des compétences et des ressources humaines, l'amélioration de la sécurité des soins et des prises en charge, la mise en place d'équipes territoriales le cas échéant ou encore d'améliorer l'accompagnement des patients en fin de vie en Corrèze grâce à la mise en place d'une unité bi-site en soins palliatifs.

DIRECTION COMMUNE DES AFFAIRES MÉDICALES

Depuis la mise en place de la direction commune des Hôpitaux de Corrèze, la direction des affaires médicales est désormais commune à tous les établissements.

Coordonnées :

Sarah.ferret@ch-correze.fr
Leopoldine.martin@ch-correze.fr
05 55 20 57 46

Evolutions de la jurisprudence ? la faute du médecin parfois présumée !



Dans un arrêt récent, la Cour de Cassation semble poser un principe de présomption de faute dans le domaine de la responsabilité médicale, en tous les cas quand c'est le médecin qui a la maîtrise de la preuve.

L'arrêt de la Cour de Cassation date du 16 octobre dernier mais était passé relativement sous les radars, avant que la Fédération des médecins de France (FMF) ne le mette en lumière début janvier. Cette décision pourrait (sa portée n'est pas tout à faire claire) chambouler le régime de la responsabilité civile des médecins.

Depuis 2002 et l'adoption de la fameuse loi Kouchner, la responsabilité des médecins est en effet une responsabilité dite délictuelle (c'est-à-dire hors contrat) dans laquelle les médecins n'engagent leur responsabilité qu'en cas de faute (hors le cas particulier de la responsabilité liée au défaut d'un produit de santé). Encore faut-il prouver cette faute ce qui incombe en principe,

selon un principe général du droit, au demandeur. Mais la Cour de Cassation semble avoir posé un nouveau principe de présomption de faute pour les médecins.

Si la victime ne peut rien prouver, c'est au médecin de le faire

Les faits de l'arrêt remontent à 2012, lorsque le demandeur subit une arthroscopie de hanche. Au cours de l'opération, une rupture d'une broche guide métallique survient, ce qui contraint le patient à subir une arthroplastie deux ans plus tard pour faire cesser ses douleurs. Il décide donc de poursuivre son chirurgien en responsabilité.

Selon l'expertise diligentée, la complication dont a été victime le demandeur peut avoir deux causes : soit en raison de sa constitution anatomique (et auquel cas personne n'est responsable) ; soit parce que le chirurgien aurait oublié de commencer l'opération par une introduction d'air

puis de sérum physiologique dans l'articulation, comme le recommande la Société française d'arthroscopie (SFA).

Or, le compte-rendu opératoire ne mentionne pas si le chirurgien a réalisé cet acte préliminaire (le praticien indique qu'il ne manque jamais de le faire à chaque opération). Le demandeur n'ayant pas pu prouver que le chirurgien n'avait pas suivi les recommandations et commis une faute, la cour d'appel d'Aix-en-Provence l'a débouté de sa demande en 2022.

C'est cette décision de justice que la Cour de Cassation a annulé dans son arrêt du 16 octobre dernier. Elle retient en effet que « *dans le cas d'une absence ou d'une insuffisance d'informations sur la prise en charge du patient, plaçant celui-ci dans l'impossibilité de s'assurer que les actes de soins réalisés ont été appropriés, il incombe alors au professionnel de santé d'en rapporter la preuve* ».

Autrement dit, le compte-rendu opératoire étant muet, c'était au chirurgien de prouver qu'il avait réalisé l'opération dans les règles de l'art et non au patient de prouver la faute de son médecin. L'affaire devra désormais être rejugé par la cour d'appel d'Aix-en-Provence, fort de cette nouvelle règle.

Une « protection » pour les patients, une nouvelle charge pour les médecins

Par cette décision, la Cour de Cassation a, comme disent les juristes, renversé la charge de la preuve : ce n'est plus à la victime de prouver la faute, mais au médecin de démontrer qu'il a bien agi. Reste à savoir la portée de cette nouvelle présomption de faute. S'applique-t-elle dans tous les cas de responsabilité médicale ? La Cour nous parle du « cas d'une absence ou d'une insuffisance d'informations sur la prise en charge du patient, plaçant celui-ci dans l'impossibilité de s'assurer que les actes de soins réalisés ont été appropriés ».

Autrement dit, chaque fois que le médecin sera le seul à pouvoir prouver ou non qu'il a bien réalisé l'acte médical conformément aux recommandations en vigueur (ce qui sera généralement le cas), la charge de la preuve pèsera sur lui.

Cet arrêt de la Cour de Cassation renforce les droits des patients vis-à-vis des médecins, suivant

ainsi la tendance de la jurisprudence en matière de responsabilité civile depuis près d'un siècle tendant à favoriser le faible face au fort.

En pratique, on ne saurait désormais trop conseiller aux médecins (et en particulier aux chirurgiens) de se préconstituer la preuve qu'ils ont réalisé leurs soins conformément aux règles de l'art, comme ils sont déjà habitués depuis plusieurs années à se préconstituer la preuve de leur obligation d'information, qui pèse également sur eux.

Voilà des changements fondamentaux dans la prise en compte de la responsabilité médicale sur le plan juridique qui pourraient se confirmer et doivent inciter plus que jamais médecins et chirurgiens à consigner leurs faits et gestes et une traçabilité écrite de la prise en charge des patients.

D'après l'aimable information du Docteur CHASSAING François

ACTIVITES DU CONSEIL ANNEE 2024			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
09/01/2024	CTS	TULLE	DR REYT
11/01/2024	SAISIE DE DOSSIER	SAINTE MEXANT	DR LEOPOLD
15/01/2024	REUNION DE SENSIBILISATION CRISE SUICIDAIRE	TULLE	DR ARRESTIER
18/01/2024	CONFERENCE VIOLENCES SEXISTE	BRIVE	DR GOUDEAUX P.
20/01/2024	REUNION INTERDEPARTEMENTAL A PERIGUEUX	PERIGUEUX	DRS CHAUMEIL ET ARRESTIER
21/01/2024	VISITE DOYEN DR KOHLER JULES	DONZENAC	DR CHAUMEIL
24/01/2024	SEANCE PLENIERE	TULLE	MEMBRES DU BUREAU
26/01/2024	SAISIE DE DOSSIER	TULLE	DR LEOPOLD
26/01/2024	SAISIE DE DOSSIER	SEILHAC	DR LEOPOLD
26/01/2024	SAISIE DE DOSSIER	EYGURANDE	DR DAVID-VEZIAT
29/01/2024	CA MAISON DE SOIE	BRIVE	DR GOUDEAUX P.
03/02/2024	AG CNOM	PARIS	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-DAVID VEZIAT
08/02/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER
11/02/2024	ELECTION 5 ^{EME} RENOUVELLEMENT	TULLE	DRS CHAUMEIL - VIEBAN - LASSENE - ARRESTIER
12/02/2024	SAISIE DE DOSSIER	BRIVE	DR CHAUMEIL
13/02/2024	COMMISSION PARITAIRE LOCALE	TULLE	DR CHAUMEIL
14/02/2024	SEANCE PLENIERE	TULLE	MEMBRES DU BUREAU
14/02/2024	SAISIE DE DOSSIER	TULLE	DR LEOPOLD
22/02/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-ALLAINMAT-ARNAUD
22/02/2024	SAISIE DE DOSSIER	TULLE	DR LEOPOLD
22/02/2024	SAISIE DE DOSSIER	CORREZE	DR LEOPOLD
22/02/2024	REUNION D'ENTRAIDE	TULLE	DRS CHAUSSON - CHAUMEIL - GOUDEAUX
29/02/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-GOUDEAUX MJ
29/02/2024	SAISIE DE DOSSIER	LES CEDRES	DR MASDUPUY-ALLEMAN
29/02/2024	SAISIE DE DOSSIER	CH BRIVE	DR MASDUPUY-ALLEMAN
06/03/2024	REUNION CROM (AUDIT CNOM)	BRUGES	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-DAVID VEZIAT
07/03/2024	SAISIE DE DOSSIER	MEYSSAC	DR GOUDEAUX P.
07/03/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-DAVID VEZIAT
12/03/2024	SAISIE DE DOSSIER	COSNAC	DR GOUDEAUX P.
21/03/2024	SAISIE DE DOSSIER	TULLE	DR LEOPOLD
09/04/2024	CODERST	TULLE	DR CHAUSSON
10/04/2024	SEANCE PLENIERE	TULLE	MEMBRES DU BUREAU
15/05/2024	COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE	BRIVE	DR LEY
31/05/2024	CTS	TULLE	DR LASSENE
03/06/2024	SAISIE DE DOSSIER	NEUVIC	DR DAVID VEZIAT
03/06/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-GOUDEAUX P-DAVID VEZIAT
03/06/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-GOUDEAUX P-DAVID VEZIAT
06/06/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-DAVID VEZIAT
06/06/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-DAVID VEZIAT

10/06/2024	SAISIE DE DOSSIER	ARGENTAT	DR GOUDEAUX P.
10/06/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL - GOUDEAUX P.
12/06/2024	FORMATION NOUVEAUX CONSEILLERS	PARIS	DR MASDUPUY-ALLEMAN
12/06/2024	SAISIE DE DOSSIER	BRIVE	DR GOUDEAUX P.
20/06/2024	VISIO ANALYSE DES CONTRATS D'EXERCICE	VISIO	DR ARRESTIER et les Secrétaires
26/06/2024	SEANCE PLENIERE	TULLE	MEMBRES DU BUREAU
01/07/2024	REUNION D'ENTRAIDE	TULLE	DRS GOUDEAUX - VIEBAN - CHAUMEIL
03/07/2024	FORMATION DSi NUMERIQUE	BRUGES	DR ARRESTIER ET MME VIGNAUD
14/07/2024	COMMEMORATION FETES NATIONAL	TULLE	DR CHAUMEIL
16/07/2024	SAISIE DE DOSSIER	CORREZE	DR LEOPOLD
23/07/2024	SAISIE DE DOSSIER	TULLE	DR LEOPOLD
17/08/2024	COMMEMORATION LIBERATION TULLE	TULLE	DR CHAUMEIL
02/09/2024	CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL - DAVID VEZIAT
10/09/2024	SAISIE DE DOSSIER	USSEL	DR DAVID-VEZIAT
11/09/2024	SEANCE PLENIERE	TULLE	MEMBRES DU BUREAU
12/09/2024	COMMISSIONS REFORME	TULLE	DR CHAUMEIL
16/09/2024	CTS	TULLE	DR LASSENE
19/09/2024	JOURNEE MONDIAL ALHZEIMER CONF	TULLE	DR CHAUMEIL
24/09/2024	CONCERTATION TERRITOIRE SANTE	CORREZE	DR ARRESTIER
26/09/2024	COLLOQUE SANTE MENTALE	TULLE	DR ARRESTIER
05/10/2024	AG CROM	BRUGES	DR CHAUMEIL
07/10/2024	CONCERTATION TERRITOIRE SANTE	POMPADOUR	DR CHAUMEIL
08/10/2024	REUNION POUR LES AIDANTS "HOLA"	NAVES	DR CHAUMEIL
15/10/2024	CONCERTATION TERRITOIRE SANTE	MEYSSAC	DR ARRESTIER
23/10/2024	SAISIE DE DOSSIER	TULLE	DR LEOPOLD
05/11/2024	SAISIE DE DOSSIER	BRIVE	DR GOUDEAUX P.
06/11/2024	SAISIE DE DOSSIER	BRIVE	DR MASDUPUY-ALLEMAN
07/11/2024	REUNION DIRECTEUR CH MR PORTOLAN	TULLE	DRS CHAUMEIL - ARRESTIER - DAVID-VEZIAT
07/11/2024	CONCERTATION TERRITOIRE SANTE	TULLE	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER
13/11/2024	REUNION DES TRESORERIERS	PARIS	DRS DAVID-VEZIAT - ARNAUD
14/11/2024	CONGRES CNOM	PARIS	DRS CHAUMEIL - ARRESTIER - DAVID VEZIAT - GOUDEAUX MJ - ALLAINMAT
16/11/2024	AG CNOM	PARIS	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-DAVID VEZIAT
18/11/2024	CONCERTATION TERRITOIRE SANTE	ST PANTALEON	DR CHAUMEIL
25/11/2024	REUNION DE CONCILIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL - DAVID-VEZIAT
27/11/2024	SEANCE PLENIERE	TULLE	MEMBRES DU BUREAU
28/11/2024	SAISIE DE DOSSIER	USSEL	DR LEOPOLD
03/12/2024	CONCERTATION TERRITOIRE SANTE	OBJAT	DR CHAUMEIL
04/12/2024	SAISIE DE DOSSIER	BRIVE	DR MASDUPUY-ALLEMAN
07/12/2024	AG CROM	BRUGES	DR CHAUMEIL
19/12/2024	MEDIATION	TULLE	DRS CHAUMEIL-ARRESTIER-GOUDEAUX P.
19/12/2025	ENTRETIEN COORDINATRICE MANSAC	TULLE	DR CHAUMEIL

INSCRIPTIONS ANNEE 2024

DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
10/01/2024	DR AMBRUS NORA	MEDECINE CARDIO VASCULAIRE	CMC LES CEDRES
29/01/2024	DR SESSOU VIVA	RHUMATOLOGIE	CH BRIVE
29/01/2024	DR MOHAND O'AMARDARINARIA	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	CH BRIVE
29/01/2024	DR GUITTON MARIE	MEDECINE GENERALE	LIBERALE A NAVES
29/01/2024	DR SIGNOL NICOLAS	MEDECINE GENERALE	EHPAD CHAMBERET
29/01/2024	DR SERVASIER BERNARD	MEDECINE GENERALE	RETRAITÉ
29/01/2024	DR LADES GUILLAUME	MEDECINE NUCLEAIRE	CMC LES CEDRES
29/01/2024	DR BAUDRY MARION	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	CH TULLE
29/01/2024	DR TAKTAK YOUSSEF	CARDIOLOGIE	CH TULLE
19/02/2024	DR VIVIER CATHERINE	ANESTHESIE - REANIMATION	RETRAITEE
19/02/2024	DR ROUSSEAU JEAN-MARIE	ANESTHESIE - REANIMATION	RETRAITÉ
26/02/2024	DR DA ROCHA FRANCISCO	MEDECINE GENERALE	REPLACANT
15/04/2024	DR ALZIANAT MARWAN	PEDIATRE	CH TULLE
15/04/2024	DR MATONDO NUA MAMBU	ANESTHESIE REANIMATION	CMC LES CEDRES
15/04/2024	DR VERLHIAUC DIDIER	REANIMATION	CH BRIVE
15/04/2024	DR BREUIL THEA	OPHTALMOLOGIE	CH TULLE
15/04/2024	DR SABOH FAWAYIDOU	MEDECINE GENERALE	CH BRIVE
15/04/2024	DR BOUDISSA RYADH	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	CH USSEL
31/05/2024	DR DIB NICOLAS	MEDECINE GENERALE	ST JEAN LEZ CEDRES
01/07/2024	DR LEYRIS AGATHE	MEDECINE GENERALE	PMI CORREZE
01/07/2024	DR BENAOUN MOHAMED	BIOLOGIE MEDICALE	CH TULLE
01/07/2024	DR ANDRE DENIS	PSYCHIATRE	CH PAYS D'EYGURANDE
01/07/2024	DR THILLIER LAURENCE	MEDECINE GENERALE	CH BRIVE
01/07/2024	DR RIGOT EMILIE	DERMATOLOGIE	LIBERAL A BRIVE
01/07/2024	DR JUIN DE FAUCAL DEMONTEIL HENRI	PNEUMOLOGIE	REPLACANT
01/07/2024	DR COSTE FRANCOIS	MEDECINE GENERALE	RETRAITE
01/07/2024	DR FARZA BADYS	GERIATRIE	CH TULLE
01/07/2024	DR BARRET ANTOINE	MEDECINE GENERALE	REPLACANT
01/07/2024	DR TESTUT FRANCOIS	MEDECINE GENERALE	BRIVE
01/07/2024	DR HAGANI NABILA	GERIATRIE	CH BRIVE
18/07/2024	DR BERCHOUX ATLANTICYA	MEDECINE GENERALE	USSEL/NEUVIC
26/07/2024	DR GHEMRAS FARIDA	MEDECINE GENERALE	CH TULLE
05/08/2024	DR DJEMEL MELEK	GERIATRIE	CH USSEL
16/09/2024	DR SONBOL MOHAMED	PSYCHIATRE	USSEL
16/09/2024	DR FANTHOU LUDIVINE	PEDIATRIE	MALEMORT
16/09/2024	DR DUFOUR JULIETTE	MEDECINE GENERALE	PEYRELEVADE
16/09/2024	DR KWIZERA AIME	MEDECINE URGENCE	CH USSEL
16/09/2024	DR TOURAILLE PIERRE	MEDECINE GENERALE	RETRAITE
04/11/2024	DR CUNIQUE THIBAUT	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CH BRIVE / CH LIMOGES
04/11/2024	DR DIEMONT PAUL HENRI	BIOLOGIE MEDICALE	CH BRIVE
04/11/2024	DR CONTEM-STURTZER VALENTIN	MEDECINE GENERALE	LIBERAL A USSEL
04/11/2024	DR RIPPSTEIN NICOLAS	ONCOLOGIE MEDICALE	CH BRIVE / CH LIMOGES
04/11/2024	DR LAVAL-CHASSAGNE FANNY	MEDECINE GENERALE	REPLACANTE
04/11/2024	DR JANET JULIEN	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	CH BRIVE
04/11/2024	DR GOAS NICOLAS	PSYCHIATRIE	CH BRIVE
04/11/2024	DR MAGNAVAL JUSTINE	MEDECINE GENERALE	REPLACANTE
04/11/2024	DR FOUREL HENELE	MEDECINE GENERALE	OBJAT
02/12/2024	DR MOREAU STEPHANE	HEMATOLOGIE OPTION MALADIES DU SANG	CH BRIVE
02/12/2024	DR CELERIER BRUNO	MEDECINE GENERALE	SAINT GERMAIN
02/12/2024	DR BEAUJOUAN FLORENT	CHIRURGIE GENERALE	CH BRIVE
02/12/2024	DR BOURY MARION	MEDECINE GENERALE	CH BRIVE
02/12/2024	DR DAUBORD CORALIE	ENDOCRINO DIABETO NUTRITION	CH TULLE
02/12/2024	DR BRUNET PIERRE EDOUARD	MEDECINE GENERALE	MEYSSAC
02/12/2024	DR MEDKOUR KHALID	RADIOLOGUE	CH BRIVE
02/12/2024	DR NACRO YASMINE	ENDOCRINO DIABETO NUTRITION	CH TULLE
23/12/2024	DR FARGES CAMILLE	MEDECINE GENERALE	COLLAOBRATION ARGENTAT ET SERVIERE

QUALIFICATIONS ANNEE 2024			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
11/09/2024	DR CHINCHILLA ERIC	MEDECINE DU TRAVAIL	AIST
16/10/2024	DR LASAIRES MARIE	PSYCHIATRIE	CH BRIVE
14/10/2024	DR BOUCHET ETIENNE	UROLOGIE	CH BRIVE
29/10/2024	DR BISSERIER MARINE	MEDECINE D'URGENCE	CH TULLE

INSTALLATIONS ANNEE 2024 LIBERAL/SALARIAIT			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
LIBERAL			
02/01/2024	DR MANSOURALY HATIM	MEDECINE GENERALE	COLLABORATION DR GIRE-PASSERIEUX-LAGRAFEUIL
01/01/2024	DR GUITTON MARIE	MEDECINE GENERALE	NAVES
20/01/2024	DR DUMONT MARION	MEDECINE GENERALE	DONZENAC
01/07/2024	DR RIGOT EMILIE	DERMATOLOGIE	BRIVE
01/08/2024	DR GEMARIN GREGORY	MEDECINE GENERALE	SAINTE BONNET LA RIVIERE
01/09/2024	DR DUFOUR JULIETTE	MEDECINE GENERALE	PEYRELEVADE
01/06/2024	DR SONBOL MOHAMED	PSYCHIATRIE	USSEL
02/09/2024	DR FANTHOU LUDIVINE	PEDIATRIE	MALEMORT
04/11/2024	DR CONTEL-STURTZER VALENTIN	MEDECINE GENERALE	MAISON DE SANTE ALPHA USSEL
02/09/2024	DR BRUNET PIERRE-EDOUART	MEDECINE GENERALE	MEYSSAC
01/01/2025	DR FOUREL HELENE	MEDECINE GENERALE	OBJAT
SALARIAIT			
22/07/2024	DR BERCHOUX ATLANTICYA	MEDECINE GENERALE	CDS EGLETONS
01/08/2024	DR TESTUT FRANCOIS	MEDECINE GENERALE	CDS DE RIVET À BRIVE
02/10/2024	DR CELERIER BRUNO	MEDECINE GENERALE	CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE
27/11/2023	DR GUICHARDANT VALERIE	MEDECINE GENERALE	C. SANTE TULLE
27/11/2023	DR OUTTERS AUDREY	MEDECINE GENERALE	C. SANTE EGLETONS

RADIATIONS ANNEE 2024			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
29/03/2024	DR JAUDET NADIM	PSYCHIATRE	EYGURANDE
26/06/2024	DR LEBEAU CHRISTIAN	MEDECINE GENERALE	RETRAITE
12/09/2024	DR BARTHOUMEYROU DOMINIQUE	MEDECINE GENERALE	RETRAITE
12/09/2024	DR KOL THIDA	MEDECINE GENERALE	SANS ACTIVITE
12/09/2024	DR ROQUES FRANCOISE	MEDECINE GENERALE	RETRAITE

TRANSFERTS			
DATE	NOM	SPECIALITE	TRANSFERT
05/01/2024	DR DELGOULET MAUD	MEDECINE GENERALE	PYRENEES-ALTANTIQUES
02/02/2024	DR OUTTERS AUDREY	MEDECINE GENERALE	RHONE
29/02/2024	DR DEMEURE DITLATE	MEDECINE GENERALE	HAUTE-GARONNE
01/03/2024	DR PASTAUD PASCAL	RADIO DIAGNOSTIQUE	GIRONDE
01/03/2024	DR BOUBEKEUR RAOUF	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	LOIRET
08/03/2024	DR JOOMAYE BIBI	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	HAUTE VIENNE
26/03/2024	DR KACIMI MOULAY	GYNECOLOGIE	PUY DE DOME
05/04/2024	DR SALEH MOHAMMAD	MEDECINE GENERALE	RHONE
09/03/2024	DR ANSANELLI ANTONIO	MEDECINE GENERALE	VAR
12/04/2024	DR MU SEK SANG RUDY	MEDECINE GENERALE	VIENNE
28/04/2024	DR CHERBI MOHAMED	CARDIOLOGIE	LOT
29/04/2024	DR DAGHSEN MEHDI	MEDECINE GENERALE	PYRENEES ORIENTALES
03/05/2024	DR CAILLE STERKE MARION	MEDECINE GENERALE	LOT
14/05/2024	DR DUPETITMAGNIEUX ESTELLE	MEDECINE GENERALE	HAUTE VIENNE
17/05/2024	DR SIGNOL NICOLAS	MEDECINE GENERALE	HAUTE VIENNE
14/06/2024	DR BRAYETTE ANAIS	GASTRO ENTEROLOGIE	FINISTERE
14/06/2024	DR KERAVAL SYLVAIN	CARDIOLOGIE	FINISTERE
21/06/2024	DR MONDIERE SIMON	NEPHROLOGIE	HAUTE VIENNE
28/06/2024	DR SEIGNEUR SAMUEL	MEDECINE GENERALE	HAUTE VIENNE
19/07/2024	DR MDIMACH ZOUHAIER	MEDECINE GENERALE	ALLIER
09/08/2024	DR ROSU CAMELIA	MEDECINE GENERALE	PYRENEES ORIENTALES
25/07/2024	DR LEFEBVRE BENOIT	ANESTHESIE REANIMATION	DORDOGNE
30/09/2024	DR ANDRE DENIS	PSYCHIATRE	AUBE
18/10/2024	DR FORE ROMAIN	MEDECINE INTERNE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE	VIENNE
18/11/2024	DR DJEMEL MELEK	GERIATRIE	HAUT RHIN

NOUVELLE ACTIVITE			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
01/01/2024	DR VIALLE CHLOE	MEDECINE GENERALE	NAVES
01/01/2024	DR GUITTON MARIE	MEDECINE GENERALE	NAVES
01/01/2024	DR LASSENNE PHILIPPE	MEDECINE GENERALE	CH BRIVE
01/04/2024	DR ORSONI XAVIER	CHIRURGIE UROLOGIQUE	CH BRIVE
26/06/2024	DR CHADOURNE Cédric	MEDECINE GENERALE	CABCL BRIVE
26/06/2024	DR POIRIER EDDY	MEDECINE GENERALE	CH USSEL
11/09/2024	DR BRIE JOEL	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE	BRIVE LA GAILLARDE
11/09/2024	DR ARAS ABDELKADER	CHIRURGIE VASCULAIRE	ARGENTAT
22/10/2024	DR BONAL FRANCIS	COORDONNATEUR	NAVES
01/01/2025	DR BASIAUX PIERRE	PSYCHIATRIE	MEYSSAC

INFORMATIONS MÉDICALES

SOCIETES	
DATE	NOM DE LA SOCIETE
29/01/2024	SELARL DOCTEUR LEFEBVRE BENOIT
29/01/2024	SELARL DOCTEUR SERGE TURON
19/02/2024	SPFPL IMAGERIE 1963
19/04/2024	SELARL MATONDO
01/07/2024	SISA DONZENAC SANTE
16/09/2024	SCM LARIBI-DEMERLIAC
02/12/2024	SISA MSP DE MASSERET
02/12/2024	SELARL DR DUMONT MARION
02/12/2024	SELARL DOCTEUR SERVANTIE
02/12/2024	SCM DES DOCTEURS BOURZAT ET BORDILLON

COLLABORATION			
DATE	NOM	SPECIALITE	COLLABORATION
20/01/2024	DR DUMONT MARION	MEDECINE GENERALE	DONZENAC
01/01/2024	DR GUITTON MARION	MEDECINE GENERALE	NAVES
10/01/2024	DR AMBRUS NORA	MEDECINE CARDIO-VASCULAIRE	CMC LES CEDRES
01/01/2025	DR FOUREL HELENE	MEDECINE GENERALE	OBJAT

FERMETURE CABINET			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
01/01/2024	DR VAZEILLE FREDERIC	PEDIATRE	TULLE
31/07/2024	DR GEMARIN GREGORY	MEDECINE GENERALE	AYEN
01/07/2024	DR TEYSSANDIER GHYSLAINE	ANGEILOGUE	TULLE
31/12/2024	DR BAUDVIN-MINIER AGNES	MEDECINE GENERALE	MANSAC
31/12/2024	DR ALVES-SALVETE MARIE-JOSE	MEDECINE GENERALE	MANSAC

RETRAITE			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
01/01/2024	DR PASTAUD PASCAL	RADIODIAGNOSTIC	BRIVE
01/01/2024	DR ARLABOSSE AYMERIC	MEDECINE GENERALE	BEYNAT
01/01/2024	DR CHAUMEIL JEAN MARIE	MEDECINE GENERALE	NAVES
06/01/2024	DR PONS BERNARD	MEDECINE GENERALE	MEDECIN REMPLACANT
01/02/2024	DR METADIER JEAN MARC	MEDECINE GENERALE	CH TULLE
01/04/2024	DR BLAVIGNAC ISABELLE	MEDECIN SCOLAIRE	TULLE
18/06/2024	DR LATHIERE NICOLE	MEDECINE DU TRAVAIL	TULLE
01/07/2024	DR BARTHOUMEYROU JEAN FRANCOIS	MEDECINE GENERALE	MEYSSAC
01/07/2024	DR TEYSSANDIER GHYSLAINE	ANGEILOGIE	TULLE
01/07/2024	DR BARTHOUMEYROU DOMINIQUE	MEDECINE GENERALE	EFS BRIVE
01/07/2024	DR SANCHEZ QUEIRO PATRICE	MEDECINE GENERALE	ST GERMAIN BRIVE
01/10/2024	DR CHOKAIRI SEDDIK	CHIRURGIE GENERALE	CH USSEL
01/12/2024	DR BERGES CATHERINE	MEDECINE GENERALE	BRIVE LA GAILLARDE
31/12/2024	DR ROUBY DANIEL	MEDECINE GENERALE	CH USSEL

DECEDES			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
29/02/2024	DR CHARISSEUX GEORGES	CANCEROLOGIE	RETRAITE
14/03/2024	DR DAIRE PHILIPPE	MEDECIN GENERALISTE	RETRAITE
16/06/2024	DR DUCLOUX MARIUS	RHUMATOLOGUE	RETRAITE
09/07/2024	DR LESZCZYNSKI LECH	CARDIOLOGIE	CH BRIVE
02/08/2024	DR PORTE PATRICK	MEDECIN GENERALISTE	RETRAITE
04/08/2024	DR CHALET JEAN DANIEL	CHIRURGIE MAXILLOFACIALE	RETRAITE
02/08/2024	DR AL HADJ NASER	ORL	BRIVE
25/11/2024	DR KOHLER JULES	MEDECIN GENERALISTE	RETRAITE

DEMENAGEMENTS			
DATE	NOM	ANCIEN LIEU D'EXERCICE	NOUVEAU LIEU D'EXERCICE
01/01/2024	DR PEPY PAULINE	1 RUE DOCTEUR DUFOUR 19240 ALLASSAC	542 RUE ALEXIS JAUBERT 19600 ST PANTALEON DE LARCHE
01/06/2025	DR NAUCHE FANNY	47 AV PIERRE ET MARIE CURIE 19360 MALEMORT	CHATEAU DE SERIGNAC 24 BIS RUE HIPPOLYTE DE LEOBARDY 19360 MALEMORT
01/07/2025	DR GOUDEAUX MARIE-JULIE	42 QUAI TOURNY - 19100 BRIVE	GROUPE MEDICAL PLACE WOLFRAMS ESCHENBACH 19270 DONZENAC
01/07/2025	DR WEISS AURELIE	42 QUAI TOURNY - 19100 BRIVE	CHATEAU DE SERIGNAC 24 BIS RUE HIPPOLYTE DE LEOBARDY 19360 MALEMORT
29/07/2024	DR MAUGARS VINCENT	PLACE CHARLES DE GAULLE - 19130 OBJAT	7 PLACE JEAN LAGARDE - 19130 OBJAT
29/07/2024	DR GRASSET JEAN-MICHEL	PLACE CHARLES DE GAULLE - 19130 OBJAT	7 PLACE JEAN LAGARDE - 19130 OBJAT
01/08/2024	DR GEMARIN GREGORY	41 RUE DES REMPARTS 19130 AYEN	921 ROUTE DE MASMOUTIER 19130 SAINT BONNET LA RIVIERE
09/09/2024	DR DEMERLIAC MAELYS	82 RUE ALPHONSE DAUDET 19360 MALEMORT	17 AVENUE MAILLARD - 19100 BRIVE
09/09/2024	DR LARIBI SOFIANE	82 RUE ALPHONSE DAUDET 19360 MALEMORT	17 AVENUE MAILLARD - 19100 BRIVE
27/10/2024	DR LEY SUZANNE	3AV DE LA BARONNIE - 19270 USSAC	2 ROUTE DE PASTAUD - 19270 USSAC
FIN D'ACTIVITE			
DATE	NOM	SPECIALITE	LIEU D'EXERCICE
20/01/2024	DR SOULIE THIERRY	MEDECINE GENERALE	DONZENAC
31/12/2024	DR BASIAUX PIERRE	PSYCHIATRIE	BEYNAT
COTISATIONS 2024 PERCUS PAR CHEQUES ET REVERSÉES AU CNOM			
CNOM 2024		ANNÉES ANTÉRIEURES	
JANVIER	41 765,00 €	2 222,00 €	
FEVRIER	49 886,00 €	- €	
MARS	28 369,50 €	675,00 €	
AVRIL	13 542,50 €	167,50 €	
MAI	9 432,00 €	340,00 €	
JUIN	6 808,00 €	- €	
JUILLET	- €	- €	
AOÛT	4 362,50 €	335,00 €	
SEPTEMBRE	5 296,00 €	426,50 €	
OCTOBRE	- €	- €	
NOVEMBRE	1 412,00 €	- €	
DÉCEMBRE	1 235,50 €	- €	
162 109,00 €		4 166,00 €	

Le site internet du conseil départemental de l'ordre

Je vous avais annoncé l'an dernier la naissance du site internet du conseil départemental mis à votre disposition pour faciliter nos relations et la diffusion des informations.

On y retrouve beaucoup de données du conseil national notamment sur la réglementation, la déontologie et sur les positions de l'Ordre sur de multiples sujets concernant la médecine et son exercice.

De nombreux modèles de contrats téléchargeables sont proposés et susceptibles de vous être très utiles car leurs rédactions tiennent compte de la réglementation et notamment des règles de droit et des règles déontologiques.

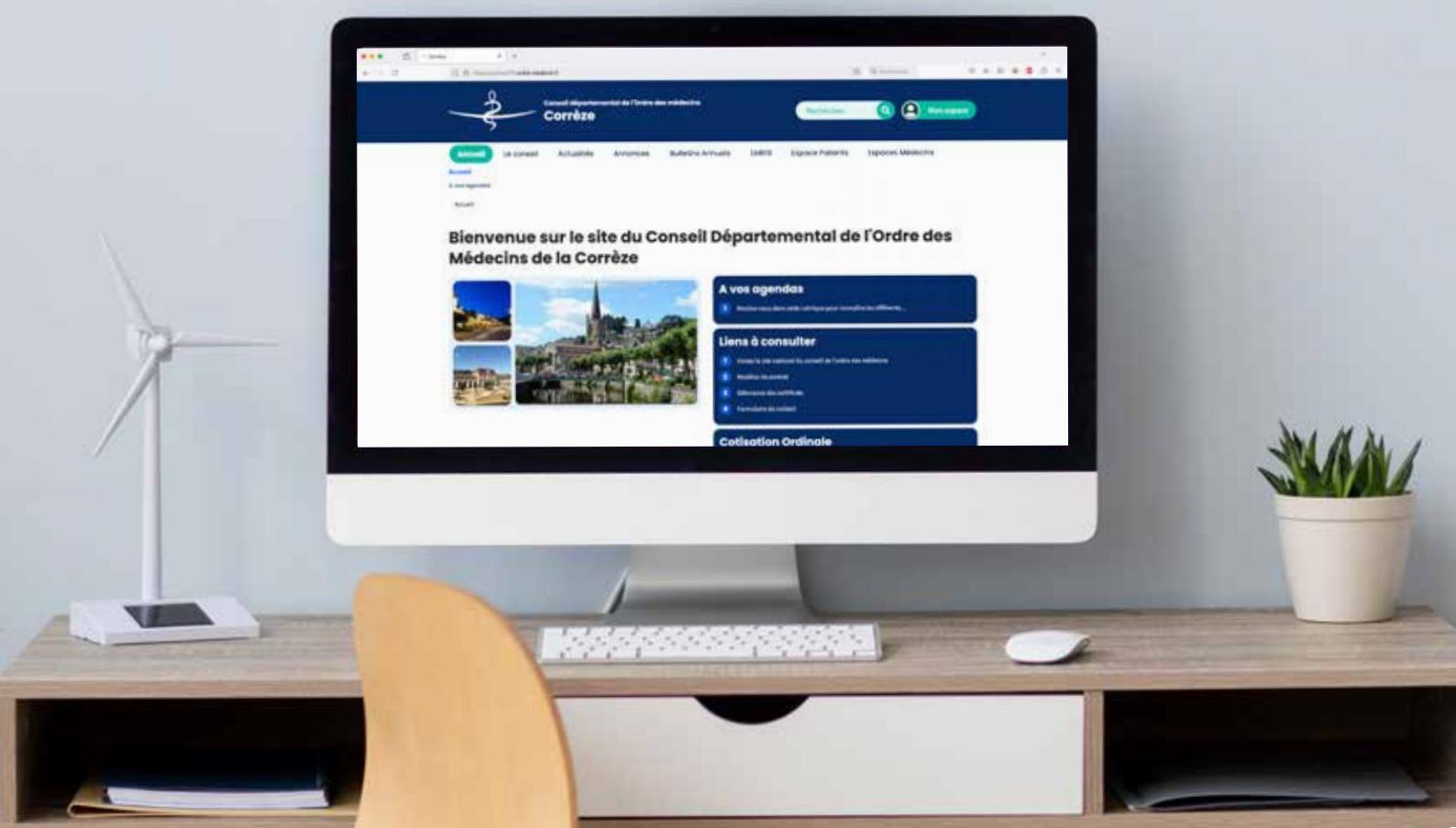
Enfin il vous est possible en vous identifiant d'accéder à votre dossier ordinal pour y apporter des compléments d'information et le mettre à jour.

Pour ce qui est du volet départemental, vous pouvez prendre connaissance de la composition du conseil départemental, des bulletins publiés et d'informations diverses d'intérêt local sur des associations, des services ou des manifestations. Sont publiés également les décès des consœurs et confrères du département.

Très prochainement nous mettrons en ligne un agenda le plus exhaustif possible des rencontres médicales, formations et manifestations programmées ou prévues dans notre département.

Ce site a été créé pour vous rendre service et doit pouvoir évoluer en fonction de vos appréciations et de vos souhaits. Je vous remercie donc d'avance pour vos retours.

Docteur Jean-Marie CHAUMEIL



MEILLEURS
voeux

2025

