Ordre National des Médecins
Conseil Départemental de l'Ordre

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine-Maritime

Bulletin d'Information n° 8

Dans ce numéro :

- L'Association de Médecine d'Urgence France Cameroun - AMUFC
- Les soins palliatifs
- Les actions de formation médicale continue dans notre département
- Consultation de pédiatrie
- Le maintien dans l'emploi
- L'équipe administrative de votre conseil départemental
- L'Hospitalisation à Domicile
- La médecine préventive
- L'article 77 du Code de déontologie
- CMU et obligations déontologiques
- A l'usage de nos confrères retraités
- La régulation du SAMU Centre 15 de Rouen
- Recrutement
- Contact

Janvier 2011

Le mot du Président

Bonne, bonne année 2011 à tous

Pour ceux que l'histoire de la Normandie intéresse, les années en onze sonnent d'une manière particulière.

C'est en 911, loin à l'heure de l'Internet, mais à une seconde à l'heure de l'univers, que Charles III le Simple signa avec Rollon le traité de Saint Clair sur Epte ; tournant essentiel de l'histoire d'une province dont, à l'époque, la population était le dixième de celle du Royaume.

Nous ne demandons pas en 2011 les droits particuliers accordés à Rollon et à ces scandinaves qui, depuis une soixantaine d'années, ravageaient, à partir des estuaires où ils étaient installés, villes et campagnes de notre bord de Seine et des autres grands fleuves.

Nous formulerons simplement le souhait que, dans les ministères parisiens, il soit tenu compte, pour les professions de santé, des moyens humains et matériels qui nous manquent et classent notre région au 20ème rang des 22 territoires qui découpent la France du 21ème siècle.

La situation de L'Eure en matière de santé n'est pas admissible.
La situation de la Seine-Maritime est tendue et préoccupante.

Le Roi accordait à Rollon en 911 les diocèses de Rouen-Evreux et Lisieux, et le cadeau était d'importance.

Si Rollon était actuellement en charge de la santé, il exigerait sans doute Paris, Lyon ou Strasbourg !

Les professionnels de santé, la population normande ne demandent pas la lune ; ils demandent simplement à être considérés et traités avec équité dans une économie nationale qu'ils savent précaire et difficile.

Nous voulons maintenant dire des souhaits particuliers aux cent douze confrères qui se sont inscrits en 2010 pour la première fois au tableau de l'ordre et choisi la Seine-Maritime pour leur exercice.
Vingt neuf d'entre eux ont un diplôme étranger, alors qu'ils n'étaient que seize en 2009.

Lire la suite en page 2

Bonne, bonne année 2011 à tous... suite

Les conseillers ordinaux qui les ont accueillis individuellement ont été témoins de leur dynamisme, de leurs attentes professionnelles.
Qu'ils aient fait le choix, majoritaire actuellement, du salariat ou bien d'une pratique dite libérale, tous savent les difficultés qui les attendent - elles seront résolues et d'autres apparaîtront...

Ils savent bien, faisant fi de la nostalgie de certains, qu'il n'y a jamais eu " d'Age d'Or " en médecine, ni dans les autres professions de santé.

Il n'est que de lire l'exercice médical, quand il est raconté, au jour le jour, par nos confrères du passé - tout manque : moyens, savoir, argent... Et quand il ne s'agit plus d'un " journal " mais de " mémoires " ; c'était " toujours mieux avant ", tant le souvenir est sélectif...
La difficulté est de tous les temps dans notre métier.

Aussi ne donnons pas à nos nouveaux inscrits, ne donnons pas à ceux qui les suivent, étudiants et internes, l'image d'un métier désespéré ou désespérant.

La médecine, appuyée sur le " triangle branlant de l'humanisme, de la science et de l'économie " branle depuis des siècles, mais l'intelligence, la recherche, l'audace, le dévouement et l'optimisme ont toujours garanti et continueront de garantir sa stabilité, sa pérennité.

2011 a été proclamée, par quelque puissant, " année du droit des malades " !
Nous pouvons nous attendre, médecins comme les autres soignants, à bénéficier de conseils sur nos obligations...

Est-il impertinent de souhaiter, de demander même, que 2011 soit également l'année des " droits des médecins " et des autres professionnels de santé, et l'année des " devoirs des malades ".
Est-il impertinent de demander qu'il soit appris à certains patients, et rappelé à tous les autres, que la prise d'un rendez-vous " engage " ; que l'indépendance de décision d'un médecin se respecte ; que la mission des professionnels de santé est de soigner et non d'apporter des solutions médicales à des problèmes de société non médicaux...

Médecins et malades nous sommes sur le même bateau de l'existence, les droits et les devoirs des uns et des autres sont indissociables.

Que 2011 soit " l'année de tous ", soignants et soignés...
Que 2011 vous soit heureux.

Docteur Jean-Luc MAUPAS

L'Association de Médecine d'Urgence France Cameroun - AMUFC

Le Docteur Christophe MENARD, Président, relate deux temps forts de la vie de l'AMUFC

Octobre 2010 - Charity Evening

Le 22 octobre 2010, l'Association de Médecine d'Urgence France Cameroun (AMUFC) a organisé une grande soirée caritative, en coopération avec l'Association des Étudiants Camerounais de Rouen et Sympathisants (AECRS).

Cette soirée a été l'occasion de réunir autour d'un divertissement original tous ceux qui voulaient soutenir notre action auprès des acteurs des services d'urgence camerounais.

Un peu plus de 200 personnes ont assisté à un spectacle mêlant danses africaines, chansons, musiques et conte, et à la présentation d'un diaporama dépeignant la situation et les difficultés de différents services d'urgence à Douala et à Yaoundé.

Un buffet de spécialités culinaires camerounaises clôturait cette exhibition.

De nombreuses personnalités, dont les maires de Bois Guillaume et de Bihorel, et le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine-Maritime, ont grandement apprécié cette soirée et ont tenu à encourager notre action.

Les dons récoltés lors de cette soirée serviront à organiser nos prochaines actions de formation et d'échanges avec les urgentistes et acteurs des services d'urgence notamment à Yaoundé.

Novembre 2010 - Formation à Yaoundé

Du 8 au 12 novembre 2010, une équipe de l'AMUFC composée de 2 médecins urgentistes et 3 IDE est partie à Yaoundé.

Nous avons concrétisé notre partenariat avec l'Association des Médecins Urgentistes du Cameroun en organisant au siège de l'AMUCAM une session de formation aux gestes d'urgence auprès de jeunes confrères.

La vingtaine de médecins généralistes, fraîchement sortis de la faculté, a manifesté son enthousiasme en participant activement à cette session. Au final, le Président de l'AMUCAM a souhaité que cette formation soit le début d'une collaboration régulière et pérenne.

Ainsi, non seulement nous avons eu les honneurs de la télévision camerounaise qui a diffusé un reportage sur notre action au journal télévisé, mais nous sommes également invités au Congrès de Médecine d'Urgence d'Afrique de l'Ouest en mai 2011 à Yaoundé.

L'AMUFC est maintenant bel et bien lancée.

Docteur Christophe MENARD

Les soins palliatifs : un modèle pour des politiques sanitaires et sociales novatrices

Un deuxième développement du Docteur Lucie HACPILLE

Selon le Conseil de l'Europe, les soins palliatifs font partie intégrante d'une réflexion en cours sur l'avenir européen des systèmes de santé. Le principe de " la guérison par innovation à tout prix " donne à penser car il crée de faux espoirs chez les malades, parfois au prix de leur qualité de vie. Le Conseil de l'Europe demande d'orienter la santé vers une conception plus " palliative " des soins, répondant à des impératifs éthiques et sociaux estimant que trop de pays européens voient dans la santé un ***marché axé sur l'expansion et la production plutôt qu'un service basé sur la solidarité et la dignité****.*

1. Les soins palliatifs : un pilier essentiel des droits des patients

La vraie pratique des soins palliatifs, aujourd'hui, repose sur un **débat approfondi relatif aux objectifs contemporains de la médecine**, dans lequel **les soins palliatifs représentent un pilier essentiel dans les droits des patients**.
C'est en cela qu'ils sont vecteurs de " *modèles pour des politiques sanitaires et sociales innovantes* " [1]. Car les soins palliatifs ne sont pas des soins nouveaux : l'approche des plus vulnérables et des malades en fin de vie a toujours fait partie de la pratique médicale, notamment de celle des médecins de famille qui ont su garder l'esprit éthique hippocratique.
Mais le contexte culturel actuel désigne un cadre différent qui nécessite un regard vigilant, afin que ceux-ci n'apparaissent pas comme un " *luxe humanitaire bénévole* " qu'on ne pourrait se permettre, médicalement, qu'à titre personnel et occasionnel, en raison des difficultés économiques.
Les soins palliatifs doivent devenir accessibles non seulement à la phase terminale d'une maladie, mais aussi aux patients souffrant de maladies graves chroniques, et être considérés comme une modalité de prise en charge globale complémentaire de la médecine curative. Leur lieu d'exercice privilégié reste celui de la proximité du patient, rôle du médecin de famille.
Dans l'évolution du paysage sanitaire européen, le médecin de famille reprend ses droits dans la cité et devient le creuset d'une éthique de situation, indispensable à la qualité décisionnelle médicale. Les récents rôles du Conseil de l'Ordre des Médecins sur le plan éthique sont le reflet de cette nouvelle orientation.

Le médecin de famille et les soignants ont toujours été habités par le souci de " faire bien, dans l'intérêt du patient ". L'éthique quotidienne est tout à fait naturelle au chevet du malade et de son entourage, et c'est là que l'éthique médicale garde ses racines : chercher à aider et offrir de bons soins aux personnes atteintes de maladies et/ou vulnérables. Mais aujourd'hui, n'entend-on pas les malades et leurs familles dire parfois que la dispensation des soins était plus humaine autrefois ? Qu'est-ce qui explique alors le besoin de débats et de repères éthiques ?

Partout dans le monde, les systèmes de santé font face à une crise généralisée, et les médecins de famille, longtemps ignorés des systèmes technoscientifiques modernes, vivent encore de profonds paradoxes entre la réalité de leur pratique quotidienne, riche d'humanité, et l'idéal technoscientifique et gestionnaire, tenté de mépriser ou ignorer le rôle spécifique de la médecine de la personne et de la proximité. Le malaise qui en découle explique, en grande partie, le regain d'intérêt pour la réflexion éthique.

2. Un malaise éthique profond

Quatre principales raisons peuvent être évoquées aux sources de ce malaise : **1**, notre médecine est devenue technique, scientifique et gestionnaire ; **2**, cette nouvelle forme de pratique exige un nombre considérable de compétences de natures diverses pour parvenir à ses objectifs ; **3**, la reconnaissance culturelle des " droits " des patients ; **4**, l'élaboration sociale d'une nouvelle représentation de la mort [2].

2.1 Notre médecine est devenue technique, scientifique et gestionnaire

Autrefois, le médecin exerçait, seul ou accompagné d'une infirmière, l'ensemble des fonctions de soins. Dans le modèle actuel, de multiples intervenants jouent ce rôle. La multiplicité contemporaine des acteurs comparée à l'unicité de la médecine hippocratique conduit à mettre en œuvre les nouveaux métiers de coordinateurs. L'éclatement de l'unicité hippocratique constitue l'un des défis de la pratique médicale moderne et incite à réfléchir sur le malaise vécu par les professionnels.

Les différents acteurs de soin contemporains ne se voient pas comme des " **serviteurs** " du médecin et celui-ci n'est pas reconnu par eux comme " référent du malade " qui demande que tous soignent ensemble !
Chaque intervenant considère qu'il exerce un rôle spécifique, dont le médecin de famille est ignorant, et chacun estime qu'il doit conserver la responsabilité de son intervention. En même temps, chacun veut participer à l'ensemble du projet de soin autour de la personne malade et revendique le " droit " à ses conceptions personnelles du soin qu'il estime lui-même le meilleur pour ce patient.
Ce contexte favorise les incompréhensions interprofessionnelles et les conflits de pouvoir : comment gère-t-on dans les réseaux de santé et/ou les Hospitalisation à Domicile les responsabilités respectives du médecin coordonnateur

[1] *Les soins palliatifs : un modèle pour des politiques sanitaires et sociales novatrices. Assemblée parlementaire Doc 11758 4 novembre 2008. Rapport Commission des questions sociales, de la santé et de la famille. Rapporteur : M. Wolfgang WODARG*

[2] *DOUCET Hubert, Soigner en centre d'hébergement. Repères éthiques, Québec, Fides 2008*

non prescripteur, et du médecin de famille prescripteur… Comment le médecin de famille gère-t-il les différentes propositions thérapeutiques de réseaux multiples (diabète, gériatrie, cardiologie, rééducation, douleur, soins palliatifs…) autour d'un même malade ?

2.2 Des compétences de natures diverses pour parvenir à des objectifs adaptés à une personne unique

Le regain d'intérêt pour l'éthique s'inscrit dans ces tensions. On parle d'équipes multi ou interdisciplinaires, et de " coordination " pour répondre aux malaises et conflits de pouvoir liés à la diversité de l'offre de soins contemporaine. A quelles conditions ce nouveau type d'offre de soins peut-il être efficace ? A-t-on vraiment examiné les implications d'un tel travail d'équipe ou de réseau pour les différentes professions qui y participent ?

La coordination interdisciplinaire a ses lois, ses règles et ses pièges. L'interdisciplinarité offre l'occasion de mettre à contribution des compétences diverses, afin de favoriser l'adoption d'un langage commun et l'acquisition de nouvelles habilités. C'est aussi l'occasion de repenser sa pratique professionnelle sous un regard nouveau. Elle nécessite un apprentissage spécifique éthique à la recherche du " *juste médical* " [3] .

2.3 La reconnaissance des " droits " des patients

Dans cette reconnaissance, deux aspects sont identifiables : d'une part, l'affirmation des droits individuels, d'autre part, le respect de la diversité culturelle.

o Mise en question du paternalisme médical

Dans le changement de mentalité culturel émergent depuis les années soixante, les objectifs individuels sont survalorisés par rapport aux objectifs collectifs. Il s'ensuit une modification des repères médicaux : le patient est devenu successivement un client, un usager avant d'être un consommateur de soins bénéficiant de prestations. Ce changement culturel fait appel au concept de " **dignité** " [4] afin de répondre aux attentes des malades devant les actes médicaux. Il a pour corollaire la recherche du " juste médical " au sens de la justesse (adaptation et équité) dans l'accès aux soins lors d'une situation clinique donnée.

o Bouleversement culturel de la relation médecin-malade

Dès lors, les éléments d'une thérapeutique seront jugés fort différemment selon les valeurs éthiques de la personne malade, comme le montrent les attitudes médicales face aux témoins de Jehovah lors du besoin de transfusions d'un malade, certains chrétiens qui considèrent tout arrêt d'alimentation artificielle comme une forme d'euthanasie, les juifs qui s'opposent à toute forme d'arrêt de traitement, considérant que la vie humaine possède une valeur intrinsèque infinie…

2.4 L'élaboration d'une représentation moderne de la mort

Le déni de la mort est souvent considéré comme caractéristique des temps modernes. En réalité, il est caractéristique de la dimension universelle de l'Homme. Il serait plus juste de dire que " *chaque période de l'histoire a ses manières de nier la mort* " [5].

Deux phénomènes marquent notre modernité : **1**, le fait que la vision médicale s'inscrive dans une dimension culturelle où mourir constitue la fin de tout, ce qui s'est traduit dans les pratiques par l'idée que vivre le plus longtemps possible était un impératif médical prioritaire ; **2**, le fait qu'aujourd'hui, la vie des personnes âgées malades peut être prolongée pendant longtemps. Les modalités de cette prolongation interrogent, et les prises de décision médicales sont souvent floues [6]. Le problème éthique fondamental n'est pas dans le vieillissement de la population, car on n'empêchera jamais ce processus naturel. Il tient dans la nouveauté des situations auxquelles la médecine hippocratique est confrontée aujourd'hui face à la maladie et à la mort.

Les problématiques éthiques que rencontrent les professionnels de santé constituent un véritable chantier jalonné par quatre principales thématiques :

- Le fait que le développement technoscientifique et gestionnaire se développe avec force nécessitant un ajustement de la médecine hippocratique
- La mise en jeu d'intervenants multiples individuellement responsables et insuffisamment préparés aux méthodologies interdisciplinaires et éthiques
- La primauté culturelle de l'individu qui affirme ses droits à décider de sa vie faisant référence à une signification culturelle de la dignité
- L'allongement de la vie qui, à son terme, soulève des questions fondamentales si l'on souhaite " vivre bien ensemble " selon la définition de la " petite éthique " de Paul RICOEUR [7].

CONCLUSION

Les Soins Palliatifs, dans leur définition européenne, représentent un pilier essentiel des droits des patients, et en conséquence de l'aide à la décision médicale, tant au niveau individuel que collectif (Article 2 du Code de déontologie).
Les objectifs des soins palliatifs les confrontent de plein fouet au malaise éthique culturel actuel des professions de santé.
Les pratiques palliatives invitent à réfléchir sur trois grandes questions :

o Quelle méthode d'approche face aux problématiques nouvelles de notre profession et notamment du métier de médecine de famille ?
o Quelle aide nous apporte la Loi LEONETTI, proposition encore unique au niveau européen ?
o Quel avenir européen pour les médecins de famille ? ■

[3] *" A propos du juste médical " L. Hacpille Sous presse*

[4] *Dignité : dans son sens originel, la dignité (des Droits de l'Homme) est l'irréductible humain selon la formule de BOUTROS BOUTROS GHALI (Secrétaire Général de l'ONU). Elle nous est donnée en même temps que l'humanité et cela de manière inconditionnelle. Mais, dans la société moderne, le sens de la dignité est devenu un attribut abandonné au libre arbitre de chacun désignant lors une convenance relative à chaque personne.*

[5] *DOUCET Hubert ibidem*

[6] *Les processus décisionnels face aux personnes âgées en Europe L. Hacpille Congrès Européen Dublin 2006*

[7] *RICOEUR P. Soi même comme un autre Paris Le Seuil 1990*

Actions de formation médicale continue dans notre département

SEMINAIRES FPC/OGC ANNÉE 2011
Conception UnaformeC – Réalisation ANFORM
Séminaires de deux jours indemnisés

Migraines et céphalées

Diagnostiquer sûr, prescrire précis, prendre en charge efficacement.
Séminaire de 2 jours consécutifs pour 24 participants : Médecine générale (01) - Gynécologie médicale (70) - Gynécologie médicale et obstétrique (79) - Gynécologie obstétrique (07) - Obstétrique (77)

Objectifs : élaborer une stratégie diagnostique et thérapeutique pour chaque patient consultant pour une symptomatologie pouvant évoquer une migraine ; faciliter la prise en charge de la migraine par le patient lui-même. Savoir reconnaître ce qui n'est pas une migraine et prendre les mesures ad hoc. Gérer les situations particulières : grossesse, contraception.

Date et lieu : les 26 et 27 mai 2011 à Lyons la Forêt.

Contact : Isabelle Molko
5, rue Calvaire
76520 Quevreville la Poterie
02 35 79 29 30
isabelle.molko@wanadoo.fr

Épaule douloureuse

Comprendre, expliquer, soigner. De l'antalgie à la chirurgie. Séminaire de 2 jours consécutifs pour 24 participants : Médecine générale (01)

Objectifs : permettre aux participants de diagnostiquer et prendre en charge de façon adaptée leurs patients consultant pour une épaule douloureuse ou enraidie. Savoir temporiser une demande insistante d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées inadaptées, accompagner avec pédagogie son patient vers la guérison ou la stabilisation, reconnaître les patients pouvant bénéficier d'un geste chirurgical.

Date et lieu : les 29 et 30 septembre 2011 à Saint Martin du Vivier.

Contact : Bruno Favey
27, rue César Franck
76000 ROUEN
02 35 60 09 77
Bruno.favey@orange.fr

Ouverture d'une consultation de pédiatrie

A l'attention des médecins généralistes du secteur de Rouen rive gauche : le CHU, dans le cadre de l'activité multidisciplinaire de la policlinique de l'hôpital Saint-Julien, informe de l'ouverture d'une consultation de pédiatrie.

Elle sera ouverte le mercredi toute la journée. Vous pourrez obtenir rapidement un avis spécialisé en vous adressant directement au :

02 32 88 65 60

Madame Dagmara FERAY est le médecin responsable de cette consultation.

Le maintien dans l'emploi

Un communiqué de Santé BTP

La désinsertion professionnelle constitue un risque professionnel au même titre que tout autre risque du métier : le risque de précarité socioprofessionnelle.

Le handicap et l'usure professionnelle, spécifiquement dans le domaine du BTP, ne sont pas une fatalité. Des outils et des procédures existent afin d'en éviter la survenue ou tout du moins d'en minorer ses effets.
La gravité potentielle de ses conséquences socio économiques pour l'entreprise et le salarié suggèrent la prévention de ce risque.

Le service de santé au travail Santé BTP a mis en place une équipe opérationnelle avec une interlocutrice privilégiée, Madame Audrey BALE, psychologue du travail, et un accompagnement social avec Madame Mélissa DROUET.

Cette équipe, avec les médecins du travail, infirmières et intervenants en santé au travail, fonctionne en relation avec les organismes en charge du handicap HANDICIPER, l'AGEFIPH mais également avec la CARSAT et la CPAM.

L'ambition de Santé BTP est de créer un véritable réseau d'information et de concertation pour que le salarié soit pris en compte, en liaison avec l'entreprise, et que toutes les mesures soient mises en oeuvre dans le cadre de la reconversion par le biais de la formation ou de l'adaptation des postes de travail, afin d'éviter à tout prix la désinsertion professionnelle.
C'est le véritable enjeu de société auquel ce service entend apporter des réponses pratiques, efficaces, dans l'intérêt de la collectivité du monde du travail.

En tant que médecin traitant, vous pouvez être amené à recevoir des salariés en consultation médicale spontanée, pendant un arrêt de travail ou en activité.

Quelques conseils :

Pour éviter la survenue du risque, les signes qui doivent vous alerter :

- En activité, le salarié se plaint de son travail
- Il est absent de manière répétitive
- Il a des difficultés relationnelles dans son équipe, avec la direction
- Il a un faible niveau de formation

Pour minorer les effets du risque, les signes qui doivent vous alerter :

- Le salarié est en arrêt de travail long / prolongé
- Des difficultés sont pressenties à la reprise du travail
- Il y a un problème de sous qualification

Provoquez, pour optimiser le maintien dans l'emploi, **une visite de pré-reprise** alors que le salarié est encore en arrêt de travail.
N'hésitez pas à vous mettre en relation avec le médecin du travail auquel vous pouvez communiquer, dans le cadre du secret partagé, les informations médicales nécessaires à une exacte appréciation de l'aptitude professionnelle.

Pour en savoir plus sur la composition et les missions de la Cellule Maintien dans l'Emploi de Santé BTP :

Santé BTP Rouen-Dieppe
93, route de Darnétal - 76011 ROUEN
Tél : 02 35 71 85 90 - Fax : 02 35 15 37 71

Contact : Madame Audrey BALE
Chargée du maintien dans l'emploi
audey.bale@sante-btp.com

Les rencontres Santé BTP

Le 1er jeudi de chaque trimestre

de 15h00 à 16h15

Santé BTP organise à compter du 6 janvier 2011 des rencontres avec ses adhérents pour évoquer les sujets d'actualité relatifs à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels.
A chaque réunion, 2 ou 3 sujets seront proposés pour permettre aux collaborateurs des entreprises de mieux appréhender la complexité de la réglementation et les obligations qui incombent à chaque employeur. On peut prévoir dès maintenant que la première réunion de janvier 2011 portera sur les nouvelles dispositions résultant du titre IV " pénibilité du parcours professionnel " inscrit dans le projet de loi sur la réforme de la santé au travail.
" Un carnet de santé au travail… devra retracer… les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis et propositions du médecin du travail…".

Des informations utiles sur :
www.sante-btp.com

Une équipe pluridisciplinaire
Santé btp
A votre service

PRATIQUE PRATIQUE

DOSSIER

L'équipe admin

Le secrétariat administratif

Pascale MERCIER

Management
Comptabilité
Bilan Budget
Courrier
Secrétariat des Séances du Conseil

L'accueil

Laure BEGUIN

Inscriptions
Saisies
Licences
Qualifications
Courrier

L'accueil

Isabelle DEQUAINDRY

Accueil téléphonique
Plaintes
Sites distincts
Conciliations
Courrier

istrative de votre Conseil...

Les contrats et la communication

Sandrine ENDICO

- Bulletin d'Information
- Publications Internes
- Site Internet
- Contrats Professionnels
- Contrats de Remplacement
- Hospitalités

La permanence des soins

Emilie VERDIER

- Relations Permanence des Soins
- Contrats de Remplacement
- Courrier

L'entretien

Claudine LEPROMPT

- Entretien
- Service Technique

L'Hospitalisation à Domicile en Haute Normandie : *les défis à relever pour cette offre de soins en développement*

L'Hospitalisation à Domicile est une modalité d'hospitalisation qui concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement.

Mode de prise en charge généraliste et polyvalent, l'HAD permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et coordonnés, en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et les professionnels paramédicaux et sociaux, qu'ils soient salariés de la structure d'HAD ou libéraux, appelés à intervenir au domicile.

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé à part entière, soumis à autorisation par les Agences Régionales de Santé [1] et tenus aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement : sécurité et qualité des soins, certification par la Haute Autorité de Santé, contrat de bon usage du médicament, continuité des soins 24h/24, lutte contre les maladies nosocomiales...
L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale (du médecin traitant ou hospitalier) et doit recueillir l'accord explicite non seulement du patient ou de son représentant, mais également du médecin traitant.
L'offre d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble du territoire français : au 31 décembre 2009, tous les départements étaient dotés d'au moins une autorisation d'HAD, seuls les départements du Gers, de la Haute Marne et de la Lozère étant en attente de leur mise en œuvre [2].

La Haute-Normandie compte 10 établissements d'HAD répartis sur les deux départements de la Seine-Maritime et de l'Eure. En 2009, ces établissements ont réalisé 65 945 journées d'HAD, contre 52 520 en 2008, témoignant de la poursuite du développement de cette activité sur la région, avec une progression globale de 25 % du nombre de journées entre 2008 et 2009.

Néanmoins, le potentiel de développement de l'HAD en Haute-Normandie reste important et les défis à relever sont nombreux. Dans le cadre de la programmation du Projet Régional de Santé, l'ARS a engagé des travaux avec les établissements d'HAD pour structurer l'offre en région et dans tous les territoires de santé : la couverture de la Haute-Normandie est un des axes majeurs du groupe de travail qui s'attache à optimiser la couverture effective de toutes les communes de la région par l'HAD. Une cartographie sera prochainement disponible et diffusée...
La délégation régionale de la FNEHAD de Haute-Normandie anime une plateforme HAD réunissant l'ensemble des établissements de la région, afin de favoriser les échanges et la communication avec les acteurs de la ville et des établissements de santé tant publics que privés : les relations avec les professionnels libéraux, et en particulier avec les médecins, y sont privilégiées et sont vouées à être développées davantage.
En effet, le premier interlocuteur libéral de l'équipe de l'HAD est le médecin traitant, dont l'accord est obligatoire pour toute prise en charge en hospitalisation à domicile. Son rôle est fondamental puisque c'est à lui que revient la responsabilité du suivi médical de son patient en HAD, en collaboration avec le médecin coordonnateur de l'établissement d'HAD.
Pour le médecin libéral, ce travail en HAD, malgré tout ponctuel, restera ainsi un moment de partages entre un exercice libéral qui a ses contraintes, et un exercice institutionnel qui a les siennes, mais pour lesquelles il est accompagné. L'HAD reste un outil au service du patient et au service du médecin traitant grâce à une mise à disposition de matériels complexes ; de technique de pointe, de surveillances répondant aux besoins des pathologies prises en charge de manière cohérente et coordonnée.

Seule une telle compréhension mutuelle, dans une logique de complémentarité, permettra à l'HAD d'assurer sa mission au service d'une meilleure fluidité du parcours du patient sur le territoire et au praticien d'assurer ce qui fait partie de ses missions : aider, soigner, accompagner ses patients.

[1] Article L 6122-1 du code de la santé publique

[2] Source : Rapport d'activité de la FNEHAD 2009-2010

FOCUS

Les établissements d'HAD dans notre région

Territoire de santé	Établissements autorisés en 2010	Capacités autorisées	Typologie	Nature juridique
Rouen/Elbeuf	HADAR Croix Rouge 02 35 59 40 90	60	Polyvalente et obstétricale (5 places)	ESPIC
	HAD du Cèdre 02 35 59 59 64	30	Polyvalente	Privé
	HAD Elbeuf-Louviers 02 32 82 21 63	40	Polyvalente	Public
Le Havre	Hospidomi 02 35 55 16 16	25 5	Polyvalente Obstétricale	Privé Public
	HAD de l'Estuaire 02 35 92 53 87	30	Polyvalente	Privé
	HAD Bernay et Pont Audemer (2 antennes) 02 32 45 69 79 - 02 32 41 66 13	15 15	Polyvalente Polyvalente	Association Association
Evreux/Vernon	HAD Eure Seine 02 32 28 21 06	40	Polyvalente	Association
	HAD du Sud de l'Eure 02 32 24 91 90	25	Polyvalente	Public (ex HL)
	HAD CHI Eure Seine	6	Obstétricale	Public
Dieppe	HAD Caux Maritime 02 35 92 53 86	30	Polyvalente	Privé
Total région	**10**	**321**		

Docteur Antoine SAUVAGE
Médecin Coordinateur HADAR
Membre titulaire du CDOM

Monsieur Richard OUIN
Délégué Régional FNEHAD
Haute-Normandie

Médecine préventive pour les médecins libéraux : *début de l'expérimentation au Havre*

L'expérimentation du programme " Imhotep " a démarré fin novembre dans le territoire de santé de l'estuaire du Havre et reçoit actuellement ses premières adhésions. Débutant au Havre intra muros, elle s'étendra rapidement à Fécamp, Lillebonne et Pont-Audemer.

L'Association de Médecine Préventive pour les Médecins Libéraux de Haute-Normandie (AMPML, dite " **Imhotep Haute-Normandie** ") chargée de gérer et d'orchestrer ce service, a été constituée le 3 décembre 2009.

C'est le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine-Maritime qui a été à l'origine de cette initiative.
Le projet a été porté par le service de médecine du travail et de pathologie professionnelle (Professeur Caillard) et le département d'épidémiologie et de santé publique du CHU de Rouen (Docteur Ladner).

Un groupe de réflexion et de travail a réuni, outre les instances déjà citées, le Conseil de l'Ordre de l'Eure et l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Haute-Normandie afin de mettre en œuvre cette idée originale : prendre en charge, en termes de prévention et de promotion, la santé des médecins libéraux.

Un constat et la justification du projet

La démographie médicale en Haute-Normandie devient critique avec :
- une des plus faibles densités médicales sur le territoire (266 médecins pour 100 000 habitants, la moyenne nationale étant de 312)
- un vieillissement de la population médicale (54 ans de moyenne d'âge).

Une réalité s'impose : trop de médecins négligent leur santé, beaucoup diffèrent la sollicitation d'un avis médical ou d'une aide pour leur propre santé.
Une enquête a été réalisée en 2008 sur la santé des médecins libéraux en Haute-Normandie. Parmi les 2819 exerçant dans la région, 1235 ont été tirés au sort.
Les résultats de l'enquête ont confirmé la recevabilité du projet d'un tel service, puisque 80% des 552 répondeurs se sont dits favorables à une telle initiative.

A l'instar de nos confrères québécois et catalans, d'autres régions telles que l'Ile-de-France, la région PACA ou Midi-Pyrénées, ont récemment mis en place des structures de prise en charge de la santé des médecins libéraux, mais celles-ci sont exclusivement centrées sur la santé mentale (addictions, troubles de l'humeur, burn out…).

Contenu du programme

Ni médecine générale (pas de prescription thérapeutique directe), ni médecine du travail (pas de détermination de l'aptitude à l'exercice de la profession), il offre à chacun de ses adhérents (volontaires) des prestations :
- d'évaluation des facteurs de risque personnels et professionnels de santé
- de dépistages et de surveillance périodique de la santé
- d'aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique
- d'aide psychologique avec orientation éventuelle vers un accompagnement spécialisé
- de conseils et avis techniques de prévention

L'expérimentation

L'expérimentation de la faisabilité d'une telle offre de service de médecine préventive est une phase préalable essentielle avant sa généralisation régionale.
Ayant débuté fin novembre 2010, une première évaluation à 6 mois en est prévue au printemps 2011.
Le territoire de santé de l'estuaire s'étend du Havre à Lillebonne et de Fécamp à Pont-Audemer. Il compte au total 684 médecins libéraux.

Modalités de l'opération

Imhotep Haute-Normandie est une association loi 1901 dont le conseil d'administration est composé des membres fondateurs du projet (provisoirement, jusqu'à la première assemblée générale ordinaire).
Elle est présidée par le Docteur Pierre Hurtebize, médecin généraliste à Yvetot - Allouville-Bellefosse. Les docteurs Jean-François Caillard, Jean-Luc Martinez, Alain Marx, Elisabeth Mauviard, Patrick Daimé, Joël Ladner, Georges Mounayar et Valérie Ganne en sont les membres du bureau.

L'association a recruté Antoine Kuntz en tant que médecin de prévention. Ancien interne des Hôpitaux de Rouen, doté d'une solide formation clinique et en médecine du travail, il était chargé de l'enquête menée en 2008 sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie.

Afin d'offrir un service au plus près des lieux de travail des médecins de l'agglomération du Havre, les locaux de consultation d'Imhotep HN sont décentralisés dans des services de santé au travail (Santra Plus). Ils disposent d'une cabine d'audiométrie, d'un visiotest, d'un spiromètre, d'un ECG et de la possibilité de réaliser sur place des prélèvements sanguins et urinaires ; ils mettent en outre à disposition, autant que de besoin, les compétences de psychologues ou d'ergonomes.

Le bulletin d'adhésion, inclus dans la plaquette d'information adressée aux médecins libéraux havrais, peut être envoyé sur simple demande.

Docteur Pierre HURTEBIZE
Président d'Imhotep Haute-Normandie

Contact :
Antoine KUNTZ
Tél :
06 98 38 27 76
Mail :
imhotephn@gmail.com

Permanence des Soins- Article 77

Notre Conseil a jugé utile de vous diffuser la nouvelle rédaction de l'article 77 du Code de Déontologie Médicale, et de ses commentaires

5 août 2010
Article R.4127-77 du code de la santé publique :

" Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. "

Commentaires de l'article 77 du Code de Déontologie Médicale, adoptés par la Commission nationale de la permanence des soins des 5 mai et 2 juin 2010, approuvés par la Session du Cnom des 17 et 18 juin 2010 :

La permanence des soins est une organisation collective confraternelle et mutualisée de la réponse à des demandes non programmées de soins.

Elle implique tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice : libéral, hospitalier ou salarié ou, encore, quelle que soit leur spécialité médicale dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin.

Les médecins hospitaliers, salariés mais aussi libéraux, exerçant en établissement, ne sont pas libres des modalités de leur participation. Elles peuvent leur être imposées par voie statutaire ou contractuelle.

Dans l'exercice libéral, hors établissement, les médecins satisfont à ce devoir sur la base du volontariat et de la confraternité dans le cadre d'une organisation qui a pour finalité l'intérêt de la population.

La régulation médicale est une des modalités de la participation des médecins à la permanence des soins.
La réglementation propre à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire confie notamment au Conseil Départemental de l'Ordre la mission de prendre les décisions en matière d'exemption (Article R.6315-4 du code de la santé publique).

La permanence des soins s'inscrit dans " le cadre des lois et règlements qui l'organisent ". La modification du code de déontologie médicale en 2003 traduit la place que prend l'État pour garantir l'accès aux soins qui ne saurait relever des seules initiatives individuelles.

Le devoir des médecins vis-à-vis des patients est subordonné à l'organisation sanitaire dans laquelle il s'inscrit. Les médecins participent à la mise en place de cette organisation ; l'État en est le garant et adopte, avec les instances professionnelles compétentes, les modalités paraissant les plus appropriées. Le devoir du médecin variera suivant les lois et règlements en vigueur et les conditions locales de leur mise en œuvre.

La permanence des soins assurée par les médecins a été reconnue mission de service public par le Parlement à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cette reconnaissance de la fonction essentielle du médecin dans l'organisation de la santé publique engage l'État qui doit assurer sa protection aux médecins qui subiraient un dommage lors de cette mission.

Pour sa part, le Conseil Départemental de l'Ordre qui serait saisi d'une plainte contre ces médecins à l'occasion de leur activité de permanence des soins pourra désormais ne pas y donner de suites disciplinaires, conformément à l'article L 4124-2 du code de la santé publique, si elle est insuffisamment fondée.

CMU
Rappel de vos obligations déontologiques

Refuser de soigner un patient, au seul motif qu'il est bénéficiaire de la CMU, est contraire à l'éthique médicale et à la déontologie professionnelle . Toute autre interprétation ne peut être que rejetée par l'Ordre des Médecins.

A l'usage de nos confrères retraités

ACTUALITÉS DE LA FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS RÉGIONALES DES ALLOCATAIRES - FARA - ET PRESTATAIRES DE LA CARMF

Réforme des retraites

La réforme des retraites a été votée le 27 octobre et promulguée le 10 novembre 2010, le Conseil Constitutionnel l'ayant, la veille, déclarée conforme.
Les principales dispositions de la loi sont les suivantes :

- recul de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans pour le régime général et les régimes de base des non salariés (âge de 60 ans progressivement repoussé par génération - naissance après le 1er juillet 1951- de 4 mois par an) applicable aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2011
- recul de l'âge de la retraite à taux plein à 67 ans (âge de 65 ans progressivement repoussé par génération - naissance après le 1er juillet 1951- de 4 mois par an) applicable aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2011
- création d'un comité de pilotage des régimes de retraite
- création du Conseil d'orientation sur les conditions de travail
- création d'un répertoire de gestion des carrières centralisé à la CNAV
- introduction dans le code de la Sécurité sociale de l'article L. 161-17 A qui précise, notamment, que " la Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations "
- versement mensuel de la pension : l'article 10 dispose qu' " à compter du 1er janvier 2013, tout assuré pensionné d'un régime de retraite de base ou complémentaire versant des prestations par trimestre à échoir peut demander à percevoir sa pension selon une périodicité mensuelle. Cette option ne peut lui être refusée. Une fois exercée, l'option est irrévocable. L'assuré est informé de cette possibilité dans des conditions définies par décret. "
- remboursement des sommes versées avant le 13 juillet 2010 à condition de n'avoir pas fait valoir les droits à retraite, lorsque le relèvement de l'âge d'ouverture des droits à la retraite peut rendre inutiles certains rachats de trimestres effectués au titre des années d'études ou des années incomplètes (article 24)
- amélioration du droit à l'information

La plupart de ces mesures devraient s'appliquer au Régime de Base des médecins

L'Assemblée générale de la FARA s'est tenue le jeudi 18 novembre 2010, au siège de la CARMF.
Après un exposé du Président, Danièle Vergnon, Secrétaire générale, présentait le rapport d'activité de la Fédération au cours des 12 mois écoulés et Pierre-Yves Castelain, Trésorier, rendait compte de la gestion financière de l'année 2009.
Après les votes positifs (à l'unanimité) sur ces 2 rapports, Louis Convert faisait le point sur l'action de la FARA devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme et Claude Poulain présentait un document sur les retraites actuelles et leur évolution passée et future. Il est possible de prendre connaissance sur Internet de ces 4 interventions présentées sous forme de diaporamas en tapant : http://www.carmf.fr/tmp/FARA.zip

CARMF

Le CA de la CARMF s'est réuni comme chaque année au mois de novembre (le 20, cette année) pour fixer le taux de cotisation et la valeur du point du Régime Complémentaire pour l'année suivante. Il a pris acte des cotisations et des allocations du Régime de Base fixées par la CNAVPL et de celles du Régime ASV décrétées en 2010 par les Pouvoirs Publics et vraisemblablement reconduites pour 2011.

- Pour le RC, seul régime de sa compétence, le CA a maintenu le taux de cotisation à 9,2 % et il a augmenté, à notre demande, la valeur du point de 1,2 % à 75 € (45 € pour les Conjoints survivants) une augmentation limitée à + 0,5 % ayant été d'abord proposée.
- La CNAVPL prévoit de porter la valeur du point du RB à partir du 1er avril 2011 aux environs de 0,5420 €, en augmentation de 1,6 % par rapport à la valeur au 1er avril 2010.
- Les Pouvoirs Publics n'ayant toujours pas pris les décrets d'application de la LFSS 2006, la valeur du point ASV devrait rester inchangée, comme depuis 1999, à 15,55 €.

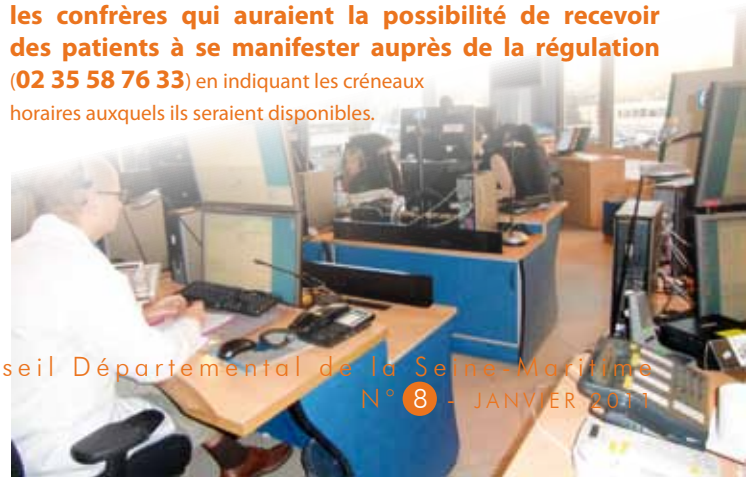
L'augmentation globale moyenne des allocations sera d'environ 250 €, soit + 0,81 % pour les Médecins retraités et d'environ 120 €, soit + 0,87 % pour les Veuves, avec une inflation prévue à 1,4 %...

La régulation du SAMU Centre 15 de Rouen

La régulation du SAMU - Centre 15 de Rouen est de plus en plus fréquemment sollicitée pour des consultations dans la journée par des patients dont le médecin traitant est absent ou indisponible. A défaut d'un moyen adapté, soit les appelants sont priés de rechercher un autre médecin disponible sur leur secteur de résidence soit, et c'est le plus souvent le cas, d'emblée ou après échec de la première solution, ils sont pris en charge en ambulance et emmenés vers une consultation hospitalière, solution inadaptée et coûteuse.

Afin d'éviter ces situations, il conviendrait en premier lieu que **des arrangements entre confrères d'un même secteur permettent une réorientation " locale "** au lieu d'un renvoi vers le N° de la Permanence des Soins, dont il est rappelé qu'elle ne fonctionne que la nuit et les week-ends à partir du samedi midi, ou vers le 15 qui doit rester strictement dédié aux appels urgents.

Pour les cas où ces mesures ne suffiraient pas, **nous invitons les confrères qui auraient la possibilité de recevoir des patients à se manifester auprès de la régulation** (**02 35 58 76 33**) en indiquant les créneaux horaires auxquels ils seraient disponibles.



Recrutement

Médecins du travail

L'amSn, service inter entreprises de Santé au travail de Rouen et sa région, recrute des médecins du travail pour renforcer son équipe, à temps complet ou à temps partiel.

- Si la mission du médecin du travail consiste principalement à éviter "*toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail* ", tout ce qui touche à la prévention en entreprise face aux risques professionnels entre dans son champ de compétence. A ce titre, il est l'un des conseillers privilégiés du chef d'entreprise.
- Pour mener à bien ses missions individuelles et collectives, l'amSn met à sa disposition des moyens matériels et des ressources humaines spécifiques.
- L'équipe médicale de l'amSn compte actuellement 30 médecins qui interviennent dans 17 cabinets médicaux sur 10 centres fixes et 1 centre mobile situés à Rouen, Barentin, Yvetot, Bois-Guillaume, Elbeuf et Saint-Etienne-du-Rouvray.
- A l'amSn, les médecins du travail disposent d'une grande autonomie d'organisation, du soutien d'une assistante médicale et d'une équipe pluridisciplinaire (infirmières du travail, ergonomes, ingénieurs Hygiène-Sécurité-Conditions de travail, psychologues, service social,...).
- Enfin, les médecins bénéficient de formations, participent à des événements professionnels divers et à des réunions confraternelles mensuelles au sein du service.

Pour en savoir plus sur l'amSn :
www.amSn.fr

Pour nous faire parvenir votre candidature :
amSn
Madame Corinne Emo
BP 610
76235 Bois-Guillaume cedex

Médecins référents

La crèche associative " Les Petits Mousses " recherche son médecin référent, pédiatre ou généraliste.
La structure reçoit 24 à 26 enfants en permanence, et environ 40 enfants en année civile.
La mission du médecin référent sera la même que définie dans le contrat type de prévention disponible sur le site Internet de votre Conseil Départemental : www.cdom76.com - Identifiant 33 - Mot de passe : 76 - Rubrique Contrats et Formulaires.

Pour plus d'informations :
Melle DUPONT - Directrice infirmière puéricultrice
Tél : 02 35 22 51 20 - Fax : 02 35 43 78 59 - Courriel : petitsmousses@wanadoo.fr

---

La Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre recherche un médecin généraliste référent, en exercice ou à la retraite, pour ses structures multi-accueil petite enfance (Cany-Barville, Vittefleur, Saint Valéry en Caux). URGENT.

Les candidatures sont à envoyer à :
Monsieur le Président de la Communauté de Communes
48 bis, route de Veulettes
76450 CANY-BARVILLE

Médecin coordonnateur

ADIR Assistance recherche un médecin coordonnateur pour son activité d' HAD sur Fécamp et Dieppe.
Emploi à temps partiel (80 %) ou complet.

Pour plus d'informations :
Docteur Patrick ORANGE
Responsable Médical ADIR ASSISTANCE
Courriel : p.orange@adir-assistance.com

Pour nous contacter

Ordre National des Médecins
Conseil Départemental de la Seine-Maritime
44, rue Jeanne d'Arc
BP 135
76002 Rouen Cedex 2

Tél : **02 35 71 02 18**
Fax : **02 35 89 59 25**
Mél : **seine-maritime@76.medecin.fr**

Site Internet :
www.cdom76.com
Nom d'utilisateur : 33
Mot de passe : 76

Ordre National des Médecins - Conseil Départemental de la Seine-Maritime - Bulletin d'Information - **Janvier 2011**