

LOM

LOIRE OCÉAN MÉDICAL
REVUE TRIMESTRIELLE

n° 143

JUILLET
2014

sommaire

- 2 **LE MOT DU PRÉSIDENT**
J-L. CLOUET
- 5 **COMPTES RENDUS DES SÉANCES**
M. LONGUESPÉ
- 7 **LE SECRET PROFESSIONNEL**
C. JOSSE
- 10 **DE NANTES À SAINT-JACUT...**
J-J. FERRON
- 14 **HÔPITAL À DOMICILE**
J-F. ALLARD
- 15 **POINT SUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL**
E. PIGEON-AVERTY
- 16 **LA VACCINATION : LES NOUVEAUTÉS 2013-2014**
V. BRIEND-GODET
- 22 **ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE 2014**
- 24 **L'HUMEUR DES DRUIDES**
M. CHUPIN, Illustration P. LEVÉQUE
- 25 **PROBLÈME DE BRIDGE**
J-M. PALLIER
- 25 **MOTS CROISÉS**
M. CHUPIN
- 26 **PETITES ANNONCES**
- 26 **MISES À JOUR DU TABLEAU**



Armorique :
région fantôme
depuis Jules César !

Le mot >>> du Président



“ Décret sur l'insuffisance professionnelle ”

LE 26 mai 2014 a été publié au Journal Officiel le décret n° 2014-545 relatif aux procédures de Contrôle de l'insuffisance professionnelle et aux règles de suspension temporaire des médecins, etc.

Cette procédure était en application depuis longtemps sous le nom de l'article R4124-3 pour les médecins présentant des problèmes de santé ou un état pathologique.

Cela permettait à ces confrères, en cas de suspension administrative par la chambre restreinte régionale pour raison de santé, de pouvoir se faire remplacer tout en étant en arrêt de maladie et de continuer à bénéficier de leurs droits sociaux. Il ne s'agissait pas d'une mesure disciplinaire même si nous étions tous bien conscients

de la lourdeur et de l'implication professionnelle de la mesure.

Dans la plupart des cas, cela concernait des confrères ayant rencontré des problèmes psychologiques importants.

Dorénavant, le nouveau décret paru ce 26 mai comporte deux sous-sections :

- L'article R4124-3 concerne la suspension temporaire du droit d'exercer pour infirmité ou état pathologique ;
- L'art 24-3-5 la suspension temporaire du droit d'exercer pour insuffisance professionnelle.

Les textes ne changent pas fondamentalement le processus de la saisine du Conseil départemental mais précisent dorénavant exactement le parcours de la demande et les délais légaux à respecter.

“Bref, si l'idée ne paraissait pas totalement stupide, comme souvent dans notre pays la mise en application fait plutôt preuve d'amateurisme et/ou d'impréparation.”

Maintenant, il reviendra au Conseil départemental de saisir le Conseil régional (cela peut être aussi l'ARS ou le Conseil national) et c'est le Conseil régional lui-même qui devra désigner son expert et non plus le Conseil départemental. Le médecin désignera son expert et les 2 experts en choisiront un troisième. Le texte parle d'un « doute sérieux sur la compétence professionnelle du demandeur », cela signifie vraisemblablement que ceux qui sont déjà inscrits ne sont pas concernés et n'ont donc pas intérêt à bouger !

Il est à noter que la demande de saisie du Conseil régional par un Conseil départemental n'est pas susceptible d'un appel.

Les experts devront impérativement rendre leur rapport dans un délai maximum de SIX semaines à dater du jour de leur saisine. Leurs honoraires seront à la charge du Conseil régional.

Si l'état psychique ou psychologique demande aux experts un travail d'expertise assez complexe pour se prononcer quant à la possibilité d'un exercice médical tant notre pratique est variée, il n'en est pas moins que ceux-ci considè-

rent qu'un confrère serait en fait capable d'un exercice médical dans un milieu plus encadré non soumis à d'importants stress ou de décisions rapides. Malheureusement, la pratique est autre puisque tout médecin reconnu apte à la pratique médicale est ipso facto capable de faire ce que bon lui chaut !

L'article R4124-3-5 concernera les médecins voulant une inscription au tableau du Conseil départemental. Celui-ci aura 3 mois pour se prononcer, ce délai pouvant être porté à 2 mois supplémentaires maximum en cas de demande d'expertise supplémentaire dans le cadre d'un doute sur une insuffisance professionnelle. Nous voyons là que les délais fixés par la loi vont demander aux experts de se prononcer rapidement quant à l'insuffisance professionnelle.

Qui sera concerné ? Nous pensons aux médecins pour qui nous avons des doutes quant à l'origine de leur formation ? À ceux qui maîtrisent très mal la langue ? À ceux qui se réinscrivent après de longues années sans pratique réajustée ?

Sur quels éléments les experts devront-ils statuer ? Devront-ils simplement recourir à une

présentation de dossier ? À des questions extraites de l'examen classant national de l'internat ?

Il ne faudrait pas non plus que les experts soient saisis de manière trop régulière pour que cette tâche n'impacte leur activité déjà bien remplie. A cet égard, nous sommes toujours à la recherche de bonnes volontés pour accepter de prendre en charge ces expertises. La loi prévoit qu'ils soient choisis dans le corps enseignant universitaire de la spécialité et pour les médecins généralistes, dans les professeurs attachés ou maîtres de conférences associés des universités.

Concernant le manque de pratique de la langue, nous avons déjà décidé au Conseil départemental de tester nos confrères par une demande de réponse à un interrogatoire de patient - type consultation basique. Le conseil national va élaborer sur la demande des Conseils départementaux des tests pour harmoniser les entretiens.

La régionalisation de la saisine des experts ne me paraît pas être une bonne évolution et encore moins une simplification administrative ! Nous sommes en attente d'une nouvelle cartographie régionale en ne sachant pas si notre cœur ira plutôt vers la Bretagne ou pas !

Bref, si l'idée ne paraissait pas totalement stupide, comme souvent dans notre pays la mise en application fait plutôt preuve d'amateurisme et/ou d'impréparation.

Les Conseils départementaux plus proches de l'exercice étaient tout à fait appropriés pour désigner un expert compétent dans leur ressort. Nos relations amicales et confraternelles nous permettaient de les solliciter plus directement.

Qu'en sera-t-il à l'échelon régional ? Je ne vois guère la simplicité poindre son nez !

Reste le fond qui améliore nettement notre arsenal réglementaire car il est réel que les éléments juridiques nous permettant de déférer un confrère dont nous avons un doute quant à ses capacités professionnelles vont nous permettre de rassurer les citoyens. Nous connaissons tous la capacité des élus locaux et municipaux à trouver tous les médecins parfaits quand il s'agit de remplir un centre de santé réalisé avec l'argent des contribuables... et à les critiquer avec la même ardeur à la moindre erreur.

DOCTEUR JEAN-LOUIS CLOUET

jlclouet@orange.fr

COMPTES RENDUS DES SÉANCES PLÉNIÈRES

du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique

SÉANCE DU 6 MARS 2014

Au cours du mois de février 2014, le Conseil départemental a étudié 246 contrats: 188 contrats de remplacement et 58 autres contrats dont 8 contrats de collaboration libérale, 1 contrat de collaboration salariée, 5 contrats conclus avec les hôpitaux (PH, activité libérale...), 2 contrats conclus avec une Clinique, 7 contrats de travail, 19 contrats relatifs aux sociétés (SEL, SCM...), 5 contrats de cession (cabinets, parts sociétés...), 3 contrats d'association, 1 contrat de médecin du travail et 7 contrats divers.

Suite à la saisine du Conseil départemental, l'Agence Régionale de Santé a pris la décision de suspendre immédiatement un praticien de son droit d'exercer la médecine.

Après étude du dossier d'un praticien par la Commission départementale de qualification, le Conseil a procédé à l'enregistrement de sa qualification de spécialiste en Médecine Générale.

Le Conseil a autorisé deux médecins à disposer d'un second lieu d'exercice et a accordé l'autorisation d'exer-

cer sur un troisième site à un autre médecin.

Le Conseil a accepté qu'un praticien effectue des remplacements pendant sa première année d'installation, sous réserve qu'il ne se fasse pas remplacer à son cabinet.

Le Conseil a accordé à un praticien la dérogation nécessaire pour lui permettre d'avoir une activité salariée en dehors de la SELARL qu'il va intégrer prochainement et l'a donc autorisé à disposer d'un double site d'exercice.

Le Conseil a émis un avis favorable concernant sept candidatures en tant que médecins spécialistes auprès du Tribunal et des services de la Préfecture.

Le Docteur Christian PELLERAY, Trésorier, a présenté les comptes de gestion pour l'année 2013 qui ont été approuvés à l'unanimité.

Le Docteur PELLERAY a également soumis au Conseil des demandes de réduction de cotisation de confrères.

Lors de cette séance, le Conseil départemental a nommé Liquidateur des dépenses le Docteur Jean-François ALLARD en sa qualité de Vice Président.

SÉANCE DU 10 AVRIL 2014

Au cours du mois de mars 2014, le Conseil départemental a étudié 306 contrats: 243 contrats de remplacement et 63 autres contrats dont 9 contrats de collaboration, 10 contrats conclus avec un hôpital ou une Clinique, 13 contrats de travail, 7 contrats relatifs aux sociétés, 10 contrats de cession, 11 contrats d'association, 1 bail, 1 contrat de médecin du travail et 1 contrat divers.

Après étude des dossiers par la Commission départementale de qualification, le Conseil a procédé à l'enregistrement de neuf qualifications de spécialiste en Médecine Générale et d'une qualification en Médecine Physique et de Réadaptation.

Le Conseil départemental a décidé de saisir la formation restreinte du Conseil régional de l'Ordre des médecins des Pays-de-la-Loire afin qu'elle statue sur la demande de reprise d'activité médicale formulée par un praticien.

Une affaire disciplinaire a été évoquée lors de cette séance. Le Conseil a transmis la plainte à la Chambre Disciplinaire de Première Instance des Pays-de-la-Loire en s'y associant.

La section des assurances sociales de la Chambre Disciplinaire de Première Instance des Pays-de-la-Loire a condamné un praticien à la sanction de l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 6 mois dont quatre avec sursis (pour prescriptions hors réglementation).

Le Conseil a autorisé un médecin à disposer d'un troisième site d'exercice.

Le Conseil a décidé d'accepter la demande de dérogation de deux praticiens leur permettant d'effectuer des remplacements en vue d'une nouvelle installation fin 2014.

Le Conseil a désigné le Docteur Denis GUITTON en tant que titulaire, et le Docteur Pierre JEGO en tant que suppléant, pour le représenter au CODAMUPS.

Le Docteur PELLERAY a soumis au Conseil des demandes de réduction de cotisation de confrères en raison de leur situation financière.

Le Docteur Jean-Joseph FERRON a informé le Conseil de la prochaine Journée d'Éthique qui aura lieu le mardi 14 octobre 2014 en soirée sur le thème du don d'organe et des problèmes éthiques aigus posés par la pénurie et le choix des receveurs dans la transplantation des organes et la perspective des organes artificiels.

Lors de cette séance, les Docteurs CARLIER, FERRON et TILLY ont fait un compte

rendu des 1^{res} assises interrégionales ordinaires du Grand Ouest (organisées par les Conseils régionaux de l'Ordre des médecins de Basse Normandie, Bretagne, Haute-Normandie et Pays-de-la-Loire) qui ont eu lieu le samedi 5 avril 2014 à l'Abbaye de Saint-Jacut-de-la-Mer.

SÉANCE DU 15 MAI 2014

La réunion a commencé par un exposé (en présence des conseillers suppléants), du Docteur Luc CARLIER concernant la sécurisation de l'exercice médical.

Au cours du mois d'avril 2014, le Conseil départemental a étudié 269 contrats: 184 contrats de remplacement et 85 autres contrats dont 15 contrats de collaboration, 23 contrats conclus avec un hôpital ou une Clinique, 6 contrats de travail, 12 contrats relatifs aux sociétés, 16 contrats de cession, 2 contrats d'association, 1 bail, et 6 contrats divers.

Après étude des dossiers par la Commission départementale de qualification, le Conseil a procédé à l'enregistrement d'une qualification de spécialiste en Médecine Générale et d'une qualification en Gériatrie.

Par une décision du 15 avril 2014, la formation restreinte du Conseil régional de l'Ordre des médecins des Pays-de-la-Loire a prononcé une mesure de suspension de son droit

d'exercer la médecine pendant six mois concernant un praticien qui a fait appel de cette décision.

Par une décision du 15 avril 2014, la Chambre Disciplinaire de Première Instance des Pays-de-la-Loire a prononcé la sanction du blâme à l'égard d'un praticien (pour prescriptions hors réglementation).

Le Conseil a donné une suite favorable à la demande d'un praticien de ne plus participer aux gardes de CAPS.

Le Conseil a autorisé un praticien à disposer d'un deuxième et d'un troisième site d'exercice.

Le Conseil a émis un avis favorable concernant deux candidatures en tant qu'experts judiciaires près la Cour d'Appel de Rennes.

Martine LONGUESPÉ

Responsable administrative du CDOM

LE SECRET PROFESSIONNEL

Cet article est tiré de la présentation que le Conseil départemental propose aux groupes de formation de médecins généralistes ou spécialistes du département. C'est une approche plutôt pratique de la question qui est loin d'être exhaustive tant ce thème est riche.

Les articles du code de déontologie médicale cités sont repris aux articles R.4127-1 et suivants du code de la santé publique.

définition

- Art. 4 du code de déontologie médicale :
« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

C'est la définition du secret professionnel donné par le code de déontologie. Ce devoir est connu des médecins mais il n'est pas inutile de souligner que les éléments concernés ne sont pas uniquement d'ordre médical.

Il n'est pas opposable au patient, bien au contraire puisque le médecin est tenu à son égard à un devoir d'information.

définition (suite)

- Art. 72 du code de déontologie médicale :
« Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle ».

Cet article responsabilise clairement le médecin du respect du secret professionnel par les personnes qui travaillent avec lui et sont sous sa responsabilité (infirmières, secrétaires...).

Cela induit une information renforcée concernant ce devoir à l'égard de ses collaborateurs. Tout doit être mis en œuvre pour que le secret soit respecté, que ce soit par les personnes qui travaillent pour le médecin ou sa hiérarchie administrative s'il est salarié. Bien sûr, la meilleure éducation commence par une attitude irréprochable.

définition (suite)

- Art. 73 du code de déontologie médicale :
« Le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.
Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur .
Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu ».

Il est bien évident que l'obligation du médecin de respecter le secret professionnel couvre les documents médicaux qui lui servent au quotidien mais également ceux qui sont archivés, qu'ils soient matériels ou dématérialisés.

quelques principes

- Le secret médical a un caractère général et absolu.
- Le secret est institué dans l'intérêt des patients.
- Le malade ne peut délier le médecin de son obligation de secret.
- Cette obligation ne cesse pas après la mort du malade.

Si le secret n'est pas opposable au patient, ce dernier ne peut délier le médecin de son obligation de le respecter. Donc aucune autorisation, sous quelque forme que ce soit, ne permet au médecin de révéler des informations couvertes par le secret médical.

quelques principes (suite)

- Le secret s'impose même devant le juge (sauf pour empêcher de condamner un innocent).
- Le secret s'impose envers les médecins ne participant pas aux soins.
- Le secret couvre aussi le nom du patient.

Le secret professionnel est opposable aux gendarmes, aux policiers, aux juges, tribunaux et avocats. Les médecins, parfois sollicités dans le cadre d'enquêtes pénales, ne peuvent donc remettre aucun document ni témoigner d'aucune manière auprès des forces de l'ordre, même sur réquisition. La réquisition ne peut en effet avoir pour objet d'obtenir des informations détenues par le médecin parce qu'il a suivi tel patient. Elle ne peut trouver d'application que dans la sollicitation d'un acte technique (examen, prise de sang...). On fait dans ce cas appel au médecin car c'est un professionnel qualifié pour réaliser cet acte.

Cela ne peut cependant pas empêcher le médecin mis en cause devant la justice de se défendre et dans ce cas, il peut révéler les éléments couverts par le secret médical et indispensable à sa défense.

les sanctions

La condamnation peut être :

- Pénale : c'est un délit (1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende).
- Civile : indemnisation financière d'un éventuel préjudice.
- Disciplinaire.

C'est l'article 226-13 du code pénal qui condamne la violation du secret professionnel et médical plus particulièrement.

les dérogations légales

- Naissances ;
- Décès ;
- Maladies contagieuses (liste fixée par voie réglementaire) ;
- Certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- Accidents du travail et maladies professionnelles ;
- Pensions militaires et civiles d'invalidité ;
- Expert CRCI ;
- Institut de veille sanitaire ;
- Médecin DIM dans les établissements de santé.

Dans ces cas précis, la loi institue une dérogation au secret professionnel qui s'impose au médecin.

les dérogations le signalement

- Art. 226-14 du code pénal :
Les sévices et privations dont une personne mineure ou vulnérable est victime peuvent être signalés par le médecin qui en a connaissance, comme par tout autre professionnel tenu au secret professionnel, aux autorités judiciaires (Procureur de la République) médicales ou administratives (conseil général, service de PMI).

Après l'article 226-13, l'article 226-14 rend possible le signalement des violences sur un mineur ou une personne qui n'est « pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

le signalement (suite)

- Avec l'accord de la victime, le médecin peut signaler au Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession, et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises.

C'est une disposition assez méconnue des médecins mais pour le patient majeur, le médecin peut faire le signalement avec son accord.

le signalement (suite)

- Le médecin n'est tenu de signaler que les faits constatés dans l'exercice de sa profession.
- Il rapportera aussi fidèlement que possible les paroles de la victime en les notant entre guillemets.
- Le médecin ne peut présenter des agressions comme fait avéré sur la seule foi des déclarations d'un parent, d'un accompagnant...

En cas de difficultés, le praticien ne doit pas hésiter à diriger la victime vers une unité médico-judiciaire.

le signalement (suite)

- L'article 226-14 du code pénal précise également qu'aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices effectué par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues à cet article.

Depuis 2004, le médecin n'encourt plus de sanction disciplinaire du fait d'un signalement réalisé dans les conditions réglementaires.

le signalement (suite)

- Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé.
- Le Conseil de l'Ordre met à la disposition des médecins un modèle de signalement.

L'expert

- L'expert ne détient d'aucun texte la possibilité de demander au médecin qui suit le patient des renseignements ou son dossier médical.

C'est une démarche pourtant malheureusement répandue à laquelle les médecins doivent s'opposer. Cependant, la loi permet aux experts de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) d'obtenir « communication de tout document, y compris d'ordre médical ».

les patients dangereux armés

- Le médecin peut informer le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une (disant au médecin qu'elles veulent se livrer à un acte de violence).

Ce signalement se fait dans ce cas auprès de l'autorité administrative.

la notion de secret partagé

- Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition du patient, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible...

Ceci exclu donc les médecins conseils des compagnies d'assurances envers qui le praticien qui prend en charge le patient est tenu au secret professionnel, il n'y a pas de secret partagé dans ce cas.

la notion de secret partagé (suite)

- ... Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe (article L.1110-4 alinéa 3 du code de la Santé Publique).

C'est une attitude de bon sens s'appliquant dans l'intérêt du patient que la loi est venue définir en 2002.

Carole JOSSE
Juriste du CDOM

1^{res} ASSISES INTERRÉGIONALES ORDINAIRES DU GRAND OUEST DE NANTES À SAINT-JACUT...

L'éthique, l'éthique...! Impressions et réflexions



C'est à Saint-Jacut-de-la-Mer dans les Côtes-d'Armor que se sont tenues le samedi 5 avril les 1^{res} assises interrégionales ordinaires du grand ouest. Lieu magnifique en bord de mer, petit bijou de la Côte d'Emeraude, aux paysages sans cesse métamorphosés par les marées, le choix d'un site historique propice à la réflexion et la méditation, l'abbaye de Saint-Jacut était le lieu idéal pour réunir les médecins des Conseils départementaux et régionaux de Basse-Normandie,

Bretagne, Haute-Normandie et Pays-de-la-Loire. Une belle affluence avec 200 participants et une répartition inégale des différents Conseils, la moitié environ venant de la région Bretagne et une quarantaine de la région des Pays-de-la-Loire.

Cette journée, la première du genre, introduite par le Président du Conseil national, le Dr Patrick Bouet, avait comme objectif de susciter une réflexion, en particulier éthique sur des grands sujets

de société et replacer ainsi l'institution dans l'une de ses grandes missions.

Le programme de cette journée était structuré autour de quatre grands exposés magistraux suivis de débats : deux sujets généraux l'après-midi, l'un sur les origines de l'éthique et l'autre sur l'évolution des lois de bioéthique et deux sujets plus ciblés le matin, sur l'insuffisance professionnelle d'une part et d'autre part un sujet de société d'une grande actualité et très médiatique, la PMA (procréation médicale assistée) et la gestation pour autrui.

La question posée dans le 1^{er} sujet, à laquelle a tenté de répondre le Pr Robert Nicodème, Président de la section formation et compétences médicales du CNOM était formulée de la façon suivante : « Comment juger de l'insuffisance professionnelle d'un médecin à son inscription au Conseil départemental ? ». Ce sujet avait une résonance particulière pour nous et aiguillait notre éveil et notre intérêt puisque nous l'avions évoqué en séance à notre Conseil en présence du doyen Jean-Michel Rogez et notre collègue généraliste, responsable du département de médecine générale à la faculté, le Pr Rémi Senant. Nous sommes en effet souvent démunis lorsque nous constatons qu'un médecin, alors qu'il a terminé son cursus médical et obtenu son diplôme

de docteur en médecine, au moment de son inscription à l'Ordre, se révèle incapable d'exercer pour des raisons aussi diverses que l'incompétence liée à une insuffisance des connaissances nécessaires à la pratique de l'art médical ou liée à des facteurs psychologiques ou comportementaux qui souvent ne sont pas récents et auraient dû alerter et être dépistés suffisamment tôt. Sujet difficile avec beaucoup de questions sur la manière de prévenir et d'éviter ainsi des gâchis humains. Notre attente était donc grande sur ce sujet avec l'espoir d'avoir quelques solutions concrètes. Malheureusement, il n'a pas du tout été répondu à la question posée, qui était pourtant très précise ! Nous avons eu un exposé, certes intéressant et documenté, sur la compétence médicale (ou plus précisément l'insuffisance professionnelle) et la manière de la juger, mais ceci non pas au moment de l'inscription comme cela était annoncé, mais pendant l'exercice professionnel ! Il a bien sûr été question du rôle de l'Ordre, de la formation continue, devenue obligatoire avec la loi HSPT, de DPC, de comparaison avec le système britannique, etc. mais nous sommes restés sur notre faim quant à la question posée dans l'intitulé de cette séquence. C'est donc d'un autre sujet dont il a été question...

Le 2^e sujet, traité magistralement par le Pr Israël Nisand, chef de pôle gynécologie-obstétrique au CHU de Strasbourg, personnalité très médiatique intervenant régulièrement sur les ondes et dans la presse concernait un sujet brûlant et également très médiatique, les « enjeux éthiques de l'assistance médicale à la procréation et de la gestation pour autrui ». Il est difficile dans le cadre de ce bref retour sur cette journée de traduire la manière dont le Pr Nisand nous a transportés dans un TGV éthique, train fou lancé à grande vitesse, que rien ne peut arrêter, un très grand vertige (autre TGV !) éthique ! Avec fougue, conviction, enthousiasme, il nous a fait toucher du doigt les grandes questions éthiques posées par la PMA et la GPA, nourries de nombreux exemples et cas tirés de sa pratique, dont certains nous ont fait frémir quand il a évoqué certaines demandes surprenantes concernant la demande d'enfant, nous plongeant dans une grande perplexité. Que ce soit les modifications de la famille, les modifications de l'être humain, les aspects économiques liés à la gratuité de l'accès aux soins (et donc de « l'enfant, j'y ai droit ! »), beaucoup, énormément de questions se posent et sont posées avec l'augmentation de la stérilité des couples, du recul de l'âge de la 1^{re} grossesse (30 ans), le coût prohibitif des traitements de

stérilité, sans oublier les conséquences collatérales, l'augmentation des grossesses gémellaires et une iatrogénèse importante liées au traitement de ces stérilités... Ces questions très actuelles sans oublier celles fréquemment orchestrées par les médias concernant les couples de même sexe, les familles monoparentales, les célibataires, etc. posent évidemment des problèmes éthiques aigus et complexes pour lesquelles les réponses ne sont pas que médicales mais sociétales et des solutions qui ne peuvent être que politiques et juridiques. Pour Israël Nisand, il y a des niveaux techniques de complexité croissante. Un premier niveau est celui du traitement de la stérilité d'un couple. Le rôle du médecin y est bien sûr prépondérant, mais il ne faut pas oublier et négliger les effets adverses que sont l'augmentation des morbidités maternelles et néonatales et surtout le problème éthique majeur et difficile des embryons surnuméraires. Un 2^e niveau de difficulté est représenté par les problèmes posés par les dons eux-mêmes qui modifient la filiation avec une double conséquence : pour les donneurs se posent en effet des questions telles que la motivation pour le don, le statut de parent caché, les fantasmes et le tourisme procréatif et pour les receveurs une certaine tyrannie du secret, une difficulté à gérer

le manque de transparence et sans doute le mal-être de certains enfants issus de ces dons. Israël Nisand nous a démontré que les problèmes éthiques liés à la GPA ne sont pas aussi simples que certains voudraient le laisser penser et il affirme que l'interdiction pure et simple qui existe en France devrait être levée. Il trouve la loi trop prohibitive et il pense que l'on pourrait autoriser la GPA au cas par cas plutôt que de tout interdire, interdiction qui pousse des couples à aller à l'étranger alors que certaines de ces demandes paraissent légitimes. On pourrait ainsi éviter certaines dérives et des risques pour la santé des femmes et de leur enfant. Beaucoup d'autres questions éthiques ont été posées et continueront de se poser qui ne peuvent être transcrites ici. Un autre exemple concerne la question de la conservation. On le sait, les gamètes et embryons se conservent. Comment gérer ce problème de conservation ? Cette conservation doit-elle être « médicale » ou « sociale » ? Voilà, parmi d'autres et à titre d'exemple, le type de question dont la réponse n'est pas simple et pour l'instant non résolue.

Le Dr Hervé Chneiweiss, Directeur du laboratoire de neurosciences Paris Seine à l'université Pierre et Marie Curie, directeur de recherche au CNRS, Président du comité d'éthique de l'INSERM et membre du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) était la 3^e personnalité à intervenir pour un exposé sur « les lois de bioéthique et leurs évolutions ». Nous avons eu un historique très complet de

ces lois qui, rappelons-le, datent de 1994. La France a été pionnière en ce domaine avec l'instauration d'une révision régulière de ces lois pour prendre en compte l'évolution des connaissances, de la société et des mentalités. La dernière révision, toute récente, date de 2011 et n'a pas apporté de changement significatif. Pour prendre l'exemple de la recherche sur l'embryon, les premières lois de bioéthique, en 1994, l'interdisaient. En 2004, la loi relative à la bioéthique permettait des dérogations possibles à cette recherche. En 2011, il n'y a pas eu de vrai changement au grand dam de ceux qui voulaient faire évoluer la loi et ce, malgré la mise en place d'états généraux et la tenue de 3 forums citoyens, régionaux pour éviter les discussions restreintes et les débats entre experts. Ces questions de bioéthique touchent en effet aux droits fondamentaux et ne doivent pas être traitées par les seuls experts. L'objet de ces lois est d'encadrer les techniques biomédicales qui peuvent porter atteinte à l'intégrité physique de la personne, à la vie privée ou qui risquent d'intervenir sur le processus vital (le fameux « biopouvoir » pointé par Michel Foucault). Exposé exhaustif d'Hervé Chneiweiss sur l'élaboration, la réflexion et l'évolution de ces lois de bioéthique, que certains auront peut-être trouvé un peu aride dans la période postprandiale du début d'après-midi ! Néanmoins, nous devons reconnaître que l'élaboration de ces textes législatifs est précédée d'une réflexion qui les distingue beaucoup des autres lois...

Enfin, et pour clore cette jour-

née, ce sont « les racines philosophiques de l'éthique » que le Pr Axel Kahn a tenté de nous faire découvrir dans une généalogie qu'il fait remonter à l'épopée la plus ancienne de l'humanité, l'épopée de Gilgamesh. Qui ne connaît Axel Kahn ? Personnalité médiatique, généticien de renom, grand humaniste avec une grande culture et une réflexion philosophique et éthique très documentée sur les grands problèmes de société actuels touchant à la médecine mais pas seulement, il était sûrement le plus apte à nous parler de cette question des racines de l'éthique. Curieusement, ce sujet de portée générale et s'intéressant aux racines arrivait à la fin. Peut-être fallait-il y voir le symbole de cette quête de l'origine qui doit nous ramener à l'essentiel, rappelé au terme de cette journée : la découverte de l'Autre et nos rapports avec l'Autre. C'est là qu'intervient le premier moment de l'éthique. C'est ce que prétend Axel Kahn en rappelant le mythe sumérien de Gilgamesh : celui-ci est le roi tyrannique d'Uruk en Mésopotamie et pour faire cesser ses excès, les dieux créent Enkidu, un être capable de le combattre. L'affrontement a lieu entre les deux mais ne voit aucun vainqueur, et Gilgamesh va alors découvrir ce qu'est l'Autre (c'est la reconnaissance de l'Autre) et ils vont devenir des amis. Gilgamesh a découvert l'amitié et l'attachement et il sera très affecté par la mort de son ami Enkidu, ce qui le conduira à vouloir rechercher tous les moyens d'éviter la mort mais il apprendra qu'il ne pourra jamais obtenir la vie éter-

nelle. Il cherchera alors à mener une vie heureuse jusqu'à sa mort. Ce récit fondateur, selon Axel Kahn, serait la racine primordiale de l'éthique par ce mouvement qui nous fait reconnaître l'importance de l'Autre. Ethique et morale, on le sait, partagent la même origine étymologique, l'une grecque, l'autre latine pour tout ce qui se rapporte aux mœurs, à la manière de nous comporter dans nos rapports avec autrui. Les deux termes se confondent, mais l'éthique, branche de la philosophie morale est une morale en action, à la recherche de la vie bonne. Axel Kahn a repris les distinctions classiques entre morale, science du Bien et du Mal et éthique, morale en action, confrontée aux actions humaines bonnes ou mauvaises. Ce qui fait l'humain, c'est l'association et l'interaction d'une base génétique (le génome humain) et d'une base acquise. La notion d'humanité n'a de sens que plurielle. C'est le principe de réciprocité qui fonde le principe de bienfaisance et de non-malfaisance puis le principe de justice, principes qui, avec le principe d'autonomie sont les grands principes de bioéthique gravés dans le marbre depuis le rapport Belmont de 1978. Faut-il le rappeler, le bien, c'est ce qui prend en compte la personne et l'aide à son épanouissement tandis que le mal est-ce qui nuit à la personne et à son épanouissement. Axel Kahn a par ailleurs voulu insister sur le concept de dignité, terme complexe et polysémique qui, du fait même de cette polysémie, peut entraîner des confusions et des débats à n'en plus finir. Entre dignité « stoïcienne » (se montrer

digne), « chrétienne » (l'homme créé à l'image de Dieu), « ontologique » (inhérente à la nature humaine elle-même et qui s'oppose à tout ce qui a un prix au sens de valeur marchande) en référence à Kant, et la « dignité-liberté » qui pose la limite de la liberté avec celle d'autrui, Axel Kahn se positionne pour la « dignité ontologique » qui est normative et s'impose à la personne elle-même. Exposé passionnant, dont l'aperçu donné ici en trahit la richesse mais qui nous fait mesurer que notre culture dans ce domaine est encore très insuffisante.

Pari gagné pour cette journée organisée par le CNOM avec des débats riches orchestrés et modérés par le Dr Jacques Lucas, 1^{er} vice-président du CNOM et le Dr François Stefani, ancien conseiller national avec une assistance attentive et participative (dans laquelle se trouvait le représentant de l'archevêque de Rennes, spécialiste des questions éthiques). Journée très appréciée des participants qui ont évalué cette journée de façon très positive. Personnellement, j'ai apprécié cette initiative des Conseils régionaux et je suis de ceux qui pensent qu'il faut instiller, diffuser, entretenir une culture éthique chez les médecins. L'éthique, l'éthique... de Saint-Jacut à Nantes, même si nous étions peu nombreux à venir de notre bonne ville de Nantes, il faut encourager cette tentative de l'Ordre et ainsi répondre à une de ses missions essentielles : améliorer l'humain dans le médecin en développant cette morale en action qu'est l'éthique.

Dr Jean-Joseph FERRON
Conseiller titulaire

LE DON : UNE HISTOIRE DE CŒUR !

DE L'AVENTURE DE LA GREFFE CARDIAQUE À CELLE DU CŒUR ARTIFICIEL : DES ENJEUX ÉTHIQUES COMPLEXES ET VARIÉS.

LE GROUPE NANTAIS D'ÉTHIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ (GNEDS) ET LE CONSEIL INTERDISCIPLINAIRE D'ÉTHIQUE (CIDE) DU CHU DE NANTES VOUS INVITE À UNE SOIRÉE DÉBAT. ELLE AURA POUR THÈME LE DON D'ORGANE ET LES PROBLÈMES ÉTHIQUES AIGUS POSÉS PAR LA PÉNURIE ET LE CHOIX DES RECEVEURS DANS LA TRANSPLANTATION DES ORGANES ET LA PERSPECTIVE DES ORGANES ARTIFICIELS SUITE À L'AVENTURE EXCEPTIONNELLE QUE NOUS AVONS VÉCU RÉCEMMENT AVEC L'IMPLANTATION D'UN CŒUR ARTIFICIEL ET LES QUESTIONS ÉTHIQUES SPÉCIFIQUES QUI LUI SONT LIÉES.

CETTE SOIRÉE DÉBAT, ANIMÉE PAR LE DR JEAN-JOSEPH FERRON, SE DÉROULERA LE MARDI 14 OCTOBRE 2014 DE 20H À 22H À L'AMPHI 400 DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE, 9 RUE BIAS À NANTES AVEC :

- LE PR DANIEL DUVEAU, PR ÉMÉRITE DE L'UNIVERSITÉ DE NANTES, CHIRURGIEN THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE, ENGAGÉ PAR LE PR CARPENTIER ET LA SOCIÉTÉ CARMAT POUR LA MISE AU POINT CLINIQUE DU CŒUR ARTIFICIEL FRANÇAIS, A RÉALISÉ AVEC LE PR LATREMOUILLE LES NOMBREUX ESSAIS ANIMAUX EN COLLABORATION D'ONIRIS À NANTES ET À LA PREMIÈRE IMPLANTATION HUMAINE À PARIS EN DÉCEMBRE 2013
- LE DR PHILIPPE BIZOUARN, ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR, DÉPARTEMENT CARDIOVASCULAIRE DU CHU DE NANTES, DOCTEUR EN PHILOSOPHIE ET MEMBRE DU GNEDS, ET AUTEUR DE NOMBREUSES PUBLICATIONS SUR LE CŒUR ARTIFICIEL, INNOVATION ET CONSENTEMENT.
- M. JACQUES RICOT, DOCTEUR EN PHILOSOPHIE ET PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PHILOSOPHIE EN CLASSES PRÉPARATOIRES, MEMBRE DU GNEDS, AUTEUR DE NOMBREUX OUVRAGES DE PHILOSOPHIE EN PARTICULIER SUR LA FIN DE VIE.

SOIRÉE OUVERTE À TOUT PUBLIC.
ENTRÉE LIBRE ET GRATUITE.

HOPITAL A DOMICILE DE NANTES ET REGION

A VOTRE DISPOSITION POUR VOS PATIENTS

Association loi 1901, l'Hôpital à domicile Nantes et région est un établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Point de rencontre entre médecine hospitalière et médecine de ville, l'HAD travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant et les services hospitaliers spécialisés, privés et publics.

Il permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Créé en 1980, l'HAD Nantes et région intervient :

- sur Nantes et dans un rayon de 20 km autour de Nantes,
- sur le pays d'Ancenis,
- sur le Pays de Châteaubriant,
- sur le Sud Loire (Vignoble et pays de Retz).

La demande d'admission en HAD peut émaner :

- du médecin traitant,
- d'un établissement hospitalier public,
- d'un établissement de santé privé,
- d'un médecin spécialiste,
- d'un médecin coordonnateur en EHPAD.

Mais cette demande devra toujours recueillir l'accord du médecin traitant qui reste le médecin référent du patient.

L'équipe de l'HAD, médecin coordonnateur, infirmiers coordinateurs, infirmiers, aides soignants, kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologue, sophro-

logue et auxiliaires de vie articulent le projet de soins élaboré avec le médecin traitant autour du patient, en relation avec les différents spécialistes des structures spécialisées, intervenants dans la prise en charge.

Le rôle des assistantes sociales est prépondérant en HAD car elles connaissent parfaitement les rouages institutionnels et savent très rapidement à quelles aides le patient peut prétendre et comment les obtenir en évitant au médecin traitant de remplir des imprimés inutiles lui permettant ainsi de se consacrer à l'essentiel.

Il est également possible et c'est de fait assez fréquent, lorsque le patient le souhaite, de conserver l'équipe paramédicale libérale (infirmières ou centre de soins, kinésithérapeutes, orthophonistes...) qui prenait en charge le patient avant son admission en HAD.

Avec l'HAD, c'est la possibilité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, de favoriser un retour sécurisé aux patients, en prenant en charge des pansements longs et complexes, des antibiothérapies par voie veineuse de produits hospitaliers, des soins de nursing lourds, des prises en soins en EHPAD, en établissements médico-sociaux (MAS, FAM etc.).

C'est aussi permettre aux patients, en situation palliative qui, avec le soutien de leur famille, optent pour le « chez soi » sans pour autant se priver des techniques hospitalières d'analgésie et de

soins mises à leur disposition par l'HAD.

Les prises en Soins sont nombreuses et diverses et c'est pourquoi l'HAD c'est également la possibilité :

- de contacter un médecin coordonnateur pour un avis sur une prise en charge,
- d'avoir en cas de besoin une intervention courte et ciblée

C'est surtout pour le médecin traitant qui le souhaite, la possibilité d'accompagner son patient jusqu'au bout du soin en pouvant compter sur le soutien et le support d'une équipe à son écoute et à celle du patient.

L'HAD c'est également pour le patient une présence 7 jours sur 7 et 24 h sur 24.

**HAD Nantes et Région
15 Bd Meusnier de Querlon
44004 NANTES Cedex 1
Tél: 02 40 16 04 70**

Les médecins coordonnateurs :

Dr Anne FOURQUIER
(Nantes EST)
06 27 76 12 96

Dr Hélène GAILLARD
(Nantes OUEST)
02 40 16 04 70

Dr Jérôme LIBOT
(Pays de Châteaubriant)
02 28 05 07 00

Dr Claire AHSSAINI
(Pays d'Ancenis)
02 40 09 55 30

Dr Jean-François ALLARD
(Nantes Sud)
06 83 09 56 69

POINT SUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Suite à la réforme de la médecine du travail de 2012, et aux nombreuses questions qui en ont découlé, le Conseil National de l'Ordre des Médecins nous a apporté des précisions concernant la question de la qualification des médecins autorisés à exercer dans les services de santé au travail (interentreprises ou autonomes).

Deux statuts peuvent être envisagés : celui de médecin du travail (I) et celui de collaborateur médecin en santé au travail (II).

I – Les Médecins du Travail

Selon l'article R.4623-2 du Code du Travail, peuvent être recrutés pour exercer les fonctions de médecin du travail :

- les médecins ayant obtenu la capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels dans le cadre de la reconversion prévue par l'article 194 de la loi de modernisation sociale ;
- les médecins titulaires de l'attestation délivrée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur de la validation des obligations de la formation exceptionnelle mise en œuvre par les lois du 1^{er} juillet 1998 et 17 janvier 2002 ;
- les médecins qualifiés en médecine du travail.

Cette qualification de spécialiste en médecine du travail est acquise par l'obtention :

- d'un DES de médecine du travail ;
- d'un diplôme reconnu équivalent en vertu de la réglementation communautaire ;
- d'un DES européen de médecine du travail ;
- d'autorisations ministérielles d'exercice dans la spécialité de médecine du travail.

Elle peut également être acquise par la voie de commissions de qualification.

Quant à la qualification de compétent en médecine du travail, celle-ci est acquise aux médecins de l'ancien régime titulaires du CES de médecine du travail.

Les mêmes diplômes, titres et formations sont requis pour exercer les fonctions de médecin de prévention pour la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale, ainsi que pour les médecins exerçant les fonctions de médecin du travail dans la fonction publique hospitalière.

Cas particulier : diplôme de l'INMA (Institut National de Médecine Agricole) :

Selon l'article R.717-50 du Code Rural et de la Pêche Maritime, les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture doivent soit remplir les conditions mentionnées à l'article R.4623-2 du Code du Travail et citées ci-dessus, soit être titulaires du diplôme délivré par l'INMA.

Ce diplôme n'est pas qualifiant et ne permet pas d'exercer en dehors des entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuel et les chambres d'agriculture (article L.717-1 du Code Rural).

II – Les Collaborateurs Médecins en Santé au Travail

Selon l'article R.4623-25 du Code du Travail, les services de santé au travail (interentreprises ou autonomes) peuvent recruter des collaborateurs médecins non encore qualifiés spécialistes en médecine du travail mais qui s'engagent dans une formation leur permettant de prétendre à la qualification ordinale.

Un « DIU de pratiques médicales en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins » a donc été créé. Ce DIU :

- est accessible aux médecins justifiant d'au moins 5 années d'inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins.
- n'est ouvert qu'aux médecins disposant d'une promesse d'embauche émanant d'un service de santé au travail puis d'un contrat de collaborateur médecin.

Les services de santé au travail dans la fonction publique hospitalière peuvent également recruter des collaborateurs médecins. Il en est de même des services de santé au travail agricoles dès lors que les collaborateurs s'engagent dans une démarche de formation ou auprès de l'INMA, en vue de l'obtention de la qualification de médecine du travail de l'Ordre des Médecins.

En revanche, les services de prévention de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique d'Etat ne peuvent recruter de collaborateurs médecins.

Seuls les médecins répondant aux diplômes et qualifications cités à l'article R.4623-2 peuvent être recrutés dans les services de médecine de prévention.

Ce statut permet de recruter de nouveaux médecins dans des services qui connaissent une pénurie mais aussi de régulariser la situation des médecins qui exercent illégalement la médecine du travail dans ces services.

LA VACCINATION

LES NOUVEAUTÉS 2013-2014

LA vaccination est, de nos jours, un des moyens de lutte contre les maladies infectieuses les plus efficaces. Pourtant, cet acte simple et bien toléré est souvent remis en question, dans les médias notamment, entraînant une baisse de confiance dans la population générale mais également chez les professionnels de santé. A ces difficultés, viennent s'ajouter des modifications fréquentes du calendrier vaccinal qui ne favorisent pas sa bonne mise en application.

L'intérêt de la vaccination n'est pourtant plus à démontrer. Le premier bénéfice de la vaccination reste la protection individuelle contre des maladies infectieuses, entraînant parfois de lourdes complications. Le tétanos en est un bon exemple avec une dizaine de décès par an.

Mais la vaccination permet également de protéger son entourage : vacciner une personne contre la coqueluche dans le cadre du cocooning* permet ainsi de protéger les nourrissons de moins de 6 mois qui ne sont pas encore immunisés. A plus grande échelle, la vaccination d'une population permet de contrôler la circulation de certains virus, comme celui de la rougeole. Mais une couverture vaccinale insuffisante peut entraîner la survenue de foyers épidémiques. C'est ainsi qu'entre 2008 et 2012, en France, plus de 23 000 cas de rougeole ont été déclarés, dont plus de 1500 cas ont présenté une pneumopathie grave, 34 une complication neurologique (31 encéphalites, 1 myélite, 2 Guillain-Barré) et 10 sont décédés (1). Lors de ces épidémies, les patients plus fragiles (immunodéprimés, femmes enceintes, nourrissons de moins de 6 mois) et présentant une contre-indication à la vaccination, sont particulièrement exposés et à risque de développer des complications.

Par ailleurs, si la France a éliminé certaines maladies comme la poliomyélite, d'autres

pays restent endémiques. La circulation de tels virus, du fait de conflits ou de catastrophes naturelles et les migrations de populations pour des raisons touristiques ou géopolitiques, doivent nous inciter à rester vigilants et continuer de vacciner nos patients afin que de telles maladies ne se réimplantent pas en France.

Enfin, la vaccination représente un bénéfice médico-économique important, en diminuant le nombre d'hospitalisations et de consultations, limitant ainsi l'impact sur le système de soin lors d'épidémie. Elle permet également d'éviter des handicaps et leur prise en charge parfois lourde.

La vaccination est donc un réel enjeu de santé publique.

En 2013 puis en 2014, le calendrier vaccinal a été modifié et ajusté. Il est dorénavant disponible sur le site du ministère de la santé (www.sante.gouv.fr/direction-generale-de-la-sante-dgs).

Diphtérie, tétanos, poliomyélite

Chez l'enfant : Disparition des injections aux âges de 3 mois et 16-18 ans et avancement du rappel des 16-18 mois à 11 mois

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) s'est appuyé sur l'expérience de quatre pays européens (Italie, Finlande, Danemark et Suède) qui ont adopté pour les nourrissons un schéma de primo vaccination DTP simplifié (2 doses et un rappel précoce) sans observer d'échecs vaccinaux liés à la réduction du nombre de doses administrées.

Sur ces données et dans un objectif d'allègement du calendrier vaccinal français, la primovaccination DTP du nourrisson comprend dorénavant 2 doses aux âges de 2 et 4 mois (M2 et M4) avec des vaccins combinés penta ou hexavalent. Il n'y a plus d'injection à 3 mois et le rappel des

16-18 mois est avancé à l'âge de 11 mois, en même temps que le rappel pneumocoque (La première injection de ROR et le vaccin méningocoque sont prévus 1 mois plus tard).

Les rappels DTP sont prévus ensuite à 6 ans avec un vaccin combiné contenant la valence coqueluche et une concentration normale en anatoxine diphtérique (DTPCa).

Puis, le rappel des 11-13 ans est conservé avec un vaccin combiné contenant la valence coqueluche mais à concentration réduite en anatoxine diphtérique (dTPCa). Durant la période de transition, les enfants ayant reçu un vaccin DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite à concentration réduite en anatoxine diphtérique) à l'âge de 6 ans devront recevoir un vaccin DTPCa à 11-13 ans. L'injection à l'âge de 16-18 ans n'est plus recommandée.

Chez l'adulte, rappels à âge fixe : 25 ans, 45 ans et 65 ans puis tous les 10 ans

Le HCSP propose dorénavant des rappels à âges fixes (avec des vaccins à concentration réduite en anatoxine diphtérique) : 25 ans (avec un vaccin combiné contenant la valence coqueluche), 45 ans et 65 ans, puis à nouveau tous les 10 ans du fait de l'immunosénescence. Les objectifs de cette modification sont :

- Passer d'une logique d'intervalle à une logique d'âge pour une plus grande facilité de mémorisation de la date du précédent rappel et ainsi améliorer la couverture vaccinale ;
- Diminuer le nombre de rappels DTP chez l'adulte de moins de 65 ans car il est maintenant démontré que l'immunité conférée par un rappel à cet âge dure bien au-delà de 10 ans ;
- Maintenir une bonne protection chez les sujets de plus de 65 ans, dont l'immunité est altérée du fait d'une immunosénescence.

* Vaccination de l'entourage du nourrisson

En 2014, des nouvelles recommandations sur la prévention du tétanos en contexte de plaie, ont été précisées. Ainsi, l'utilisation d'un vaccin trivalent (dTP) voire tétravalent (dTPca) doit être préférée au vaccin tétanique monovalent.

Par ailleurs, les modalités d'immunisation ont été modifiées. Les personnes âgées de moins de 65 ans sont considérées à jour de leur vaccination tétanos si elles ont reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de vingt ans. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont considérées à jour de leur vaccination tétanos si elles ont reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de dix ans.

Dans les suites d'une plaie, les personnes à jour ne doivent pas recevoir d'injection mais la date de rappel doit leur être précisée.

Pour les personnes non à jour de leur vaccination :

- Soit la plaie est propre et mineure : un rappel dTP ou dTPca doit être réalisé et la date de rappel précisée.
- Soit la plaie est majeure (plaie étendue, pénétrante, avec corps étranger ou traitée tardivement) ou susceptible d'avoir été contaminée par un germe d'origine tellurique : le patient doit bénéficier d'immunoglobulines tétaniques humaines à 250 UI dans un bras et d'une injection de vaccin dTP ou dTPca dans l'autre bras. Il est également recommandé dans ce cas de proposer si nécessaire un programme de mise à jour et de préciser la date du prochain rappel.

Coqueluche :

Vaccination systématique avec la valence coqueluche lors des rappels D (ou d) TP chez les enfants, les adultes jusqu'à 25 ans et les professionnels de santé tout au long de leur carrière. Renforcement de la vaccination chez l'adulte en situation de cocooning

La primovaccination contre la coqueluche est bien réalisée en France et protège les enfants en âge scolaire. En revanche, le rappel recommandé chez l'adulte, en particulier dans le cadre de la stratégie de « cocooning » est insuffisamment prescrit si bien qu'une recrudescence de cas sévères

de coqueluche est constatée chez les nourrissons de moins de 6 mois contaminés par leur famille proche.



Depuis 2013, la primovaccination est recommandée aux âges de 2 et 4 mois avec un rappel à 11 mois (M2, M4 et M11). Ces vaccins peuvent être administrés sous forme combinée (penta- ou hexavalent). Des rappels sont ensuite recommandés à 6 ans (avec un vaccin combiné à concentration normale en anatoxine diphtérique, dTPCa) puis à 11-13 ans et 25 ans (avec des vaccins combinés à concentration réduite en anatoxine diphtérique, dTPca). Toute injection du vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite doit donc s'accompagner jusqu'à l'âge de 25 ans du vaccin coqueluche. L'objectif de ce changement est de renforcer l'immunité coquelucheuse, individuelle et collective, grâce à l'ajout de la valence coqueluche à l'âge de 6 ans et à la simplification vaccinale inhérente à l'homogénéisation des doses.

Pour les personnes âgées de plus de 25 ans, n'ayant pas reçu ce rappel, un rattrapage avec un vaccin dTPca pourra être proposé jusqu'à l'âge de 39 ans révolu.

En 2014, le HCSP a précisé les modalités de vaccination coqueluche chez l'adulte :

- Pour les personnes en contact avec les nourrissons (projet parental, mère en post-partum immédiat même si elle allaite, entourage familial et personnes susceptibles d'être en contact étroit et durable avec le nourrisson au cours de ses 6 premiers mois), un rattrapage coquelucheux (dTPca) est recommandé s'il n'y a pas eu de vaccination coque-

luche à l'âge adulte ou si la vaccination coquelucheuse antérieure réalisée à l'âge adulte remonte à plus de 10 ans. Un délai minimum d'un mois devra être respecté par rapport au dernier vaccin dTP.

- Pour le personnel soignant, les rappels administrés aux âges de 25, 45 et 65 ans comporteront systématiquement la valence coqueluche (dTPca).

Haemophilus influenzae b :

Suppression de l'injection à l'âge de 3 mois et avancement du rappel à 11 mois

Depuis l'introduction en France de la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) en 1992 et grâce à une excellente couverture vaccinale, l'incidence des méningites à Hib a été divisée par dix entre 1991 et 2009 (2).

Tout comme la vaccination dTPCa, la primovaccination est désormais recommandée selon le schéma M2, M4 et M11. L'efficacité du vaccin et l'expérience d'autres pays européens ont en effet montré que la primovaccination Hib en 2 doses avec un rappel 6 mois plus tard était efficace. Actuellement, les cas résiduels de méningites et d'épiglottites à Hib s'observent entre 6 et 18 mois, avant le rappel de 18 mois, si bien que l'avancement du rappel à l'âge de 11 mois devrait en faire diminuer l'incidence.

Un rattrapage vaccinal avec le vaccin monovalent peut être effectué jusqu'à l'âge de 5 ans (une seule dose après 1 an).

Enfin, il est recommandé d'administrer 1 dose de vaccin monovalent en cas d'asplénie anatomique ou fonctionnelle ou pour certaines personnes immunodéprimées (3).

Pneumocoque :

Avancement du rappel à l'âge de 11 mois et recommandations particulières pour les immunodéprimés

Pour prévenir les infections invasives à pneumocoque (IIP), la vaccination systématique contre le pneumocoque est recommandée chez tous les enfants de moins de 2 ans. Elle utilise le vaccin conjugué 13-valent, avec un schéma comportant 2 doses à M2 et M4 et un rappel à M11, en même temps que le rappel dTPCa et Hib.

Après l'âge de 2 ans, la vaccination pneumococcique est recommandée pour les personnes à risque d'infections invasives à pneumocoque selon les modalités suivantes (4) :

- Prématurés et nourrissons de moins de 2 ans à risque élevé d'IIP : 3 injections de vaccin conjugué 13-valent à 1 mois d'intervalle (M2-M3-M4), suivies d'un rappel à M11.
- Enfants âgés de 2 à 5 ans à risque élevé d'IIP, non antérieurement vaccinés et à risque élevé de contracter une infection invasive à pneumocoque, la vaccination est recommandée avec 2 doses de vaccin conjugué 13-valent à 2 mois d'intervalle, suivies, au moins 2 mois plus tard, d'une dose de vaccin polysidique 23-valent. Les enfants vaccinés avant l'âge de 24 mois avec le vaccin 13-valent recevront une dose de vaccin 23-valent.
- Pour les adultes et enfants de plus de 5 ans à risque élevé de contracter une infection invasive à pneumocoque, la vaccination est recommandée avec une injection de vaccin polysidique 23-valent. Le vaccin conjugué 13-valent sera réalisé deux mois avant pour les patients les plus à risque (immunodéprimés, aspléniques, porteurs d'un implant cochléaire, d'une brèche ostéoméningée ou d'un syndrome néphrotique). Pour ces patients, vaccinés antérieurement par le vaccin 23-valent, il est recommandé d'attendre 3 ans pour faire une injection de vaccin 13-valent suivi 2 mois plus tard d'un vaccin 23-valent.

Rougeole, oreillons, rubéole

Deux injections à 12 mois et 16-18 mois et rattrapage pour tous les patients nés après 1980 (les moins de 34 ans en 2014) qui n'auraient pas reçu 2 doses

Chez le nourrisson, la 1^{re} dose de ROR est recommandée à l'âge de 12 mois. Il n'est plus recommandé d'avancer la 1^{re} dose à 9 mois pour les enfants entrant en collectivité, en dehors d'éventuelles périodes épidémiques ou de cas contact. En effet, une vaccination trop précoce expose à une moindre efficacité et à la survenue de cas chez des personnes bien vaccinées.

La 2^e dose est recommandée à l'âge de 16-18 mois (cette seconde dose peut être administrée plus tôt en respectant un délai d'un mois entre les 2 doses).

Pour les personnes non vaccinées selon les recommandations, un rattrapage est toujours possible et recommandé :

- Si la 1^{re} dose de ROR a été réalisée à l'âge de 9 mois, la 2^e dose sera réalisée à l'âge de 16-18 mois ;
- Les personnes nées après 1980, doivent avoir reçu 2 doses de vaccin trivalent au total, en respectant un délai minimum d'un mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Les enfants âgés de 6 à 11 mois exposés à la rougeole (cas contact, voyage en zone d'endémie), doivent recevoir une dose de vaccin monovalent rougeole. Ils recevront par la suite deux doses de vaccin trivalent ROR (M12-M16 à 18).

Les femmes en âge de procréer nées avant 1980 non vaccinées contre la rubéole et ayant un projet de grossesse doivent recevoir une dose de vaccin trivalent en s'assurant de l'absence de grossesse au moment de la vaccination et dans le mois qui suit l'injection. Les sérologies pré et post-vaccinales ne sont pas utiles.

Les professionnels de santé et de la petite enfance nés avant 1980, non vaccinés et sans antécédent connu de rougeole doivent recevoir une dose de vaccin trivalent. La sérologie préalable est facultative.

Lors d'un contage avec un cas de rougeole, une vaccination ROR peut être proposée selon les recommandations en vigueur. L'administration du vaccin dans les 72 heures qui suivent le contact peut éviter la survenue de la maladie et reste préconisée si ce délai est dépassé.

En situation de cas groupés d'oreillons en collectivité, il est recommandé de proposer une 3^e dose de vaccin ROR aux personnes dont la seconde dose remonte à plus de 10 ans.

Papillomavirus

Vaccination des jeunes filles avancée à 11-14 ans (avec simplification des schémas en 2 doses à 6 mois d'intervalle sur cette tranche d'âge) et rattrapage jusqu'à 19 ans, sans tenir compte de l'âge des premiers rapports.

Les deux vaccins disponibles (quadrivalent anti-HPV 6, 11, 16 et 18 et bivalent anti-HPV 16 et 18) sont efficaces contre les CIN 2/3 et les adénocarcinomes in situ du col de l'utérus. L'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection individuelle que pour l'induction d'une immunité de groupe. La constatation d'une couverture vaccinale très insuffisante en France et l'évolution des données concernant les vaccins papillomavirus ont justifié une révision de l'âge de la vaccination contre les infections à HPV des jeunes filles.

En 2013, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a donc recommandé la vaccination des filles entre les âges de 11 et 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à l'âge de 19 ans inclus, permettant aux jeunes filles de décider de se vacciner sans avoir à solliciter un accord parental. Le vaccin peut être réalisé en co-administration avec d'autres vaccins, par exemple dTPca, hépatite B ou méningocoque C. Le critère de l'année des premiers rapports sexuels n'est plus à prendre en compte.

Chez les jeunes filles devant bénéficier d'une greffe, la vaccination contre l'HPV peut être proposée dès l'âge de 9 ans, en accord avec l'AMM des 2 vaccins.

Depuis 2014, le vaccin quadrivalent est désormais recommandé selon un schéma à 2 doses à 6 mois d'intervalle entre 11 et 13 ans et le schéma à 3 doses à M0, M2 et M6 est conservé à partir de 14 ans.

Le vaccin bivalent est également recommandé selon un schéma à 2 doses à 6 mois d'intervalle entre 11 et 14 ans et le schéma à 3 doses à M0, M1 et M6 est conservé à partir de 15 ans.

Les deux vaccins ne sont pas interchangeables : toute vaccination initiée avec l'un des deux doit être menée à son terme avec le même vaccin.

Par ailleurs, l'utilisation des préservatifs diminue le risque de transmission d'HPV sans l'annuler. Le dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses par frottis cervicovaginal doit être poursuivi pour toutes les jeunes femmes de 25 ans et plus, quel que soit leur statut vaccinal.



Hépatite B :

Vaccination des moins de 16 ans en privilégiant la vaccination du nourrisson

La vaccination hépatite B est recommandée pour tout enfant et adolescent jusqu'à l'âge de 15 ans révolu. La vaccination du nourrisson dès l'âge de 2 mois doit être privilégiée. Cette vaccination peut être combinée aux autres vaccins (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae b*) en administrant le vaccin hexavalent à M2, M4 et M11.

Un rattrapage peut être proposé selon un schéma à 10 µg à M0, M1 et M6. Pour les adolescents de 11 à 15 ans révolus, un schéma à 2 doses séparées de 6 mois peut être proposé avec un dosage adulte à 20 µg (M0 et M6), en l'absence de risque élevé d'infection dans les six mois qui séparent les deux injections.

La vaccination est recommandée à partir de l'âge de 16 ans pour les personnes à risque d'exposition avec un schéma à 20 µg à M0, M1 et M6.

Pour certains cas particuliers où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable, un schéma accéléré J0, J7 (ou

10 selon l'AMM) et J21 et rappel à un an peut être proposé.

La pratique de rappels systématiques n'est pas recommandée en dehors de cas particuliers (insuffisants rénaux chroniques dialysés, immunodéprimés) après avis d'experts.

Un délai d'au moins 6 mois entre la 2^e et la 3^e dose est indispensable pour obtenir une immunité mémoire contre le virus de l'hépatite B. Toute vaccination débutée doit être, dans la mesure du possible, terminée, même si la fin du schéma vaccinal est administrée plusieurs années après le début.

Une sérologie préalable doit être proposée avant la vaccination en présence de facteurs de risque. La pertinence d'une sérologie de contrôle est à examiner au cas par cas, en fonction de l'intensité de l'exposition et de la présence de facteur de non-réponse à la vaccination. Les conditions d'immunisation en milieu professionnel sont réglementées par l'arrêté du 2 août 2013.

Grippe :

Vaccination des personnes à risque et des professionnels de santé

La vaccination antigrippale est recomman-

dée chaque année pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle est également recommandée, dès l'âge de 6 mois, chez les sujets à risque de complications, notamment les personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen ou de long séjour (quel que soit l'âge) et celles souffrant d'affections chroniques (asthme, BPCO, cardiopathies, néphropathie, drépanocytaire...). En 2011 et 2012, des recommandations ont été ajoutées :

- Affections cardiaques : troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours, maladies des coronaires ;
- Affections neurologiques : antécédents d'accident vasculaire cérébral, formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot), paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;
- Diabètes de type 1 et de type 2 traités ou non ;
- Déficits immunitaires primitifs ou acquis (plus détaillés) et leur entourage ;
- Toutes les femmes enceintes, quel que soit le terme ;
- Personnes souffrant d'obésité (IMC > 40).

De même, en 2013, une recommandation vient s'ajouter aux autres : les hépatopathies chroniques avec ou sans cirrhose.

De plus, la vaccination antigrippale reste recommandée pour l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois ayant des facteurs de risque de grippe grave :

- Prématurés (notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie) ;
- Cardiopathies congénitales ;
- Déficits immunitaires congénitaux ;
- Pathologies pulmonaires ;
- Pathologies neurologiques ou neuromusculaires ;
- Affections longue durée.

Enfin, certains professionnels sont également concernés par la vaccination antigrippale :

- Professionnels de santé ;
- Tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère ;

- Professionnels des voyages (personnels navigants des bateaux de croisière et des avions, personnels de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs).

Le schéma vaccinal consiste en une dose chaque année. La primo vaccination de l'enfant jusqu'à 8 ans nécessite 2 injections à 1 mois d'intervalle et l'enfant jusqu'à l'âge de 3 ans doit recevoir des demi-doses.

Méningocoque :

La vaccination contre les méningocoques C est recommandée dès l'âge de 1 an et en rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans inclus

Neisseria meningitidis (Nm) est une bactérie commensale du rhinopharynx : 5 à 10 % de la population générale est porteur asymptomatique. En France, les infections invasives à méningocoque (IIM) surviennent la plupart du temps sous forme sporadique, touchant préférentiellement les classes d'âge des 0-4 ans et des 15-24 ans. Entre 500 et 700 cas d'IIM sont déclarés en France chaque année, avec une prédominance de Nm du groupe B puis Nm du groupe C, responsable de manière cyclique de bouffées épidémiques et d'une mortalité souvent plus élevée.

La vaccination systématique avec 1 dose de vaccin méningococcique C conjugué est recommandée chez tous les nourrissons à l'âge de 12 mois. Avant, l'efficacité vaccinale est moindre et nécessite deux doses et un rappel.

Une vaccination de rattrapage avec le même schéma vaccinal à 1 dose est recommandée pour tous les enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à l'âge de 24 ans révolus.

L'intérêt collectif de la vaccination contre les IIM du groupe C repose sur l'immunité de groupe conférée par la diminution du portage pharyngé de la bactérie. L'efficacité clinique de cette stratégie a été démontrée à travers les programmes de vaccination généralisée en Europe. Au Royaume-Uni, en Espagne et aux Pays-Bas, l'incidence des IIM du groupe C a diminué de 90 % dans l'année qui a suivi la campagne de vaccination. En France, la couverture vaccinale de la population est pour le moment insuffisante, si bien que l'intérêt de la vaccination reste individuel et les nourrissons de moins d'un an, les plus vulnérables, ne sont toujours pas protégés.

Les vaccins tétravalents ACW135Y conjugués ne sont recommandés que dans des situations particulières (personnes souffrant de déficit en fraction terminale du complément ou en properdine, recevant un traitement anti-C5, ayant une asplénie anatomique ou fonctionnelle et chez les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques, autour d'un cas d'IIM des groupes A, W135 ou Y, pour certains voyageurs) et ne doivent pas se substituer au vaccin méningite C conjugué monovalent.

L'année 2014 est marquée par l'arrivée du vaccin contre les infections invasives à méningocoque B. Actuellement, la recommandation ne concerne que les personnes à risques (personnes souffrant de déficit en fraction terminale du complément ou en properdine, recevant un traitement anti-C5, ayant une asplénie anatomique ou fonctionnelle et chez les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques). Les données sur la durée d'efficacité sont insuffisantes et le nombre d'injections chez le nourrisson (3 suivies d'un rappel) ne sont pas compatibles pour le moment avec son intégration dans le calendrier.

Varicelle :

Vaccination des adolescents et des jeunes femmes en âge de procréer non immunisées

La varicelle est une infection très fréquente et dans la très grande majorité des cas bénigne chez l'enfant. Elle peut se compliquer d'atteintes pulmonaires ou neurologiques chez les adolescents, les adultes, les immunodéprimés. Chez les femmes enceintes, l'infection peut être responsable de varicelle congénitale ou néonatale. Il n'est pas recommandé, en France, de généraliser la vaccination contre la varicelle chez les enfants. Mais la vaccination contre la varicelle est recommandée dans certaines situations (2 doses à 2 mois d'intervalles).

- En l'absence d'antécédent de varicelle maladie ou dont l'histoire est douteuse chez les personnes suivantes (la sérologie préalable est alors facultative) :
 - Adolescents de 12 à 18 ans ;
 - Femmes en âge de procréer et/ou après une grossesse en s'assurant de l'absence de grossesse au moment de la vaccination et dans le mois qui suit l'injection ;

– Adultes de plus de 18 ans exposés à la varicelle, immunocompétents, dans les 3 jours suivant l'exposition à un patient avec éruption.

- En l'absence d'antécédent de varicelle maladie ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative chez les personnes suivantes :

- Professionnels de santé et de la petite enfance ;
- Personnes en contact étroit avec des personnes immunodéprimées ;
- Enfants candidats à une transplantation d'organe solide (6 mois avant).

Tuberculose :

Vaccination des enfants à risque de tuberculose, jusqu'à l'âge de 15 ans

L'obligation de vaccination par le BCG chez l'enfant a été suspendue en 2007. Le BCG intradermique reste cependant fortement recommandé chez les enfants à risque élevé de tuberculose :

- Enfants nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- Enfants dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- Enfants devant séjourner plus d'un mois dans l'un de ces pays ;
- Enfants ayant des antécédents familiaux de tuberculose ;
- Enfants résidant en Île de France, en Guyane et à Mayotte ;
- Enfants dont la situation est jugée par le médecin à risque de contagie tuberculeuse, telle que des conditions socio-économiques défavorables, un habitat précaire ou surpeuplé, des contacts fréquents avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

Le BCG doit être réalisé au plus tôt : si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie.

Chez les enfants à risque non vaccinés avant l'âge de 3 mois, le vaccin peut être réalisé jusqu'à l'âge de 15 ans après réalisation d'une IDR pour éviter de vacciner un enfant qui aurait déjà été infecté par le bacille de Koch.



Hépatite A :

Ne pas oublier la vaccination pour les voyages en zones d'endémie, quelles que soient la durée et les conditions de séjour

La circulation du virus de l'hépatite A en France est entretenue par l'importation de virus en provenance de pays de haute incidence.

Ainsi, depuis 2009 et afin de limiter la dissémination du virus, il est recommandé de vacciner tous les enfants nés de famille dont au moins l'un des membres est originaire de ces pays et susceptible d'y retourner. Cette recommandation concerne les enfants de plus d'1 an, avec un schéma à 2 doses administrées à 6 à 12 mois d'intervalle.

Cette vaccination est également recommandée avec le même schéma vaccinal pour :

- Les patients atteints de pathologies hépatobiliaires chroniques ou de mucoviscidose (le vaccin est remboursé uniquement dans ces indications) ;
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- Les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- Les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination (per-

sonnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté, des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées, chargé du traitement des eaux usées ou impliqué dans la préparation alimentaire en restauration collective) ;

- Autour d'un cas d'hépatite A, dans les 14 jours et le plus tôt possible, dans l'entourage familial ou les communautés de vie en situation d'hygiène précaire.

En conclusion : Ce calendrier vaccinal, s'il a été simplifié, notamment pour les valences diphtérie, tétanos et poliomyélite, reste fourni et la période de transition, période pendant laquelle les patients vont être recalés sur des rendez-vous fixes, peut s'avérer compliquée. Afin d'éviter les situations de survaccination ou, au contraire, de couverture vaccinale insuffisante, le centre de vaccinations polyvalentes du CHU de Nantes, met à votre disposition un document simplifié, incluant des tableaux de rattrapage, sur le site www.chu-nantes.fr, rubrique « centre de vaccinations polyvalentes ».

Vous pouvez également poser vos questions concernant les vaccinations et/ou les voyages aux médecins du centre :

- Par téléphone : 02 40 08 74 57
- Par mail : voyage@chu-nantes.fr
- Par fax : 02 40 08 70 75

Des formations médicales continues peuvent également être organisées à la demande des médecins.

(1) InVS. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données au 24 avril 2014. www.invs.sante.fr

(2) Surveillance des infections invasives à *H. influenzae*, *L. monocytogenes*, *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *S. agalactiae* et *S. pyogènes* en France métropolitaine. Réseau Epibac, résultats 2009.

(3) Haut conseil de la santé publique. Vaccinations des personnes immunodéprimées ou aspléniques, recommandations, 2012.

(4) Haut conseil de la santé publique. Avis du HCSP relatif à la vaccination antipneumococcique. 25 avril 2013

Dr Valérie BRIEND-GODET
(CHU Nantes — 02 40 08 70 88)

Article écrit en collaboration
avec Dr Maeva LEFEBVRE
et l'association Medqual

Qualification en tant que spécialiste en médecine générale

LA DATE BUTOIR POUR OBTENIR CETTE QUALIFICATION PAR LE BIAIS DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL EST FIXÉE À LA FIN SEPTEMBRE 2014.

AU-DELÀ DE CETTE DATE, IL FAUDRA PASSER PAR LA COMMISSION NATIONALE DE QUALIFICATION, AU CNO.

ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE 2014

MALGRÉ LA STABILITÉ DES EFFECTIFS DE MÉDECINS, L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ APPELLE VIGILANCE

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins publie son 8^e Atlas national de la démographie médicale, réalisé à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2014. Le nombre de médecins

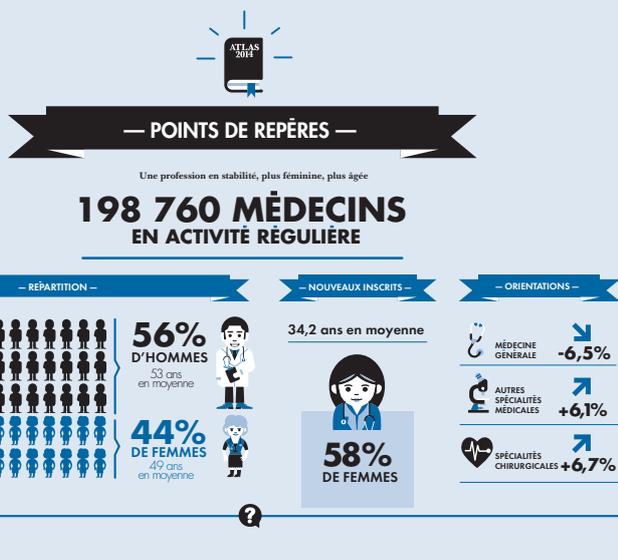
est globalement stable, mais l'offre de soins de proximité se raréfie et appelle vigilance dans certains territoires. Plusieurs tendances se confirment par ailleurs : le visage des médecins en 2014 est plus sénior,

plus féminin, plus spécialisé.

PARIS, le 5 juin 2014. Les effectifs de tous les médecins recensés par l'Ordre sont stables (276 354 médecins au 1^{er} janvier 2014, +1,6 % par rapport à 2013) sous l'effet de

l'augmentation du nombre de médecins formés à l'étranger et de la croissance exponentielle de médecins retraités. Mais le nombre de médecins en activité régulière est aussi stable (198 760).

UNE PROFESSION QUI SE SÉNIORISE ET SE FÉMINISE



L'évolution structurelle du profil des médecins, plus âgés, se confirme. Leur moyenne d'âge en 2014 est relativement élevée, malgré le renouvellement des générations : 53 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes. Par ailleurs, l'âge moyen des nouveaux médecins inscrits en 2013 est de 34,2 ans.

La part des femmes dans la population globale vient affirmer une tendance à la hausse, continue depuis plusieurs années : elles représentent 44 % des médecins en 2014 et 58 % des nouveaux inscrits en 2013.

Les effectifs de médecins retraités actifs (12 946) continuent à augmenter (+18,2 % en 2013).

CHOIX DE SPÉCIALITÉ ET MODES D'EXERCICE PÈSENT SUR L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

Les choix de spécialité et de mode d'exercice en activité régulière appellent une certaine vigilance quant à l'offre de soins de proximité, dite de premier recours. La part de médecins généralistes est en effet en diminution de -6,5 % depuis

2007 (soit 90 630 médecins généralistes recensés en activité régulière), et cette tendance devrait se confirmer jusqu'en 2020. Paris est le département où cette baisse est la plus marquée (-21,4 % pour la même période).

A l'inverse, les autres spécialités médicales et chirurgicales sont en augmentation respective de 6,1 % et 6,7 %, une tendance qui devrait se poursuivre jusqu'en 2020 également.

L'exercice libéral semble toujours peu attractif pour

les jeunes médecins (en première intention) et s'il ne représente que 10,7 % des nouveaux inscrits en 2013, cette proportion tend à augmenter après quelques années d'exercice (environ 40 %).

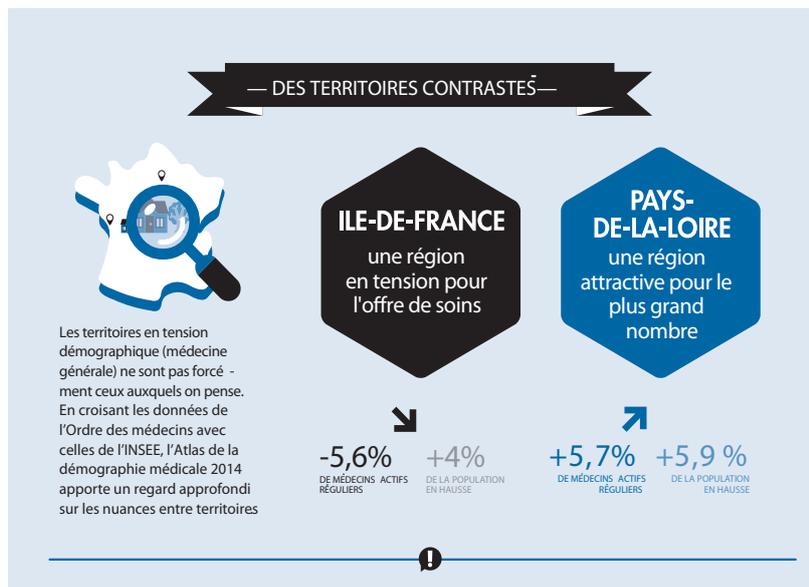
UNE ANALYSE PLUS APPROFONDIE DES TERRITOIRES EN TENSION DEMOGRAPHIQUE

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins apporte désormais un regard plus approfondi sur la démographie médicale d'une région à l'autre, grâce à l'analyse croisée de ses données avec celles de l'INSEE (variation des populations générale et médicale).

L'Atlas révèle ainsi un panel de régions et départements où le manque de médecins est manifeste, surtout si la population générale y est parfois en croissance. A titre d'exemple, la région

Ile de France recense la plus forte baisse des effectifs des médecins en activité (-5,6 %), alors que sa population a augmenté de +4 % entre 2007 et 2014.

A l'inverse, la région Pays-de-la-Loire est la région la plus attractive, à la fois en terme de démographie médicale (+5,7 %) et en terme de population générale (+5,9 %). Il en va de même pour les départements des Landes par exemple (+4,5 % et +10,7 %) ou La Vendée (+3,3 % et +10,7 %).

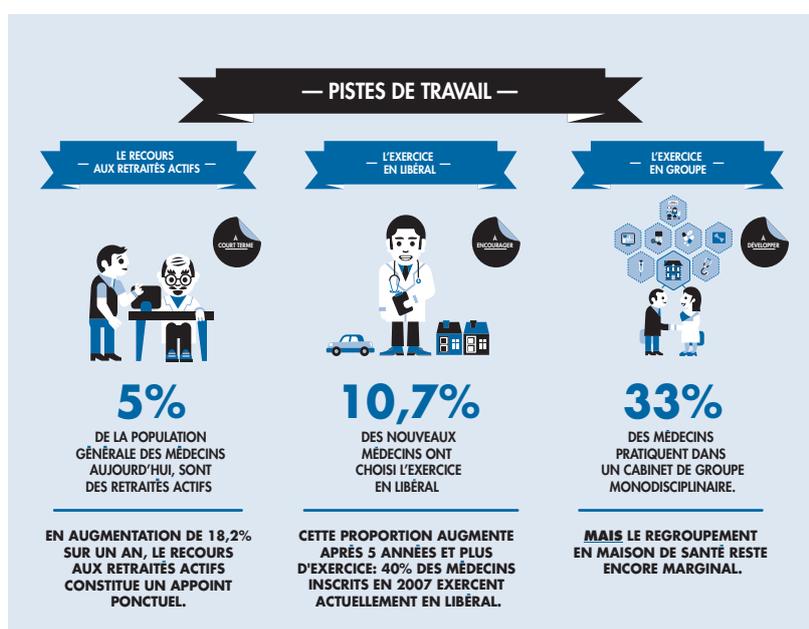


DES PISTES DE REFLEXION POUR OPTIMISER LA PRESENCE MEDICALE DANS LES TERRITOIRES

Pour le Dr Patrick Bouet, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « la finesse des données récoltées prouve que les solutions à apporter aux enjeux de la démographie médicale sont diverses et ne peuvent pas être calquées indifféremment d'un territoire à l'autre ». L'Atlas est d'ailleurs une ressource pour le travail mené localement par les Agences Régionales de Santé et les Ordres des Médecins départementaux. Ainsi l'exercice regroupé en

cabinets de groupes ou en maisons de santé pourrait être développé, car il s'agit d'un des moyens permettant d'assurer une présence médicale dans certains territoires. 34% des médecins pratiquent leur activité dans un cabinet de groupe monodisciplinaire mais les groupements pluridisciplinaires sont encore très marginaux.

Le recours aux médecins retraités actifs peut renforcer l'offre de soins, mais cette solution ne peut pas être considérée comme durable.



CARTOGRAPHIE MEDICALE INTERACTIVE : UN NOUVEL OUTIL FIABLE POUR LE PILOTAGE DE L'OFFRE DE SOINS

Cette année, le Conseil National de l'Ordre des Médecins lance un nouvel outil: une cartographie interactive de la démographie médicale. En quelques clics, elle permet de se renseigner sur le nombre des méde-

cins selon les spécialités dans toutes les régions de France jusqu'à l'échelle des bassins de vie. Libre d'accès au public, cette cartographie reposant sur une base de données alimentée en continu,

constitue aussi pour les professionnels et institutionnels de santé, un outil sur l'offre de soins en France mis à jour régulièrement par l'Ordre.



L'HUMEUR DES DRUIDES

Grande Région Armorique : C'est loupé ! Les druides sont toujours en exil !

Petit rappel historique : l'ancienne Gaule Armorique préromaine dépassait largement les frontières de l'actuelle Bretagne, et correspondait à peu près à tout le massif armoricain. Elle a disparu après la défaite de la guerre des Vénètes: César en a fondu la partie Nord-Loire dans la Gaule celtique, et la partie Sud-Loire dans la Gaule Aquitaine.

À la fin de l'empire romain, les Bretons ont commencé à vouloir reconquérir cette Armorique. De nombreuses guerres les ont opposés aux Francs, et ont abouti à des frontières fluctuantes (les dernières étant celle de l'ancien duché) séparant la Bretagne « souveraine » de ses Marches (en gros: les actuels Pays-de-la-Loire... mais aussi la Basse-Normandie).

Réalités politiques : on aurait donc pu espérer une réunification de cette antique Armorique, dans le cadre du récent redécoupage régional. Jean-Marc était pour, Jean-Yves était contre... C'est le second qui a gagné. Pourquoi? République peut-être, mais féodalités toujours! Spécificités géographiques et/ou historiques et/ou culturelles: que nenni... Avis des petites collectivités de base: que nenni... Tout semble s'être fait dans la précipitation politicienne...

Mais, quoi qu'il en soit, sauf modifications toujours possibles, la Bretagne et les Pays-de-la-Loire ne bougent pas... Ce qui est peut-être un moindre mal, ou une façon d'échapper au pire?

La Bretagne ne craignait pas grand-chose: au mieux elle aurait pu espérer un agrandissement, soit selon les dernières frontières ducales... soit selon les frontières d'avant l'invasion romaine, dans le cadre d'une fusion Bretagne - Pays-de-Loire. Ces derniers avaient beaucoup plus à craindre: par exemple un dépeçage plus ou moins global... Non seulement la Loire-Atlantique vers la Bretagne, mais aussi la Vendée vers le Poitou, ou le Maine-Anjou vers la région Centre.

Mais si, pour des raisons évidentes, l'hypothèse de cette fusion avait donc bien été évoquée (cf. l'ancien premier ministre déjà cité), elle n'a pas été réalisée... Peut-être parce que certains Bretons avaient peur d'y perdre leur identité ou, surtout, pour certains autres, leurs précieux pouvoirs? Et pourtant, cette solution aurait été l'achèvement des rêves de leurs premiers ducs: la réunification du massif armoricain.

Il n'en reste pas moins qu'une grande région Armorique (65 000 km²), basée sur les critères susmentionnés de géographie, culture, et histoire (ancienne... mais aussi plus récente: révoltes de 1793, par exemple...), supporterait très bien la comparaison avec d'autres grandes régions européennes bien individualisées, comme la Bavière, l'Écosse etc..

Qui l'eut cru! François Hollande dans les bottes de Jules César? Mais rien n'est forcément perdu: il suffit que l'idée fasse son chemin... et que le même F. Hollande ait brusquement l'envie de se prendre pour Astérix!



■ Provocatix (M. CHUPIN)

OFFRES D'EMPLOIS SALARIÉS

- **Médecin coordonnateur**, 0,30 ETP, recherché par la résidence d'Automne de Nantes... Contact : Monsieur Stéphane OLIVIER au 02 51 89 40 00
- **Deux médecins du travail** recherchés par le C.H.U. de Nantes : un temps plein ou 0,80 ETP sur l'Hôtel Dieu... un temps partiel CDD sur l'Hôpital St-Jacques. Contact : Dominique TRIPODI, Tél. 02 40 08 45 53
- **le Centre Hospitalier Le Vinatier (69 – BRON)** recherche deux assistants spécialistes temps plein :
 - un pour le Pôle Hébergement Accompagnement Soins Evaluation Diagnostic pour la Déficience Intellectuelle et l'Autisme (renseignements auprès des Docteurs FRASSATI et d'ANGELI au 04 37 91 53 80)...
 - un pour le Pôle Unité Médicale d'Accueil, hospitalisations de courte durée (renseignements auprès du Dr GILOUX au 04 37 91 54 90).
Candidatures : Mme Françoise LORCA, 04 81 92 56 41

OFFRES DE CESSIONS OU D'ASSOCIATIONS OU DE COLLABORATIONS OU DE REMPLACEMENTS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **ARIEGE (09)**
- remplaçant/successeur recherché à La Bastide sur l'Hers. Cession gratuite. Dr GIMENO José, 05 61 01 18 05
- **BOUCHES DU RHONE (13)**
- successeur recherché à Marignane. Cession gratuite. Tél. 06 17 98 26 49
- **COTES D'ARMOR (22)**
- successeur recherché dans cabinet de trois médecins généralistes, à Paimpol, 1400 patients inscrits, 30 actes par jour. Tél. 02 96 20 80 37 ou 02 96 22 06 87 ou 06 03 54 64 33
- **FINISTERE (29)**
- successeur recherché en zone prioritaire déficitaire. Docteur Hervé LE BEC, 02 98 94 19 87
- **ILLE ET VILAINE (35)**
- successeur recherché à Vitré centre, dans cabinet de six médecins généralistes. Tél. 06 14 79 63 69
- successeur (ou collaborateurs) recherché à Rennes ouest, dans cabinet de deux médecins généralistes. Tél. 06 62 07 72 41

INSCRIPTIONS

N° 10105	BERNARD Clément	19 rue des Herlains MEDECINE GENERALE	DONGES
N° 10106	FOIRRY Thibaut	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10107	ABOA Jacqueline	Centre Hospitalier – 9 rue de Verdun PEDIATRIE	CHATEAUBRIANT
N° 10108	ALLAERT Jacques	Retraité	
N° 10109	DALMAS Elise	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10110	DEMIRASLAN Emine	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10111	DRAKOULI Adamantia	Centre Hospitalier – 9 rue de Verdun ANESTHESIE-REANIMATION	CHATEAUBRIANT
N° 10112	GAUTIER Elodie	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10113	GUIOMAR Ronan	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10114	KHALIFA Raphaël	Centre Hospitalier – Cité Sanitaire 11 bd G. Charpak – ANESTHESIE-REANIMATION	ST NAZAIRE
N° 10115	LE DAHERON Betty	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10116	POMMERET Bertrand	EFS Pays de la Loire 34 bd Jean Monnet MEDECINE GENERALE	NANTES
N° 10117	POMMERET Francine née ANDRE	EFS Pays de la Loire 34 bd Jean Monnet MEDECINE GENERALE	NANTES
N° 10118	RABILLER Cécile	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10119	RAZAFIMAHEFA Ndrianaina	Centre Hospitalier GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	ANCENIS
N° 10120	SAUVEUR Robert	Retraité	
N° 10121	VETO Sylvie	APAJH 44 – 5 Rue Mendès France MEDECINE GENERALE	REZE
N° 10122	GOARZIN Morgane née TARDY	245 avenue de Mindin MEDECINE GENERALE	ST BREVIN LES PINS
N° 10123	TANDONNET Marie-Camille	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10124	LE COGUIC Anne-Sophie	MEDECINE GENERALE Inscrite « Non Exerçant »	
N° 10125	BLANCHET-MOMAS Marie-Charlotte	CHS Le Pont Piétin PSYCHIATRIE	BLAIN
N° 10126	DUHAUT Julie née CARTRON	15 Rue des Colombiers MEDECINE GENERALE	LA PLANCHE
N° 10127	CASTELLI-BERTHELOT Marlène née BERTHELOT	CHS Georges Daumezon 55 Rue Georges Clémenceau - PSYCHIATRIE	BOUGUENAI
N° 10128	MAGNE Cécile	C.H.U. HOTEL DIEU ANESTHESIE-REANIMATION	NANTES
N° 10129	NEVOUX Pierre	Clinique Urologique Nantes Atlantis Av. Jacques Cartier CHIRURGIE UROLOGIQUE	ST HERBLAIN
N° 10130	RENOU Mathilde	Centre Hospitalier – Cité Sanitaire 11 bd Georges Charpak GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	ST NAZAIRE
N° 10131	CLAVEL Tanguy-Emmanuel	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10132	LE GUEN-MIETTE Virginie née LE GUEN	GIST- 28 rue des Chantiers MEDECINE DU TRAVAIL	ST NAZAIRE
N° 10133	DEREZ-PREL Marion née DEREZ	C.H.U. EMSP MEDECINE GENERALE	NANTES
N° 10134	CHIRILA Dana	88 rue des Hauts Pavés OPHTALMOLOGIE	NANTES

MISES À JOUR DU TABLEAU

PETITES ANNONCES

N° 10135	BARATON Caroline née VIVIER	MEDECINE GENERALE N'exerce pas actuellement	
N° 10136	CARTON-TOURILLON Anne-Cécile née CARTON	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10137	COLLET Anne née GAILLARD	A.ME.BAT 173 Rue du Perray MEDECINE DU TRAVAIL	NANTES
N° 10138	DARRIEUTORT-LAFFITE Christelle née DARRIEUTORT	C.H.U. - 1 Place Alexis Ricordeau RHUMATOLOGIE	NANTES
N° 10139	DUGUY Chloé née POIRIER	MEDECINE GENERALE N'exerce pas actuellement	
N° 10140	EL KHAMLIHI PABLO Habiba	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10141	ESNAULT Julien	C.H.U. Hôpital de Maubreuil MEDECINE GENERALE	ST HERBLAIN
N° 10142	GOUIN Nicolas	9 Rue Louis Aragon PSYCHIATRIE	REZE
N° 10143	GUSHO Ervis	Remplacements d'OPHTALMOLOGIE	
N° 10144	LACROIX Sylvie	C.H.U. 1 Place Alexis Ricordeau PEDIATRIE	NANTES
N° 10145	LE CHEVALIER Julien	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10146	LEFORT Marie	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10147	LUCON Adrien	C.H.U. Hôpital G. et R. Laënnec CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	ST HERBLAIN
N° 10148	RATHOUIS Anne-Lise	Remplacements de MEDECINE GENERALE	
N° 10149	RONCHI Ludovic	C.H.U. HOTEL DIEU 1 Place Alexis Ricordeau ANESTHESIE-REANIMATION	NANTES
N° 10150	SANCHO Pierre-Olivier	Centre Hélio Marin de Pen Bron MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	LA TURBALLE
N° 10151	BOINQUET Véronique	CHU - CPEV CIVG Simone Veil Rue Gaston Veil MEDECINE GENERALE	NANTES
N° 10152	PLOUHINEC Paul	Remplacements de MEDECINE GENERALE	

QUALIFICATIONS EN SPÉCIALITÉS

N° 2648	VION Benjamin	GERIATRIE Avis Fav. Csion Nale 1 ^{ère} inst. 25/03/2014
N° 8226	PORCHERET Anne-Sophie	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION Avis Fav. Csion Nale 1 ^{ère} inst 27/02/2014
N° 8668	ANSQUER Cédric	GERIATRIE Avis Fav. Csion Nale 1 ^{ère} inst 14/01/2014
N° 8816	PILCZER Simon	MEDECINE DU TRAVAIL Csion d'Appel Conseil National 12/12/2013
N° 9223	BONNET Raphaël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE D.E.S.C. NANTES 06/12/2013
N° 9588	JONAS Maud	REANIMATION D.E.S.C. NANTES 09/04//2014
N° 10105	BERNARD Clément	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 18/03/2014
N° 10106	FOIRRY Thibaut	MEDECINE GENERALE D.E.S.CLERMONT FERRAND 26/02/2014
N° 10109	DALMAS Elise	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 31/03/2014
N° 10110	DEMIRASLAN Emine	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 08/04/2014

OFFRES DE CESSIONS OU D'ASSOCIATIONS OU DE COLLABORATIONS OU DE REMPLACEMENTS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **LOIRE ATLANTIQUE (44)**
 - successeur recherché à Orvault. Dr MILOSEVIC, 06 48 13 95 79
 - quatre associés recherchés par SOS MEDECINS St-Nazaire. C.A. moyen : 130.000 Euros. Tél. 06 83 11 79 95
 - successeur recherché à SOS MEDECINS St-Nazaire. Dr GUILBAUD-CHEDRU, 06.75.43.11.85
 - Nantes centre : successeur recherché pour début 2015 : tél 02.40.73.55.18
- **LOIRET (45)**
 - successeur (ou collaborateur) recherché à St-Denis-de-l'Hôtel dans cabinet de 3 médecins généralistes. Dr RENAUD, 02 38 59 15 82 ou 06 11 89 63 00
- **MORBIHAN (56)**
 - successeur recherché à Vannes. Grosse activité. Contact : 06 11 90 06 79
 - successeur (ou collaborateur) recherché à Quiberon dans groupe médical. Contact : Denis CRUNCHANT, Tél. 02 97 50 07 43
- **TARN (81)**
 - successeur recherché à Viviers. Contact : Dr Pierre TORREGROSSA, Tél. 05 63 72 08 27
- **DOM TOM (97)**
 - cession gratuite à Fort de France, dans cabinet de 3 généralistes. CA : 118.000 Euros. Contact : Sandrine THINNES, 06 96 20 09 27

OFFRES DE CESSIONS OU D'ASSOCIATIONS OU DE COLLABORATIONS OU DE REMPLACEMENTS POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

- **ALLERGOLOGIE**
 - successeur recherché à Ancenis. Contact : Dr Françoise LUQUIAU Tél. 02 40 83 25 73

adresses E-mail

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DEMANDE AUX MÉDECINS DE LOIRE ATLANTIQUE DE BIEN VOULOIR LUI COMMUNIQUER VOS COORDONNÉS INTERNET DANS LE BUT DE POUVOIR VOUS TRANSMETTRE PLUS RAPIDEMENT CERTAINES INFORMATIONS

MÉDECINS GÉNÉRALISTES RECHERCHÉS PAR COLLECTIVITÉS LOCALES OU ASSIMILÉES

- **PRADELLES (43420)**
mairie-pradelles@wanadoo.fr
- **St-HERBLON (44150)**
Tél. 07 87 58 02 25
- **St-CRESPIN-SUR-MOINE (49230)**
Tél. 02 41 70 42 04
- **ARZON (56640)**
Tél. 02 97 53 44 77
- **BOURG DE VISA (82190)**
arlette.roger82@orange.fr
ou 05 63 94 25 45

LOCAUX DISPONIBLES

- **à louer :**
bureau de 20 m² dans cabinet médical neuf au Loroux-Bottereau.
Tél. 02 40 03 78 23
- **locaux à louer**
dans centre médical pluridisciplinaire, à La Rochelle(17).
centreluridisciplinaire@orange.fr

CPAM de Loire-Atlantique : ouverture d'un espace dédié aux professionnels de santé.

CET ESPACE VIENT D'OUVRIR SES PORTES AU SIÈGE DE LA CPAM DE NANTES AU SEIN DU PÔLE DES RELATIONS CONVENTIONNELLES, SERVICE DES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.
TÉL. : 0 811 709 044

D.I.U. de Médecine Manuelle Ostéopathie

D.I.U. ORGANISÉ PAR LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE NANTES, RENNES ET ANGERS.
L'ENSEIGNEMENT SE DÉROULE SUR DEUX ANNÉES.
LE RESPONSABLE DE LA FORMATION EST LE PROFESSEUR JULIEN NIZARD, DE NANTES (02.40.16.51.75).
RENSEIGNEMENTS AU PÔLE FORMATION CONTINUE SANTÉ, 9 RUE BIAS – BP 53508 – 44035 NANTES CEDEX 01 (TÉL.02.53.48.47.47)

N° 10118	RABILLER Cécile	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 27/03/2014
N° 10119	RAZAFIMAHEFA Ndrrianaina	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE Autorisation d'Exercice Arrêté du 10/03/2014
N° 10123	TANDONNET Marie-Camille	MEDECINE GENERALE D.E.S. RENNES 28/03/2014
N° 10124	LE GOGUIC Anne-Sophie	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 03/06/2013
N° 10125	BLANCHET-MOMAS Marie-Charlotte	PSYCHIATRIE D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10126	DUHAUT Julie	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 29/04/2014
N° 10127	CASTELLI-BERTHELOT Marlène	PSYCHIATRIE D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10128	MAGNE Cécile	ANESTHESIE-REANIMATION D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10130	RENOU Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10131	CLAVEL Tanguy-Emmanuel	MEDECINE GENERALE D.E.S. ROUEN 18/04/2014
N° 10132	LE GUEN-MIETTE Virginie	MEDECINE DU TRAVAIL D.E.S. PARIS 03/04/2014
N° 10133	DEREZ-PREL Marion	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 05/05/2014
N° 10134	CHIRILA Dana	OPHTALMOLOGIE Diplôme Romain 18/12/2000
N° 10136	CARTON-TOURILLON Anne-Cécile	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 24/04/2014
N° 10138	DARRIEUTORT-LAFFITE Christelle	RHUMATOLOGIE D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10142	GOUIN Nicolas	PSYCHIATRIE D.E.S. ANGERS 05/05/2014
N° 10143	GUSHO Ervis	OPHTALMOLOGIE Diplôme Romain 29/06/2007
N° 10144	LACROIX Sylvie	PEDIATRIE D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10145	LE CHEVALIER Julien	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 29/04/2014
N° 10146	LEFORT Marie	MEDECINE GENERALE D.E.S. STRASBOURG 14/04/2014
N° 10148	RATHOUIS Anne-Lise	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 24/04/2014
N° 10149	RONCHI Ludovic	ANESTHESIE-REANIMATION D.E.S. NANTES 04/05/2014
N° 10151	BOINQUET Véronique	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 22/04/14
N° 10152	PLOUHINEC Paul	MEDECINE GENERALE D.E.S. NANTES 15/05/14

QUALIFICATIONS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Après étude de leur dossier par la Commission départementale, le Conseil procède à l'enregistrement de la qualification en tant que spécialiste en médecine générale des Docteurs Françoise BARDOU-EVEILLARD, Marysette CEBRON-BOMMÉ, Pascale CHAUVIN-GRELIER, Valérie FICHTER-GAGNEPAIN, Véronique LE BACON, Sébastien MONIER, Pascale PAGE, Stéphane PONSODA, Dominique QUELENNEC, Marie-Alice ROBERT et Renée TASSOU.

MISES À JOUR DU TABLEAU

CHANGEMENTS DE TABLEAU

N° 1982	NOTTE René	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2146	PERIMONY Claudine	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2198	LONGUET Marc	Reprend activité Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »
N° 2226	TOBIE Jean-Michel	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2247	JOUAN Jean-Paul	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2363	ROUSSEAU Thierry	Reprend activité – Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »
N° 2386	MEVEL Paul	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2407	ALBERT Brigitte	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2490	SCHMIDLIN Jean-Georges	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2539	CAILLE Gilles	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2548	NOGUES Béatrice	Reprend activité – Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »
N° 2584	ROSSEL Jean	Reprend activité – Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »
N° 2623	YVINEC Monique	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2663	MAGNE Christine	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2669	YHUEL Xavier	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2825	ROSSARD Alain	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 3099	POIRAUD Michel	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 3685	BOURRELI Bernard	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 3796	DANO Christophe	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 3818	BRANGER Christine	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 3963	HENOT-CHENE Elisabeth	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 4591	SINOUCATHERINE	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 5288	AUDEBERT Alain	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 5292	HAMON-FRECHIN Annie	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 5700	GUYOT Jean-Paul	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 5912	ROBERT Pierre-Yves	Reprend activité – Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »
N° 7018	GUILLOTIN Elisabeth	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 9247	PAGES Alban	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 9371	HERROUET Albert	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 9789	GUILLAUME Anne	Reprend activité – Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »
N° 10083	HOEL Patrick	Reprend activité – Demande sa réinscription en qualité de Médecin « Exerçant »

RADIATIONS

N° 483	BOURIC Geneviève	Dossier transmis au Conseil NATIONAL Demande radiation complète du Tableau
N° 5425	LE GOUHIR Catherine	Dossier transmis au Conseil du RHONE
N° 6168	GOURLAY Florence	Dossier transmis au Conseil de VENDEE
N° 7325	LEMARCHAND Christian	Dossier transmis au Conseil de l'ORNE
N° 7513	BRUNOT-LINET Virginie	Dossier transmis au Conseil d'ILLE ET VILAINE

Attention aux prescriptions hors AMM du SKENAN

LE SKENAN A POUR INDICATION OFFICIELLE : "DOULEURS PERSISTANTES INTENSES OU REBELLES AUX AUTRES ANALGÉSIIQUES, EN PARTICULIER DOULEURS D'ORIGINE CANCÉREUSE."

QUELQUES MÉDECINS POUR DES RAISONS PERSONNELLES CHOISSENT DE PRESCRIRE CE MÉDICAMENT EN DEHORS DE SES INDICATIONS OFFICIELLES ET NOTAMMENT À DES PATIENTS EN CURE DE SEVRAGE DE TOXICOMANIE À L'HÉROÏNE OU AUTRES STUPÉFIANTS. ILS NOTENT "HS : SUR L'ORDONNANCE ET LES PATIENTS NE SE FONT PAS REMBOURSER PARFOIS PAR LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE. LE SKENAN FAIT L'OBJET DE LA PART D'UN CERTAIN NOMBRE DE TOXICOMANES D'UN MARCHÉ PARALLÈLE SOUTERRAIN ET LE COMPRIMÉ DE 200 MG EST FACILEMENT REVENDU 10 EURO L'UNITÉ.

LES POUVOIRS PUBLICS ONT DÉCIDÉ DE METTRE UN TERME À CES DÉRIVES ET ONT LANCÉ UNE VASTE ENQUÊTE DANS TOUTE LA FRANCE POUR SAVOIR QUI PRESCRIVAIT QUOI ?

UN CERTAIN NOMBRE DE NOS CONFRÈRES ONT ÉTÉ CONVOQUÉ PAR LA POLICE ET LA JUSTICE POUR RECEVOIR LEURS EXPLICATIONS. CELA A MÊME DÉCLENCHÉ DES GARDES À VUE, DES PERQUISITIONS DANS LES CABINETS MÉDICAUX, DES MISES EN EXAMEN ET DES CONFRÈRES ONT ÉTÉ CONDAMNÉS PAR LA JUSTICE PÉNALE ET LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE ORDINALE.

AFIN DE METTRE CHACUN DEVANT SES RESPONSABILITÉS, NOUS PRÉFÉRONS INFORMER LES CONFRÈRES SUR CET ÉTAT DE FAIT.

LE SKENAN N'EST PAS UN PRODUIT DE SUBSTITUTION DES TOXICOMANIES. TOUT MÉDECIN CONFRONTÉ À CE TYPE DE DEMANDE DOIT REFUSER ET/OU SE FAIRE AIDER PAR LES CONFRÈRES SPÉCIALISTES, LES RÉSEAUX VILLE-HOPITAL OU LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS.

Bilharziose en Corse du Sud

PLUSIEURS SIGNALEMENTS DE BILHARZIOSE UROGÉNITALES ONT ÉTÉ REÇUS EN AVRIL POUR DES PERSONNES S'ÉTANT BAINÉES DANS LA RIVIÈRE CAVU, EN CORSE DU SUD.

VOUS RISQUEZ DONC D'ÊTRE SOLlicitÉS PAR DES PATIENTS RÉSIDENTS OU AYANT SÉJOURNÉS DANS CETTE RÉGION, ET QUI SE SONT BAINÉES DANS CETTE RIVIÈRE.

FICHE PRATIQUE SUR CETTE PRISE EN CHARGE : sante.gouv.fr/bilharziose-professionnels-de-sante.html

IDEM : hscp.fr/explore.cgi/Accueil

MISES À JOUR DU TABLEAU

N° 7917	LINET Teddy	Dossier transmis au Conseil de VENDEE
N° 9009	HERON-ROUGIER Corine	Dossier transmis au Conseil de MAYOTTE
N° 9014	RENFRO Richard	Dossier transmis au Conseil du MORBIHAN
N° 9295	PEULTIER Sophie	Dossier transmis au Conseil de l'AUDE
N° 9313	PAPIN Patrick	Dossier transmis au Conseil des BOUCHES DU RHONE
N° 9407	HUMBERT Julie	Dossier transmis au Conseil de la SARTHE
N° 9692	TSYBOULA-GUERET Lynn	Dossier transmis au Conseil de VENDEE
N° 9727	MOSBAH Karim	Dossier transmis au Conseil du MAINE ET LOIRE
N° 9858	BIZHEV Lyubomir	Dossier transmis au Conseil de GIRONDE
N° 9975	LAUNAY Audrey	Dossier transmis au Conseil de VENDEE

DÉCÉDÉS

N° 668	TESSIER Michel	Médecin retraité - Décédé le 10/03/2014
N° 758	DOIZY Paul	Médecin retraité - Décédé le 22/04/2014
N° 1036	DIARD Michel	Médecin retraité - Décédé le 25/03/2014
N° 1379	LUCAS Michel	Médecin retraité - Décédé le 18/04/2014
N° 1421	GUILLEMOT Gildas	Médecin retraité - Décédé le 13/05/2014
N° 3338	MASSONNET-NAUX Michelle	Médecin retraitée - Décédée le 15/01/2014
N° 4660	CHAREYRE Margaretha (Marjo)	Décédée le 01/04/2014

SOCIÉTÉS

Radiations

« SELARL SAUVOREL et RANDRIAMORA » (n°101).

« SELARL du Cabinet d'Ophtalmologie KRUGER » (n°98).

AUTORISATION DE SITES MULTIPLES (article 85)

Docteur Anne-Laure BOUFFAUT (médecin spécialiste en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique) :

- 1^{er} site : lorsqu'elle aura intégré la « SELARL du Docteur LEJEUNE », exercice de la chirurgie plastique en tant qu'associée de la société : Clinique BRETECHE - 3 Rue de la Béraudière - 44000 NANTES.
- 2^e site : le Docteur BOUFFAUT sera autorisée à exercer en dehors de la SELARL, une activité salariée pour les mastectomies et reconstructions mammaires prophylactiques au Centre René Gauducheau.

Docteur Emilie DUCLOUX-GUIHARD (médecin qualifié en médecine générale exerçant en tant qu'angéologue) :

- 1^{er} site : 145 boulevard du Docteur René Laennec - 44600 SAINT NAZAIRE.
- 2^e site : 5 avenue Barbara - 44570 TRIGNAC.

Docteur Gaëlle AUDREN (médecin qualifié en médecine générale exerçant en tant qu'angéologue) :

- 1^{er} site : 2 Rue du Docteur Auguste Guilmin Bat A ZAC de la Chaussée - 44210 PORNIC.
- 2^e site : CHLVO Site de Machecoul Boulevard des Régents - 44270 MACHECOUL.
- 3^e site : CHLVO Site de Challans Boulevard Guérin BP 219 - 85302 CHALLANS CEDEX.
- 4^e site : 5 avenue Barbara - 44570 TRIGNAC.

Docteur Mathilde GALLIOT de TURCKHEIM (médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires) :

- 1^{er} site : 31 Boulevard Salvador Allende - 44800 SAINT HERBLAIN.
- 2^e site : Nouvelles Cliniques Nantaises Site du Confluent
4 Rue Eric Tabarly - 44277 NANTES CEDEX 2.
- 3^e site : Clinique Jules Verne 2 Route de Paris - 44314 NANTES CEDEX 3.

Docteur Elvire MERVOYER (médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires) :

- 1^{er} site : 31 Boulevard Salvador Allende - 44800 SAINT HERBLAIN.
- 2^e site : Nouvelles Cliniques Nantaises Site du Confluent
4 Rue Eric Tabarly - 44277 NANTES CEDEX 2.
- 3^e site : Clinique Jules Verne 2 Route de Paris - 44314 NANTES CEDEX 3.

« EN CAS DE DESACCORD AVEC UNE DECISION CI-DESSUS : VOUS POUVEZ CONTACTER LE CONSEIL DEPARTEMENTAL OU INTERJETER APPEL DEVANT LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DANS UN DELAI DE 2 MOIS A COMPTER DE LA RECEPTION DE CETTE REVUE. »

POUR UNE RELATION PATIENT-MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE

Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.

Penser à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.

Examiner deux personnes prend plus de temps que n'en examiner qu'une seule.

Penser à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.

Moins votre médecin consacrerait de temps à l'administratif, plus il consacrerait de temps à votre santé.

Penser à préparer votre consultation : apporter votre dossier médical (radios, résultats de laboratoire, anciennes ordonnances, lettre...), votre carte vitale mise à jour, votre attestation de prise en charge (CMU-C, AME, ASC)...

La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.

Penser à prendre rendez-vous. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport... Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.

Un dossier médical est un document strictement personnel.

Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.



DOMUS MEDICA

CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LOIRE-ATLANTIQUE

8, rue du Cherche Midi
B.P. 27504 - 44275 NANTES 2
Tél. : 02 40 20 18 50
Fax : 02 40 20 59 62
Courriel : loire-atlantique@44.medecin.fr
Site internet : www.cdm44.org

Heures d'ouverture d'été :
de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00
(lundi, mardi, mercredi et jeudi)
de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 16h00 (vendredi)

LE CONSEIL

Président :

Dr J.L. CLOUET

Vice-présidents :

Dr J.F. ALLARD,

Drs L. CARLIER, J. LUCAS, G. TILLY

Secrétaire Général :

Dr M. CHUPIN

Coordinatrice des conciliations :

Dr E. MAICHE

Trésorier :

Dr C. PELLERAY

Entraide :

Dr P. EVANO (adjointe)

Membres titulaires :

Drs E. BRESSOLLETTE,
P. BRETONNIERE,
P. BUREAU ,
J.M. CAZAUBIEL,
J.J. FERRON,
J.R. FEVE,
A. GICQUEL,
D. GUITTON,
P. JEGO,
P. PIETRINI,
B. POULIQUEN,
P. TOSTIVINT

Cellule
"insécurité"

Vous cherchez une salle de réunion ?

Nous vous rappelons que le Conseil départemental de l'Ordre des médecins dispose de 3 salles de réunion (2 pouvant accueillir une quinzaine de personnes et l'autre une cinquantaine de personnes).

Ces salles sont gracieusement mises à la disposition des médecins pour les réunions qu'ils organisent. Pour les réservations, merci de prendre contact directement avec le secrétariat tél. : 02 40 20 18 50

L.O.M.

Rédacteur en chef : Dr M. CHUPIN

Directeur de la publication : Dr J.L. CLOUET

Édition : **CARDINAL** - courriel : editions@petitgibus.fr

Tél. : 02 40 63 19 99 - Fax : 02 51 78 87 56