



La Nouvelle MANCHE Médicale
Lettre du Conseil Départemental de la Manche de l'Ordre des Médecins

**REDONNER CONFIANCE :
LE MEDECIN AU CENTRE DU SYSTEME DE SANTÉ.**

Le Conseil Départemental de la Manche de l'Ordre des Médecins vous présente ses meilleurs vœux, ainsi qu'à votre famille, pour l'année 2019.

Le Président Docteur Alain De Beaucourday

Nous continuons comme les années passées, au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Manche à apporter notre contribution à la réflexion en nous prononçant sur chaque problème posé. Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Manche travaille en partenariat avec l'URML, l'ARS, le conseil Départementale de la Manche et tous les élus. Nous devons nous réjouir de ces collaborations.

DEMOGRAPHIE MEDICALE

1 -1 Les Actions

1°) **Le Conseil National** a édité un **atlas de la démographie médicale et une synthèse** que vous pouvez consulter sur l'adresse <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>. On dénombre de plus en plus de médecins mais de moins en moins de praticiens. Le nombre de médecins inscrits est de 296755 plus 2% par rapport à l'année dernière, mais le recul des médecins de soins est significatif et les déserts médicaux augmentent suite à la baisse importante des médecins généralistes.

2°) **Le conseil départemental de la Manche** a mis en place plusieurs aides en particulier une prime d'exercice pour les collaborations ou remplacements libéraux dans la manche, des aides pour les étudiants pour les indemnités de remplacement. Nous remercions particulièrement la chargée de mission Laura Eveno que vous pouvez contacter tel : 02-33-05-91-44

L'Agence Régionale de Santé travaille à la **détermination des zones prioritaires.**

Le zonage est le suivant :

- Des zones d'intervention prioritaires éligibles à toutes les aides assurance maladie dont conventionnelles liées à une installation en zone sous dense, ARS, collectivités territoriales.
- Des zones d'action complémentaires éligibles à une partie des aides aide ARS exemple Praticien de Médecine Générale PTMG, des collectivités territoriales.
- Les autres zones demeurent des zones de vigilance.
- Toutes les zones peuvent bénéficier de l'ACI aide conventionnelle à condition de travailler dans une structure regroupé et de présenter un projet de santé qui doit être validé par le comité opérationnel départemental.

Les territoires de santé retenus sont Beaumont Hague Les Pieux, Saint Vaast, St Pierre Eglise, Valognes Cherbourg, Coutances, Brécey, Mortain Sourdeval, Pontorson.

Ce zonage est revu tous les ans

4° **La faculté de Médecine**, le doyen Emmanuel Touzé. Le directeur du Département de Médecine Générale travaille pour que chaque étudiant du deuxième cycle, chaque interne chaque SAPAS puisse avoir un stage. Pour cela de nombreux maîtres de stages se sont portés volontaires.

Voir pièce jointe les démarches explications et contacts:

http://ufrmedecine.unicaen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1339426790239

5° **Des réunions invitant les internes** à découvrir le département sont organisées sur le centre hospitalier de St-Lô mais aussi sur la communauté d'agglomération de Cherbourg en Cotentin en partenariat avec le centre hospitalier et la polyclinique du Cotentin.

6° Le Conseil de l'Ordre des médecins président le comité départemental des professions de santé comité qui examine tous les dossiers de PSLA de maisons de santé, d'aides ACI dans le cadre conventionnel. Il participe activement aux réunions pour déterminer le zonage.

1-2 La situation démographique en 2019

La situation s'aggrave et les conditions de travail des médecins sont de plus en plus difficiles. Le nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet libéral a considérablement diminué. Nous avons 335 médecins en activité au lieu de 348. Nous avons 4% de médecins généralistes en libéral par rapport à 2017. La moyenne d'âge est de 55,5 ans. La densité est de 3,3 MG/5000 habitants. 49 médecins sont en âge de partir à la retraite en 2019 et 57 d'ici 2023 soit 106.

Sans renouvellement, le nombre de médecins en activité serait donc de 229.

Le nombre de médecins les départs sont faits en fonction de l'âge de 65 ans. A ce jour l'âge de départ à la retraite varie en fonction de l'âge du médecin, cependant certains médecins partent avant l'âge légal.

Le nombre d'inscrits dans le département est en légère augmentation. La part des médecins hospitaliers a augmenté.

Nous constatons qu'un certain nombre de médecins retraités gardent une activité partielle après avoir fait valoir leurs droits ce qui permet de rendre service à la population et aux confrères plus jeunes.

En conclusion :

Nous avons 37 bassins de santé de proximité à l'échelle départementale (28 bassins devant faire l'objet d'une attention particulière)

- Zonage correspondant à la réalité territoriale des pratiques médicales.
- **Zones très sous-dotées (4)**: Pontorson, Saint-Pierre-Eglise, Les Pieux, La Hague.
- **Zones sous-dotées (13)**: Gavray, Mortain, Brécey, Montmartin-sur-Mer, Coutances, La Haye, Torigny, Sainte-Mère-Eglise, Saint-Sauveur-le-Vicomte **Zones intermédiaires (19 dont la moitié qui peuvent basculer en zones sous-dotées)** : Agon-Coutainville, Avranches, Sartilly, Ducey, Saint-James, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Villedieu-Les-Poêles, Lessay, Saint-Sauveur-Lendelin, Carentan, Périers, Saint-Lô, Pont-Hébert, Tessy-Bocage, Montebourg, Saint-Vaast-la-Hougue, Barneville-Carteret, Valognes, Bricquebec
- **Zones dotées (4 dont 2 qui demandent une grande vigilance)** : La Haye-Pesnel, Granville, Barenton, Cherbourg-en-Cotentin.

Deux territoires sont particulièrement en difficultés : Cherbourg et le Mortainais.

Le recrutement des médecins hospitaliers pose des problèmes en particulier sur le centre hospitalier du Cotentin.

Aucune branche n'est épargnée: Des médecins du travail, des médecins scolaires, des médecins de collectivités territoriales, des médecins agréés, 4 des médecins conseils etc sont recherchés.

1-2 Les possibles solutions

La solution miracle n'existe pas .

Bien que le numérus clausus va être aboli en 2020, nous allons devoir attendre environ 5 ans pour avoir un nombre de médecins généralistes suffisant pour mettre en adéquation les besoins en santé et la qualité de vie des praticiens.

Nous allons devoir être patient médecins et population et s'organiser pour que chacun y trouve son compte.

----- Les installations se font principalement dans les pôles et maisons de santé.

De nouveaux Pôles ou maisons doivent ouvrir : Sartilly, Valognes-Briquebec-brix, Mortain, Ste Mère Eglise, Cherbourg centre ville, Granville Octroi, Roncey (partie du PSLA de Coutances)
La situation est difficile, nous devons rester pugnaces, explorer toutes les pistes, rechercher les jeunes médecins et les moins jeunes en les accueillants et en leur procurant des conditions de travail adéquates en groupe le plus souvent multidisciplinaires.
Le travail en groupe est demandé et va être le modèle .
Le médecin pourra être dans un cabinet individuel mais travailler en coopération dans les CPTS .

-----Les coopérations avec les autres professionnels de santé peuvent permettre de pallier à certaines situations rendant possible les soins coordonnés tout en gardant au médecin sa place.

---- La télémédecine avec son chariot d'investigation peut faire gagner du temps au praticien. Ces moyens technologiques doivent être un moyen de communication entre les divers praticiens mais in fine c'est le médecin qui décide et qui doit être présent.
Nous devons citer l'expérience de St Georges du Rouelley commune de petite taille, ayant perdu son médecin. Le maire en partenariat avec le Faculté l'URML et les autres partenaires ont inauguré cette antenne de télémédecine le 28 novembre.

-----Il faut redonner du temps médical et alléger le temps administratif.

Pour cela il faut demander aux autorités la création de forfait structure pour rémunérer les coordinateurs de pôles ou maisons de santé mais aussi pour permettre aux médecins seuls de participer au travail des PSLA ou. MSP.

L'organisation des soins entre ville et hôpital doit être un objectif majeur.

Cette coopération est nécessaire et indispensable aux relations entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. Une nouvelle donne doit être trouvée.

----Le renouveau doit passer par la formation initiale des étudiants, par les stages en ambulatoire et par la formation continue par une implication de l'université dans celle-ci.

CONTINUITÉ DES SOINS

Constat est donc fait des difficultés d'accès à la médecine de premier et deuxième recours. Nous sommes de fait, confrontés tous les jours, à remettre des consultations à plus tard. Nous sommes à votre disposition. Tous les territoires sont impactés. Des villes comme Cherbourg en Cotentin ont d'énormes problèmes pour garantir la continuité des soins SOS MEDECINS présent a des difficultés aussi. Cependant il est nécessaire pour chacun de prendre du repos pour éviter le burn-out.
Dans ces conditions, nous rappelons qu'en cas d'absence, le médecin doit faire la maximum pour s'entendre avec les confrères des alentours et aussi prévenir ses patients

Les solutions sont

- Dans le regroupement dans des maisons de santé et les PSLA
- L'exercice en lieux multiples ; l'assistantat, le remplacement ;
- Dans la complémentarité avec le public ;
- Dans la possibilité d'avoir des créneaux de consultations non programmées ;
- Dans la possibilité de transport des patients vers le cabinet
- Dans la généralisation du DMP indispensable en particulier à la mobilité géographique des patients.

En conclusion une organisation doit exister dans une coopération entre les acteurs : libéraux de premier et second recours, établissements publics et privés, et les autres professionnels de santé dans le cadre d'un bassin de proximité avec pour support le CPTS.

PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE.

L'organisation de la PDS est identique à l'année 2017.

La régulation est la pierre angulaire du système

La régulation est organisée sur tous les horaires de PDS

– Pour les samedis les médecins de l, AMEPAS assurent de 12 heures à 24 heures

– Le dimanche de 8 heures à 20 heures

– Tous les soirs de la semaine les médecins cherbourgeois de 20 h à 24 heures

– La nuit profonde la PDDS régulation est assurée par le centre 15 du Calvados

Nous sommes toujours à la recherche de nouveaux médecins pour participer à la régulation des appels de médecine générale **au centre 15 le dimanche** .

Ceci devient une urgence .Nous pouvons assurer une formation aux volontaires

Encore un grand merci aux médecins de la région St Loise et à son président.

De nouveaux confrères ont bien voulu être volontaires pour participer à la régulation délocalisée le soir de 20h à 23 h à Cherbourg. Nous les en remercions vivement.

La rémunération du médecin de permanence de soins pour 2019 lors de sa participation à la régulation =100 EUROS par heure :

Comme vous l'avez déjà appris, l'AMU 50 organisatrice des gardes de régulation a pour secrétaire Alexandra Desrues et vous pouvez la contacter au 06-45-44-64-14

En ce qui concerne l'effectif

Elle est faite uniquement les samedis dimanches et jours fériés sur des points gardes .

Nous remercions les organisateurs des tableaux de garde. Nous sommes dans notre département satisfait de cette organisation. Grâce à vous, nous pouvons rendre service à la population .

Nous avons déterminé les jours considérés comme fériés à savoir le - le vendredi 31 mai et le samedi 1^{er} juin 2019 , - le vendredi 16 et le samedi 17 août 2019 - le samedi 02 novembre 2019 sont considérés comme jours fériés .

Il est souhaitable que la permanence se fasse aux points gardes, cependant il est possible de la faire à son cabinet en prévenant le conseil de l'ordre et le SAMU.

« Afin d'être en mesure de mettre en œuvre un dispositif à la fois efficient pour la population et attractif pour les médecins qui y participent, les forfaits d'astreinte sont définis par l'ARS au niveau régional, dans les limites fixées par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

La rémunération minimale de l'astreinte est fonction de la durée de la garde, sur la base de 14 € par heure pour une garde d'une durée de référence de 12 h (soit 168 €), au prorata temporis, avec une durée minimale de 4 heures. »

La réunion de la Basse Normandie avec la Haute Normandie a permis de rédiger un nouveau cahier des charges de permanence des soins qui respecte les organisations de chaque département. Pour cela nous remercions l'Agence Régionale de Santé.

Une information sur la fiscalité

Les médecins (ou leurs remplaçants) participant à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) peuvent bénéficier d'[une exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins](#). Seul les majorations de PDSA et les astreintes pour l'effectif sont exonérées

Pour la régulation la totalité de la rémunération est exonérée

Pour en bénéficier, ils doivent être installés dans une [zone déficitaire](#), définie par le prochain arrêté

Lien vers le PAPS Normandie :

<http://www.normandie.paps.sante.fr/Accueil.32698.0.html>

Cette exonération de l'impôt sur le revenu concerne la rémunération perçue, au titre de la permanence des soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

Relation Ville Hôpital : Le point de vue du médecin hospitalier.

Je t'aime moi non plus et c'est en parlant qu'on se comprend.

Si les français plébiscitent en majorité leurs hôpitaux, l'opinion paraît plus contrastée de la part des médecins de ville. Je résumerai et caricaturerai la situation : « il m'a bété la vieille aux urgences sans aucun courrier, il m'envoie que des M celui-là ! ». J'imagine que de son côté le médecin traitant est tout hilare quand il voit à sa consultation un patient sorti de l'hôpital il y a 1 mois et qu'il n'a toujours pas reçu le compte rendu d'hospitalisation, qu'il ignore ce qu'on lui a fait, le traitement de sortie et qu'il vient de perdre une demi-heure à essayer de joindre au téléphone et sans succès son cher confrère hospitalier.

Il semble donc que la transmission, le partage de l'information dans sa rapidité et sa qualité, soit au cœur des relations ville-hôpital.

Le médecin hospitalier devra également être critique vis à vis de l'hospitalo-centrisme ou seul la prise en charge à l'hôpital paraît adéquate et « sérieuse » avec une médecine d'organe hyperspécialisée ou finalement le médecin traitant trouve peu sa place et ou toute synthèse, parcours de soins, connaissance social et suivi à long terme a disparu. On soigne un organe à l'instant T. Le praticien hospitalier doit aussi avoir en tête que le médecin traitant est le coordinateur des soins du patient.

La reconnaissance du rôle de chacun est donc également un élément de bonnes relations.

Cette problématique n'est pas nouvelle puisque La notion de mutualisation de l'information est inscrite dans le code de déontologie médicale :

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Il est bon de rappeler que les défauts de communication peuvent être dommageables pour le patient : évènements indésirables, redondance d'examens, réhospitalisations, etc....

Même si les choses sont toujours à améliorer et que le facteur humain jouera toujours sa part dans ces relations, depuis quelques années des progrès ont été effectués, notamment pour les patients hospitalisés. Des documents ont été rendus obligatoires et formalisés dans ce sens.

Le compte rendu d'hospitalisation :

Sa structuration est bien définie et son délai d'envoi est fixé à 8 jours. C'est un bon document mais il doit être bien rempli et comporter une synthèse claire et envoyé en respectant le délai prévu.

La lettre de liaison :

Elle s'adresse à l'entrée comme à la sortie d'une hospitalisation. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. A la sortie de l'hôpital, elle peut faire office de compte rendu d'hospitalisation dont elle adopte la structure à condition qu'il n'y ait pas d'éléments en attente pour conclure car la transmission doit se faire le jour de la sortie.

La conciliation médicamenteuse qui a pour but de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.

Elle vise à sécuriser les ordonnances d'entrée et de sortie du patient en lien avec les partenaires de ville (médecins pharmaciens).

Les messageries sécurisées (Apicrypt) et le dossier informatisé du patient qui permettent de générer des envois automatiques de documents à condition que les informations soient rentrées rapidement dans le dossier.

Les axes à améliorer (certains existent déjà) :

Information du médecin traitant de l'hospitalisation de son patient (certains l'apprennent après la sortie) et avant la sortie pour parfois anticiper la prise en charge à domicile (prévision de la sortie 48h avant si possible)

Compte rendu d'hospitalisation et lettre de liaison rédigé selon les recommandations établies et dans les délais prévus. Ne pas oublier la destination de sortie (transfert SSR ou Ephad notamment).

Automatisation de la transmission sécurisée de certaines informations vers le médecin traitant (Lettre de liaison, CRH, CRO, Courrier consultation externe, admission du patient en hospitalisation, décès du patient, etc....)

Généralisation des passerelles entre dossier informatisé hospitalier et DMP avec un accès partagé hospitalier/libéraux.

Mise à disposition des médecins de ville d'un organigramme des médecins hospitaliers actualisés annuellement avec les spécialités, les plages de consultations et numéros de téléphone.

Création de consultations externes hebdomadaires dédiées pour les semi urgences et avis sur demandes des médecins extérieurs.

Création de numéros de téléphone de garde unique par spécialités adressés aux praticiens de ville pour avis ponctuel ou hospitalisation directe.

Courrier de consultations externes doublé d'un mail via apicrypt.

Participation des médecins traitants au RCP et des médecins spécialistes lors des FMC

Généralisation de la conciliation médicamenteuse à tous les patients.

Le témoignage d'un médecin urgentiste :

« En tant qu'urgentiste et médecin régulateur on est souvent en lien avec les médecins généralistes. De mon point de vue, ça se passe le plus souvent bien, tout le monde essayant de faire au mieux dans un contexte de surcharge de travail. Pour nous les courriers d'adressage des patients à l'hôpital sont très importants, surtout lorsqu'ils sont détaillés avec les ATCD, les traitements, le motif d'hospitalisation, les conditions de vie, les contacts familiaux etc... Car on galère souvent pour récupérer les informations. De notre côté je pense qu'on a un effort à faire dans l'information à la sortie des urgences. On n'a que très peu de contact avec les spécialistes hors hôpital car en général ils sont sur des délais de consultation très longs qui ne répondent pas à nos problèmes urgents. Le principal problème qu'on rencontre, c'est quand on a besoin d'informations médicales sur un patient rapidement mais que c'est l'heure de midi, ou la nuit ou le WE. Vivement le dossier médical partagé! Chacun voit midi à sa porte et je profite des médecins libéraux que je croise en régulation pour échanger un peu sur nos pratiques, et **comprendre les difficultés de chacun, de manière à plutôt travailler ensemble que contre** ». Cette dernière phrase me semble une bonne conclusion.

Fonctionnement d'un service interprofessionnel de santé au travail

C'est une association à but non lucratif (loi 1901) agréée par le ministère du travail et gérée par un conseil d'administration constitué de représentants employeurs élus pour 4 ans et de représentants de salariés désignés par les organisations syndicales.

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. (15 millions de salariés et 1.5 million d'entreprises du secteur privé).

Les missions des services de santé au travail sont aujourd'hui assurées par différents professionnels en santé :

- Médecins du travail
- Infirmières en santé au travail
- Conseillers en prévention des risques professionnels généralistes mais aussi ergonomes ou chimistes
- Assistantes d'équipe de santé au travail
- Les assistantes sociales et les psychologues

Pour préserver l'état de santé des salariés et lutter contre les accidents du travail les services ont 3 volets d'action :

-Mission de conseil auprès des entreprises et des salariés (intervention des conseillers en prévention des risques professionnels, des assistantes, assistantes sociales et psychologues, des infirmières et des médecins)

- Surveillance de l'état de santé des salariés (médecins et de l'infirmières)

- Traçabilité des expositions professionnelles et notion de veille sanitaire (conseillères en prévention, infirmières et médecins)

Tout ce personnel est soumis au secret professionnel et travaille en équipe, coordonnée et animée par le médecin du travail.

Chaque entreprise adhérente est ainsi prise en charge par une équipe Santé Travail qui lui est attribuée.

Depuis la loi El Khomri du 27 décembre 2016 les salariés bénéficient d'un suivi médical différent selon qu'ils sont exposés ou non à des risques définis par décret que l'employeur doit déclarer aux services de santé au travail.

Dans tous les cas ils doivent bénéficier d'une visite d'embauche : soit une VIP (visite d'information et de prévention) réalisée par le médecin ou l'infirmière dans les 3 mois qui suivent sa prise de poste et qui donnera lieu à l'émission d'une attestation de suivi qui, si elle doit comporter des préconisations voire aboutir à une inaptitude, ne pourra être formulée que par le médecin du travail. Soit un examen médical d'aptitude si le salarié est déclaré par son employeur comme étant exposé à une nuisance particulière ou occupant un métier à risque (faisant parti de la liste réglementaire) il sera alors vu uniquement par le médecin lors de cette embauche qui lui délivrera une fiche d'aptitude et qui devra normalement se faire avant la prise de fonction du salarié.

Périodiquement le salarié devra être revu: soit il est déclaré en surveillance individuelle simple (SI) sans nuisance particulière réglementaire à son poste et il sera alors vu tous les 5 ans et par l'infirmière uniquement qui lui délivrera une attestation de suivi médical, soit il est déclaré en surveillance individuelle renforcée(SIR) du fait qu'il occupe un des postes l'exposant aux risques définis par décret et il sera alors vu tous les 2 ans en alternance une fois par l'infirmière qui donnera toujours une attestation de suivi et une fois par le médecin qui lui délivrera une aptitude qui pourra comporter des préconisations à respecter par l'employeur.

D'autres visites sont également obligatoires et s'imposent à l'employeur notamment les visites de reprises après une absence égale ou supérieure à 1 mois qui donnera alors lieu à une visite médicale obligatoirement réalisée par le médecin mais qui délivrera soit une attestation si le salarié est en SI soit une aptitude si le salarié est en SIR.

Enfin il existe des visites de pré reprises pour les salariés qui sont arrêtés durablement et notamment prévu par la loi (artR4624-29 du code du travail) à partir de 3 mois d'arrêt et demandés soit par le salarié ou par son médecin traitant ou par le médecin de la CPAM. Ces visites sont réalisées exclusivement par le médecin du travail et sont particulièrement importantes pour préparer la reprise du salarié dans son entreprise. Le médecin pourra dès lors émettre des préconisations auprès de l'employeur en avertissant le salarié.

Il y a aussi la possibilité pour le salarié et l'employeur de demander à tout moment une visite auprès du médecin du travail pour un problème de santé au travail, visite qui sera alors exclusivement faite par le médecin.

L'infirmière peut de son côté, lorsqu'elle voit le salarié, décider de réorienter les personnes vers le médecin du travail si elle le juge nécessaire mais aussi faire des courriers et réorienter vers les médecins traitant selon les cas : HTA glycosurie par exemple.

Cas particulier des SIA : surveillance individuelle adaptée concernant le travailleurs handicapés, les jeunes de moins de 18 ans et les travailleurs de nuit qui bénéficient d'une autre surveillance qui peut être prise en charge que par l'infirmière uniquement sauf pour le handicapés qui doivent être vu à l'embauche par le médecin mais ensuite par l'infirmière et seront revus tous les 3 ans.

Liste réglementaire des expositions donnant lieu à une classification en SIR par l'employeur : amiante, plomb, agent CMR (cancérogène, mutagène, toxique pour la reproduction), les rayonnements ionisants, agents biologiques du groupe 3 et 4 (mycobacterium tuberculosis, virus des hépatites, VIH, virus ebola...) hyperbare, montage et démontage d'échafaudages, habilitation électrique, conduite de certains équipements nécessitant un CACES, jeune de moins de 18 ans exposés à des travaux dangereux.

Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire des examens complémentaires nécessaires pour déterminer la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, dépister une

maladie professionnelle ou à caractère professionnel enfin pour dépister une maladie dangereuse pour l'entourage professionnel du travailleur.

Les examens complémentaires sont à la charge du service de santé au travail et réalisés sur le temps du travail du salarié, récupéré ou indemnisé.

Selon l'article R.4624-36 le médecin du travail réalise ou fait réaliser ces examens au sein du service de santé au travail ou choisit l'organisme chargé de pratiquer les examens.

Le temps et les frais de transport nécessités par les visites et les examens sont pris en charge par l'employeur.

Déclaration d'inaptitude :

Le médecin du travail ne peut prononcer une inaptitude médicale du travailleur à son poste que s'il :

- A réalisé au moins un examen médical.
- A réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste.
- A réalisé un échange par tout moyen avec l'employeur.

Lorsque le médecin du travail constate que l'inaptitude qu'il va prononcer est susceptible d'être en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, il remet au salarié un formulaire de demande prévu à l'art D. 433.3 du code de sécurité sociale lui permettant d'être indemnisé par la sécurité sociale entre le moment de la fin des prestations AT ou MP et le licenciement déclenché par l'employeur suite à la décision d'inaptitude du médecin du travail. Cette indemnisation ne pourra pas dépasser 1 mois délai imposé à l'employeur pour licencier son salarié suite à la décision d'inaptitude du médecin du travail.

Equipe pluridisciplinaire

Pour l'accompagner dans ses missions le médecin du travail dispose donc d'une équipe pluridisciplinaire qu'il anime et coordonne :

L'infirmière l'aide dans la réalisation du suivi médical des travailleurs dans le cadre d'un protocole écrit et sous la responsabilité du médecin. Elle peut également réaliser à sa demande des actions en entreprise comme des études de poste ou participer à des réunions telles que CSE par exemple.

L'assistante est chargée de la tenue du planning du médecin, assure la préparation et le suivi des visites du médecin et réalise au décours des visites les examens complémentaires pratiqués dans le service essentiellement contrôle de la vue, analyse d'urine, audiogramme et EFR selon les postes. Elle est l'interface entre le médecin et les salariés ou les employeurs. Elle peut également à la demande du médecin réaliser des mises à jour ou des fiches d'entreprises pour les petits adhérents. Elle s'occupe des courriers et des réceptions des examens complémentaires réalisés en extérieur (analyses, radiographies, scanners...)

Le conseiller en prévention des risques professionnels a des missions qui seront plus centrées vers l'employeur et l'entreprise. Il sera chargé, toujours à la demande du médecin, de faire des études sur les lieux du travail en collaboration, si besoin, avec des spécialistes tels que les chimistes ou ergonomes et ainsi faire des mesures et prélèvements dans l'entreprise afin d'aider l'employeur à effectuer l'évaluation des risques de son établissement ce qui lui est réglementairement imposée.

L'assistante sociale alertée par le médecin du travail sur les cas difficiles de maintien dans l'emploi interviendra en appui social et souvent en relation avec les assistantes sociales des organismes dont peuvent dépendre les travailleurs.

La psychologue a essentiellement pour mission d'apporter une aide aux médecins du travail qui le souhaitent afin d'évaluer l'état de santé du salarié mais n'a pas de fonction curative le service restant dans des missions exclusivement de prévention.

Les médecins du travail peuvent également exercer dans des services autonomes au sein de grandes entreprises ou dans des secteurs de branche comme le BTP par exemple. Les bases de fonctionnement restent cependant les mêmes.

EPHAD MEDECIN COORDINATEUR.

Philippe Burtin

La fonction de médecin coordonnateur est apparue en 1999.

L'arrêté du 26/04/1999 a fixé la présence d'un médecin coordonnateur, interlocuteur du directeur d'établissement dans les établissements pour personnes âgées.

Il est le conseiller éthique et référant médical.

Il assure la cohésion des équipes et la coordination médicale .

Les décrets successifs de 2005, 2007 de CASF ont précisés les missions du médecin (missions d'identification et de prévention des risques éventuels en EHPAD.

la loi du 17 décembre 2008 (art L312 -13) organise un peu plus la mission, à savoir que le médecin contribue aux bonnes pratiques gériatriques.

Cette fonction de médecin coordonnateur n'est pas une fonction nouvelle mais une fonction qui évolue.

Le décret du 2 septembre 2011 renforce encore le rôle du médecin coordonnateur et lui attribue 13 missions :

- Elaborer avec le concours de l'équipe soignante le projet général de soins de l'établissement.

- Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir.

- Présider la commission gériatrique.

- Evaluer et valider l'état de dépendance (GIR , PATHOS).

- Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques.
- Contribuer à l'adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments.
- Donner un avis et participer à la mise en œuvre des conventions avec les établissements de santé.
- Participer aux actions de formations des professionnels de l'établissement.
- Elaborer un dossier type de soins.
- Etablir le rapport annuel d'activité.

Ce rapport retrace les modalités de prise en soins et peut être soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique.

-Identifier les risques éventuels pour la santé publique (épidémie grippale, plan canicule, plan grand froid).

-Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence, de risques vitaux ou de risques exceptionnels.

Le temps de présence du médecin coordonnateur est défini par décret et il est fonction du GIR.

Le médecin coordonnateur salarié de l'établissement n'est pas le médecin traitant des résidents et à ce titre ne devrait pas faire de prescriptions médicales, or il se trouve aujourd'hui qu'il est amené à réaliser des consultations et des prescriptions afin de pallier au déficit médical.

Au sein de nos EHPAD de nombreux résidents très dépendants n'ont pas un accès aux soins adaptés (absence de médecin traitants ou visites, renouvellements de traitement décalés, prescriptions téléphoniques suite à appel des Infirmières, hospitalisations parfois inadaptées).

Il apparaît dans les établissements où j'exerce que les infirmières, pour la plupart présentent des difficultés dans la gestion au quotidien des pathologies aiguës et chroniques des résidents, devant parfois faire face à l'absence de disponibilités des médecins traitants ou des urgentistes.

Comment améliorer cette situation :

- Le ministère des solidarités et de la santé s'est engagé dans sa feuille de route grand âge et autonomie à faire évoluer le statut du médecin coordonnateur en lui conférant la possibilité d'être le médecin traitant des résidents.
- Renforcer la communication avec les professionnels de santé libéraux et hospitaliers.
- Avoir un outil informatique facile à utiliser mais aussi pouvoir y accéder à distance.
- Mettre en place la Télémédecine, la téléconsultation.

Mon expérience datant maintenant de trois ans m'oblige à constater que les prises en charges des résidents sont de plus en plus incertaines et qu'il devient effectivement urgent de repenser le mode de fonctionnement médical.

Le DMP est un vrai besoin pour le patient. Les professionnels de santé disposent d'une série d'informations tant au niveau des cabinets de ville que dans les services hospitaliers publics et privés.

L'information est une des priorités. Nous rappelons que le DMP n'est pas obligatoirement l'outil quotidien du médecin. Le logiciel métier reste primordial et indispensable.

Actuellement un certain nombre de logiciels métier sont DMP compatibles.

La création du DMP est difficile. Au début les médecins acceptent mais ceci est chronophage.

Pour réussir, augmenter le nombre de DMP créés, est le plus en plus important. Actuellement on compte 3 millions de dossiers créés. Tous les autres professionnels de santé peuvent en créer.

Les CPAM peuvent aussi.

REDACTION D'UN CERTIFICAT MEDICAL. Dr Jean-Yves BUREAU
Docteur Anne BESNIER

Rappel

Le respect de la vie privée et le secret médical sont deux droits fondamentaux du patient. Le secret médical s'impose à tous les médecins. Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce que lui a confié son patient, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le respect du secret médical dans les situations concrètes soulève souvent des questions.

Aussi le débat de l'ordre du 27 novembre 2018 nous a permis d'entendre différents intervenants et de vous restituer les points importants .

Nous allons traiter

Le secret médical et ...

- les certificats
- les confrères
- les équipes soignantes
- les prestataires de service
- les services de police en cas d'agression
- Les compagnies d'assurance

1/ Le certificat médical doit être

- Pertinent
- Constaté
- Factuel
- Remis à l'intéressé - ayants droits prouvés (éventuellement écrit notarié, livret de famille ...)
- Dans l'intérêt du patient ou ayant droit : notre rôle n'est pas de mettre les gens en difficulté.

Actuellement, l'ordre est dans une démarche de négociation avec les assureurs pour obtenir des certificats de rédaction plus conformes à nos obligations de secret professionnel.

Tous les écrits sont impliquants et doivent être avec prudence et rigueur : courriers avec les organismes sociaux ou du travail, arrêts de travail, (même les commentaires sur les dossiers).

CAS PARTICULIERS:

La médecine du travail

- Le secret s'étend aux infirmiers du travail et aux médecins traitants
- Le médecin du travail ne communique que par le biais du salarié

La Médecine d'expertise

2/ Le secret peut être partagé

Avec les médecins de la CPAM : le service médical est totalement indépendant

- Hiérarchie : dépendant directement du ministère, sans lien avec la CPAM

- Locaux : sont également différents et séparés de la CPAM pour assurer cette indépendance et le secret des consultations

Le secret peut être partagé avec les médecins de cet organisme

- dans l'intérêt du patient
- dans la limite de la pertinence de la demande
-

Le problème du secret partagé avec les équipes (hôpital, EHPAD par exemple):

- - soignantes Seul le patient peut autoriser le médecin à transmettre les informations .
- En ce qui concerne l'équipe de direction lors de l'admission le patient peut donner son dossier Le médecin traitant peut remplir un imprimé mais il doit obligatoirement le transmettre à son patient

Ce sont de nouvelles techniques ou impératifs de secret partagés qui émergent de nos conditions de travail modelée par le déficit en personnel médical et la technologie complexe que nous devons maîtriser.

3/ Protection des données

L'utilisation de nouveaux moyens de communication et d'archivage impose de pouvoir faire confiance aux organismes agréés.

En ce sens, les maintenances sur nos logiciels informatiques professionnels, les messageries sécurisées et cryptées (apicrypt par exemple) ou autre utilisation d'outils dématérialisés fait appel à un contrat moral ou écrit d'engagement au secret partagé avec les professionnels concernés. Nous devons vérifier le contrat avec l'hébergeur agréé .Pour cela la CNIL a des référentiels sur son site .

4/ Secret médical et agression :

- médecin agressé redevient un citoyen lambda et a le droit de se défendre en portant plainte contre son agresseur en le désignant.
- Le secret médical ne peut couvrir, de la même manière, aucune faute détachable du, de service.

5/Secret médical et assurances

Le secret médical interdit à un médecin de donner des renseignements sur son patient à une compagnie d'assurances. Les assureurs ne peuvent pas solliciter le médecin traitant de l'assuré afin d'obtenir des renseignements ou des pièces médicales.

Dans le cas où [un assureur sollicite un examen médical préalable à une assurance](#) ou demande un examen d'un assuré blessé ou malade, le médecin expert ne peut pas remettre des pièces médicales vous concernant à l'assureur. Il peut seulement transmettre les résultats au médecin conseil de l'assurance. Celui-ci, soumis au secret médical, ne peut qu'émettre un avis à l'assureur.

Référence CODE DE DEONTOLOGIE Article 4

En conclusion : Si se secret vous pose encore des soucis, appeler votre conseil départemental de l'ordre.

La télémédecine est une autre manière de soigner, avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité que des actes classiques. Elle fait évoluer la médecine pour répondre à des défis tels que le vieillissement de la population ou encore le suivi approfondi des maladies chroniques. Elle est également un vecteur important d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. En effet, elle permet une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue aux prises en charge coordonnées par les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social. Elle constitue aussi un facteur d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des soins.

Au niveau national, face aux enjeux de démographie médicale et aux possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication, nous assistons à la création d'entreprises de services de télémédecine dont la localisation, le statut ordinal des praticiens, les conditions d'autorisation par l'ARS, le modèle économique, la sécurité des données de santé échangées, sont incertains voire inconnus.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié un rapport relatif à la Télémédecine et autres prestations médicales en février 2016 (<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1691>).

5 actes de télémédecine

La télémédecine

Elle comprend les actes suivants :

La téléconsultation

La téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent). Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.

Le code de la sécurité sociale permet désormais à un praticien de facturer les actes de télémédecine même si le patient n'est pas en mesure de lui présenter sa carte Vitale.

Les téléconsultations peuvent se faire à partir d'un local dédié chez le pharmacien, les infirmiers .

Il sera possible de mettre en place un bus avec le matériel permettant d'effectuer une consultation de télémédecine. Ceci peut être une solution à un manque de médecins dans des zones désertifiées .

Autre avancée :La consultation est de 25euros et est remboursée

Conclusion : en aucun cas la téléconsultation remplacera le cabinet du médecin où le patient est pris en charge et peut être examiné dans les cas de problèmes abdominales .

Un inconvénient : si le patient a une téléconsultation il faut des médecins au bout de la machine. Cela est aussi chronophage.

La téléexpertise

La téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est d'abord un acte médical et une action asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas). Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale. Cette action ne faisait pas l'objet d'une rémunération jusqu'à présent.

La télésurveillance

La télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.

La téléassistance

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

En Normandie, de nombreuses expériences existent. La télémédecine est mis en place dans les EHPAD .

Expérience St Georges du Rouelley

La salle de consultation est installée dans une pièce ancien cabinet du médecin parti en retraite ; L'infirmière accueille le patient qui s'installe sur la table d'examen. Un grand écran fait face au patient. Les données (prise de poids Tension température), sont prises et transmises par ordinateur. Immédiatement le médecin apparaît sur l'écran. Le médecin pilote la caméra un caméra peut regarder dans les oreilles et gorge regarder une plaie.L'interrogatoire se fait comme dans un cabinet ordinaire. Le dossier d u malade est connu du médecin qui est derrière l'écran. Ensuite avec toutes les informations le médecin fait un diagnostic et réalise une ordonnance.

Le procédé est le suivant un numéro est fait une permanencier accueille le patient et vérifie que cette téléconsultation est utile et peut se faire.

Ensuite une rendez vous de consultation est donné. La durée de la téléconsultation est de 30 minutes. Sept médecins généralistes des Pôles de santé de Villedieu St James St Pair Granville se relayent pour effectuer ce travail.

L'efficacité est bonne. Seul la palpation ne peut se faire Cependant, le médecin manie la caméra et n'a pas la vue globale du patient.

MEDECIN RETRAITE.

Dr Jean-Yves BUREAU

Prescriptions

Le médecin retraité peut être amené à rédiger, à titre gracieux, des ordonnances pour lui-même ou ses proches.

Si il peut être son propre médecin traitant, il est recommandé dans un suivi de pathologie chronique en particulier de s'inscrire chez le médecin de son choix et de lui demander d'être son médecin traitant

Quelles sont les règles à respecter dans le cadre de ce type de prescription ?

1. Le médecin doit impérativement être inscrit au Tableau de l'Ordre de son département.
2. Un numéro fictif sera automatiquement attribué par la CPAM sans qu'il soit nécessaire de faire une demande.
Cet identifiant fictif est le même pour tous les médecins retraités du département. Le pharmacien en a habituellement connaissance.
3. Le numéro national est 291999019
4. La notion de "proches" n'est pas précisément définie. Il peut s'agir de la famille, d'amis ou de simples voisins mais il convient toujours d'agir avec tact et mesure dans l'appréciation de cette notion. Ces prescriptions doivent rester exceptionnelles.

Comment prescrire concrètement ?

Pour la prescription personnelle et familiale, il n'est pas obligatoire de commander des ordonnanciers.

Vous pouvez faire un document informatique avec entête et/ou écrire sur papier libre les éléments suivants :

- Nom / Prénom
 - Coordonnées personnelles (adresse + tel si besoin)
 - N° Inscription de l'ordre 94
 - N° RPPS
 - Mentionner impérativement : "médecin retraité" + "acte gratuit"
 - Ne pas oublier de dater et signer le document
5. Il faut conserver sa RCP (Responsabilité Civile Professionnelle) en signalant que le médecin est retraité

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MANCHE

197 rue Alexis de Tocqueville - BP 381 - 50001 - SAINT-LÔ CEDEX -

Tél. : 02.33.57.04.77. - Fax : 02.33.57.43.02.

E-mail : manche@50.medecin.fr

BUREAU :

Président : Dr de BEAUCOUDREY Alain Granville

Vice-Présidents : Dr SCIRÉ Jean Saint-Lô
Dr BURTIN Philippe Cherbourg
Dr BROCHARD Yves Gouville-sur-Mer

Secrétaire Général : Dr BESNIER Anne Cherbourg

Trésorier : Dr POISSON Albert Saint-Lô

TITULAIRES :

Dr BUREAU Jean-Yves Saint-Martin-de-Landelles
Dr BURTIN Christine Cherbourg
Dr DEREUX Maryvonne
Dr DORMIER Laurent
Dr GOUDAL Jean-Yves Avranches
Dr LE BAIL-COLLET Armel Coutances
Dr LEBAS Françoise
Dr ROGERIE Marie-Josèphe Saint-Lô
Dr PERRÉ-MICHEL Agnès Saint-Lô
Dr SOLTY Stephane
Dr VIEL René Saint-Sauveur-le-Vicomte

SUPPLÉANTS :

Dr BIENVENU Fabrice Granville
Dr HERVIEU-CHEVE Corinne
Dr KASMI MOHAMED Said
Dr LE SAINT Jean-Noël Saint-Lô
Dr LETREGUILLY Philippe Avranches
Dr MEAS Kévin Saint-Lô
Dr MOLE LEQUIN Lise
Dr PETITJEAN Dominique Granville
Dr POSTEL_LECARPENTIER Catherine
Dr POULAIN LOELLE
Dr STCHEPINSKY Olivier Saint-Martin d'Aubigny

COMMISSION DU BULLETIN : Drs BUREAU Jean-Yves, de BEAUCOUDREY Alain, BESNIER Anne, LEROY Guy, PERRÉ-MICHEL Agnès, THOMAS –PORÉE Mathilde

SECRETARIAT ADMINISTRATIF :

Madame Fabienne TOURAINNE, Mademoiselle Elvira AMARAL.

HORAIRES D'OUVERTURE DU SECRETARIAT :

Les bureaux sont ouverts du lundi au jeudi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 et le vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00. La permanence téléphonique est ouverte du lundi au vendredi de 10h à 12h sauf le jeudi de 10h à 12h et de 14h à 18h.