Ordre National des Médecins
Conseil Départemental de l'Ordre

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

Bulletin d'Information n° 6

Dans ce numéro :

- Sectes et santé
- Addictologie
- Accessibilité cabinets médicaux
- Transmission dossiers médicaux
- Qualification MG
- Annuaire Médical Européen
- Pages Jaunes 712
- Recrutement Médecins du Monde
- Publications
- Dernière minute : Secteur de Blangy
- ARS
- CISS
- D.U. de Gériatrie
- Filière Gériatrique
- AFGSU
- Soins palliatifs : Reportage - Débat
- Composition Conseil Régional
- Contact
- Mises en ligne

Juin 2010

Le mot du Président

A chacun son métier

Ouvrons ce " mot " par une lapalissade :
" Un médecin n'est pas un magistrat, un avocat, voire un gendarme ou un policier ".

Nous avons des raisons d'énoncer une telle évidence.

Plusieurs confrères de notre département ont, ces dernières années, éprouvé le désagrément, et la dureté, d'une sanction ordinale pour avoir, dans des situations difficiles, et le plus souvent de bonne foi, outrepassé les impératifs déontologiques et, particulièrement, leurs devoirs de réserve et de neutralité.

Une mise en garde est nécessaire à tous.
Avec les modifications de la loi HPST, elle sera plus particulièrement à l'attention de nos confrères salariés du service public.

Le médecin n'est pas, et ne doit pas se poser en juge.

Dans sa pratique habituelle, confronté à un couple qui se déchire, il ne lui appartient pas de décider qui est le " bon ", qui est le " méchant ".

Il ne lui appartient pas, spontanément, de donner son avis sur les modalités de la garde d'un enfant, d'attester que tel parent est " apte " à assumer cette responsabilité...

Dans la société du sentiment et de l'immédiat, il veillera à ne pas se laisser émouvoir excessivement par celui ou celle qui se présente, ou lui est présenté, comme la " victime ".
L'écoute, nécessairement attentive, fait entendre un seul son de cloche. Cette cloche sonne la vérité du plaignant ; est-ce vraiment la " vérité " ?

Ainsi est-il prudent de refuser, à priori, ou de n'accepter qu'après une solide réflexion, de rédiger une attestation, un certificat dont aucun praticien averti ne peut ignorer l'usage qui en sera fait par celui qui le réclame.
Certificat ou attestation qui ne sera alors que descriptif, respectant la confidentialité de toute autre information médicale.

Le juge a souvent besoin du médecin ; mais alors ce sera toujours dans le cadre de relations réglementairement définies ; le médecin ayant reçu du juge un mandat " d'expert ".
De même, des règles s'appliquent lorsque le médecin estime devoir attirer l'attention du juge sur une situation dangereuse. Lire la suite en page 2

A chacun son métier... suite

Le médecin n'est pas un avocat.

C'est leur santé, son amélioration ou sa bonne conservation, que nous confient les patients, et non la défense de leurs intérêts juridiques, financiers ou personnels.

L'avocat n'est pas un confrère, nous n'avons pas d'informations médicales à lui faire connaître, aussi pressant soit-il dans ses demandes.

L'adversaire de notre patient dans un conflit n'est pas " notre " adversaire ; il n'est pas rare qu'il soit lui-même aussi notre patient...

Le médecin n'est pas un gendarme ou un policier.

Leur métier est difficile, mais ne faisons pas les enquêtes avec eux ; et jamais à leur place.
Un médecin ne dénonce pas les crimes et délits dont il a eu connaissance dans son activité professionnelle à l'occasion des soins donnés, hormis, et avec toute la prudence et la circonspection nécessaires, les sévices vis-à-vis des enfants.

En justice le médecin doit se taire.

Notre secret médical n'est pas une habitude ou une convenance de la profession, un voeu pieu.
L'article L4127.4 (C.S.P) qui l'impose est la loi de la République.
Violer ce secret pour " aider " la justice, " défendre " la société, c'est s'exposer soi-même à être, éventuellement, poursuivi à son tour.

La tentation de la société, de sa justice, est souvent, et de façon simpliste, de diviser l'humanité entre " violents " et " vulnérables ", " agresseurs " et " victimes ".

L'article 7 de notre code lève toute hésitation quant à notre action : " le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient... leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ".

Sans " parti-pris " dans les situations difficiles, particulièrement les conflits familiaux, écoutons, conseillons, aidons les patients à trouver, eux-mêmes, les bonnes solutions, en respectant leur vie privée, leur intimité, le secret des " affaires de famille ".

Cette neutralité, à l'expérience de notre exercice, est difficile.
Elle n'exclut pas le dévouement, la bienveillance au bénéfice de tous ceux qui se confient à nous.

A chacun son métier.

Au nôtre : la prévention, le soin, l'accompagnement ; et des conditions et des règles bien définies quand il est nécessaire que la " Santé " rencontre la " Justice ".

Dans cette situation, ne manquez pas de questionner votre Conseil Départemental.

Docteur Jean-Luc MAUPAS

Sectes et santé

Waco (groupe religieux des " Davidiens "), Guyana (Le temple du Peuple), et l'Ordre du temple solaire sont des noms dont le souvenir dramatique est lié à la fin tragique de groupes sectaires à la fin du XXème siècle. Ces noms connus ne doivent pas occulter tous les autres drames individuels, familiaux, d'adultes et d'enfants profondément choqués par leur expérience traumatisante, tant physique que psychique, au contact de mouvements, d'associations, d'organisations, de groupes et groupuscules connus ou reconnus en tant que sectes ou à caractère sectaire.

Il y a 15 ans, 200 mouvements sectaires étaient répertoriés. Aujourd'hui, selon la Miviludes*, on en serait entre 500 à 600.

Les domaines dans lesquels s'immiscent ces organismes sont vastes et sensibles : l'éducation, la formation professionnelle, les ONG et l'humanitaire (Tsunami, Haïti), le développement personnel, les droits de l'homme, la science, les mineurs et adolescents, et bien entendu celui de la santé.

On connaît les choix concernant la transfusion pour les Témoins de Jehovah, les attaques en règle contre la psychiatrie par l'Église de Scientologie (dont un grand nombre d'entre nous ont reçu un DVD intitulé " Profits macabres " distribué par le CCDH - Comité des citoyens pour les droits de l'homme - qui ne pas en évidence son appartenance à cette secte), le mouvement Raelien et le clonage, la Nouvelle médecine germanique de Ryke Geerd Hamer et sa théorie de la genèse des maladies, et bien d'autres encore.

Tous les secteurs de la santé sont concernés : **l'hygiène**, **la prévention**, **les thérapeutiques**, notamment des pathologies cancéreuses, **la nutrition**, et **les maladies mentales** bien sûr. De nombreuses sectes sont guérisseuses, certaines préconisent l'arrêt des traitements conventionnels pour des pratiques douteuses.

Membre de la cellule de vigilance contre les dérives sectaires auprès de la préfecture de Seine-Maritime, représentant l'ordre départemental des médecins, il m'a été donné la possibilité d'assister, en avril 2010 à Rouen, à une Conférence " Les collectivités territoriales face aux dérives sectaires ". Ce secteur, en effet, est une " proie " facile pour des organisations déviantes, car il concerne notamment les services à l'enfance et à l'aide maternelle, les PMI, le handicap, les difficultés sociales, les personnes âgées victimes potentielles.

En présence de Mme Catherine Picard, ancienne députée à l'origine de la Loi About-Picard de juin 2001 " tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires ", également présidente de l'UNADFI*, ainsi que de Mme Chalumeau, conseillère du pôle santé-social de la Miviludes, ce fut l'occasion de rappeler ce que sont les sectes et les dérives sectaires aujourd'hui.

Respectueux de toutes les croyances et fidèle au principe de laïcité, le législateur s'est toujours refusé à définir les religions. Pour les même raisons, il n'existe aucune définition des notions de " secte " ou de " dérive sectaire ".

La commission d'enquête parlementaire de 1995 a retenu les critères suivants :

- Déstabilisation mentale
- Caractère exorbitant des exigences financières
- Rupture avec l'environnement d'origine
- Existence d'atteintes à l'intégrité physique
- Embrigadement des enfants, discours antisocial
- Troubles à l'ordre public
- Importance des démêlés judiciaires
- Éventuel détournement des circuits économiques traditionnels
- Tentatives d'infiltration des pouvoirs publics

A cela s'ajoutent les modifications de comportement d'une personne pouvant être sous influence :

- Adoption d'un nouveau langage
- Modification des habitudes alimentaires
- Refus de soins
- Rupture avec la famille ou le milieu social
- Engagement exclusif pour le groupe
- Soumission absolue et dévouement total aux dirigeants
- Perte d'esprit critique et réponse à toutes les interrogations existentielles

La lutte contre les phénomènes sectaires est respectueuse des croyances, de la liberté de penser, de la liberté de conscience. Elle tient compte des choix de vie des personnes, elle est tolérante. Cette tolérance a la limite du respect de la vie, lorsque les choix ne deviennent pas des entraves à celle-ci, lorsqu'ils ne mettent pas en danger des hommes, des femmes, des enfants trompés dans leurs espérances par des individus sans scrupules dont il faut reconnaître la grande intelligence manipulatrice.

Nous ne sommes aucunement à l'abri d'une situation de détresse d'une de ces personnes qui arrivent ou essayent d'échapper à l'entreprise d'un gourou ou d'un groupe.

Médecins qui recevons quotidiennement la souffrance des gens, par l'écoute attentive, la connaissance de certains critères forts vus ci-dessus, nous devons évoquer une désorganisation mentale en lien avec des influences suspectes. Dans cette situation, l'Ordre des médecins a son rôle à tenir par l'intermédiaire, notamment, des correspondants départementaux auprès de la cellule de vigilance contre les mouvements sectaires.

Docteur Jean TISCA

A des fins pratiques et informatives, 3 sites à connaître :

***MIVILUDES**
Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
www.miviludes.gouv.fr

***UNADFI**
Union nationale des associations de défense des familles et de l'individu
www.unadfi.com

ADFI Normandie
Caen
02 31 74 48 48
Rouen
06 33 85 35 06

CCMM
Centre contre les manipulations mentales
Centre Roger Ikor
www.ccmm.asso.fr

Addictologie : le dispositif régional de soin et d'accompagnement - Mode d'emploi détaillé

Répondre efficacement à la problématique des conduites addictives nécessite une approche pluridisciplinaire et notamment l'implication de l'ensemble des médecins, de la prévention aux soins et à l'accompagnement, de l'ouverture du dialogue à l'intervention brève, de la prise en charge à l'orientation vers le dispositif spécialisé dont la connaissance facilite tous les partenariats.

Addictologie - Addiction

« Addictus » renvoyait initialement à la contrainte par corps utilisable pour le règlement d'une dette.
L'addictologie englobe ce que l'on connaissait sous les termes d'alcoologie, de tabacologie, de toxicomanie... Et va bien au-delà en s'intéressant à l'ensemble des pratiques et des conduites, y compris celles sans produit ; les addictions comportementales comme le jeu pathologique, la cyber dépendance, les achats compulsifs, l'addiction sexuelle, l'addiction au sport, au travail etc...

Du produit à la personne et à ses comportements

L'approche par produit, saisissant tout à la fois la substance consommée, le consommateur et le soignant (l'alcool, l'alcoolique et l'alcoologue...) a montré ses limites.
Avec l'évolution sociétale comme celle des pratiques de consommation, la poly-consommation, les poly-addictions et les poly-dépendances sont de règle aujourd'hui.
Le concept d'addictologie replace la personne, l'usager, le patient et son comportement de " consommation " au centre de la réflexion et du dispositif ; l'addictologie est adaptée à la réalité du quotidien et décloisonne les approches cliniques, thérapeutiques et sociales, pour les rendre plus adaptées, plus opérantes et efficientes.

Du comportement à la maladie

La persévérance d'un comportement, ou d'une pratique à risque addictif, malgré le constat des problématiques induites, confine dans une conduite addictive source de maladie.
L'expression de cette maladie est bio psycho sociale, comme le sont ses déterminants, ses conséquences, ses traitements et son accompagnement.
Elle témoigne du potentiel et du continuum évolutif du comportement (usage) aux pratiques à risque (usage à risque), aux problématiques induites (usage nocif) et à la maladie (usage nocif et/ou dépendance).

De l'usage simple à la dépendance, l'évolution se fait, comme du comportement à la maladie, tout au long d'un continuum.
Les conduites addictives constituent un problème et un déterminant majeur de santé publique.

L'approche tridimensionnelle est systématique en addictologie

La personne, le sujet, l'usager, le patient... est au centre de la réflexion et de l'intervention, avec son histoire, son passé, son présent, son avenir, ses ressources et ses vulnérabilités individuelles.
Le produit consommé, **la conduite** considérée doivent être pris en compte, dans leurs spécificités (toxicité, psycho activité, pouvoir addictif, mais aussi coût, disponibilité, accessibilité, caractère licite ou non...).
L'environnement, dans le sens le plus large, le couple, la famille, l'entourage, le milieu professionnel, les amis...

C'est dans ces trois champs que sont organisés la prévention, les soins, l'accompagnement, la réduction des risques... évalués les conséquences et les dommages, envisagés les déterminants, recherchées les solutions.

Le dispositif régional en addictologie

Il connaît depuis quelques années une réorganisation et un développement significatifs, dans le but de structurer le maillage territorial pour mieux

répondre aux besoins, de faciliter l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement social. Le Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011, la réforme des centres de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie (CSAPA), l'élaboration du schéma régional sanitaire et médico-social d'addictologie, ont, notamment, modifié l'organisation du dispositif, les repères et les habitudes des usagers comme des professionnels.

L'addictologie hospitalière

Le court séjour hospitalier en addictologie est désormais structuré sur trois niveaux de ressources.
Selon leurs problématiques, les usagers bénéficient d'un dispositif gradué, adapté à chaque type et niveau de difficultés en matière d'addiction.
Les filières de soins addictologiques s'inscrivent dans une dynamique d'organisation territoriale, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, sur la base de référentiels d'organisation des soins.
À chaque fois que possible, un contact entre le médecin de ville et son confrère hospitalier est établi pour organiser au mieux la prise en charge et le parcours du patient : rendez-vous préalable, évaluation, projet thérapeutique élaboré en commun, entrée directe dans le service...

- **Niveau 1** : niveau de proximité, les missions comportent la réalisation de sevrages résidentiels simples, l'activité de liaison et des consultations (Toute structure disposant d'un service d'urgence).***
- **Niveau 2** : niveau de recours du territoire, les missions sont celles du niveau 1, plus la possibilité de soins résidentiels complexes, en hospitalisation complète ou en hôpital de jour. Le niveau 2 comprend également les soins de suite et de réadaptation (Évreux, Le Havre, Rouen CHU Addictologie/Comorbidités somatiques, CHS du Rouvray Addictologie/Comorbidités psychiatriques).***
- **Niveau 3** : niveau de recours régional, les structures assurent les missions du niveau 2 ainsi que des missions de recherche, d'enseignement, de formation, de coordination régionale (Rouen CHU).

Le court séjour addictologique accueille les patients selon leurs besoins, du sevrage " simple " aux soins complexes, selon le niveau de dépendance, les co-morbidités et la gravité des complications associées.

Les missions du court séjour addictologique sont :
- Accueillir le patient, évaluer la conduite addictive, les complications somatiques, les troubles psychiatriques, cognitifs, les problèmes sociaux ;
- Assurer le sevrage dans les conditions de sécurité adéquates ;
- Établir un projet de soin global, personnalisé, intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale ; mettre en place des traitements de substitution pour les opiacés...
- Organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif sanitaire (soins de suite et de réadaptation, médecine de ville...), médico-social (CSAPA,...) ou l'orientation vers une autre structure d'hébergement, ou un centre résidentiel.

L'équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Elle est adossée aux structures addictologiques de niveau 1, 2 et 3.

Les missions de soins s'exercent dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, sous la forme de conseil, d'assistance et d'aide au repérage précoce, à l'évaluation, à la prise en charge et à l'élaboration du projet thérapeutique des patients présentant des conduites additives ainsi qu'à leur orientation vers le dispositif ambulatoire. Ces missions s'exercent particulièrement auprès des patients aux urgences.

Les autres missions consistent :
- A la sensibilisation et la formation des équipes de soins à l'addictologie ;
- Au développement des liens avec des différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité des soins et du suivi ;
- A l'éducation à la santé en addictologie (patients et personnels) ;
- A la participation à la recherche clinique en addictologie ;
- Au travail en lien avec les équipes de l'addictologie du territoire de santé pour la coordination des soins.

La consultation hospitalière d'addictologie. Elle offre une interface des dispositifs spécialisés, hospitaliers et ambulatoires, et de la médecine de ville.

Les missions de soins consistent à accueillir, évaluer, traiter, orienter dans le dispositif addictologique toute personne sollicitant une aide spécialisée en milieu hospitalier, traitement et suivi ambulatoire, consultations pour des groupes spécifiques...

Les autres missions : participer à la prévention au sein de l'établissement, à la recherche clinique en addictologie, à la formation des personnels...

L'hôpital de jour en addictologie. Il assure une prise en charge ambulatoire pour les patients présentant des difficultés addictologique, médicale, psychologique, sociale, marquées. Il préserve l'insertion sociale et familiale du patient.

Les missions sont l'évaluation addictologique des patients nécessitant des soins complexes, la réalisation de bilans, l'élaboration de projets thérapeu-

tiques individualisés et leur réactualisation mensuelle, l'accompagnement au décours d'un sevrage résidentiel, l'accompagnement à moyen et long terme des patients présentant des problématiques multiples sévères, la gestion de crise pour des patients connus, la participation au suivi des patients par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées.

L'hôpital de jour en addictologie est une des composantes des structures d'addictologie de niveau 2 et 3 (Évreux, Le Havre, Rouen).

Les structures de soins de suite et de réadaptation (SSR-A) *** prenant en charge les affections liées aux conduites addictives assurent un accueil en hospitalisation complète ou de jour ; la durée de séjour varie de quelques semaines à trois mois.

Les missions consistent en :

- Une prise en charge pour consolider l'abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation ;
- Un suivi médical, une aide psychothérapeutique individuelle et collective, des programmes socio-éducatifs pour favoriser la réadaptation à la vie sociale.
- Elles peuvent être adaptées ou spécialisées, selon les complications, somatiques, psychiatriques, neurologiques, cognitives... et à la réadaptation sociale.
- Elles préparent le retour dans le milieu de vie, avec le patient, les proches, le dispositif ambulatoire, les professionnels libéraux, les intervenants sociaux...

Les principales structures en région positionnées sur les soins de suite et de réadaptation sont ***: la clinique des Essarts*, la Musse**, les Bruyères**, les Broussailles*, l'Hostréa**, le CHU*, la Croix Rouge*,... *76 ; **27.

Le recours à l'addictologie hospitalière est particulièrement **indiqué** en cas de :

- Dépendance physique sévère, complications d'un sevrage antérieur, poly addictions ;
- Pathologies somatiques associées nécessitant un bilan ou des soins spécifiques, ou contre indiquant un sevrage ambulatoire alors périlleux ;
- Co-morbidités psychiatriques nécessitant une prise en charge spécialisée ;
- Échec de la prise en charge ambulatoire ;
- Contextes social et/ou environnemental défavorables ;
- Situation de crise imposant une réévaluation des problématiques et de leurs traitements.

L'addictologie médico-sociale

Elle propose, principalement au moyen des CSAPA et de leur rôle pivot de proximité, une offre médico-psycho-sociale de première intention pour les professionnels de santé, et tous les intervenants de la cité confrontés aux pratiques addictives.

Les Centres de Soins, d'Accompagnement, de Prévention en Addictologie (CSAPA)*.** Ils intègrent, sous un même statut administratif, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST).

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives (licites ou non, y compris le tabac et les médicaments détournés de leur usage) **et à leur entourage**.

Leurs missions s'étendent également aux **personnes souffrant d'addictions sans substance** (en particulier le jeu pathologique).

L'objectif est d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant **la meilleure adéquation possible entre les moyens disponibles et les besoins identifiés sur un territoire donné**.

Les établissements médico-sociaux, les CSAPA se caractérisent par :

La proximité : le maillage territorial des CSAPA permet **l'accueil spécialisé** au plus près des publics en difficultés, là où ils se trouvent.
Pour favoriser encore **l'accès aux soins** et **la prise en charge précoce** dans la proximité, ils peuvent mettre en place des interventions en dehors de leurs locaux, sous la forme de **consultations avancées** et d'antennes **délocalisées**.

La pluridisciplinarité : l'équipe est constituée de professionnels de santé, de travailleurs sociaux et de personnels administratifs, dans le but d'une prise en charge globale médicale, psychologique, sociale, et éducative.

L'accompagnement dans la durée : le CSAPA assure, en lien intime avec les autres structures de premier recours (médecine de ville, travailleurs sociaux locaux,...), le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soins, de son parcours de vie, autant que de besoin.
Trois types de CSAPA sont possibles : généralistes en addictologie et spécialisés, en alcoologie ou pour

les substances psychoactives illicites.

Les Missions et le fonctionnement des CSAPA

Les missions des CSAPA visent à répondre, de manière ambulatoire ou dans le cadre d'un hébergement, à l'ensemble des problématiques des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, ou une conduite addictive comportementale, ainsi que pour leur entourage.
Deux catégories de missions, obligatoires et facultatives, sont distinguées :

Missions générales pour tous les CSAPA et pour tout public

Pour l'ensemble des conduites addictives, et notamment les consommations de substances psycho actives licites ou illicites, alcool, tabac, cannabis, drogues de synthèse et autres..., et les conduites additives sans produits (jeu ; Internet ; achats...).

- **L'accueil**, quelle que soit la personne, le produit ou la conduite concernés ;
- **L'information**, accompagnée et explicitée ;
- **L'évaluation médicale, psychologique et sociale** ; niveau de consommation, conséquences, demande et besoins de la personne, comme de l'entourage ;
- **L'orientation**, en assurant le lien, en s'appuyant sur les partenariats pré établis.

Missions spécifiques

Pour le public pour lequel le CSAPA est spécialisé : prise en charge et réduction des risques soit pour toutes les addictions, soit pour l'alcool, soit pour les drogues illicites ; l'ensemble des consommations des patients du CSAPA doit être pris en charge, soit directement, soit en lien avec une structure partenaire.

- **La prise en charge** médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle participe dans tous les aspects à la prise en charge globale du patient ; elle comprend :

. le repérage précoce
. le diagnostic
. les prestations de soins
. l'accès aux droits sociaux, l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

- **La réduction des risques** associés à la consommation de substances psychoactives :

. risques sanitaires et sociaux, liés aux comportements, aux produits, aux modes d'usage, aux circonstances de consommation,... ;
. mise à disposition d'outils,
. contribution et facilitation de l'accès aux soins,
. aide au maintien ou à la restauration du lien social...

Missions facultatives

- Le CSAPA peut mettre en place des **consultations de proximité** en vue d'assurer le **repérage précoce** des usages nocifs.
- Des activités de **prévention**, de formation et de recherche.
- La prise en charge des **addictions sans substance**.
- Des intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Fonctionnement des CSAPA

CSAPA ambulatoire (des hébergements individuels types chambres d'hôtel, familles d'accueil, appartements thérapeutiques résidentiels sont néanmoins possibles).

CSAPA avec hébergement, individuel ou collectif.

. **Le court séjour** avec des structures d'urgence ou de transition
. **Le moyen et long séjour** (appartements thérapeutiques, centres thérapeutiques résidentiels, familles d'accueil)
. **Les communautés thérapeutiques**

Les CSAPA fournissent des **données à caractère épidémiologique** et participent au **système de veille et d'alerte** sur les événements liés à la consommation de psychotropes.
Les CSAPA occupent une place centrale dans la filière de soins addictologiques, dans la proximité et le quotidien, en lien avec la médecine de ville, en amont et en aval des soins complexes hospitaliers, ou des soins de suite et de réadaptation.

L'hébergement thérapeutique. Il comprend les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil, les centres thérapeutiques résidentiels, les communautés thérapeutiques.

Les consultations jeunes consommateurs*.** Elles s'adressent aux consommateurs, particulièrement les jeunes, y compris les mineurs, qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives. L'objectif est d'agir dès les premiers stades de la consommation, dès les premiers dysfonctionnements.
Ces consultations sont, selon les cas, rattachées aux CSAPA ou aux consultations hospitalières d'addictologie.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARRUD)*.** L'objectif de ces structures est de prévenir ou réduire les effets négatifs de la consommation de substances psychoactives, y compris de la poly consommation, et ainsi améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore prêts à s'engager dans une démarche de soin. Il s'agit également de favoriser l'accès aux soins. D'autres structures ou actions complètent ce dispositif (boutiques, programmes d'échanges de seringues, distribox...).

Les missions du secteur médico-social favorisent l'ac-

cès aux soins en plaçant l'usager au centre du dispositif, en s'appuyant sur une approche globale, dans le cadre d'une alliance thérapeutique, et sur un maillage territorial, où la diversité des compétences et des prestations proposées répond à la diversité des publics et des pratiques de consommation, où l'accompagnement s'inscrit dans le temps comme dans la proximité.

La médecine de ville

Les médecins libéraux et particulièrement les médecins généralistes, acteurs de proximité, ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des personnes présentant des conduites addictives.

Ils ont connaissance de l'ensemble des situations et des problématiques, personnelles, familiales, sociales...

Les liens, la relation de confiance établis avec le patient et ses proches constituent autant d'atouts. Les médecins généralistes sont reconnus légitimes par leurs patients en matière d'addictologie.

Les réseaux de santé

Ils ont pour mission de favoriser l'accès aux soins,la coordination des soins et de la prévention dans un contexte d'interdisciplinarité des prises en charge. Ils sont inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale. En région, il existe 2 réseaux financés à ce titre :

Le réseau Toxenville, organise des intervisions réunissant l'ensemble des professionnels autour d'un patient pour faciliter la coordination et les échanges ; ainsi que des formations destinées à l'ensemble des acteurs du champ de l'addictologie.

Le Réseau des Intervenants Hauts Normands en Addictologie (RIAHN) qui réunit l'ensemble des acteurs de l'addictologie régionale autour de la définition commune d'objectifs dans un but de coordination et de coopération ; il vise à l'amélioration des problématiques addictologiques notamment par une harmonisation des pratiques.

D'autres regroupements de professionnels sont organisés en région :

- La Fédération inter établissements d'addictologie regroupant des établissements hospitaliers de l'agglomération rouennaise
- La Fédération des Intervenants en addictologie de l'Eure réunissant les acteurs du département
- Le réseau havrais d'aide aux fumeurs (RHAFU)
- Maillage, réseau ville hôpital " alcool " localisé sur l'agglomération havraise
- ...

Les représentants en région de réseaux nationaux :

- ANPAA Haute-Normandie
- GRANITéA

Les associations de professionnels et de bénévoles***

Elles effectuent un travail essentiel complémentaire des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, indispensable à une prise en charge adaptée de l'ensemble des problématiques dans toutes leurs diversités (ADISSA, ANITEA, ANPAA, CRES, La Boussole, OPELIA, ...).

Les associations d'entraide, de soutien et d'accompagnement social***, d'auto support, le dispositif d'insertion sociale...

Diverses structures œuvrent, en lien avec les acteurs professionnels, pour l'accompagnement de proximité, souvent au quotidien, des personnes en situation de conduites addictives.
Les associations d'insertions sociales sont le complément indispensable pour une réponse pertinente dans ce champ.

Autres Intervenants : médecine du travail, PMI, CMP...

notamment sont autant de partenaires du dispositif régional spécialisé.

Le schéma régional d'addictologie (ARS)

Les enjeux de santé publique, dont le champ addictologique est un des déterminants majeurs dans notre région, reposent sur la pertinence des équipes, leur coordination et leur complémentarité, l'organisation et le respect des filières, le travail en réseau, l'adaptation du dispositif aux problématiques spécifiques sociétales, sanitaires, addictologiques, populationnelles et territoriales ; c'est la vocation du schéma régional d'addictologie.

Chacun a sa place, à sa place, dans le dispositif organisé par le schéma régional d'addictologie. Chacun a son rôle dans le continuum de la prévention aux soins et à l'accompagnement spécialisé tout au long du parcours de soins, du parcours de vie, de la personne en difficulté avec une conduite addictive.

***L'annuaire des acteurs et des structures est disponible sur le site du Réseau des Intervenants en Addictologie Haut-Normands (www.riahn.fr).

Docteur Patrick DAIMÉ
CDOM76 - ANPAA Haute-Normandie - CHU Addictologie

L'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées

D'ici à 2015, l'ensemble des cabinets médicaux devront être accessibles aux personnes handicapées, mais les nouveaux cabinets doivent d'ores et déjà se mettre aux normes avec les règles d'accessibilité. Le point sur la réglementation, avec l'article rédigé par Caroline NICET-BLANC, Conseiller Juridique du CNOM, paru dans le magazine de l'Ordre National des Médecin de mars-avril 2009.

1/ Ce que dit la loi

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé les exigences en matière d'accès des personnes handicapées aux établissements recevant du public

Ainsi, l'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation prévoit que les établissements recevant du public doivent être accessibles « aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif mental ou psychique ».

Le décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 est venu préciser les conditions d'accessibilité Les cabinets médicaux étant des établissements recevant du public de 5e catégorie, ils doivent répondre aux conditions posées par la loi et le décret. Depuis le 1er janvier 2007, tout nouveau cabinet médical ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical doit répondre à ces exigences.

2/ Les aménagements à effectuer

L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements.

Des arrêtés du 1er août 2006 et du 30 novembre 2007 précisent les aménagements à effectuer. Par exemple : tout parc de stationnement doit comporter des places adaptées pour les personnes handicapées situées à proximité de l'entrée de l'établissement ; tout escalier de trois marches ou plus doit notamment comporter une main courante et être antidérapant ; les sanitaires doivent comporter au moins un cabinet d'aisance aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et un lavabo accessible.

Des dérogations techniques à ces dispositions sont prévues pour ces nouveaux établissements en raison des caractéristiques du terrain, de la prévention des risques, notamment d'inondation, ou de la présence de constructions déjà existantes.

3/ Le calendrier

À compter du 1er janvier 2015, les cabinets médicaux existants doivent également se conformer aux obligations d'accessibilité des personnes handicapées. **Il est possible de ne mettre qu'une partie du cabinet en conformité.**

À compter du 1er janvier 2011, il en va de même pour les établissements créés par changement de destination pour accueillir une profession libérale, c'est-à-dire la création d'un cabinet médical seul ou d'un cabinet médical avec une habitation dans des locaux à usage d'habitation existants. Des dérogations sont également prévues pour les établissements existants ou modifiés (en cas de préservation du patrimoine, par exemple).

4/ Les démarches à effectuer

Une autorisation de construire, aménager ou modifier un établissement recevant du public est nécessaire avant de commencer les travaux.

Le dossier de demande d'autorisation est déposé à la mairie de la commune dans laquelle sont envisagés les travaux. Cette autorisation n'est délivrée par le préfet ou le maire selon les cas (article R.111-19-13) que si les travaux projetés sont conformes aux règles d'accessibilité des personnes handicapées (article R.111-19-14).

Pour les travaux soumis à permis de construire, ce dernier tient lieu d'autorisation de travaux (article R.111-19-15). Suivant les dispositions de l'article L.111-17-4, une attestation d'achèvement des travaux doit stipuler la prise en compte des règles relatives à l'accessibilité. Cette attestation n'est nécessaire qu'à l'issue de l'achèvement de travaux soumis à permis de construire. Une autorisation d'ouverture d'un établissement recevant du public est, en outre, nécessaire ; cette autorisation est délivrée après le contrôle par une commission départementale de sécurité et d'accessibilité du respect des règles de l'accessibilité des personnes handicapées (article L.111-8-3 et R.111-19-13).

Une décision de fermeture peut être prise (article L.111-8-3-1 du code de la construction et de l'habitation) : quand un cabinet existant ayant bénéficié d'une autorisation ne respecte pas les dispositions de celle-ci ; à partir du 1er janvier 2015, pour un cabinet qui n'aurait pas été mis en conformité avec les règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

L'avis du CNOM : Si l'objectif de cette réglementation est louable, nous sommes perplexes sur sa mise en œuvre dans les entreprises libérales de très petite taille. Devant la complexité de ces mesures, nous suggérons aux médecins de prendre les conseils d'un architecte avant tout achat ou construction d'un cabinet médical ainsi qu'avant la réalisation de travaux.

Cessation d'activité et transmission des dossiers médicaux

Arrêt d'activité : il est d'usage de prévenir vos patients six mois à l'avance.

MAIS QUE FAIRE DE VOS DOSSIERS MÉDICAUX ?

Si vous avez un successeur, pas de problème, le fichier lui est cédé.

Si vous n'avez pas de successeur :

Les patients sont destinataires de leur propre dossier (loi Kouchner de 2002).

Faites un mailing lors de votre arrêt définitif en les remerciant de leur confiance et en leur demandant de venir chercher leur dossier.
Soyez vigilants sur l'identité des demandeurs.

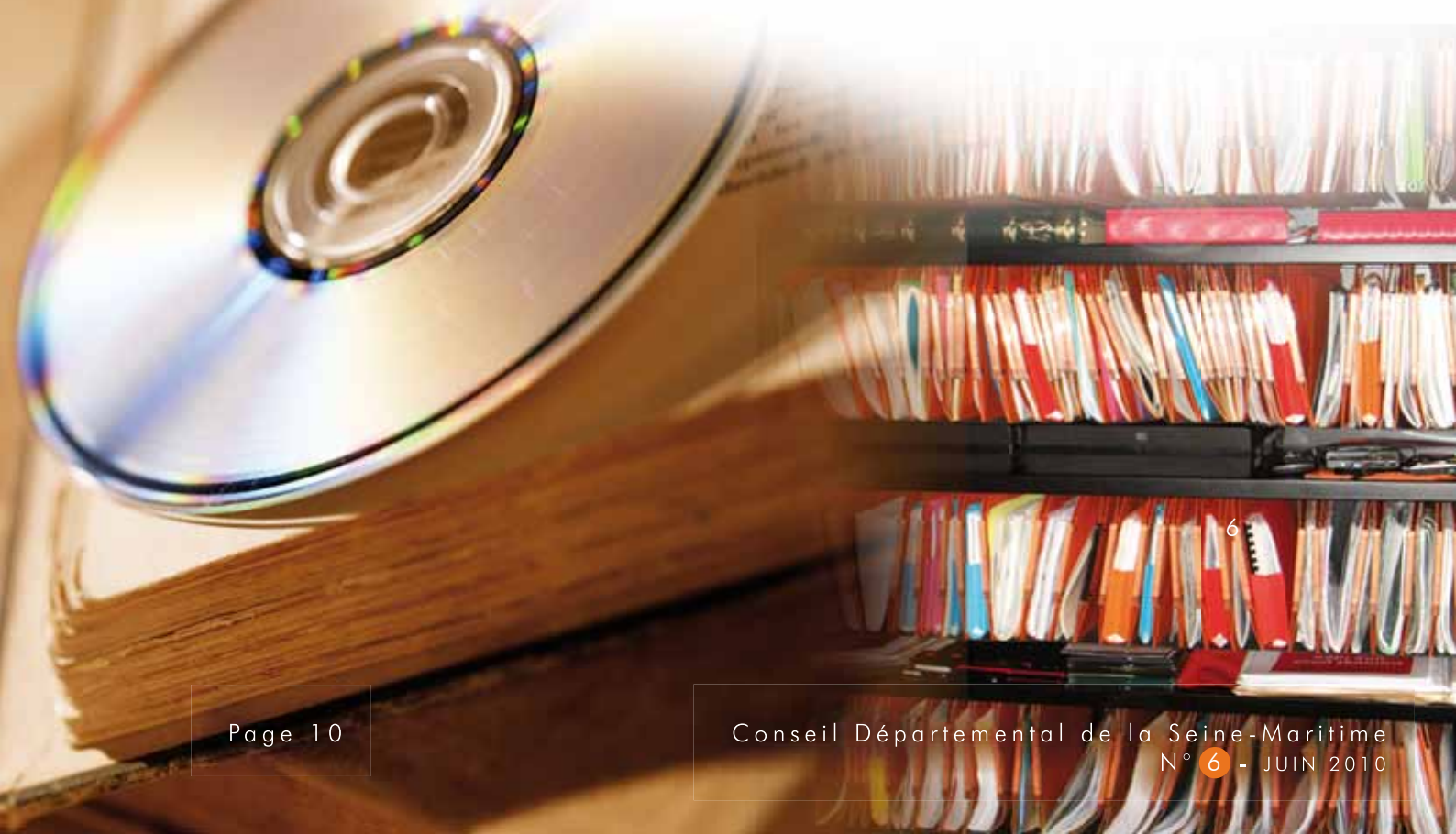
Vous pouvez également céder les dossiers à un confrère de même spécialité qui se chargera de leur gestion.
Dans ce cas, vous devez prévenir votre patientèle et rédiger un contrat avec ce confrère, que vous adresserez à votre Conseil Départemental comme tout contrat.

Un conseil : faites une photocopie des dossiers qui peuvent être sources de litige et donnez à vos héritiers les coordonnées de l'assurance RCP qui vous a assuré pendant votre carrière.

A noter :

Pour les dossiers informatiques, il est conseillé de ressortir une forme sur papier car, malheureusement, les formats des fichiers sont souvent incompatibles entre les différents logiciels médicaux.

Docteur
Patrick LANCIEN



Remise des dossiers médicaux du patient décédé aux ayants droit

A SAVOIR

La loi Kouchner du 4 mars 2002 prévoit la remise du dossier médical du patient au patient sur sa simple demande, par extension, il est possible de remettre un dossier médical aux héritiers d'un patient décédé mais dans des conditions très strictes.

Le dossier doit être réclamé pour trois raisons :

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir ses droits

Ne sont pas transmissibles les informations qui concernent d'autres personnes ou qui proviennent de tiers (nécessité de faire un tri).

1. Le patient ne doit pas s'être opposé de son vivant à la communication de son dossier médical.
2. Il faut vérifier l'identité du demandeur (au moyen de sa carte d'identité ou de son passeport) et s'assurer qu'il est bien le successeur légal du défunt ; dans l'ordre établi par le code civil et en l'absence de conjoint accessible :

   - Enfants, petits-enfants
   - Père, mère
   - Frères et soeurs...

3. Il convient de demander une copie du jugement s'il s'agit d'un tuteur.
4. La demande doit être écrite et le dossier doit être remis en mains propres.
5. Communication sur place gratuite ou remise de copies contre reçu pour le coût de reproduction.

Jurisprudence

Le Conseil d'État a considéré que le " législateur a entendu autoriser la communication aux ayants droit d'une personne décédée des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par ces ayants droit, à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de leurs droits " et en conséquence annulé la recommandation de l'ANAES (2ème phrase du 23ème alinéa du IV-1) qui prévoyait que la communication peut porter sur l'ensemble des informations figurant dans le dossier médical ".

CE 26 septembre 2005
Conseil national de l'Ordre des Médecins
N° 270234

Demande de qualification en médecine générale : report de délai

L'arrêté du 8 mars 2010 modifie l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins.
Vous avez ainsi jusqu'au **1er octobre 2012** (et non plus jusqu'au 1er octobre 2010) pour faire votre demande de qualification de Spécialiste en Médecine Générale.

Nous vous rappelons que le dossier de qualification est disponible sur notre site Internet, à la rubrique " Textes ", sous le nom de " Qualification en Médecine Générale ".
Il vous suffit de le télécharger et de nous l'adresser complété.

www.com76.com
Nom d'utilisateur : 33
Mot de passe : 76

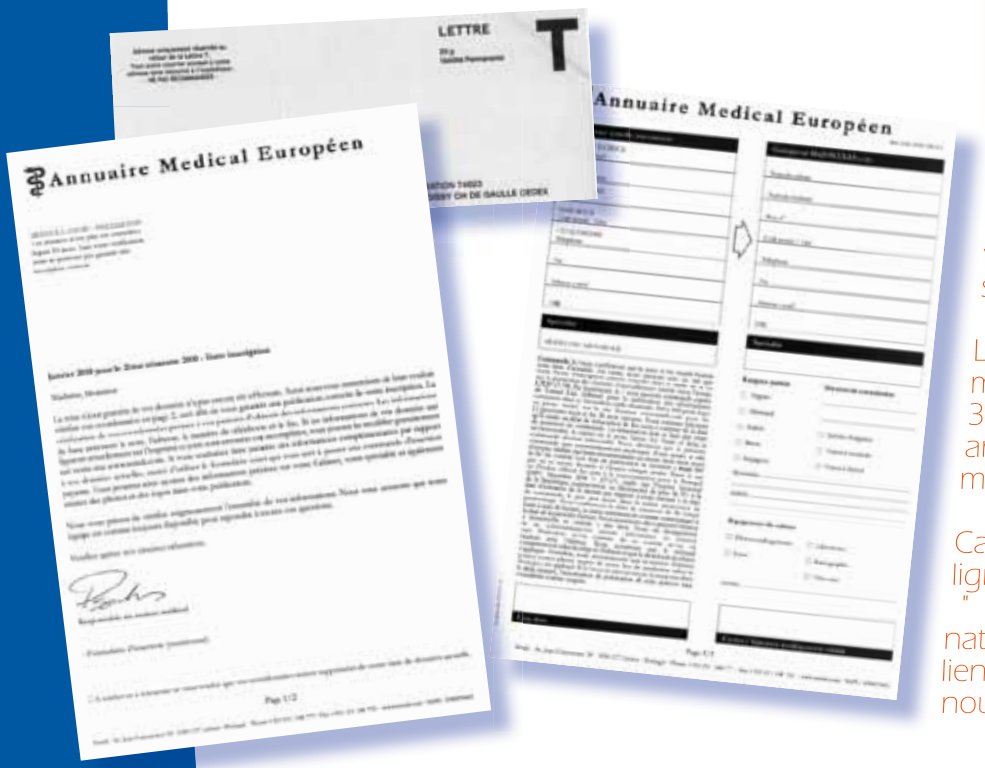
PRUDENCE

Propositions d'insertion

Annuaire Médical Européen

Les propositions d'insertion dans des annuaires professionnels sévissent toujours et concernent indifféremment les médecins libéraux comme les médecins salariés.

L'impact de ces parutions est très limité, et sous couvert de mise à jour gratuite de vos coordonnées, les frais de publication s'élèvent à près de 1000 euros par an.
Nous ne saurions que vous recommander de décliner toute proposition de ce type.



Pages Jaunes 712

Le document que vous risquez de recevoir est une offre commerciale, mais ressemble à s'y méprendre à une facture.

La tentation est grande de régler le montant indiqué, qui s'élève à près de 300 euros, pour une parution dans un annuaire, Internet uniquement, et très méconnu qui plus est.

Car en effet, cette société d'annuaire en ligne, dont la raison sociale exacte est " pagesJaunes 712 ", utilise la dénomination " Pages Jaunes " sans avoir aucun lien avec l'annuaire de professionnels que nous connaissons.

Recrutement

Recherche de bénévoles

Médecins du Monde Rouen recherche des médecins pour ses actions de soin et de prévention en France. Ces actions humanitaires se pratiquent dans le cadre du bénévolat et sont ouvertes aux praticiens en activité ou retraités. Elles ont lieu sous forme de vacations volontaires à la fréquence choisie par le bénévole, suivant ses disponibilités : une fois par semaine, une fois par mois...

Elles permettent à une population en difficulté d'avoir accès aux soins et d'être prise en charge dans les structures de santé existantes.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez prendre contact par téléphone au 02 35 72 56 66.

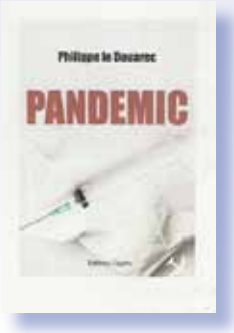
Médecins du Monde, 5 rue d'Elbeuf, 76100 Rouen.

Publications

Histoire de la médecine de Philippe Hecketsweiler

L'ouvrage de Philippe Hecketsweiler, monumental, n'est pas de ceux qui se lisent d'une seule traite.
C'est une mine d'érudition, de réflexions sur la médecine du passé et du présent, de questions sur la construction de son avenir.
Internet ne saurait rendre inutiles les bibliothèques médicales et les ouvrages de référence que l'on tire volontiers des rayons.
Celui-ci en a toutes les qualités, et son auteur est inscrit au tableau de notre département !
Que cette originale " Histoire de la médecine " soit connue et diffusée bien au-delà...

Docteur Jean-Luc MAUPAS



Pandémic de Philippe le Douarec

A signaler aussi la sortie, le 25 juin 2010, de " Pandémic ", roman de Philippe le Douarec.
Philippe le Douarec est chirurgien, il enseigne également l'histoire de la médecine et l'anatomie.
Son livre est disponible en librairie et aux Éditions Glyphe - 85, avenue Ledru-Rollin - 75012 Paris - Tél : 01 53 33 06 23 - Site Internet : www.editions-glyphe.com.

Dernière minute : secteur de Blangy

A l'attention prioritaire des médecins remplaçants en médecine générale :

- A compter du 25 juin, le secteur de Blangy sur Bresle sera en situation de pénurie médicale aiguë ; les médecins généralistes, tous localisés dans la commune, passant de 6 à 3.
- Pour assurer la présence médicale indispensable à la population, le Conseil Départemental, conformément aux dispositions des articles R4127-87 et 88 du Code de la Santé Publique, est favorable à toute proposition d'assistanat temporaire qui lui serait faite.
- Les médecins remplaçants volontaires pour cette activité contacteront :

> **soit le cabinet médical de Blangy au 02 32 97 40 80**
> **soit le Conseil Départemental**

Communiqués

ARS : AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE HAUTE-NORMANDIE

Signalement des maladies et événements graves.

Les missions de veille et sécurité sanitaires, exercées auparavant par les DDASS, relèvent désormais de la compétence de l'Agence régionale de santé. Une plateforme régionale unique est à votre disposition pour recevoir vos signalements ou répondre à vos interrogations dans le domaine.

Que signaler ?

• Les maladies à déclaration obligatoire (MDO)
Liste accessible sur le site www.invs.sante.fr rubrique " Maladies à déclaration obligatoire ".
• Tout événement sanitaire ou environnemental pouvant constituer une menace imminente pour la santé de la population.
• Toute infection ou événement grave associé aux soins.

Pourquoi signaler ?

• Pour déclencher des mesures de santé publique autour d'un événement sanitaire (information, dépistage, chimioprophylaxie, vaccinations...).
• Pour contribuer à la surveillance épidémiologique
à l'échelle locale et à l'échelle nationale (transmission par l'ARS à l'Institut de Veille Sanitaire).

Comment et à qui signaler ?

• A l'ARS - Médecin de veille sanitaire (Pôle veille et sécurité sanitaire).
• Par le moyen le plus approprié à l'urgence de la situation (réception des signalements urgents 24h/24).
• Pour les MDO : transmission obligatoire d'un formulaire CERFA complété téléchargeable sur le site www.invs.sante.fr rubrique " Maladies à déclaration obligatoire ", sauf hépatite B et VIH : formulaires à commander auprès de l'ARS.

Tél : 02 32 18 31 69
Fax : 02 32 18 26 92
Mél : ARS76-alerte@ars.sante.fr
Courrier : BP 2061 - 76040 Rouen Cedex

CISS HAUTE-NORMANDIE

Le CISS Haute-Normandie vient de rejoindre le réseau des CISS régionaux, désormais au nombre de 21.
Le CISS, Collectif interassociatif sur la santé, regroupe plus de 30 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de consommateurs et de familles.
C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996. Il est devenu aujourd'hui un interlocuteur représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé.
Le CISS Haute-Normandie est présidé par le Docteur Yvon GRAÏC, de la Ligue Nationale contre le Cancer 76.

Pour plus d'information :
Site : www.leciss.org
Tél : 06 20 15 22 50
Mél : hautenormandie@leciss.org

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ DE GÉRIATRIE

Le Diplôme Universitaire de Gériatrie a pour objectifs de proposer aux médecins généralistes, aux internes de médecine générale et aux internes de spécialité, d'approfondir leurs connaissances théoriques en gériatrie.
Cet enseignement, dispensé à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen, se déroule sur deux ans.
Pour s'inscrire à ce diplôme, il faut être titulaire d'un diplôme d'état de docteur en médecine ou être étudiant en 3ème cycle des études médicales.

Pour tous renseignements et inscriptions :
Secrétariat universitaire du diplôme
Mme COCATRIX : jacqueline.cocatrix@chu-rouen.fr
Mme MAQUIN : martine.maquin@chu-rouen.fr

FILIÈRE GÉRIATRIQUE DU CHU DE ROUEN

Le numéro de la plateforme téléphonique de la filière gériatrique du CHU de Rouen a changé.
Désormais, la plateforme est accessible en composant le **02 32 885 800.** L'accueil téléphonique y est assuré du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00.

FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE

Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence du CHU-Hôpitaux de Rouen a mis en place une formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2, l'AFGSU.
La prochaine session aura lieu les 10, 11 et 14 juin 2010.

Pour plus d'information :
Secrétariat du CESU
Tél : 02 32 88 89 77
Fax : 02 32 88 04 37
Mél : CESU.secretariat@chu-rouen.fr

REPORTAGE PHOTOGRAPHIQUE DÉDIÉ AUX SOINS PALLIATIFS

Par Fabien COLLINI, journaliste et photographe, suivi de témoignages de professionnels et de bénévoles d'accompagnement, ainsi que d'un débat avec les participants.
Samedi 18 septembre 2010 - 18h00 - Halle aux Toiles - Rouen

Vie ordinale : composition du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Haute-Normandie

CONSEIL RÉGIONAL ADMINISTRATIF

Membres titulaires

Docteur Gérard LAHON - *Président*
Docteur Jacques MOUSSU - *Vice-président*
Docteur Bernard DEBRAS - *Secrétaire général*
Docteur Françoise BOQUET - *Trésorière*
Docteur Jean-Yves DÖERR
Docteur Valérie GANNE-KLODZINSKI
Docteur Patrick LANCIEN
Docteur Laurent PARRAD
Docteur Francis PUJOL

Membres suppléants

Docteur Philippe DENIS
Docteur Antoine FONDIMARE
Docteur Bruno GUILBERT
Docteur Philippe LAINE
Docteur Jean-Claude LEROY
Docteur Edouard LICHTBLAU
Docteur Jean-Luc MARTINEZ
Docteur Jacques GUILLAN

Membre invité

Docteur Jean-Marc BRASSEUR - *Conseiller National*

CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIÈRE INSTANCE

Monsieur Stephan AUPOIX, vice président du tribunal administratif de Rouen - *Président*

Membres titulaires

Docteur Jean-Georges ANAGNOSTIDES
Docteur Françoise BOQUET
Docteur Jean-Yves DÖERR
Docteur Robert ELLERT
Docteur Valérie GANNE-KLODZINSKI
Docteur Gérard LAHON
Docteur Jean-François SCHUHL
Docteur Cyrille VANIER

Membres suppléants

Docteur Jacques BRICHLER
Docteur Bernard DEBRAS
Docteur Joseph QUETTIER

Ordre National des Médecins
Conseil Régional de Haute-Normandie
6, rue de la Poterne
BP 40
7600 ROUEN Cedex

Tél : 02 35 15 90 12
Fax : 02 35 15 90 84
Email : crom.haute-normandie@orange.fr

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

En ligne récemment :

- *Périodes de vacances des spécialistes pour l'été 2010*
- *Rapport sur l'information du patient dans la loi du 4 mars 2002*
- *Guide du Remplacement en Médecine Libérale*
- *Bulletins d'information*

Ordre National des Médecins - Conseil Départemental de la Seine-Maritime - Bulletin d'Information - **Juin 2010**