Ordre National des Médecins
Conseil Départemental de l'Ordre

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

Bulletin d'Information n° 30 - Octobre 2019

DOSSIER

SPORT SUR ORDONNANCE
PAGE 6

EN VILLE

LE MEDICAL TRAINING AND TESTING CENTER
PAGE 8

ÉDITORIAL

4. Déontologie : les certificats médicaux
5. Focus : nouveaux DU et DIU
6. Dossier : Sport sur Ordonnance
8. En Ville : le medical training and testing center
10. Communiqués
14. Histoire
16. Publication

Réformer, refonder… Bien sûr, mais sans oublier les fondamentaux !

« L'allongement de la durée de vie, le vieillissement de la population, la multiplication des maladies chroniques, la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé…, sont des réalités intangibles auxquelles notre système de santé doit s'adapter et se doit de répondre. A l'heure de la mise en œuvre de la « Modernisation » de notre système de santé édictée par la loi de 2016, poursuivie dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, vigilance et mobilisation doivent être sans faille.

L'organisation (PACES, examen classant national, troisième cycle…) **comme les pratiques** (priorité prévention, « virage » ambulatoire, maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé libéraux ambulatoires, télémédecine…) **sont impactées** par ces réformes, restructurations voire refondations.

Une démographie médicale et paramédicale sinistrée, des budgets contraints, de multiples déterminants de santé insuffisamment pris en compte, des difficultés sociales croissantes, des réalités sociétales préoccupantes… sont **autant de facteurs qui ne peuvent être négligés** lors de la mise en place des réformes en cours. Repenser la formation, réorganiser l'ensemble du système, décloisonner et coordonner les dispositifs et les acteurs, développer la prévention, améliorer et faciliter l'accès aux soins, fluidifier le parcours de santé de chacun… s'imposent dans l'intérêt des patients, de leur santé individuelle et de la santé publique sur notre territoire. Tout cela doit être pensé, optimisé et développé dans une **approche globale**. Les contraintes budgétaires sont des réalités nous l'avons dit et il est indéniable que la santé a un coût mais son organisation et son orientation ne peuvent pas être à visée strictement financière.

Le système de santé doit être conçu au regard d'une responsabilité collective, populationnelle et territoriale, en matière de santé.

Les acteurs sont investis, les décideurs doivent être convaincus et doivent les accompagner. Il y va de leur responsabilité. Toute réflexion ne peut être menée qu'avec les professionnels concernés à l'aune des besoins observés. Le périmètre de chacun des métiers de la santé doit être clairement précisé afin d'éviter tout manque ou toute redondance.

Les professionnels doivent être complémentaires et en aucun cas mis en concurrence. Chaque nouveau dispositif, l'évolution de chaque métier, doivent être questionnés sur leur congruence avec l'existant.

Les acteurs doivent s'approprier les éléments inscrits dans l'organisation pour en faire des outils pratiques dédiés à leur territoire, au service de leurs patients, facilitant et optimisant leurs activités. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un exemple significatif. Elles doivent être au **service de la pratique et du quotidien** et pas « des usines à gaz » administratives.

Rappelons nos fondamentaux ! Devant les évolutions sociétales actuelles, les pertes de repères, l'individualisme voire l'égoïsme, les incivilités, la violence au quotidien…, **la réaffirmation de nos valeurs professionnelles est indispensable**. L'intérêt de la population, dont nous avons la charge et la responsabilité, doit nous mobiliser.

Les compétences réaffirmées et entretenues des soignants, les règles de bonnes pratiques, le « faire ensemble », tant en ville qu'à l'hôpital et en lien ville – hôpital, la construction et la mise en œuvre de projets de santé territoriaux adaptés aux besoins identifiés, sont des bases opérantes.

L'éthique, notre déontologie médicale, nos compétences, constituent les bases de nos valeurs professionnelles qui doivent nous guider pour orienter le contenu et pour garantir le cadre des

réformes. Notre code de déontologie évolue, il s'adapte aux réalités professionnelles et sociétales (critères de remplacement, adjuvat, exercice en site distinct...).
La profession de médecin occupe une place particulière qui doit être réaffirmée, assumée pleinement et préservée.

Le médecin, hospitalier, libéral, salarié, quel que soit son mode d'exercice, **est au cœur de la société**. Il doit rester **la pierre angulaire de notre système de santé**, de l'organisation des soins, le régulateur du parcours de soins garant de la sécurité des patients.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.
Son exercice implique une **exigence morale** (altruisme, dévouement...) **et scientifique** (devoir de compétence, de formation...).

Le médecin doit préserver son **indépendance, assurer le respect et l'équité pour tous**, et **refuser toute discrimination** dans l'accès aux soins.

La relation médecin-patient, rencontre de deux consciences, repose sur la **confiance partagée, base de l'alliance thérapeutique**. La confiance est construite sur l'assurance de la moralité, de la probité du médecin et de son respect de notre déontologie (secret professionnel, libre choix du patient ; information loyale, claire et appropriée ; consentement libre et éclairé ; qualité des soins...).

Au sein de notre profession, **le respect mutuel**, les rapports de **bonne confraternité**, l'**assistance et l'entraide confraternelle** doivent être exemplaires.

Etre médecin, c'est exercer une profession pas comme les autres en permanence à l'interface de l'humain, de l'art et de la science.
Le **« savoir être médecin »** est indissociable du savoir et du savoir-faire médical. **Notre code de déontologie médicale, inclus dans le code de la santé publique**, doit nous guider en permanence dans l'exercice de notre profession.

Votre Conseil Départemental, tous les conseillers que vous avez élus, attentifs à vos difficultés, à vos questionnements et à vos attentes, sont à votre écoute et à votre disposition au quotidien.
Soyons tous ensemble solidaires et vigilants pour préserver et faire respecter nos valeurs professionnelles !

ON A BESOIN DE VOUS !!!

Votre permanence des soins de semaine a été supprimée par la nouvelle organisation régionale !

Des consœurs et confrères poursuivent cette activité (DIEPPE, ROUEN, Le HAVRE, NEUFCHATEL, EU...) dans les points de garde préservés.

Les patients en demande sont toujours plus nombreux et s'exaspèrent, consœurs et confrères sont souvent débordés, épuisés... et votre aide, par votre participation, même ponctuelle ou partielle, à leur activité de permanence des soins, sera précieuse.

MERCI DE VOTRE SOLIDARITÉ CONFRATERNELLE

Docteur Patrick DAIMÉ
Président du Conseil Départemental
de la Seine-Maritime
de l'Ordre des Médecins

Les CERTIFICATS MEDICAUX

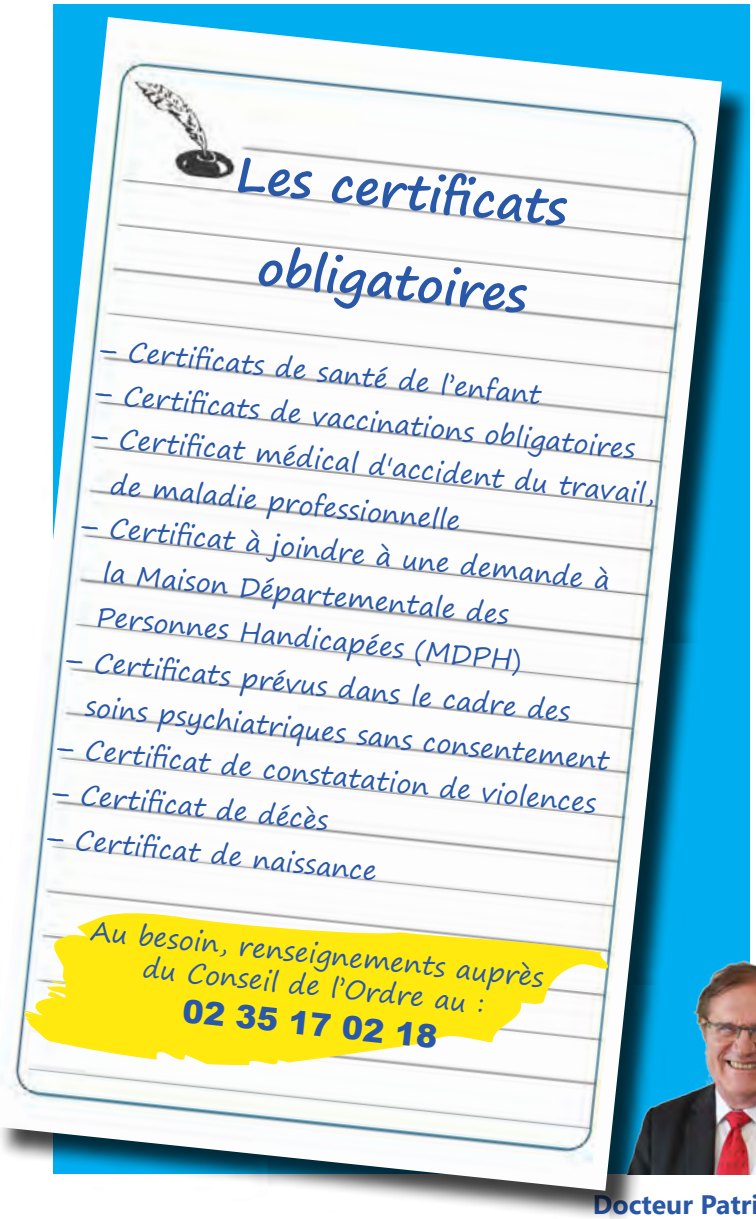
Article 76
(article R.4127-76 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

Les consignes de rédaction

- Le rédiger sur papier à en-tête.
- S'informer de l'usage du certificat demandé : réaliser un interrogatoire et un examen clinique.
- Décrire de façon précise et objective les éléments et faits médicaux personnellement constatés (FMPC).
- Rapporter, si utile, les dires du patient : au conditionnel et entre guillemets.
- Ne pas se prononcer sur les dires du patient ou la responsabilité d'un tiers.
- Dater le certificat du jour de sa rédaction même si les faits sont antérieurs.
- Se relire, apposer sa signature.
- Remettre le certificat au patient lui-même en main propre et le mentionner sur le certificat. Jamais à un tiers, sauf au tuteur légal.
- Garder un double.
- L'envoyer aux deux parents si les parents sont séparés et ont chacun l'autorité parentale.
- Savoir dire non aux demandes abusives ou illicites.

Voir aussi l'article de notre bulletin n° 14 de février 2013, consultable sur notre site : conseil76.ordre.medecin.fr.



Docteur Patrick LANCIEN
Vice-Président

Nouveaux DU et DIU

Public concerné
Médecins généralistes ou spécialistes sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées

Enseignement
Enseignement virtuel ou cours enregistrés et enseignements dirigés
Validation sous forme d'un contrôle continu et d'une épreuve finale

Lieu de formation
Plateforme de Université de Rouen

Contact
isabelle.spinneweber@chu-rouen.fr

Public concerné
Docteurs en médecine, pharmacie, odontologie, internes, sages-femmes

Enseignement
Enseignement théorique et ateliers pratiques

Lieux de formation
Universités de Tours, Limoges, Rouen

Contacts
TOURS
02.34.37.96.57
vlaurent@med.univ-tours.fr
LIMOGES
05.55.05.69.83
julia.gagnevin@chu-limoges.fr
ROUEN
02.32.88.88.62
secretariat.cic@chu-rouen.fr

Public concerné
Médecins, personnels soignants, pharmaciens, sages-femmes, internes en médecine, étudiants en pharmacie et maïeutique, étudiants de cursus paramédical

Enseignement
Enseignement sous forme de cours magistraux, travaux pratiques, projets tuteurés, cours en e-learning et mises en situation professionnelle

Lieu de formation
Centre de Formation Continue
17, rue Lavoisier
76821 Mont Saint Aignan Cédex

Contact
02.35.14.60.76
formation.continue@univ-rouen.fr

Public concerné
Médecins, internes, pharmaciens, infirmiers diplômés d'état, kinésithérapeutes, diététiciens, pédicures, podologues, visiteurs médicaux

Enseignement
Enseignement de 60 heures avec présence obligatoire

Lieu de formation
Pôle des Formations et de Recherche en Santé
Campus 5
2, rue des Rochambelles
14032 CAEN Cedex

Contact
02.31.56.81.18
sante.formationcontinue@unicaen.fr

SPORT sur ORDONNANCE

Prescrire de l'Activité Physique aux patients atteints d'une maladie chronique : c'est aujourd'hui possible, mais dans un dispositif inachevé

Les progrès techniques de notre environnement ont considérablement réduit l'Activité Physique (AP) spontanée dans notre vie professionnelle comme domestique. Cette inactivité croissante se cumule avec une sédentarité, c'est-à-dire un temps passé assis ou allongé en situation d'éveil, accrue.

Les coûts sociaux et économiques de la sédentarité, comme les bénéfices pour la santé de l'activité physique, sont aujourd'hui scientifiquement parfaitement documentés en prévention primaire, secondaire comme tertiaire.

Il est cependant difficile de résumer en quelques chiffres les nombreuses données scientifiques sur les relations entre AP et Santé.

Quelques uns néanmoins parmi les plus significatifs :

▶ *Pour l'OMS, l'inactivité physique dans le monde est la première cause de mortalité par maladies non transmissibles, liées au mode de vie : 5,5 millions de décès par an, 10% des décès en Europe dont 50 000 annuels en France (3500 sur la route).*
▶ *Selon les dernières études de l'INSERM et de la CNAMTS, un français sur 2 entre 30 et 60 ans est en surpoids ou obèse. 18% chez les moins de 18 ans.*
▶ *En France, le coût de la seule obésité est chiffré à 3 millards€ par an.*
▶ *1/4 des enfants de 3 à 10 ans, la moitié des adolescents de 11 à 14 ans, les 2/3 des adolescents de 15 à 18 ans et plus de 80% des adultes passent plus de 3 heures par jour devant un écran (Inca3).*
▶ *En 40 ans, un collégien moyen a perdu 25 % de ses capacités cardio-respiratoires alerte la Fédération Française de cardiologie, passant de 3 minutes à 4 minutes en moyenne sur un 800 mètres.*

Et l'on pourrait prolonger...

Si la maladie est connue : la sédentarité, le remède l'est tout autant : l'activité physique (AP).

Toujours selon l'OMS, une AP modérée de 150 minutes par semaine permettrait d'économiser 5 Mds€ par an.

Dans les parcours de soins de nos patients atteints d'une Affection de Longue Durée, environ 11 millions, l'AP est une thérapie non médicamenteuse d'efficacité prouvée dans les pathologies cardio vasculaires, certains cancers (particulièrement le sein, 59 000 nouveaux cas par an, le colon, l'endomètre et la prostate), le diabète de type II, qui touche 3,5 millions de français et coûte 13 milliards€/an soit 6% de nos dépenses de santé, ainsi que dans certaines pathologies psychiatriques comme la schizophrénie et les maladies anxio-dépressives. Soit la très grande majorité des affections dites à 100 %.

Sans parler de la personne âgée où la pratique d'AP retarde la survenue de la perte d'autonomie ainsi que celle de maladies dégénératives (Alzheimer, Parkinson).

Le rôle bénéfique de l'AP sur la fatigue, la qualité de vie, la reprise de l'activité professionnelle chez les actifs est également démontré pendant et après les traitements.

Malgré ces constats et les multiples plans nationaux, Nutrition Santé, Cancers, Obésité, Santé environnement, Sport Santé Bien Etre... la France reste très en retard dans l'inscription de cette thérapie complémentaire dans les parcours de soins comme le soulignait déjà en 2011 la Haute Autorité de Santé.

L'AP s'adresse à des patien
maladie chronique ou non,

La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé porte dans son article L.144 une avancée significative : " dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une Activité Physique Adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ".

Le décret du 30/12/2016 et l'instruction interministérielle du 3/3/2017 ont précisé les conditions de dispensation de l'APA à des patients en ALD et un formulaire de prescription est proposé.

L'HAS a publié en septembre dernier un " guide de promotion, consultation et prescription médicale d'Activité Physique et Sportive pour la santé chez les adultes ", ainsi que 6 référentiels d'aide à la prescription (HTA, maladie coronarienne, surpoids, AVC, BPCO, Diabète II).
Il s'adresse à tous les médecins concernés dans le parcours de soins du patient.

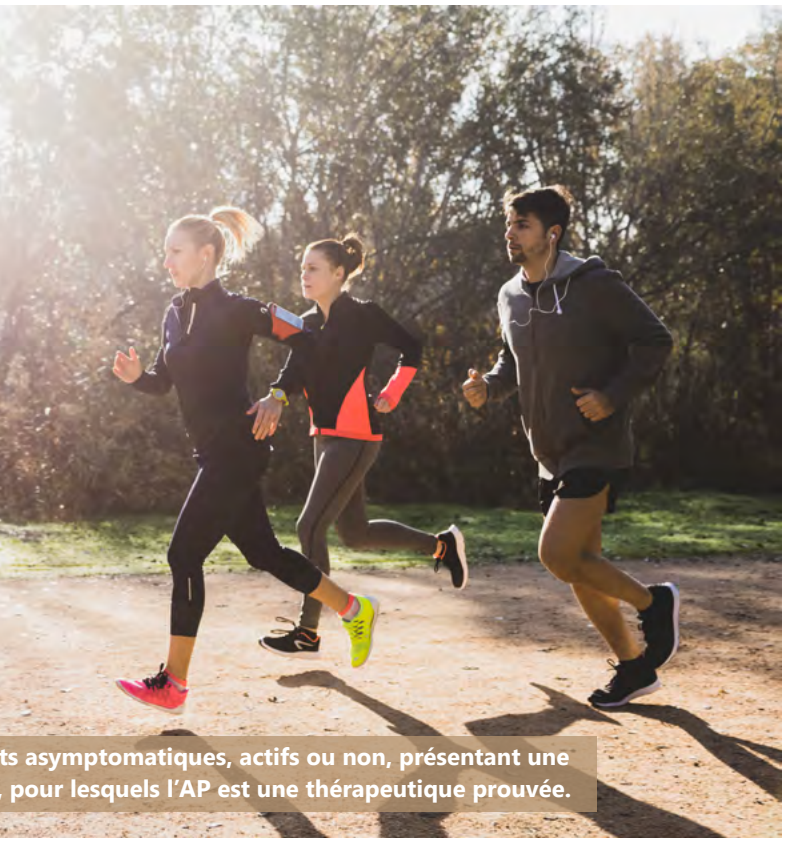
Enfin, la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français a publié son médico sport, " Vidal du Sport ", qui précise les avantages, risques, conseils pour plus de 70 sports différents.

Ajoutons que lors du Comité Interministériel pour la santé du 25 mars 2019, on retrouve, parmi les priorités retenues, " le renforcement de la prescription d'Activité Physique Adaptée par le médecin ".

Alors comment passer à l'acte ? Comment donner envie de pratiquer régulièrement une activité physique ?

Le médecin traitant est au cœur de la réponse

Pour ce faire, il reste des freins à lever.
De terminologie tout d'abord, le sport est pour beaucoup synonyme de compétition, il n'est en réalité qu'une composante de l'activité physique. Les Fédérations sportives sont de plus en plus nombreuses à l'avoir compris et à développer du loisir pour tous et des sections sport santé.


ts asymptomatiques, actifs ou non, présentant une
, pour lesquels l'AP est une thérapeutique prouvée.

Financier ensuite, la prise en charge par la nomenclature des actes d'une consultation de prescription spécifique, quand elle va au-delà de simples conseils, et d'une orientation vers une structure d'accueil adhoc.

Financier également pour la prise en charge de l'APA elle-même dans le cadre du parcours de soins du patient. Si la sécurité sociale ne l'a pas plus inscrite à la nomenclature, des financements publics, ARS, Jeunesse et Sport, Caisses locales... sont souvent présents pour accompagner les plateformes d'accueil. De plus, les complémentaires santé sont de plus en plus nombreuses à offrir des garanties à leurs sociétaires.

De formation, celle des médecins en formation initiale, c'est aujourd'hui acquis, et en formation continue MOOC d'accès gratuit, une FMC (formation labellisée et indemnisée par l'OGDPC).
Celle aussi des éducateurs sportifs titulaires d'une compétence Master Activité Physique Adaptée et Santé, APA-S, ou d'un diplôme inscrit au registre des CQP.

D'information enfin, sur les structures, réseaux associatifs, acteurs de l'ESS, plateformes reconnus par les ARS et les DRJSCS disposant des compétences requises pour accueillir les patients.

En pratique, et comme le précise l'HAS (https://has-sante.fr) :

▶ L'AP s'adresse à des patients asymptomatiques, actifs ou non, présentant une maladie chronique ou non, pour lesquels l'AP est une thérapeutique prouvée.
▶ Il ne s'agit pas de prescription de rééducation/réadaptation à la suite d'une pathologie aigue ou d'une décompensation d'une pathologie chronique pour laquelle le médecin adresse son patient à un professionnel paramédical.
▶ Le jugement clinique du médecin traitant est essentiel. La consultation médicale de prescription d'Activité Physique dédiée est rarement nécessaire, la connaissance de son patient, une évaluation minimale avant des conseils oraux ou écrits sont dans la majorité des cas suffisants.
▶ L'Epreuve d'Effort ne se justifie que pour des patients asymptomatiques à risques avec une AP d'intensité élevée et/ou symptomatiques.
▶ Dans le cadre de ce parcours, l'évaluation de la condition physique peut être réalisée par un autre professionnel de santé ou un professionnel de l'AP formé.

En Normandie, on peut trouver sur le site **www.sportsantenormandie** les références des structures d'accueil par département, une documentation scientifique riche, les textes règlementaires de base, ainsi que l'information sur le Réseau Régional de Cancérologie et l'APA, IMAPAC, Initier et Maintenir une Activité Physique avec un Cancer, mesurer l'effet d'une prise en charge de 6 semaines d'APA sur le maintien d'une activité physique à 1 an.

Et c'est bien là aussi notre enjeu collectif majeur au-delà de passer à l'acte et de donner l'envie :

Il faut que l'activité physique s'inscrive ensuite dans la durée pour que les bénéfices sur la morbidité soient réels.

Docteur Valérie Fourneyron
Administratrice Matmut
Présidente de l'Intenational Testing Agency
Ancienne Ministre

Rouen : le MEDICAL TRAINING and TESTING CENTER

Le Medical Training and Testing Center

Unique en Europe, inauguré le 27 mars 2017 en présence du Président de la République, le Medical Training and Testing Center (MTC) propose des espaces de formation connectés pour tous les personnels médicaux.
Situé au coeur du campus hospitalo-universitaire de Rouen, intégrant la faculté de santé, le CHU et le pôle " Rouen Innovation Santé ", il permet aux étudiants de se former aux gestes pratiques médicaux.
Il permet également d'accueillir des professionnels du monde entier pour se former aux techniques les plus pointues.
L'ambition de ce centre est aussi d'aider au développement d'entreprises start-ups dans le domaine biomédical.

Une vocation affirmée

Le MTC, centre multidisciplinaire, a deux objectifs stratégiques :

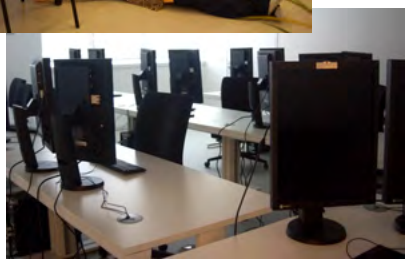
. Améliorer la qualité des soins par l'entraînement des professionnels et futurs professionnels de santé par des simulations procédurales et comportementales.
. Proposer aux partenaires industriels un plateau technique performant pour la recherche appliquée et l'innovation en santé.

Ses objectifs opérationnels, quant à eux, sont :

. D'offrir aux étudiants, aux professionnels médicaux et paramédicaux, français et étrangers, les conditions d'une formation d'excellence, en français ou en anglais.
. De former et transmettre les savoir-faire des techniques biomédicales de pointe développées au CHU de Rouen et par les partenaires.

. De sensibiliser individuellement ou en équipe au savoir-être, apprendre à mieux communiqer entre professionnels et à mieux gérer les annonces aux patients.
. De développer des partenariats avec les entreprises, notamment les start-ups et les industriels, en matière de mise au point et de diffusion des nouvelles technologies de santé.

Concrètement par exemple, un appartement reconstitué et des salles de soins sont équipés de caméras et de régies informatiques.



Les moyens techniques sont entièrement connectés et les moyens pédagogiques innovants, comprenant des simulateurs procéduraux de pointe, de dernière génération : robot opératoire, endoscope pulmonaire, gastrique, urinaire, gynécologique, thoracique, cardiovasculaire, échographe.

Le MTC est aussi un soutien à l'innovation, à la recherche et au développement. Une salle est notamment totalement équipée avec baie de cathétérisme pour toute intervention cardiovasculaire, une autre regroupe des équipements entièrement dédiés à la médecine dentaire.

Enfin, le MTC propose un accueil sur-mesure pour les start-ups, les industriels et les porteurs de projets.

Pour tout contact, renseignement ou inscription à une formation :

MTC France Normandie Rouen
20, rue Marie Curie
76000 ROUEN
Tél : 33 (2) 32 88 80 00
Mél : secretariat@mtc-rouen.com

Ouvert du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h30, et, selon la demande,
en soirée et le samedi.

Le Professeur Alain Gilbert CRIBIER est né le 25 janvier 1945 à Paris.

Après ses études médicales à Paris, il rejoint le CHU de Rouen en 1972 comme interne en cardiologie.
Nommé Professeur en 1993, il dirige le service de soins intensifs et de cathétérisme cardiaque avant de prendre la direction du service en 2003.
Mondialement connu pour ses innovations thérapeutiques (dilatations valvulaires dans les rétrécissements aortiques puis mitraux), il développe après quinze années de recherche la TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation).
Première mondiale en 2002 à Rouen par cathétérisme fémoral, il remplace la valve aortique par voie fémorale, sans chirurgie, sous anesthésie locale.
Le développement se poursuit avec le Professeur Etcheninov dans le monde entier : 400 000 patients traités.
Nommé professeur émérite en 2015, il est chevalier de la légion d'honneur, entre autres distinctions internationales.

Cette carrière exceptionnelle ne l'empêche pas d'imaginer, de créer, de trouver les financements et de construire le MTC , le Medical Training and Testing Center.

La télémédecine

Une chance pour rassembler les professionnels de santé autour du patient

Les années 2018 et 2019 ont marqué l'avènement de ce nouvel outil de consultation médicale.

De nombreuses expérimentations en Normandie ont montré l'intérêt de la télémédecine pour améliorer la prise en charge des patients.
Ainsi le suivi des plaies chroniques réalisé dans l'ex Basse-Normandie a montré un gain qualitatif et quantitatif pour la prise en charge de ces patients soignés au domicile en collaboration directe avec les infirmiers libéraux.
En structure hospitalière, la télédermatologie et la TéléAVC fonctionnent depuis plusieurs années. La téléradiologie fonctionne entre établissements et cabinets de radiologie.

Pourtant un fossé existe entre le monde politique, qui y voit un remède quasi miraculeux aux déserts médicaux, et la réticence du milieu médical, qui y voit une perte de sa relation médecin-patient.

Plus qu'une solution au problème de démographie médicale, cela peut générer un élargissement du périmètre d'activité d'un pôle de santé ambulatoire ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Ainsi, un groupe de médecins peut, avec l'appui d'infirmiers libéraux ou non, apporter une solution de consultations avancées dans un territoire en souffrance.

Les différentes expérimentations que l'Union Régionale des Médecins Libéraux accompagne et suit ont montré que c'était avant tout **un outil pour nous rapprocher de nos patients, obtenir une amélioration de la qualité des soins et créer du lien entre professionnels de santé.**

Aujourd'hui, parler de la relation ville-hôpital, c'est pour la majorité d'entre nous fluidifier le parcours patient, améliorer l'accessibilité aux médecins hyper spécialisés, sans polluer ou désorganiser leur activité quotidienne.
En effet, la demande des patients, des familles, et les conséquences médico-légales, impliquent que tous les professionnels de santé puissent obtenir une réponse " adaptée, sécurisée et pertinente. "
Que dire d'un avis téléphonique ? Cela rend service... mais non sécurisé, non tracé, non rémunéré...
Le secret médical des informations transitant par des mails personnels ou des smartphones n'est pas respecté.
Les applications mobiles des plateformes de télémédecine sont là pour sécuriser ces échanges.

L'activité libérale de télémédecine s'exerce dans un cadre réglementaire reposant sur l'arrêté du 1er aout 2018 portant approbation de l'avenant 6 à la convention nationale.
Elle définit la téléconsultation, qui est une consultation à distance réalisée entre un médecin exerçant une activité

conventionnée, quels que soient son secteur d'activité et sa spécialité, et un patient.
Actuellement, les téléconsultations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés en relation donc avec le médecin traitant.
Elles doivent encore s'inscrire dans un cadre de suivi régulier des patients avec alternance de consultations dites présentielles.
Leurs modalités de rémunération sont valorisées dans les mêmes conditions que les consultations habituelles.

Par ailleurs il existe dorénavant un acte de téléexpertise.
C'est une expertise sollicitée par un médecin dit requérant donnée par un médecin dit requis. Ce dernier, de par sa formation, sa compétence particulière sur la base d'informations ou d'éléments médicaux, va donner une réponse en direct ou en différé et permettre ainsi l'amélioration de la prise en charge du patient sans rendez vous présentiel.
Il s'agit dans une première étape des patients en affection de longue durée, des patients résidant en zone sous dense, des patients atteints de maladies rares ou résidant en établissement hospitalier pour personnes agées dépendantes, ou les deux.
Permettre l'accès au second recours à des patients isolés dans leur EHPAD, voire exercer un suivi pour le médecin traitant sans se déplacer !

Il est prévu à la fin de l'année 2020 le déploiement de la télé expertise pour l'ensemble des patients.
Deux niveaux d'expertise sont définis : un premier qui correspond à un avis donné sur une question circonscrit sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale, et le deuxième niveau donné en réponse à l'expression d'une situation médicale complexe avec étude approfondie et mise en cohérence (Ceci correspond à l'analyse de plusieurs types de documents).
Ces actes de télé expertise de niveau 1 sont rémunérés 12 € pour le médecin requérant et ceux de niveau 2, 20 € pour le médecin répondant à la question.
Ils sont limités en nombre d'actes chaque année et le médecin requérant touche un forfait de cinq euros et dix euros respectivement.

Pour cela nous avons accès en Normandie à plusieurs types de supports.

Le groupe de coopération sanitaire Normandie santé (GCS NES - émanation digitale de l'ARS) propose à ses adhérents : établissements hospitaliers publics, privés, MSP-PSLA, établissements médico-sociaux, EHPAD, professionnel libéral indépendant… une plate-forme régionale répondant à un ensemble de solutions de télémédecine.

L'offre de plate-formes privées est aussi importante et nous sommes sollicités régulièrement pour adhérer, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients.
Mais pour être utilisées par tous, il nous faut une solution ergonomique, s'intégrant dans les logiciels métiers, les agendas de rendez vous, un DMP compatible et la moins honéreuse…

C'est pourquoi, aucun outil n'étant parfait pour répondre à la demande de chaque médecin, il est important de répondre à un cahier des charges respectueux du médecin et du patient.

Les Conseils de l'Ordre, l'URML, les URPS des professions de santé, le Conseil Régional, les Conseils Départementaux, les fédérations hospitalières privées et publiques ont choisi de mettre en place une **Charte Régionale de Télémédecine.**

Cette charte a pour vocation première de sécuriser l'utilisation de ces différents supports pour la population, les médecins et les professionnels de santé libéraux.

Pour l'exercice de la télémédecine de premier recours, une cellule de coordination a été mise en place, basée à Caen mais répondant à tous les projets de la région.

Notre temps médical est notre bien le plus précieux. Organiser, gérer ce temps en utilisant ce type d'outil comme en fin de journée, lors de vacances sans remplacement, sur les week ends… peut octroyer une souplesse à des plannings surchargés.

Nous devons aujourd'hui nous approprier cet outil, et demain probablement l'intelligence artificielle, pour ne pas être dépossédés de notre expertise.

Docteur Frédéric JEGOU
Secrétaire Général de l'Union Régionale
des Médecins Libéraux

ALERTE ACTU : LUBRIZOL ROUEN

Consultez les dernières informations sur notre site Internet :
www.conseil76.ordre.medecin.fr - Rubrique Alertes sanitaires

Fin du dispositif Ad'AP depuis le 31 mars 2019

Le dispositif d'agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) a pris fin le 31 mars 2019.
Les gestionnaires d'ERP doivent désormais déposer des demandes d'autorisation de travaux de mise en conformité immédiate totale de leur établissement, sous peine de sanctions administratives et pénales.

En effet, plus de trois ans après l'échéance pour déposer un Ad'AP, de nombreux ERP ne sont toujours pas pour autant inscrits dans une telle démarche malgré de multiples relances menées par les différents acteurs sur le terrain. De plus, des propriétaires/gestionnaires/exploitants d'ERP ne respectent pas les engagements pris dans leur Ad'AP.

Dans ce contexte, il a été acté de passer à une phase plus coercitive envers les récalcitrants au respect de la réglementation accessibilité qui s'impose à leurs établissements.

Lancement du dispositif sanction

Ce dispositif, prévu par le décret n° 2016-578 du 11 mai 2016, comporte trois grandes étapes avec une double relance courrier avant une dernière phase au cours de laquelle la sanction administrative est appliquée à un montant qui s'élève :
- en cas d'absence de dépôt du dossier de mise en accessibilité de son établissement : à 1500 euros pour un ERP de 5ème catégorie et à 5000 euros pour les autres établissements
- en l'absence de transmission des documents de suivi d'exécution de l'agenda : à 1500 euros pour un agenda portant sur un ERP de 5ème catégorie et à 2500 euros dans les autres cas.

A cette sanction administrative pourra s'ajouter une amende pénale d'un montant variable en fonction des cas de figure sur décision de justice (jusqu'à 45000 euros pour une personne physique et 225000 euros pour les personnes morales).

adspl
ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DU DIALOGUE SOCIAL ET DU PARITARISME DANS LE SECTEUR DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Il s'agit bien d'une cotisation, pas d'une nouvelle arnaque !

La cotisation réclamée par l'Association du Dialogue Social et du paritarisme dans le secteur des Professions Libérales (ADSPL) est bien prévue par la réglementation et concerne toutes les entreprises libérales composées de 1 à 10 salariés.

Il ne s'agit pas d'une arnaque comme ont pu le penser nombre d'entre vous qui essuient les assauts d'officines intervenant notamment dans le domaine de l'accessibilité ou de la conformité au RGPD.
Cette cotisation conventionnelle au taux de 0,04 % est assise sur la masse salariale annuelle brute et s'élève en moyenne à 9 euros par an par salarié.

Les PASS : pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis

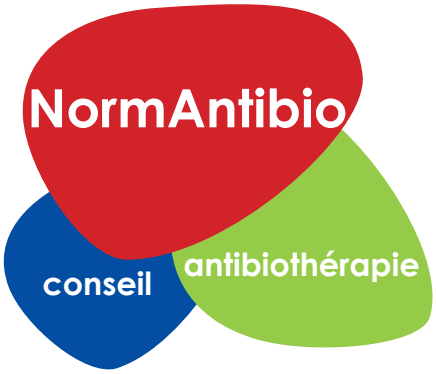
Les permanences d'accès aux soins de santé sont des dispositifs de prise en charge médico- sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches.
Les PASS travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, Samu social, les services municipaux de santé et centres communaux d'action sociale,
Les missions des permanences d'accès aux soins de santé s'inscrivent dans un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du projet régional de santé.
En 2017, la PASS du CHU - Hôpitaux de Rouen a enregistré 5300 passages, 835 consultations de médecine générale, 1185 interventions sociales. 83% du public reçu ne dispose d'aucune couverture sociale.

Liste des 26 PASS de la région Normandie :
www.normandie.ars.sante.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-

Entraide ordinale

Nouveau numéro vert de la plateforme téléphonique :

0800 288 038



Besoin d'un conseil en antibiothérapie

Contactez les infectiologues de NormAntibio

07 84 41 18 86

De 9h à 18h du lundi au vendredi, un infectiologue répondra à vos questions

La Plateforme ViaTrajectoire

Service public en ligne, gratuit, confidentiel et sécurisé, ViaTrajectoire est le fruit d'une coopération entre professionnels métier, tutelles et spécialistes des systèmes d'information.

Elle permettait jusqu'à présent aux médecins de ville de demander un hébergement en EHPAD/USLD. Dorénavant, vous pouvez aussi réaliser des demandes en ligne vers un SSR ou une HAD, ainsi que consulter les demandes d'orientation de vos patients.
Vous êtes maintenant informés et associés au parcours de soins de vos patients et pouvez créer ou suivre les dossiers Grand Age.

Le déploiement est financé par 13 régions de France, l'amélioration continue du logiciel assurée dans le cardre d'un projet coopératif interrégional.

www.viatrajectoire.fr
Connexion avec votre carte CPS ou code PIN.
Assistance assurée par l'ADOC au 02 31 06 22 02.

Les grandes heures du **sanatorium** et du **préventorium** en Seine-Maritime

Il y a tout juste un siècle, le 9 septembre 1919, entrait en vigueur la loi du 7 septembre 1919 « instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements. »

Cette loi sur les sanatoriums prit le nom du député des Basses-Alpes André Honnorat (1868-1950) qui avait déposé ce projet de loi en mars 1917 et qui fut l'un des principaux protagonistes du mouvement sanatorial français.
Elle définissait les sanatoriums comme des « établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose et dont la gestion est assurée par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics » et faisait obligation aux départements de régler l'hospitalisation de leurs tuberculeux dans un délai de cinq ans (prolongé à 10 ans par une loi de 1921), les frais étant à la charge des départements et de l'Etat.
Il s'agissait par cette loi de parachever l'œuvre accomplie par le législateur depuis 1915 en faveur des militaires et de poser les fondations d'un véritable équipement national contre le fléau tuberculeux pour les années d'après-guerre.
Elle complétait ainsi la loi de 1915 sur l'assistance aux anciens militaires tuberculeux et celle de 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Nous allons voir que dans notre département, la majorité de l'arsenal antituberculeux se développa après cette loi de 1919.

Depuis le milieu du XIXe siècle, les soins recommandés aux tuberculeux étaient basés sur la suralimentation, la cure d'air et la cure de repos. Le premier établissement privé consacré au traitement de la tuberculose établi sur ces bases hygiéno-diététiques fut ouvert en Silésie par le Dr Hermann Brehmer en 1859 à Goerbersdorf. En 1876, le Dr Peter Dettweiler ouvrit celui de Falkenstein en Allemagne (Hesse) avec ses galeries permettant la cure de repos en plein air. En Suisse, en 1868, le Dr Alexander Spengler fit construire l'établissement de Davos. En France l'hôpital sanatorium de Villepinte ouvrit en 1880 et celui de Vernet-les-Bains, près du Mont Canigou, fut ouvert par le Dr Sabourin à la fin de 1890. Le premier sanatorium populaire fut inauguré quant à lui à Hauteville (Ain) en août 1900. Il comptait 120 lits. Deux mois plus tard, en octobre 1900, ouvrait le sanatorium d'Angicourt (Oise) voulu par l'Assistance publique de Paris pour les tuberculeux pauvres de la capitale.

En Seine-Maritime, plusieurs médecins souhaitèrent s'inspirer de ces exemples pour créer des sanatoriums pour les indigents. Au Havre, en 1898, la Mairie organisa une mission composée de quatre médecins (Drs Sorel, Lecène, Engelbach et Frottier) chargée d'aller étudier l'organisation des sanatoriums en Allemagne dont celui de Ruppertshain, ouvert en 1895 et consacré au traitement des tuberculeux pauvres. En 1899, ce furent deux médecins rouennais, les Drs Charles Nicolle et André Halipré, qui firent une « visite aux Sanatoria sur les bords du Rhin » qui leur permit, entre autres, de découvrir le sanatorium de Falkenstein et d'y rencontrer, comme ses confrères havrais l'année précédente, le Dr Dettweiler. Suite à ce voyage, ils lancèrent un appel à l'initiative privée et à la charité publique pour aboutir à la création d'un sanatorium. Rouen était alors classée au 4e rang des 26 villes françaises de plus de 60 000 habitants les plus touchées par la mortalité tuberculeuse, après Le Havre, Paris et Limoges. Au début de l'année 1900 un Comité d'initiative de l'œuvre du sanatorium rouennais fut mis en place avec, pour but principal, de créer un sanatorium aux environs de Rouen destiné aux tuberculeux curables, indigents et demi-nécessiteux, d'une capacité de 35 lits.

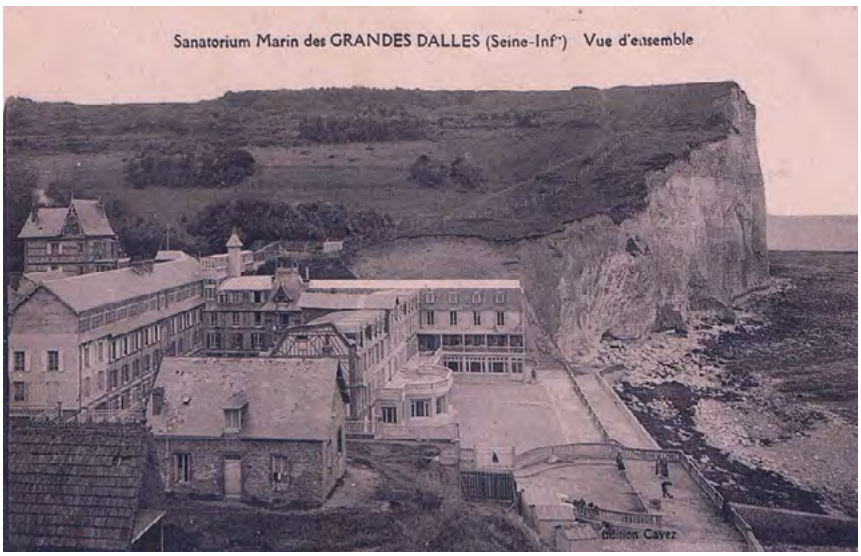
Ce projet, très insuffisant, semblait inadapté à plusieurs médecins chefs des hôpitaux de Rouen, le Pr Raoul Brunon en tête, qui réclamaient l'installation à la campagne, dans un bâtiment déjà existant, d'un hôpital pour tuberculeux sur les hauteurs environnant Rouen. Le Pr Brunon, reniant ses premières opinions sur la question, écrivait en 1901 : « Nous nous élevons contre l'idée de construire à grands frais des bâtiments à la mode allemande. » Cette même année, il obtint l'installation, dans les jardins de l'hospice général de Rouen, d'un premier aérium pour enfants suivi d'un deuxième en 1903. Ces galeries abritées, avec douze brancards de bois chacune, permettaient aux petits malades de réaliser la cure d'air (traitement aérothérapique) en journée, qui
« se fait en toutes saisons et par tous temps, de 8 heures du matin à 4 heures du soir en hiver et de 6 heures du matin à 8 heures du soir en été. Les intempéries, quelles qu'elles soient, ne sont jamais une contre-indication. »

Il est à noter qu'à peu près à la même époque, l'industriel philanthrope Auguste Badin, qui était maire de Barentin, fit édifier en 1901 dans sa commune, sur le site de Campeaux, un petit sanatorium (architecte Georges Bourienne) qui fut inauguré avec l'ensemble de la cité nouvelle, en octobre 1906. Cet établissement fut agrandi par la suite et le nouveau préventorium de Campeaux fut inauguré par le ministre de la Santé Publique, M. Ernest Lafont, le 22 septembre 1935.

Malgré l'opposition du Pr Raoul Brunon, l'œuvre du sanatorium rouennais poursuivait son objectif et, à l'été 1903, elle fit l'acquisition d'un terrain de trois hectares en bordure de la forêt du Rouvray sur la commune d'Oissel. Un petit sanatorium de 10 lits ouvrit au mois d'août 1905, dirigé par le Dr Joseph Cotoni. Des subventions autorisèrent ensuite son agrandissement en 1911 et 1913 permettant de passer à une capacité de 50 lits, réservés aux femmes. Avec la Grande Guerre, l'accueil des militaires tuberculeux réformés conduisit à la création d'une station sanitaire installée dans le parc d'un château à Saint Etienne du Rouvray qui ouvrit ses portes le 1er décembre 1915, avec une capacité d'accueil de 55 lits. Après la guerre, en décembre 1919, cette station sanitaire fut utilisée pour accueillir les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire et devint le « sanatorium annexe de Saint Etienne du Rouvray » qui fonctionna jusqu'à l'agrandissement de l'établissement d'Oissel en 1921-1922.

Pendant la guerre, le sanatorium d'Oissel fut réquisitionné par les autorités militaires et devint l'hôpital 36 bis avec 78 lits, faisant office de sanatorium. En 1918, de nouveaux travaux d'agrandissement permirent de porter sa capacité d'accueil à 180 lits. L'Etat et le Département, financeurs, pensaient déjà à l'après-guerre et à œuvrer pour les victimes civiles de la tuberculose. Une fois la paix revenue, pour répondre aux obligations dictées par la loi Honnorat, le département prit le relai de l'œuvre privée et le sanatorium d'Oissel, encore agrandi, accueillit dorénavant hommes et femmes susceptibles de bénéficier de la cure sanatoriale, présentant donc une tuberculose peu évoluée. En outre, en octobre 1919, le département se vit céder par le Comité départemental d'assistance aux tuberculeux, le château de Canteleu dans lequel son président, le Dr Brunon, avait installé en 1918 un sanatorium pour les militaires réformés. Cet établissement fut rapidement transformé en préventorium, accueillant des enfants de 6 à 14 ans ne présentant pas de lésions évolutives. A la fin de 1921, il comptait 150 lits, la construction de nouveaux pavillons dans les années vingt devant permettre à terme l'accueil de 500 enfants.

« Galeries de repos, écoles de plein air, gymnastique et promenades sous les sapins, ..., repas substantiels, tel est le traitement auquel sont soumis les enfants. »



Mais il restait à installer un véritable hôpital pour tuberculeux afin de vider les hôpitaux généraux des cas graves et contagieux. Décidé en 1919, et après avoir vaincu de nombreuses oppositions, cet hôpital-sanatorium, rattaché aux Hospices civils de Rouen, ouvrit ses portes en 1923 dans un ancien couvent de filles repenties situé route de Darnétal. Il comportait près d'une centaine de lits. Ce sanatorium fonctionna jusqu'après 1945. Après avoir été désaffectés, les locaux furent loués par le CHR à partir de 1949 à l'Association Régionale de Sauvegarde de l'Enfance : L'Eclaircie. En 1985, ils furent transformés en habitation.

Au sortir de la Grande Guerre, une des priorités des politiques était d'œuvrer rapidement afin de « sauver la race française » qui était « en voie d'affaiblissement, de disparition ». Ainsi en Seine Inférieure, le Préfet Charles Lallemand se lança en 1919 dans un vaste programme de redressement avec pour objectif de « réaliser tous les progrès qui feront meilleure la vie des travailleurs, dans une France saine, forte et prospère. »

Pour cela, il convenait notamment de lutter contre les fléaux sociaux par tous les moyens. C'est dans ce contexte que le Conseil général créa, sous l'impulsion du Préfet Charles Lallemand, en décembre 1919, l'Office Public d'Hygiène Sociale (OPHS) de la Seine-Inférieure. C'est cet organisme qui assura dès lors la gestion de l'armement antituberculeux du département, s'appuyant sur les dispensaires, les colonies de vacances, mais aussi sur les préventoriums et sanatoriums. Outre le sanatorium de Canteleu avec ses 220 lits (Dr Angéli), l'OPHS pouvait compter sur une annexe : le préventorium marin de Varengeville-sur-mer, mis à sa disposition en 1921 par l'œuvre rouennaise des enfants à la mer. Une centaine d'enfants y était reçue durant la période de fonctionnement entre début juin et fin septembre. Au Havre, c'est le solarium, voulu par le Dr Joseph Gibert et réalisé grâce à de généreux donateurs (dont R. Lerch qui mit à disposition une ancienne crèche), qui permit d'accueillir dès 1921 une quarantaine d'enfants tuberculeux (tuberculose osseuse ou ganglionnaire) venant bénéficier en journée de la cure héliomarine.

En 1922, pour les enfants dont l'état de santé réclamait un séjour au bord de la mer, le Conseil général fit également l'acquisition aux Grandes-Dalles de l'hôtel de la plage, alors désaffecté, qu'il transforma en sanatorium marin pour accueillir, à compter de l'été 1924, plus d'une centaine d'enfants. Il était géré par une association sous le contrôle de la Préfecture et était dirigé par le Dr Léon Dufour, de Fécamp. En 1931, ce sanatorium se vit considérablement agrandi avec la construction d'un nouveau pavillon de 106 lits inauguré en grandes pompes par un banquet et des discours dont celui d'Albert Calmette, président du Comité National de Défense contre la Tuberculose, et celui du ministre de la Santé Publique et des Sports, Camille Blaisot. Sa position stratégique valut au sanatorium d'être dynamité en 1943-44 par les Allemands. De nouveaux bâtiments furent édifiés après guerre et le préventorium hélio-marin des Grandes -Dalles fonctionna jusqu'en 1977.

En 1929, à l'hospice de Grainville la teinturière, un autre préventorium fut édifié pour recevoir les enfants pré-tuberculeux. Modeste pavillon de 12 lits, « ce pavillon Wenddling », du nom des donateurs, fut affilié au sanatorium des Grandes-Dalles. En 1932, ce fut au tour du préventorium Saint Denis d'ouvrir ses portes à Héricourt en Caux, géré par la Société du Dispensaire Gibert au Havre. Il disposait de 100 lits destinés aux enfants.

Après la 2e guerre mondiale, le sanatorium d'Oissel put bénéficier de sommes dues au titre des dommages de guerre et un nouveau pavillon, dit « aile Ouest », fut édifié entre 1958 et 1962. Avec ses 80 lits, il servit peu comme sanatorium et fut transformé en 1965 en service de penumo-phtisiologie (Pr Morère). L'ancien sanatorium, dirigé par le Pr Tisca, poursuivit son activité jusqu'en 1969, date à laquelle il fut transformé en service de médecine. En 1998, les bâtiments de l'ancien sanatorium furent définitivement rasés pour faire place au nouvel hôpital d'Oissel, inauguré en 1999, tournant définitivement la dernière page de l'histoire sanatoriale rouennaise.

Avec la découverte, dans les années 1940-1950, des premiers antibiotiques actifs sur le BK, la mortalité tuberculeuse connut en effet un très net recul dans les décennies d'après-guerre et l'intérêt de la cure sanatoriale fut dès lors remis en question,
obligeant à envisager la reconversion des établissements sanatoriaux qui avaient fleuri partout en France.

La décennie 1970 sonna définitivement le glas des sanatoriums qui avaient profondément marqué notre histoire sanitaire.

Docteur Karl FELTGEN
Groupe d'Histoire
des Hôpitaux de Rouen

Du traumatisme collectif à la catastrophe individuelle

Cet ouvrage correspond au désir de mettre en mots et de décrire ce que l'être humain peut vivre de façon dramatique en réaction à des événements collectifs ou individuels, violents, parfois récurrents, mais toujours douloureux. A travers plusieurs exemples, le lecteur pourra se faire une opinion sur la façon dont nous constituons un ensemble interactif d'individus qui doit s'adapter en permanence aux aléas de la vie, aux dangers de la nature, de la technologie ou des conflits humains.
Lors des crises sociales, sanitaires, des catastrophes, les décideurs et les soignants doivent mettre en place des stratégies qui ressemblent étrangement à ce que chacun d'entre nous utilise pour gérer les obstacles de la vie et du stress. L'anticipation, la prévention, la formation, la connaissance de l'environnement doivent précéder la mise en place de réponses visant à la fois à résoudre le problème et protéger le capital santé et environnemental. Il s'agit d'écoute et de soutien bienveillant, mais aussi de réponses professionnelles avec des moyens adéquats.
Lorsque la crise est passée, le nouvel état d'équilibre ne sera jamais identique à l'état antérieur. Après l'effraction du traumatisme et sa résolution, un autre futur devra être organisé, déjà prêt à répondre à une nouvelle rupture. Cette prise de conscience face aux risques sera elle-même source de dynamisme et de capacité à affronter l'existence.

Auteur : Christian Navarre
Préface : Louis Crocq
Éditeur : Philippe Duval - 2017

Conseil Départemental de la Seine-Maritime de l'Ordre des Médecins
44, rue Jeanne d'Arc - BP 135 - 76002 ROUEN CEDEX 2
Tél : 02 35 71 02 18 - Fax : 02 35 89 59 25
Courriel : seine-maritime@76.medecin.fr
Site Internet : www.conseil76.ordre.medecin.fr

Ordre National des Médecins - Conseil Départemental de la Seine-Maritime - Bulletin d'Information n° 30 - Octobre 2019
Conception et réalisation : Sandrine GOUDALLE
Membres de la Commission Communication : Docteurs DAIME, MENARD, BOURDON, DIDIER, GAMBIRASIO, GRICOURT, HURTEBIZE, JEGOU, LANCIEN, MAINGUY, MAUVIARD, MOUNAYAR, PROUX, SEVRIN et SUITNER
Impression et Distribution : TALESCA - Tirage : 5500 ex.