

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 44 | mai-juin 2016

Entretiens croisés

Migrants:
quelle prise en charge?

Décryptage

Les mutilations sexuelles
féminines



www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Des clés pour préparer sa cessation d'activité





Retrouvez le bulletin, le webzine
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur
www.conseil-national.medecin.fr

04. focus

PDSA : une mission de service public pas suffisamment considérée

06. en bref

Bilan des comptes 2015 du Cnom

08. sur le terrain

Jeunes Alzheimer : une prise en charge sur mesure

10. e-santé

CNNum et Cnom : comment favoriser l'innovation en santé ?

11. ailleurs

– Réunion du conseil de l'AMM à Buenos Aires
– Une résolution pour les enfants des rues

12. entretiens croisés

Migrants : quelle prise en charge ?

le guide juridique

24. décryptage

Mutilations sexuelles féminines : comment les médecins peuvent agir ?

26. en bref

– Sport scolaire : le certificat médical n'est plus obligatoire
– Diagnostic prénatal et IVG

27. pratique

– Certificats médicaux pour les dossiers MDPH
– Le certificat médical pour personne majeure en cas de violences
– Que penser des autotests de dépistage du VIH ?

31. culture médicale

32. rencontre

D^r Pierre Chrétien, médecin conseil, chef de service à l'échelon local du service médical de Lille-Douai



16 Des clés pour préparer sa cessation d'activité

88 % des médecins qui ont répondu à la Grande consultation organisée par le Cnom l'année dernière affirmaient être heureux d'exercer cette profession. Ce n'est donc pas étonnant si la perspective de la retraite peut parfois être difficile à appréhender. Voici quelques conseils pratiques et témoignages pour mieux anticiper cette transition...

restons connectés!

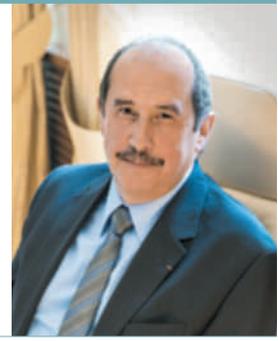


Sur le Web : www.conseil-national.medecin.fr

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail : conseil-national@cn.medecin.fr

Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann, 75008 Paris**



Voisin/Phanie

Déserts médicaux, pour des actions concertées sur les territoires

Le Cnom vient de présenter sa 10^e édition des Atlas médicaux. Ce travail de fond, nourri d'une analyse précise des flux démographiques, met à nouveau l'accent sur les inégalités d'accès aux soins dans nos territoires...

Comme annoncé depuis longtemps, la situation se détériore : certaines zones rurales, certains quartiers déshérités, mais aussi les arrondissements de certaines grandes métropoles sont aujourd'hui dépourvus de médecins. Les inégalités sont particulièrement fortes dans certaines spécialités comme l'ophtalmologie ou la médecine générale.

Comment mettre fin à ces déserts médicaux? Comment faire en sorte que les professionnels de santé soient mieux répartis sur notre territoire? Comment attirer des

« Les déserts médicaux, sont avant tout des déserts territoriaux. »

jeunes médecins dans des zones où les médecins prennent progressivement leur retraite? Pour imaginer des solutions concertées au plus près des bassins de vie, le Cnom a réuni, début juin, des experts et des médecins.

À cette occasion, nous avons réaffirmé notre opposition à des mesures coercitives qui ont fait la preuve de leur échec dans d'autres pays que le nôtre, notamment en Allemagne. Mais penser que seules des mesures incitatives amènent des jeunes médecins dans ces territoires est tout aussi vain. Il faut revitaliser ces territoires et y réorganiser l'accès aux soins.

Nous avons rappelé la nécessité de travailler avec l'ensemble des acteurs dans les territoires, sur le long terme. Dans notre livre blanc, nous formulons dix propositions majeures pour y parvenir, articulées autour de trois grandes priorités : une structuration territoriale simplifiée et efficiente, avec une gouvernance réellement partagée, un exercice médical profondément revisité, une formation initiale et continue améliorée.

En finir avec les déserts médicaux, c'est porter une vision qui mêle aménagement du territoire, relance de l'investissement et de l'attractivité et enfin, réforme de la formation médicale. Nous y sommes prêts.

Dr Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** Dr Patrick Romestaing - **Coordination :** Évelyne Acchiardi
Conception et réalisation : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier -
Direction artistique : David Corvaisier - **Maquette :** Vianney Bureau - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy - **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** iStock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.
 Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Ce document a été réalisé selon des procédés respectueux de l'environnement.

Permanence des soins ambulatoires

Une mission de service public pas suffisamment considérée

Malgré l'engagement des médecins généralistes volontaires dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA), la 13^e édition de l'enquête annuelle de l'Ordre des médecins souligne la fragilité du dispositif dans de nombreux territoires.

L'enquête de 2014 révélait une situation de la PDS telle que l'Ordre craignait un effondrement programmé du système. Un risque finalement écarté grâce à la mobilisation des médecins généralistes volontaires. « *Cependant la situation reste très fragile, voire réellement préoccupante dans certaines régions [voir chiffres ci-contre]* », souligne le D^r Jean-Michel Béral, président de la Commission nationale de la permanence des soins de l'Ordre des médecins.

Des mesures timides

L'Ordre regrette que la problématique de la PDS ne soit pas suffisamment prise en compte par les pouvoirs publics. Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé ne prévoit que la création d'un numéro d'appel unique national pour joindre la régulation (dont l'Ordre a obtenu la gratuité). Par ailleurs, le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 permet aux médecins salariés de participer à la PDSA sans avoir à se déclarer comme travailleurs libéraux et gérer un double statut. Cependant, des revendications essentielles n'ont pas été prises en compte. Que ce soit en termes de couverture assurantielle ou de défiscalisation, les inégalités entre médecins régulateurs et médecins effecteurs persistent. Par ailleurs, les indemnités d'astreinte restent très faibles dans la majorité des régions, et l'attractivité de l'exercice en PDS n'a pas progressé, ce qui concourt à fragiliser le volontariat. Enfin, si la loi de financement de la sécurité

sociale (LFSS) 2016 prévoit la création d'un forfait pour l'établissement des certificats de décès, aucune mesure n'a été prise quant aux autres actes médico-administratifs (comme l'examen des gardés à vue), qui reposent toujours sur la PDSA dans la majorité des territoires.

Des expérimentations en régions

L'année 2015 a également été le théâtre d'expérimentations impulsées localement par les agences régionales de santé (ARS). Si certaines expériences de portée limitée avaient pour but de répondre à des situations d'urgence, d'autres ont quant à elles remis à plat l'organisation globale du dispositif. En

région Pays de la Loire par exemple, il s'agissait de redynamiser le volontariat en assurant aux médecins une rémunération attractive par l'instauration de forfaits. Une expérience que la LFSS 2016 rend désormais transposable à d'autres régions. « *Il faut cependant garder à l'esprit que les problématiques sont complexes et différent selon les territoires, rappelle le D^r Jean-Michel Béral. Importer les solutions d'une région dans une autre peut s'avérer inefficace. C'est pourquoi nous plaçons pour que chaque mesure mise en œuvre dans un territoire soit le fruit d'une large concertation avec les médecins généralistes et leurs organisations représentatives, notamment ordinaires.* »

Point de vue de l'Ordre

D^r Jean-Michel Béral, président de la Commission nationale de la permanence des soins du Cnom

**« Les solutions passent par la concertation et la définition d'une nouvelle gouvernance »**

« La clé de la PDSA réside dans le maintien ou la redynamisation du volontariat. Un objectif qui ne peut être atteint que par des concertations avec les représentants de la profession et par la prise en compte des attentes des médecins. Seule une remise à plat profonde de l'organisation territoriale des soins à travers la mise en place d'un échelon territorial unique – le bassin de proximité santé – permettra de

répondre durablement à la problématique de la PDSA. Cette proposition a été détaillée dans le Livre blanc de l'Ordre « Pour l'avenir de la santé », publié début 2016. Et ce défi sera d'autant plus important que la création des « super-régions », plus éloignées des réalités du terrain, ne manquera pas de soulever de nombreuses inquiétudes chez les acteurs de la PDSA. »

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

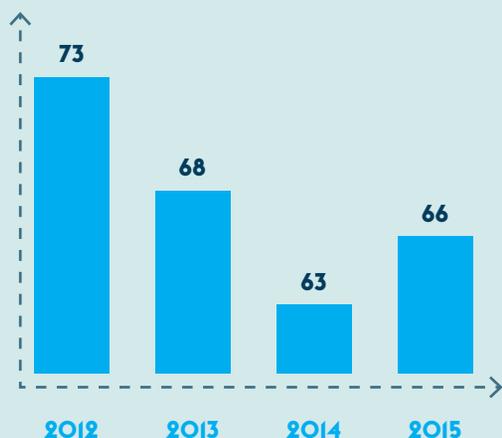
65 % DE MÉDECINS
VOLONTAIRES
POUR LA PDSA



UN TAUX EN BAISSSE DE 2 POINTS
PAR RAPPORT À 2014

MAIS LE NOMBRE DE
DÉPARTEMENTS DANS
LEQUEL CE TAUX DÉPASSE
LES 60 % REMONTE : UNE
PREMIÈRE DEPUIS 13 ANS !

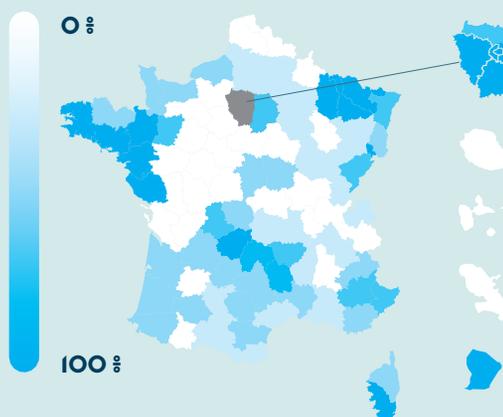
Département ou % volontariat > 60 %



POURQUOI LE VOLONTARIAT SE FRAGILISE ?

- ▶ **La démographie de la profession**
VIEILLISSEMENT, DÉPART
À LA RETRAITE, LE RETARD
À L'INSTALLATION DES JEUNES
DIPLOMÉS...
- ▶ **Les conditions d'exercice**
LOURDEURS ADMINISTRATIVES,
CHARGE DE TRAVAIL TROP
IMPORTANTE EN DEHORS DE LA
PDS, RÉMUNÉRATION DES GARDES
PAS ASSEZ ATTRACTIVE...
- ▶ **La frustration de la profession**
LES ATTENTES EXPRIMÉES DEPUIS
LONGTEMPS NE SONT PAS PRISES
EN COMPTE.

LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS DE MINUIT À 8H00 (2015)



LES TERRITOIRES DE PDSA :



1662
en journée les week-
end et jours fériés



1637
en soirée
(20h - minuit)



515
en nuit profonde
(minuit - 8h)

277
TERRITOIRES
TOURNENT
AVEC 5
VOLONTAIRES
(ou moins).

→ Source : Cnom

Bilan des comptes 2015 du Cnom



Dr Gilles Munier

Président de la commission de contrôle des comptes et des placements financiers du Cnom

L'actif, composé notamment des créances (2 304 000 €), des disponibilités (12 833 000 €), des immobilisations corporelles (15 777 700 €) et financières (9 094 000 €), s'élève à 40 563 000 €.

Le passif est composé principalement de la réserve générale (30 132 000 €), des fonds (4 021 000 €), de provisions (1 835 000 €) et des dettes (4 112 000 €). Les recettes attendues ont été recouvrées à 115 % et les charges ont été réalisées à hauteur de 114 %, expliquant un résultat excédentaire de 452 849 €.

Points d'attention

La commission de contrôle des comptes et des placements financiers (CCCPF) a sollicité l'attention du Conseil national sur les postes pour lesquels l'écart entre le montant budgété et le montant réalisé a été supérieur à 30 000 €, et plus particulièrement pour 3 postes (honoraires, taxes sur salaires, Urssaf) qui, lors des 3 dernières années (2013, 2014 et 2015), se sont retrouvés dans ce cadre de dépassement. Le montant du poste communication doit s'analyser au regard de l'impact fortement positif de la campagne de l'institution (spot TV, Grande consultation, sondage) lors de cette année 2015. La CCCPF a émis la recommandation qu'en début de chaque mandature un plan financier triennal soit établi afin de définir les grandes orientations budgétaires pour les 3 années suivantes. En application des articles L. 4122-2 et L. 4132-6 du code de la santé publique modifiés par la loi HPST du 21 juillet 2009, la CCCPF a reçu du Dr Pierre Jouan, trésorier, lors de la réunion du 6 avril 2016, l'ensemble des informations et précisions nécessaires à la certification des comptes du Conseil national de l'Ordre des médecins et, de l'expert-comptable, le rapport sur les comptes de l'année 2015. La CCCPF a conclu à l'intégrité et à la sincérité des comptes du Conseil national et des structures ordinales examinées.

Certifiés sans réserve

En sa 327^e session, le 7 avril 2016, le Conseil national a été informé par le commissaire aux comptes (KPMG) que les comptes pour l'année 2015 avaient été certifiés sans réserve. La CCCPF a proposé :

- d'approuver les comptes tels que présentés,
- de donner quitus aux trésoriers pour leur gestion 2015
- et d'affecter le résultat à la réserve générale.

Le Cnom a approuvé les comptes et donne quitus au trésorier. Le commissaire aux comptes (KPMG) a certifié la régularité et la sincérité des comptes pour l'exercice clos le 31/12/2015.

BILAN / 31.12.2015 (en euros)

ACTIF	
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	196 170,77 €
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	15 777 748,04 €
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	9 093 750,52 €
CRÉANCES	2 304 164,32 €
DISPONIBILITÉS	12 833 828,63 €
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	357 533,87 €
TOTAL GÉNÉRAL	40 563 196,15 €

PASSIF	
CAPITAL dont :	34 162 951,63 €
• Réserve générale	30 131 930,99 €
• Fonds d'harmonisation	1 418 337,95 €
• Fonds d'entraide	1 554 552,00 €
• Fonds modernisation institution	1 047 692,50 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	452 848,88 €
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	1 834 984,98 €
DETTES	4 112 410,66 €
TOTAL GÉNÉRAL	40 563 196,15 €

GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2015 (en euros)

CHARGES	
ACHATS	
Bulletins	738 340,45 €
Impressions	362 231,39 €
Fournitures	285 945,67 €

AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	299 826,35 €
Location, entretien et réparations	522 024,14 €
Assurances	164 279,11 €
Documentation et colloques	161 716,40 €
Personnel extérieur	69 265,00 €
Honoraires	902 943,98 €
Communication, annonces	2 896 877,53 €
Déplacements et missions	1 902 768,40 €
Frais du conseil	331 520,31 €
Frais postaux	848 536,62 €
Cofisations, pourboires et dons	3 259,40 €
Informatique	1 894 930,15 €
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 437 742,82 €
CHARGES DE PERSONNEL	9 787 513,75 €
INDEMNISATIONS DES ÉLUS	3 125 270,39 €
AUTRES CHARGES DE GESTION	1 987 875,82 €
CHARGES FINANCIÈRES	65 487,24 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES	2 042 724,14 €
TOTAL	29 831 079,06 €

PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	27 410 093,81 €
PRODUITS FINANCIERS	172 972,85 €
PRODUITS EXCEPTIONNELS	2 700 861,28 €
TOTAL	30 283 927,94 €

RÉSULTAT DE L'EXERCICE	452 848,88 €
-------------------------------	---------------------

Projet de loi El Khomri

La médecine du travail inquiète

Le projet de loi Travail porté par la ministre Myriam El Khomri prévoit dans l'article 44 de « Moderniser la médecine du travail ». Le texte vise notamment à mettre fin au dispositif actuel de visites médicales d'embauche et de visites bisannuelles. Il veut également supprimer l'avis d'aptitude (ou d'inaptitude) au poste qui en débouchait. Le salarié n'aurait plus droit qu'à une « *visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche* », puis à des visites de suivi seulement tous les 5 ou 6 ans. Le texte redéfinit également le dispositif de surveillance médicale renforcé qui concerne notamment les personnes sur des postes à risques et/ou mettant en cause la sécurité des tiers dans le cadre de leur travail. Ces salariés devront réaliser avant l'embauche

puis régulièrement un « *examen médical d'aptitude* ». Autant de changements qui inquiètent le Cnom dans la mesure où la disparition de la relation avec le salarié à l'embauche et la réorientation des missions vers des évaluations d'aptitude dénaturent le métier de médecin du travail. Cette dérive vers une médecine de contrôle altère le lien indispensable à la confiance entre salarié et médecin du travail. L'Ordre estime que réduire l'accès à la médecine du travail n'est pas une réponse à la démographie médicale dans ce secteur. Des solutions comme la mise en place du statut de collaborateur médecin et de la pluridisciplinarité doivent être davantage explorées.

+ d'infos :

www.conseil-national.medecin.fr/node/1711

Indépendance professionnelle : un pilier de la déontologie médicale

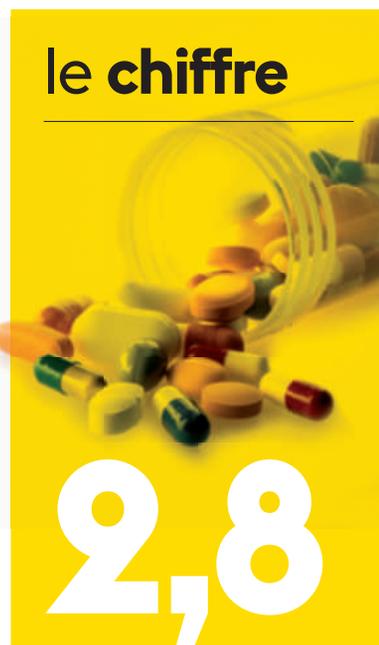
Le 25 mars dernier, le maire de Poissy, Karl Olive, a demandé dans une lettre adressée à 45 médecins généralistes de la commune « de réduire au maximum » la prescription d'arrêts de travail de complaisance à l'endroit des agents municipaux « en faisant preuve d'une vigilance accrue » et « à ne pas hésiter à orienter les patients [agents de la ville] vers le médecin de prévention. » Une requête qui s'oppose au principe d'éthique médicale et de déontologie professionnelle. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé que tout acte médical – y compris de prévention – et toute prescription – y compris d'arrêt de travail – relève de la responsabilité seule du médecin, qui le juge pertinent, en fonction du jugement de sa conscience, de ses connaissances scientifiques, et avec comme seul objectif l'intérêt du patient.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/1707

Portfolio : Cnom, CMG et FSM prennent position

Dans le cadre de la formation professionnelle, un portfolio est un dossier personnel, documenté et systématique constitué par une personne en vue d'une reconnaissance des acquis ou d'une validation des acquis. Il est le résultat d'une démarche personnelle et demeure la propriété de son auteur qui reste maître de son utilisation et

de sa maintenance. La proposition actuelle d'un « pseudo-portfolio » hébergé par l'Agence nationale du DPC (ANDPC), simple registre notarial regroupant des attestations, ne correspond pas à cette définition et crée une confusion. L'Ordre des médecins, le Collège de la médecine générale (CMG) et la Fédération des spécialités médicales (FSM)



le chiffre

2,8

millions de médicaments falsifiés ont été saisis par les douanes européennes en 2014*. Face au développement de ce trafic et la quasi-impunité dont bénéficient leurs auteurs, les trois Académies et les trois Ordres de santé (médecine, pharmacie et vétérinaire) ont signé, le 5 avril, un manifeste : « Pour une politique de prévention et de répression du trafic des médicaments falsifiés à l'échelle internationale ». Les signataires réclament une politique de répression de ces trafics avec une extension de la convention Médicrime, qui criminalise le trafic des médicaments falsifiés.

* Source : Commission européenne.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/1709

Jeunes Alzheimer

Une prise en charge sur mesure

En France, près de 30 000 personnes âgées de moins de 60 ans souffrent de la maladie d'Alzheimer. Des patients difficiles à diagnostiquer et dont l'état de santé évolue souvent très rapidement. Pour les prendre en charge, la première résidence pour jeunes malades Alzheimer a vu le jour l'an dernier, à Cesson (77). Son ambition : stimuler le passé pour construire un présent.

Accompagnée de sa guitare sèche, Pilar Garcia entonne une chanson espagnole. La musicothérapeute espère ainsi raviver chez Julie¹ les souvenirs de périples argentins que la maladie d'Alzheimer efface inexorablement de sa mémoire. Si la technique de stimulation est classique, le profil de Julie l'est moins. Cette ancienne professeure d'espagnol vient tout juste de fêter ses 40 ans...

Depuis février 2015, la résidence Le Chemin, à Cesson (77), accueille 36 jeunes Alzheimer et maladies neurodégénératives apparentées, tous âgés de 40 à 60 ans. Parmi eux figurent des ingénieurs, commerciaux, des chefs de chantier, des journalistes. « *Ils rencontrent les mêmes problèmes de mémoire, de désorientation que leurs aînés. Mais la dégradation de leur état de santé peut être foudroyante* », analyse Frédéric Lafon, directeur de cette structure pionnière en France, qui a fait face il y a quelques semaines au premier décès dans la résidence.

Ateliers mémoire et matchs de foot

Dans les couloirs, des dessins tout droit sortis des ateliers d'art-thérapie habillent les murs. « *Les jeunes Alzheimer ont besoin d'une prise en charge spécifique. Notre mission est de les stimuler autant que possible afin de stabiliser leurs capacités cognitives et physiques* », poursuit le directeur. Travail de la mémoire, lecture, informa-



La résidence héberge 24 jeunes Alzheimer et dispose de 12 places d'accueil temporaire. L'établissement s'ouvre aussi à 14 patients victimes de lésions au cerveau (cérébro-lésés). Les résidents sont encadrés par plus de 80 professionnels : neuropsychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, assistante sociale, art-thérapeute, musicothérapeute, éducateur spécialisé, etc.

tique, écriture, cours de pâtisserie, balnéothérapie, psychomotricité... chaque jour, les équipes animent des ateliers individuels et collectifs. Sans oublier les sorties à des matchs de football, des expositions ou encore au bowling. « *Les résidents sont encore jeunes, et donc davantage demandeurs d'activités que les personnes âgées* », complète Bintou Dième, adjointe de direction.

Soulagement et culpabilité

Si aucune donnée officielle ne permet de chiffrer le nombre de malades jeunes, on estime leur nombre à près de

30000². Si bien que Le Chemin refuse une quinzaine de dossiers chaque mois. Dans les traces de l'établissement de Seine-et-Marne, une autre résidence pour des malades d'Alzheimer de moins de 65 ans a ouvert ses portes à Crolles, dans l'Isère, grâce à l'association Ama Diem. « *Les autres solutions consistent à rester en famille ou à entrer dans des établissements médicalisés pour personnes âgées ou des hôpitaux psychiatriques*, regrette Frédéric Lafon. *Ce sont des lieux totalement inadaptés.* » Née sous l'impulsion de l'association Espoir Alzheimer, la résidence



Les ateliers de psychomotricité ont pour but de travailler sur l'équilibre, la tonicité et les réflexes, mais ils constituent également un moment de douceur et de réconfort salvateur.



Les préparations de chaussons aux pommes et de pâtisseries sont des « classiques », qui permettent à la demi-douzaine de participants de garder un lien avec le monde qui les entoure.



Les causes exactes d'apparition précoce de la maladie d'Alzheimer ne sont pas complètement connues. Pour une faible part des patients, on évoque des facteurs génétiques héréditaires.

Le Chemin est également tournée vers les familles aidantes, victimes collatérales de la maladie. Deux chambres leur sont réservées pour des visites longue durée. Une fois par trimestre, un café des familles est organisé pour échanger avec un psychologue. Après plusieurs années aux côtés de son mari atteint d'Alzheimer, Irène¹ s'est résignée à le confier à la résidence Le Chemin. « *C'est un mélange de soulagement et de culpabilité* », sourit-elle tristement.

1. Prénom modifié
2. Selon Espoir Alzheimer

Témoignage

D^r Alain Deluze, médecin généraliste, intervient une fois par semaine à la résidence Le Chemin.



« La maladie s'apparente souvent à un burn-out ou une dépression »

« Il n'est évident ni pour l'entourage ni pour les professionnels de santé de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer chez des patients jeunes. Au début, la maladie s'apparente souvent à un « burn-out » ou une dépression. Lorsque le diagnostic est posé, elle a déjà atteint un stade avancé. J'interviens une

fois par semaine auprès des résidents de l'établissement Le Chemin. Aucun confrère de la région n'a accepté d'assurer un suivi médical de ces patients. Par manque de temps, très certainement. Les jeunes Alzheimer sont aussi des patients très difficiles à prendre en charge. Au-delà de l'approche

médicamenteuse, peu efficace, nous essayons avec les équipes de l'établissement de développer une approche comportementale et des interventions psychosociales qui maintiennent le lien social, stimulent l'imagination. »



CNNum et Cnom : comment favoriser l'innovation en santé ?

Le Conseil national du numérique (CNNum) et le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) vont débiter un travail d'échanges et de réflexion autour des questions du numérique en santé. À cette occasion, le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué aux systèmes d'information en santé a proposé à Mounir Mahjoubi, nouveau président du CNNum, de présenter les objectifs de cette collaboration.

Quelle est la mission du CNNum ?

Le CNNum a été créé parce que le numérique est une tendance de fond qui transforme massivement tous les aspects de la vie quotidienne et économique. Les pouvoirs publics ont donc voulu créer un conseil composé d'experts du numérique qui puisse être consulté sur tous les sujets politiques, économiques, sociétaux à l'heure du numérique. Nous travaillons ainsi sur la santé, l'enseignement supérieur, le travail, les PME de l'économie traditionnelle et leur transformation numérique...

Comment voyez-vous votre mandature qui vient de débiter ?

J'ai accepté ce mandat parce que j'aime être utile. Cette motivation marque d'ailleurs la façon dont je vois cette présidence : je veux que l'on traite les sujets avec une recherche d'utilité à court terme, en proposant des solutions immédiates pour relever les défis que pose le numérique. Mon hypothèse, c'est qu'il y a une

urgence : le numérique va plus vite que tout, et le seul moyen d'empêcher ses effets négatifs et de profiter uniquement de ses effets positifs, c'est d'aller à la même vitesse. Le CNNum a produit ces trois dernières années des rapports puissants sur de nombreux sujets. J'ai envie que l'on aille sur les aspects pratiques et que l'on crée des relations. Et c'est justement ce que nous sommes en train de faire avec l'Ordre des médecins.

Quel est l'objet de ces échanges ?

Nous avons entamé des échanges avec différents acteurs du monde de la santé : les médecins mais aussi les assureurs, le ministère chargé de la Santé, les infirmiers, les aides-soignants, les masseurs-kinésithérapeutes... L'idée est de dialoguer avec tous ceux qui veulent innover en médecine et en santé sur la façon d'aller plus loin dans l'opérativité du numérique dans ces domaines. Chaque mois, nous allons donc rencontrer des conseillers nationaux de l'Ordre intéressés par le sujet pour

partager nos points de vue. L'objectif est, à l'issue de ces échanges, de proposer des actions concrètes à mettre en place dès l'année prochaine.

Quelles problématiques en particulier allez-vous aborder ?

Je suis pour l'innovation quoi qu'il arrive si elle fait du bien à un patient, mais pas pour l'innovation à tout prix quand elle peut nuire à la société. La force du système de santé français, c'est la confiance qu'il inspire. Or, à l'heure des objets connectés, de la prise en charge multiprofessionnelle, de la médecine prédictive, comment la confiance va-t-elle s'incarner ? C'est une question à laquelle on ne peut répondre sans les médecins, puisqu'ils sont le pilier de cette confiance. Nous allons aussi aborder la problématique de l'utilisation des données de santé, des objets connectés, du parcours de santé délinéarisé... L'idée est d'avoir une discussion franche sur toutes les questions qui bouleversent les règles du jeu.



ARGENTINE

RÉUNION DU CONSEIL DE L'AMM À BUENOS AIRES

La 203^e réunion du Conseil de l'association médicale mondiale s'est tenue à Buenos Aires fin avril. Ses membres y ont notamment adopté deux résolutions :

• POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS ET RÉFUGIÉS

L'Association médicale mondiale (AMM) « déplore les réticences de nombreux pays à aider et soutenir les réfugiés et migrants ». Elle appelle les gouvernements à assurer un accès aux soins et à des conditions de vie sûres et appropriées à ces populations : « *Penser que traiter durement les migrants découragerait les suivants est à la fois absurde et inhumain.* » Cette résolution reprend les principaux éléments de la déclaration adoptée à Ottawa au Canada en 1998 sur les soins médicaux pour les réfugiés, qui insiste sur le devoir des médecins d'apporter les traitements appropriés aux individus sans tenir compte de leur statut politique ou civique. Elle stipule qu'aucun gouvernement ne devrait entraver cette mission. Le D^r Deau, président sortant de l'AMM a rappelé que l'accès à la santé est un droit fondamental de tout être humain et que chaque médecin doit être conscient de son rôle indispensable au rétablissement d'un climat de confiance dans la prise en charge de l'être humain migrant.

• POUR UNE MEILLEURE INFORMATION SUR LE VIRUS ZIKA

L'AMM s'est ensuite accordée pour appeler à une meilleure diffusion de l'information au sujet du virus Zika auprès des populations qui vivent dans les régions infectées, mais aussi auprès de tous ceux et celles qui seraient amenés à se déplacer dans ces zones. Alors que cette pathologie a été reconnue « urgence de santé publique de portée mondiale » par l'OMS, les membres du Conseil de l'AMM ont appelé l'organisation à travailler avec les organismes de contrôle des maladies pour faire avancer la recherche et les connaissances sur l'épidémiologie de ce virus en réalisant notamment une collecte méticuleuse de données. L'AMM invite également les États dans lesquels sont nés des enfants souffrant de microcéphalie à leur garantir un suivi médical approprié et un soutien à leur famille.



RUSSIE

UNE RÉOLUTION POUR LES ENFANTS DES RUES

C'est une victoire pour la délégation française à l'Association médicale mondiale, qui a mené un travail de fond pendant des mois pour porter ce sujet. Après plusieurs prises de parole du D^r Patrick Romestaing, vice-président du Cnom lors des sessions précédentes et à l'occasion de cette 66^e assemblée générale à Moscou, l'AMM a en effet adopté une résolution reconnaissant que la présence d'enfants dans les rues est inadmissible dans une société, même si cette situation est difficilement évitable dans de nombreux pays au monde. C'est la raison pour laquelle l'AMM souhaite sensibiliser la société civile et médicale

au rôle fondamental du contact médical pour améliorer la situation de ces enfants. « *L'instauration d'un lien de confiance avec un médecin est essentielle pour apporter une prise en charge cohérente et une resocialisation durable de ces jeunes* », explique le D^r Xavier Deau, ancien président de l'Association médicale mondiale et conseiller national délégué aux affaires européennes et internationales. L'AMM condamne aussi fermement les violences et violations des droits des enfants et invite les États à une approche pluridisciplinaire de ces enfants et adolescents impliquant tous les acteurs.

entretiens croisés

Texte : Marine Loyen | Photos : DR

Migrants : quelle prise en charge ?

Avec le conflit syrien et l'arrivée de nombreux migrants, les médecins se trouvent confrontés à des situations parfois délicates sur le terrain.

Dans ce contexte humain dramatique, comment apporter les soins et le secours nécessaires sans outrepasser son rôle ?

À SAVOIR

L'Ordre rappelle que la délivrance d'un certificat médical à un migrant contre une somme indue justifie une procédure disciplinaire. Il ne saurait y avoir de dépassement d'honoraires pour des patients vulnérables relevant de la CMU ou de l'AME.

L'Europe et la France font face depuis quelques mois à un afflux de réfugiés sans précédent. D'après le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, les migrants étaient plus d'un million en 2015 à pénétrer sur le sol européen. Parmi eux, 1 sur 5 sont des Syriens, venus par voie terrestre ou maritime dans des conditions difficiles pour fuir le régime de Damas et la terreur de l'État islamique. Le journal *Libération* estime que 3652 personnes ont trouvé la mort en Méditerranée en 2015.

En France, les conséquences de cette situation se font particulièrement ressentir autour de Calais : les migrants se comptent par milliers répartis dans les 6 camps autour de Grande-Synthe et Calais. Chaque nuit, ils tentent par tous les moyens de traverser la Manche pour rejoindre l'Angleterre. Mais le Nord n'est pas la seule zone en France où

la problématique de la prise en charge des migrants se fait sentir. Le pourtour Méditerranéen connaît également une vague d'arrivée de migrants très importante.

Sur le terrain, des médecins sont en première ligne pour leur apporter les soins dont ils ont besoin. Mais leur rôle ne s'arrête pas là, comme le rappelle le Dr Xavier Deau, ancien président de l'AMM et conseiller national délégué aux affaires européennes et internationales à l'Ordre des médecins : « *Ces soins doivent être apportés dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale et personnalisée de chacun de ces patients. Cette prise en charge doit également tenir compte des différences socio-culturelles existantes.* » Le Dr Jean-Marie Faroudja, le Dr Richard Matis, le Dr Jean Zaïlah et Pascal Brice nous apportent leur éclairage sur le rôle des médecins dans la prise en charge de ces populations.



Pascal Brice
Directeur général
 de l'Office français
 de protection des réfugiés
 et apatrides (Ofpra)



Dr J.-M. Faroudja
Président de la section
Éthique et déontologie
 au Conseil national
 de l'Ordre des médecins



Dr Richard Matis
Gynécologue, coordinateur
 de la mission de l'association
 Gynécologie sans frontières



Dr Jean Zaïlah
Médecin généraliste
 bénévole au point santé
 de l'accueil de jour du
 centre Béthanie du Secours
 catholique, à Marseille

En quoi l'afflux de migrants pose des questions de santé publique et réclame l'attention des médecins ?

Dr Jean-Marie Faroudja

L'arrivée de migrants sur le territoire national pose aux médecins des problèmes de plusieurs ordres : de santé publique, de prise en charge efficace et cohérente et de relation médecin-patient. Dans les camps de réfugiés, nous voyons réapparaître des maladies qui avaient disparu du territoire français comme la tuberculose. Les médecins doivent donc interroger ces patients avec tact pour connaître les antécédents et les circonstances de la pathologie, examiner en fonction des doléances mais aussi pratiquer un examen général, à la recherche d'autres affections méconnues ou cachées. Leur rôle est donc de conseiller ces patients sans imposer de soins ou de traitements, d'insister et d'informer en cas de refus de soins pour essayer d'obtenir le consentement de la personne, de faciliter les examens complémentaires et la délivrance de traitements adaptés. Ils doivent aussi participer aux mesures de santé publique afin d'empêcher la propagation d'affections contagieuses. Dans un tel contexte, il serait inacceptable d'observer des dépassements ou des refus de soins, pourtant autorisés par l'article 47 du code de la santé publique, pour des motifs autres que parfaitement justifiés. Pour le médecin, il y a d'abord des enfants, des femmes et des hommes qui souffrent. Seule compte cette souffrance, et le devoir du médecin est simplement d'y répondre.

Dr Jean Zaïlah

Au cours des deux ou trois dernières années, le nombre de personnes accueillies au centre Béthanie, à Marseille, a doublé. Nous accueillons aujourd'hui 1000 à 1200 patients par an aux consultations médicales. 98 % sont étrangers, de 45 nationalités différentes, et la plupart en situation irrégulière. Ils vivent dans des conditions de très grande misère et beaucoup sont traumatisés : ils ont du mal à raconter leur calvaire, ils expliquent vaguement par où ils sont passés et leurs conditions de vie actuelles. Il s'agit d'hommes dans 90 % des cas. J'ai démarré mon bénévolat en 2003 à la demande du président du Secours catholique. Au début, j'étais désespéré, je rentrais malade chez moi le soir car je ne croyais pas qu'un tel niveau de misère existait en France. J'ai appris à vivre et à communiquer avec eux au fil des ans. Mais l'afflux récent de ces migrants est très inquiétant.

Dr Richard Matis

Notre association, Gynécologie sans frontières, a été interpellée par une sage-femme à Saint-Omer qui avait participé à l'une de nos missions dans un camp de réfugiés en Jordanie. Nous y avons réalisé 1500 accouchements en un an. Elle nous a indiqué que dans les camps du nord de la France, autour de Calais, des femmes connaissaient des situations similaires. Si auparavant, ces camps étaient peuplés à 90 % d'hommes, désormais de très nombreuses femmes y vivent également. Beaucoup ont été victimes de violences sexuelles, sur la route ou dans leur pays d'origine, ou même dans le camp. Elles ont parfois été prostituées, de force ou pour payer leur voyage. C'est pourquoi il nous a semblé judicieux d'intervenir. Actuellement, une cinquantaine de femmes sont enceintes et souhaitent poursuivre leur grossesse. En revanche, celles qui ont été victimes de violences, manifestent parfois l'envie d'interrompre leur grossesse. Nous pouvons nous appuyer sur notre réseau de bénévoles pour intervenir.



**D^r Jean Zaïlah**

« Cette population est davantage exposée à des complications. »

Pascal Brice

Le rôle de l'Ofpra est d'instruire les dossiers de demande d'asile. Dans le cadre des entretiens, les demandeurs peuvent présenter un certificat médical, notamment pour appuyer un récit s'ils ont été victimes de tortures ou de violences. Mais nous rappelons régulièrement que le certificat médical n'est pas un document obligatoire. Il ne garantit pas l'accord de l'asile et il n'est pas indispensable pour l'obtenir. La loi « Asile » de juillet 2015 nous autorise désormais à solliciter des certificats, mais cette mesure n'a pas été mise en place à ce jour. Je m'entretiens régulièrement avec le Comède* et le centre Primo Levi, car nous avons à cœur de ne pas contribuer à une inflation des demandes de certificats.

Comment intervenez-vous sur le terrain auprès des migrants ?

D^r Jean-Marie Faroudja

En effet, un certificat médical peut dans certains cas appuyer une demande d'asile. Le médecin peut être touché par une telle demande mais sa probité de médecin lui interdira tout certificat de complaisance permettant d'obtenir des avantages indus. Par contre, il devra faciliter l'obtention de droits auxquels ces personnes peuvent prétendre. Sur le terrain, sa tâche n'est pas aisée : il doit écouter, comprendre le motif de la plainte médicale, faciliter l'échange sans être intrusif, le tout dans un contexte très difficile. Le dialogue nécessite souvent de faire intervenir des traducteurs, ce qui pourrait mettre en péril le secret médical. Mais la prise en charge des soins gratuits est organisée afin que rien ne puisse empêcher l'accès au médecin et aux structures de soins pour ces personnes.

D^r Richard Matis

Depuis le 15 novembre, des binômes de gynécologues et sages-femmes bénévoles se relaient dans les différents camps. À Grande-Synthe, nous bénéficions d'une salle de consultation. La difficulté pour nous est d'assurer un suivi des patientes : la plupart d'entre elles tentent de passer en Angleterre quasiment toutes les nuits. Pour les femmes enceintes qui approchent de leur terme, nous essayons quand c'est possible de les faire héberger dans des familles de la région. Nous pratiquons également des IVG médicamenteuses sur place ou les accompagnons à l'hôpital. Nous prescrivons également des moyens de contraception comme des injections de progestérone. Enfin, nous faisons de la prévention grâce à des flyers, des boîtes de jeux traduits dans plusieurs langues...

D^r Jean Zaïlah

À Béthanie, le point santé est ouvert 3 jours par semaine. Avec deux autres médecins retraités, nous assurons des consultations et délivrons des médicaments. Quand nos malades ont besoin d'examens complémentaires, d'une consultation avec un spécialiste ou d'une intervention chirurgicale, ils peuvent être envoyés à l'hôpital Saint-Joseph, où le Secours catholique dispose d'un autre point santé. Nous avons passé un contrat avec le Samu social pour le transport. Les affections que je rencontre le plus fréquemment sont respiratoires : angines, rhumes, gripes, bronchites, etc. Puis viennent les maladies de peau liées au manque d'hygiène, les problèmes bucco-dentaires, les douleurs rhumatismales et les troubles du comportement dus au dépaysement. Cette population n'a pas le réflexe de consulter dès les premiers symptômes et vit souvent dans des conditions très difficiles. Elle est donc davantage exposée à des complications.

**D^r Richard Matis**

« Les patientes ont souvent des réticences à se rendre dans un établissement de santé. »

**D' Faroudja**

« La prise en charge des soins gratuits est organisée afin que rien ne puisse empêcher l'accès au médecin pour ces personnes »

D' Jean-Marie Faroudja

Pasteur écrivait : « *Je ne te demande pas quelles sont tes opinions, ni quelle est ta religion, je te demande quelle est ta souffrance.* » Cela reflète très bien, je crois, la mission du médecin auprès de cette population. Les articles du code de déontologie médicale à ce sujet sont nombreux. L'article 7 notamment : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* »

D' Jean Zaïlah

Le médecin est là avant tout pour recevoir la parole. Les migrants viennent pour nous faire part d'une maladie, d'une affection. Dans un second temps, nous pouvons nous apercevoir d'un autre problème : par exemple un patient peut m'indiquer qu'il n'a pas pris de repas depuis quelques jours, dans ces cas-là, on trouve une solution. J'essaie toujours d'avoir une vision globale : je ne délivre pas un tube d'aspirine à quelqu'un sans m'inquiéter de savoir où il va dormir le soir, cela n'aurait aucun sens. C'est pourquoi, à Béthanie, nous proposons également des ateliers culturels, de cuisine, d'alphabétisation nécessaire à leur intégration, et un service de domiciliation pour les demandeurs d'asile... Nous tentons par tous les moyens de les mettre dans des conditions de vie normales, de leur permettre de reprendre leur souffle. En tant que médecin, j'ai le sentiment d'être plus proche des malades que je ne l'ai jamais été dans mon exercice libéral, où j'avais le sentiment d'être plus un technicien de la santé. Là, il y a une dimension humaine et fraternelle.

Au-delà des soins médicaux à apporter, quel est le rôle des médecins auprès de ces populations ?

Pascal Brice

L'Ofpra intervient sur un dernier sujet, très particulier : celui des petites filles et des jeunes femmes exposées au risque d'excision. Il s'agit d'un motif pour demander l'asile. Nous demandons dans ces cas-là au médecin un certificat de non-excision et instruisons un dossier en prenant en compte notamment la prévalence d'un tel risque dans le pays d'origine. Nous demandons alors régulièrement aux familles des filles que nous protégeons de produire des certificats. À l'avenir, ces certificats pourraient être établis par les unités médico-judiciaires qui ont une expertise et une grande capacité d'accueil et d'écoute pour ces petites filles et leurs familles.

**Pascal Brice**

« Les demandeurs peuvent présenter un certificat médical pour appuyer un récit s'ils ont été victimes de tortures ou de violences. »

D' Richard Matis

Nous n'avons pas pour ambition de nous substituer aux structures de soins, nous faisons plutôt la passerelle entre les femmes qui vivent dans les camps et les structures, essentiellement hospitalières. Notre rôle est de faciliter l'accès aux soins. Le contact entre ces deux univers n'est pas facile : les migrantes ne vont pas facilement à l'hôpital et les professionnels de santé éprouvent des difficultés à les prendre en charge. Pas facile en effet d'examiner des patients dont on ne parle pas la langue. De leur côté, les patientes ont souvent des réticences à se rendre dans un établissement de santé. Nous nous chargeons donc de leur transport. Un interprète peut éventuellement rester auprès d'elles le temps de la consultation.



dossier

Textes : Sarah Berrier | Photos : Getty Images, iStock, Julian Renard / Babel photo

Des clés pour préparer sa cessation d'activité

88 % des médecins qui ont répondu à la Grande consultation organisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins l'année dernière affirmaient être heureux d'exercer cette profession. Ce n'est donc pas étonnant si la perspective de la retraite peut parfois être difficile à appréhender. Voici quelques conseils pratiques et témoignages pour mieux anticiper cette transition...

Comment informer la patientèle ? Que faire des dossiers médicaux ? Comment trouver un successeur ? Comment se déroule la cession d'un cabinet ? Peut-on prescrire en étant retraité ? Autant de questions qui se posent à l'approche de sa cessation d'activité en fin de carrière. En effet, médecin n'est pas une profession comme les autres. « *Il n'est pas envisageable de se contenter de fermer sa porte*, souligne le D^r Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie au Cnom. *Le médecin, même à la retraite, conserve un devoir moral et déontologique pour assurer – du moins autant qu'il le peut – une certaine continuité des soins à ceux qui lui ont fait confiance parfois pendant plusieurs dizaines d'années. C'est d'ailleurs pour cette rai-* »

Point de vue de l'Ordre
D^r Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie
D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel



« Un engagement pour la vie »

La cessation d'activité est un moment particulier dans la vie d'un médecin. Passer parfois plus de quarante années aux côtés de ses patients relève d'un engagement profond, et il n'est pas toujours facile de renoncer à exercer. C'est pourquoi ce passage délicat nécessite une certaine préparation pour que la transition se fasse dans les meilleures conditions pour les patients et la continuité de leur prise en charge, pour les confrères qui exercent alentour et pour le

médecin lui-même. Nous conseillons ainsi aux médecins qui préparent leur cessation d'activité de ne pas hésiter à contacter leur conseil départemental, qui saura les guider et les accompagner dans cette période. Cependant, même si le médecin cesse d'exercer, il conserve son titre et les obligations déontologiques inhérentes, à commencer par le secret médical. Ce n'est pas un hasard si l'on parle de la profession de médecin comme d'un engagement pour la vie.

..... son que de nombreux médecins, faute de successeur, prolongent leur activité au-delà de l'âge auquel ils pourraient faire valoir leur droit à la retraite. »

Médecin un jour, médecin toujours

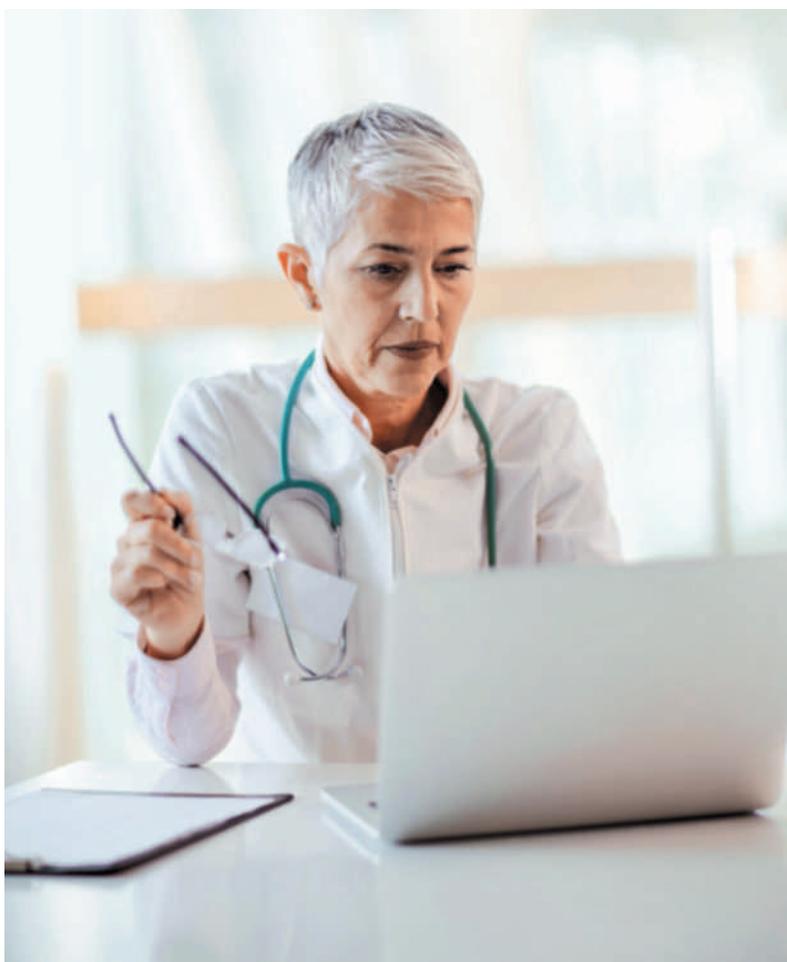
Même s'il cesse son activité, le médecin reste lié aux règles du code de déontologie médicale, à commencer par le secret médical (article 4). « *Tout ce qu'il a connu, entendu, vu ou compris doit rester secret pendant son exercice mais aussi après*, insiste le D^r Faroudja. *De même, les confidences faites en dehors de l'exercice proprement dit ou après la cessation d'activité, doivent également être gardées secrètes car elles sont confiées au médecin auréolé de son statut.* »

Par ailleurs, le médecin ne peut exercer une autre activité que si celle-ci est compatible avec l'indépendance et la dignité professionnelle. Cette activité ne doit pas non plus lui permettre de tirer profit de ses prescriptions ou de ses conseils médicaux (article 26). Enfin, le praticien retraité doit également s'abstenir de tout acte visant à déconsidérer la profession de médecin (article 31).

Fin d'activité et continuité des soins

L'article 47 du code de déontologie rappelle que « *s'il se dégage de sa mission, [le médecin] doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* ». Il doit ainsi prévenir ses patients de sa cessation d'activité quelques mois avant son départ effectif. Il les informe alors des possibilités pour eux de trouver un autre médecin susceptible de les prendre en charge. Il peut aussi être opportun et élégant de prévenir les confrères exerçant à proximité.

Si le médecin a trouvé un successeur, le contrat de cession prévoit la présentation de la patientèle au nouveau venu. Sauf opposition des patients,



TÉMOIGNAGE

D^r Gaby Gomila,
médecin généraliste à Montauban (82)

« Je ne peux pas partir comme ça »

« Je suis médecin depuis 46 ans. J'essaie de préparer ma cessation d'activité mais je ne trouve pas de remplaçant et encore moins de successeur. À Montauban, nous sommes six ou sept dans la même situation. Le fait d'exercer en cabinet de groupe ne change rien. Les jeunes médecins choisissent des exercices moins contraignants et mieux rémunérés. Ils préfèrent aller à l'hôpital. Il y a un vrai problème d'attractivité de la médecine générale libérale. Résultat : nous avons seulement 50 médecins généralistes, mais 35 urgentistes et une vingtaine de cardiologues. Les seuls médecins généralistes qui trouvent des remplaçants sont les maîtres de stage. Ils accueillent les étudiants qui, familiarisés avec la patientèle, sont plus enclins à devenir remplaçants voire à prendre la succession du médecin. Aujourd'hui, je repousse encore la date de ma cessation d'activité de façon à pouvoir annoncer petit à petit à mes patients que je vais m'arrêter. Je me retrouve dans une situation où je ne peux pas partir comme ça, je ne peux pas laisser sur le bord de la route des patients que je suis depuis 20, 30 ou 40 ans. »

« Le médecin, même à la retraite, conserve un devoir moral et déontologique pour assurer – du moins autant qu'il le peut – une certaine continuité des soins. »

Le médecin va lui transmettre les dossiers médicaux et tout document ou renseignement utile à leur prise en charge. Les notes personnelles et informations qui ne sont pas indispensables doivent être écartées. Si le médecin n'a pas de successeur, il va devoir remettre en main propre à chaque patient une copie de son dossier médical contre récépissé, ou

l'adresser à un médecin nommément désigné par le patient. Les dossiers médicaux et documents originaux doivent alors être conservés par le médecin, ou à défaut, par ses héritiers. Si, pour les établissements de santé, le délai de conservation du dossier médical est de 20 ans à compter du séjour ou de la consultation du patient, aucun texte ne fixe de durée de conservation des dossiers des patients pour les médecins libéraux. Dans ces conditions, l'Ordre des médecins préconise de s'aligner sur le délai minimal de 20 ans appliqué par les établissements de santé. Cependant, pour les patients atteints de pathologies génétiques, neurologiques, de maladies orphelines, etc., la durée de conservation est illimitée, dans la mesure où les descendants des patients peuvent avoir besoin d'accéder à certaines informations dans le cadre de leur propre prise en

charge. Quel que soit le support des dossiers (papier ou informatique), ils doivent être conservés dans des conditions qui garantissent leur confidentialité et leur intégrité. Enfin, le médecin retraité doit s'abstenir de toute immixtion dans la relation du patient avec son nouveau médecin. De plus, en cas de cession, le médecin s'engage contractuellement à ne pas exercer dans un périmètre donné pendant une durée déterminée afin de ne pas détourner la patientèle de son successeur (article 57).

Du côté des formalités

En dehors des caisses de retraite (voir encadré Point de vue extérieur p. 22), le médecin libéral qui cesse son activité doit accomplir un certain nombre de formalités. « *La première chose à faire est d'informer le conseil de l'Ordre de son département de la date* »

EN CHIFFRES



198 144
MÉDECINS EN ACTIVITÉ
RÉGULIÈRE EN 2015

70 257
RETRAITÉS



1 MÉDECIN RETRAITÉ SUR 4
CUMULE RETRAITE ET ACTIVITÉ
(activité libérale/mixte/salariée
ou remplaçant).



**LE NOMBRE DE MÉDECINS
RETRAITÉS A ÉTÉ MULTIPLIÉ
PAR PRÈS DE 10 ENTRE
1979 ET 2015.**
Le nombre de médecins
en activité a, quant à lui,
à peine doublé.

REPORTAGE



Un passage de relais couronné de succès

En 2014, le D^r Yves Coquart, médecin au Conquet (22), a transmis son cabinet médical à son ancienne stagiaire, le D^r Manon Verbeque. Retour sur une transmission en forme de success-story.

Le D^r Yves Coquart, 67 ans, et le D^r Manon Verbeque, 31 ans, ont plusieurs points en commun. Médecins généralistes, ils sont diplômés de la faculté de médecine de Brest, ville dans laquelle ils ont commencé l'exercice de la médecine. L'un et l'autre ont deux enfants. Surtout, Manon Verbeque soigne aujourd'hui les anciens patients du D^r Coquart, dans le port de pêche du Conquet. À l'heure de la retraite, ce dernier a en effet passé le relais à sa jeune consœur. « *Après 36 ans d'activité, je tenais absolument à ce que ma patientèle soit entre de bonnes mains* », explique-t-il d'une voix calme. En 2014, il a ainsi cédé les murs de son cabinet et le matériel médical, mais pas la patientèle comme l'usage lui en laisse l'opportunité. « *Un choix éthique* », justifie-t-il simplement.

Consultations sur une île

Les deux praticiens ont appris à se connaître et s'apprécier dès 2011. Alors en sixième année de médecine, le D^r Manon Verbeque a choisi de faire son stage de médecine générale aux côtés du médecin expérimenté. « *Quelques mois plus tard, Yves m'a proposé de reprendre son cabinet. Je n'étais pas encore diplômée, mais je n'ai pas hésité longtemps, confie-t-elle. La médecine générale m'a toujours intéressée, notamment en milieu rural. Je tenais également à travailler en équipe, en interaction avec d'autres professionnels* ». La jeune

médecine n'a guère hésité davantage quand s'est posée la question de poursuivre les consultations hebdomadaires du D^r Coquart sur l'île de Molène, à environ 40 minutes de bateau. « *C'est même l'une des raisons qui m'ont poussée à accepter. Les quelque 200 habitants de l'île sont éloignés de l'accès aux soins. Le médecin a donc gardé un rôle social important. C'est très gratifiant.* »

Une transition organisée

Les deux médecins ont ensuite sagement organisé la transition. « *Les premiers mois de 2014, nous avons mené des consultations ensemble, puis par alternance pour que les patients s'habituent à Manon* », souligne le D^r Yves Coquart. Certains d'entre eux se sont en effet parfois montrés réticents, voire critiques, face à ce changement dans leurs habitudes. Car, si les deux praticiens partagent la même conception de leur métier, ils le vivent différemment. « *J'appartiens à une génération de médecin qui a tout sacrifié pour son métier. Je travaillais de 8h à 22h, six jours sur sept* », analyse le D^r Coquart. Le D^r Verbeque entend au contraire concilier vie professionnelle et personnelle. « *Je ne veux délaissier ni mes patients, ni ma famille* », souligne la jeune maman de deux enfants. Après quelques mois d'appropriation mutuel, la jeune médecin a réussi à gagner la confiance des patients et s'est bien fait accepter. Quant au D^r Coquart, il découvre les plaisirs du jardinage et de l'engagement associatif. Ce qui n'empêche pas les habitants du Conquet de lui lancer des « Bonjour Docteur » à chaque fois qu'ils le croisent.

.....> exacte de sa cessation d'activité, explique le D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel. *Et sachant que de nombreuses taxes et cotisations sont trimestrielles, il est plus judicieux de choisir d'arrêter son activité à la fin d'un trimestre.* »

Le médecin doit ensuite envoyer à son Centre de formalité des entreprises (CFE) le formulaire de Déclaration de cessation d'activité – Personne physique (P4 PL ou Cerfa n° 11932*02). Ce formulaire est téléchargeable en ligne sur le site www.cfe.urssaf.fr. Le professionnel est alors tenu de déclarer ses revenus dans les 90 jours suivant sa cessation d'activité.

Le médecin informe également sa CPAM de la date de sa cessation d'activité en adressant un courrier au service des relations avec les professionnels de santé. Aucun acte ne sera pris en charge à partir de cette date. Le médecin a d'ailleurs l'obligation de détruire ses cachets et feuilles de soins pré-identifiées, y compris s'il envisage de poursuivre une activité de façon partielle ou de reprendre un jour une activité.

Enfin, le médecin prévient le service des contributions directes de son centre des impôts de sa cessation d'activité. Il remplit alors la déclaration de ses Bénéfices non commerciaux (formulaire BNC 2035) dans les 60 jours. Il est également nécessaire de demander sa radiation de son AGA en précisant la date de fin d'activité. L'organisme délivrera alors une attestation d'appartenance pouvant servir en cas de contrôle.

En ce qui concerne les assurances professionnelles, le médecin va devoir mettre à jour ses contrats : responsabilité civile professionnelle (RCP), prévoyance, multirisque cabinet professionnel... « *Nous recommandons de garder une RCP, parce qu'un médecin retraité va pouvoir garder une petite activité et soigner sa famille et ses proches* [lire ci-après], souligne le D^r Simon.

Mais pour cela, il faut absolument garder une assurance. Sans elle, en cas de souci, le médecin n'est plus couvert. »

Il est aussi nécessaire de résilier les différents contrats liés à l'activité professionnelle et de ne pas oublier de se désinscrire des Pages Jaunes. Lorsqu'il y a cession du cabinet, les deux parties signent un contrat dans lequel sont spécifiés les conditions de cession du droit au bail, de cession des objets mobiliers meublants et professionnels, de présentation de la patientèle, l'autorisation de se dire successeur, ainsi que l'engagement de ne pas exercer un certain temps dans un certain périmètre. Ce contrat stipule également les indemnités versées par le successeur. Un modèle de contrat de cession de cabinet est disponible sur le site de l'Ordre (www.conseil-national.medecin.fr/article/contrat-de-cession-de-cabinet-363).

« Nous recommandons de garder une assurance RCP, parce qu'un médecin retraité va pouvoir garder une petite activité et soigner sa famille et ses proches. »



➤ Médecin retraité : quelle activité ?

Même à la retraite, le médecin peut continuer à faire usage de son titre de docteur en médecine (sous réserve qu'il n'ait pas été radié). Il lui est également possible de prescrire à condition d'être toujours inscrit au tableau de l'Ordre (cotisation spéciale médecin retraité) et de ne pas faire l'objet d'une suspension temporaire. Les prescriptions ne peuvent être délivrées que pour le médecin lui-même et ses proches (conjoint, enfants, petits-enfants, belle-famille).

En plus des mentions obligatoires qui doivent figurer sur les ordonnances permettant l'identification du médecin, il doit également être indiqué « Médecin retraité ». Cependant, l'Ordre appelle à la plus grande prudence en matière de prescription dans la mesure où le médecin retraité peut ne plus disposer des dernières informations techniques sur les produits, les investigations ou les nouvelles dispositions réglementaires. Le médecin retraité a également le droit de rédiger des certificats. Néanmoins, tout lien ou conflit d'intérêts

devra être écarté (par exemple : arrêt de travail délivré à un proche, ou certificat donnant droit à...).

Et si le médecin retraité souhaite reprendre une activité, il devra, s'il n'a pas exercé pendant plus de 3 ans, se rapprocher de son conseil départemental afin d'envisager les modalités d'une éventuelle remise à niveau de ses connaissances. « *Mais savoir s'arrêter et se confier ou confier les siens à un confrère encore en activité est sans doute l'un des derniers devoirs du médecin* », conclut le D^r Faroudja.

Point de vue extérieur

Henri Chaffiotte, directeur de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)



« Anticiper et réfléchir à sa retraite le plus tôt possible »

Quels conseils donneriez-vous pour réussir sa cessation d'activité ?

Il est nécessaire d'anticiper et de réfléchir à sa retraite le plus tôt possible. Sachant qu'aujourd'hui l'âge moyen de départ en retraite des médecins libéraux se situe à 65 ans, mieux vaut s'en préoccuper bien avant 55 ans. En prévoyant des compléments de retraite, le médecin verra ses revenus de remplacement augmenter. La loi Madelin offre une défiscalisation attrayante qui permet de se constituer un complément de retraite.

Quels sont les points sur lesquels il convient d'être particulièrement vigilant ?

Il est important de vérifier que toutes les périodes d'affiliation ont bien été prises en compte. Il suffit au médecin de se connecter sur son espace personnel, gratuit et sécurisé eCARMF pour accéder à son relevé de situation en ligne (RISe). Il peut ainsi s'assurer qu'il ne lui manque aucune période. Dans le cas contraire, il doit s'adresser aux organismes auxquels il est affilié et faire rajouter les périodes manquantes. Il faut également s'interroger sur les possibilités de rachats, qui peuvent améliorer le montant des retraites. Attention : ces rachats doivent être effectués avant la liquidation des droits.

Existe-t-il d'autres écueils à éviter ?

Il ne faut pas cesser l'activité en cours de trimestre pour éviter une trop longue période sans ressource. En cas de poursuite d'activité dans le cadre du cumul, il convient

de conserver l'assurance responsabilité civile professionnelle. Enfin, il est préférable d'harmoniser les dates de départ auprès des différents régimes de retraite.

Est-il possible d'évaluer le niveau de sa future retraite pour ne pas se laisser surprendre par une baisse de revenus ?

Des conseillers de la CARMF se tiennent à la disposition du médecin affilié pour l'aider à faire cette évaluation. Ensemble, ils étudient les différents scénarios envisageables. Le médecin peut également demander au service allocataires de la CARMF d'évaluer sa pension et d'examiner les possibilités de rachats de points et/ou de trimestres selon les régimes. Par ailleurs, il ne faut pas hésiter à recourir aux informations et outils accessibles sur l'espace eCARMF. Un simulateur de retraite permet de faire des projections de retraite à différents âges. Des guides (« Préparer sa retraite », « Cumul retraite et activité libérale ») sont téléchargeables gratuitement.

Comment choisir la bonne date pour partir ?

Au cours de la carrière du médecin, chaque activité permet de réunir des trimestres d'assurance dans le régime de base. C'est le total de ces derniers qui conditionne l'âge de départ en retraite. De plus, les points acquis aux trois régimes de retraite de la CARMF déterminent le montant à percevoir indépendamment des droits acquis auprès d'autres régimes de vieillesse.

vos informations pratiques



le guide juridique

24. décryptage

Mutilations sexuelles féminines : comment les médecins peuvent agir?

26. en bref

Sport scolaire : le certificat médical n'est plus obligatoire
Diagnostic prénatal et IVG

27. pratique

Certificats médicaux pour les dossiers MDPH
Le certificat médical pour personne majeure en cas de violences
Que penser des autotests de dépistage du VIH ?



www.conseil-national.medecin.fr

**Retrouvez votre information de référence
sur le site de l'Ordre des médecins**

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace Médecin
- Les rapports et les publications de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires

Mutilations sexuelles féminines

Comment les médecins peuvent agir ?

Le Pr Jacques Milliez, gynécologue, conseiller ordinal de Paris, membre de l'Académie de médecine et secrétaire général de l'ONG Équilibres et Populations, a tenu via ce bulletin à informer les médecins sur les mutilations génitales féminines. De la prévention à la reconstruction, les praticiens ont en effet un rôle déterminant.

En France, environ 53 000 femmes' ont subi des mutilations génitales. Il s'agit le plus souvent de personnes originaires d'Afrique subsaharienne qui ont été mutilées dans leur pays au cours d'un séjour. Dans la tradition, cette pratique est considérée comme un rite de passage de la vie de petite fille à la vie de femme, avec la croyance que sans cette mutilation génitale, les jeunes filles ne pourront pas s'insérer dans le tissu traditionnel social et se marier. Mais ces mutilations peuvent engendrer d'importantes séquelles chez les jeunes femmes. Elles représentent de graves atteintes à la dignité, à l'intégrité et à la vie des femmes.

Quelles sont ces mutilations ?

L'OMS définit les mutilations sexuelles féminines comme toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins pratiqués à des fins non thérapeutiques. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une clitoridectomie, une ablation du clitoris qui peut être totale ou partielle (uniquement le capuchon clitoridien). Mais il y a également des formes plus sévères telle l'abrasion des petites lèvres, de la vulve ou plus grave encore, l'infibulation, c'est-à-dire la fermeture des voies génitales par la suture des grandes ou petites lèvres. Il s'agit d'une mutilation dite pharao-

nique, rencontrée très rarement et pratiquée essentiellement en Égypte. Les mutilations sont le plus souvent pratiquées chez des fillettes de 3 à 6 ans. Mais elles peuvent être parfois être réalisées sur des adolescentes.

Quelles sont les conséquences de ces mutilations ?

Elles portent bien sûr sur l'obstétrique, avec notamment des complications lors de la grossesse et de l'accouchement. Mais la conséquence la plus importante est le déficit d'épanouissement sexuel accompagné de souffrances psychologiques.

Que dit la loi sur ces mutilations ?

Les mutilations sexuelles féminines sont considérées comme un crime dans tous les pays occidentaux. Elles sont donc punies par le code pénal. En

France, l'auteur d'une mutilation et le responsable de l'enfant mutilé peuvent être poursuivis. Ils encourent 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende. La peine peut être portée à 15 ans si la mutilation est commise sur un mineur de moins de 15 ans, et à 20 ans si l'auteur est un ascendant ou parent légitime, naturel ou adoptif ou toute personne ayant autorité sur le mineur (articles 222-09 et 222-10 du code pénal). La victime peut, quant à elle, porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité, soit jusqu'à l'âge de 38 ans, pour faire condamner ces violences devant la justice française. Ces mutilations sont également considérées comme un crime dans la majorité des pays d'Afrique. Mais elles ne sont que très rarement sanctionnées.

1. Source : Institut national d'études démographiques (Ined).

ÉQUILIBRES ET POPULATIONS

Équilibres et Populations a été créée par le Dr Marie-Claude Tesson-Millet, qui a beaucoup milité contre les mutilations génitales féminines. Avec l'aide de M^e Linda Weil-Curiel, l'ONG a ainsi obtenu la pénalisation de ces pratiques dans beaucoup de pays africains et en particulier en Afrique de l'Ouest. Au-delà de ces actions, Équilibres et Populations mène de nombreuses actions en Afrique, notamment pour améliorer la santé des femmes, prévenir et lutter contre le sida ou encore favoriser l'éducation des filles.

+ d'infos :

www.equipop.org - info@equipop.org

1^{er}

moyen d'action

PARLER DE CETTE QUESTION

Il ne faut pas hésiter à poser la question aux femmes concernées, leur demander si elles ont subi des violences, des mutilations sexuelles. C'est une question qui doit s'inscrire dans l'interrogatoire du médecin au même titre que les antécédents. Et si elles s'ouvrent et décident d'en parler, le médecin doit pouvoir les écouter et les informer en leur communiquant des contacts d'associations ou de sites spécialisés dans l'accompagnement de ces personnes (*voir encadré*).

2^e

moyen d'action

PROPOSER UNE « RÉPARATION »

Il y a une trentaine d'années, le D^r Pierre Foldès, chirurgien urologue, a mis au point une technique de « réparation » chirurgicale des femmes excisées. Il a également trouvé le moyen de restaurer en grande partie le sexe mutilé en reconstituant un clitoris. Ces opérations permettent aux victimes de retrouver une vie normale dans la plupart des cas. Le D^r Foldès a formé à ces techniques de nombreux médecins. De plus en plus de services hospitaliers proposent ainsi ces interventions. Depuis 2004, l'opération est prise en charge par la Sécurité sociale.

3^e

moyen d'action

PRÉVENIR ET SIGNALER

Les médecins ont un rôle de prévention important à jouer pour éviter que les petites filles d'origine africaine qui vivent en France ne subissent ces mutilations. En effet, celles-ci sont pratiquées dans le pays d'origine à l'occasion d'un séjour ou de vacances. Les jeunes filles sont emmenées par les parents ou les grands-parents. Or, la plupart du temps, elles vont avoir besoin d'un certificat de vaccination ou d'une visite médicale pour pouvoir partir. À cette occasion, le médecin doit vérifier que le clitoris de petite fille est intact. Il doit ensuite informer les parents ou les grands-parents qu'il fera un contrôle au retour de l'enfant et que si, à ce moment-là, il constate une mutilation, il sera dans l'obligation de le signaler auprès du procureur ou du substitut. S'il ne voit pas l'enfant à son retour, le médecin pourra faire un signalement à titre préventif.

CONTACTS UTILES

- **Le ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes**

Site consacré aux violences faites aux femmes, et numéro anonyme et gratuit Violences femmes info : 3919.

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr>

- **Institut en santé génésique de Saint-Germain-en-Laye**
Centre pilote créé par le D^r Foldès, pour la prise en charge des femmes victimes de violence et la formation des professionnels de santé.
www.institutensantegenesique.org

- **La Fédération nationale GAMS**

Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, qui informe, soutient les victimes et les accompagne (gratuitement et anonymement).

<http://federatingams.org>

– directrice@federatingams.org

- **Centre hospitalier de Saint-Denis, maternité Delafontaine**

Plaquette d'information pour la prise en charge des mutilations sexuelles.

<http://maternite-delafontaine.fr/ressources/prise-en-charge-mutilations-sexuelles.pdf>

- **Excision, parlons-en !**

Réseau qui met en œuvre des actions pour mettre fin à l'excision.

www.excisionparlonsen.org

– marion@excisionparlonsen.org

- **Femmes solidaires**

Association engagée pour faire reculer toutes formes de discriminations et développer une éducation non sexiste et non violente.

<http://femmes-solidaires.org>

– femmes-solidaires@wanadoo.fr

Le dossier médical de santé au travail

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié une nouvelle version du rapport sur le dossier médical en santé au travail (DMST). Ce document détaille le contenu du dossier, les éléments communicables ainsi que les principes de communication. Il aborde également le cas particulier du Dossier médical informatisé de MDT (DIST) et explique les dispositions quant à la conservation des DMST.

+ d'infos :

www.conseil-national.medecin.fr/node/1676

Grouperments hospitaliers de territoire

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux grouperments hospitaliers de territoire, précisant les règles d'élaboration de la convention constitutive de grouperment hospitalier de territoire, la définition du projet médical partagé des établissements parties au grouperment hospitalier de territoire, les modalités de mise en place et de fonctionnement des instances communes ainsi que le périmètre des fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au grouperment hospitalier de territoire.

+ d'infos :

www.conseil-national.medecin.fr/ (rubrique Juridique / Veille juridique)



Sport scolaire : le certificat médical n'est plus obligatoire

Les jeunes qui font partie d'associations sportives au sein de leur collège ou lycée ne sont désormais plus obligés de fournir un certificat médical de non-contre-indication. L'article 552-1 du code de l'éducation, modifié par la loi de modernisation de notre système de santé, est désormais ainsi

rédigé : « *Composantes de l'éducation physique et sportive, les activités physiques et sportives volontaires des élèves sont organisées dans les établissements par les associations sportives scolaires. Tout élève apte à l'éducation physique et sportive est réputé apte à ces activités physiques et sportives volontaires.* »



Diagnostic prénatal et IVG

Le code de la santé publique fait une distinction précise entre l'IVG et l'IMG, en définissant chacun des termes au sein de deux chapitres distincts (« Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse » – articles L.2212-1 à L.2212-11 du code de la santé publique) – et « Interruption de grossesse pratiquée pour un motif médical » – articles L.2213-1 à L.2213-3 du code de la santé publique). L'IVG est pratiquée à la demande de la femme lorsque la grossesse est inférieure à 12 semaines. Les conditions définies aux articles L.2212-2 et suivants du code de la santé publique ne mentionnent en aucun cas l'interdiction de pratiquer une interruption volontaire de grossesse après avoir réalisé un diagnostic prénatal. Lorsqu'une femme est dans une démarche de diagnostic prénatal, elle peut décider à tout moment d'arrêter le processus si elle le

souhaite et demander une IVG, si les délais réglementaires le permettent, sans avoir besoin de justifier sa demande. La loi du 5 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a supprimé toute notion de situation de détresse. Ainsi, dans cette situation (démarche de diagnostic prénatal en cours), la femme doit pouvoir recourir à une IVG si elle le demande, après avoir été informée que ce choix ne lui permettra pas d'aller au terme du diagnostic prénatal (notamment l'examen fetopathologie) et donc de bénéficier d'éventuels conseils génétiques utiles pour des grossesses ultérieures. Un praticien qui pratique une IVG à la demande d'une femme dans les délais légaux, même si celle-ci a débuté et arrêté une démarche de diagnostic prénatal, n'effectue donc pas un acte illégal au regard du droit français.

Certificats médicaux pour les dossiers MDPH

Pour constituer un dossier auprès d'une maison départementale des personnes handicapées (MDPH), un certificat médical Cerfa minutieusement et entièrement renseigné est fondamental.

Il a en effet d'importants retentissements sur tous les actes essentiels de la vie quotidienne, socioprofessionnelle ou scolaire du patient.

Le certificat médical Cerfa n°13878*O1 demandé pour constituer un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), est un élément déterminant pour une juste attribution des prestations accordées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). La rédaction de ce certificat médical est donc un moment important et doit permettre de répondre au mieux à la demande de votre patient et à l'évaluation de son handicap. Ce certificat est valable pour un adulte comme pour un enfant.

Les conditions permettant d'accorder ou non à une personne une ou plusieurs des prestations relevant de la CDAPH ne sont pas uniquement médicales, car la définition du handicap est multidimensionnelle. Elle nécessite également d'aborder les activités et la participation de la personne à la vie sociale, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux qui influent sur leur réalisation.

Comment remplir le certificat ?

Pour remplir ce certificat, l'application du guide barème, la description du handicap l'emporte sur l'énumération des pathologies. Il doit donc permettre de décrire les éléments de la pathologie du patient qui retentissent de façon notable sur sa situation de handicap. Pour les jeunes enfants, tous les éléments éventuellement en rapport avec la grossesse, l'accouchement, le poids de naissance, la prématurité... sont à mentionner ici. Les antécédents sont à préciser s'ils sont en rapport avec le handicap ou de nature à influencer sur l'ensemble de la situation de la personne. Il est très important de préciser les symptômes associés comme la douleur, l'asthénie, les retentissements psychiques, qui pourront être pris en compte dans l'évaluation de la situation de handicap et des besoins de la personne. Pour les pathologies psychiatriques en particulier, il est important également, au-delà du diagnostic, de décrire la symptomatologie qui peut

en elle-même avoir un retentissement sur la situation globale de la personne. Il faut souligner l'importance de la description des symptômes, leur fréquence, leurs répercussions dans la vie quotidienne, le stade des pathologies, la tolérance des appareillages, les traitements et les éventuelles perspectives thérapeutiques... La description des pertes de mobilité, des gênes fonctionnelles dans la vie quotidienne et les inhibitions sociales sont également des plus utiles.

Si vous connaissez le code de la pathologie dans la Classification internationale des maladies (CIM), vous pouvez l'indiquer mais ce n'est pas une obligation.

Pour conclure, lors de la rédaction de ce certificat, il faut garder en tête que si le diagnostic est important, seules les limitations des capacités et leurs répercussions dans la vie quotidienne, la vie sociale et/ou professionnelle sont déterminantes pour l'évaluation de l'incapacité de la personne.

Le certificat médical pour personne majeure en cas de violences

L'Ordre des médecins a mis au point un modèle de certificat à utiliser pour une personne majeure victime de violences physiques ou psychiques.

L'objectif : guider le médecin dans la rédaction de ce document qui, s'il n'est pas réalisé selon certaines règles, peut être l'objet de sanctions civiles, pénales ou disciplinaires.

L'article 44 du code de déontologie médicale indique que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. » Le médecin peut ainsi être amené à établir un certificat médical pour décrire les sévices.

Dans quelles situations ?

- **Lorsque la personne est vulnérable** (enceinte, âgée, sous protection juridique, en situation de handicap, etc.), le médecin peut réaliser ce certificat et déposer plainte en personne de sa propre initiative, dès lors qu'il constate des lésions ou des signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux révélateurs de violences.

- **Lorsque la personne n'est pas vulnérable**, le médecin ne peut agir sans l'accord du patient. C'est donc à la demande de la victime ou une fois qu'il a obtenu son accord, que le praticien peut rédiger un certificat. Ce document va permettre à la victime de porter plainte auprès des services de police ou de gendarmerie. Le médecin peut également proposer au patient de porter plainte lui-même.

À savoir : même si la victime n'a pas l'intention de porter plainte dans l'immédiat, ce certificat médical est très important parce qu'il pourra être utile si elle se décide ultérieurement.

Comment le rédiger ?

Lors de la rédaction du certificat, le médecin décrit de façon précise et objective les signes cliniques et psychiques constatés. Il peut prendre des photos qui viendront compléter le certificat et prescrire des examens complémentaires s'il le juge nécessaire. En revanche, il ne doit en aucun cas se prononcer sur le contexte, sur la réalité des faits (causes, techniques ou objets utilisés), sur la responsabilité d'un tiers ou sur le caractère volontaire ou non de ces violences. Les paroles du patient doivent impérativement être mises entre guillemets. Une fois le certificat rédigé, le médecin en remet un exemplaire à la victime (y compris les photos s'il y en a). Il conserve un exemplaire du dossier. Celui-ci attestera de l'authenticité des documents.

Selon l'article 226-14 du code pénal, un certificat conforme à ces conditions « ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire

de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

En cas de doute...

Dans la mesure où chaque cas est particulier, il n'est pas toujours évident pour le médecin de savoir quoi faire. En cas de doute, il ne faut donc pas hésiter à contacter le conseil national de l'Ordre des médecins. Les juristes du Cnom peuvent en effet répondre aux questions et apporter des conseils éclairés.

Et ensuite ?

Outre l'établissement de ce certificat, le médecin peut mettre en rapport la victime avec des associations. C'est souvent indispensable lorsqu'il s'agit de personnes victimes de violences dans le cadre conjugal. Enfin, il est essentiel de demander à ses patients, lorsqu'ils viennent en consultation, s'ils ont déjà été victimes de violences. Poser simplement la question peut permettre à une personne de s'ouvrir voire d'entamer une démarche vers l'autonomie.

D' Irène Kahn-Bensaude,
vice-présidente du Cnom

+ d'infos :

www.conseil-national.medecin.fr/node/1675

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE Sur demande de la personne et remis en main propre

Un double doit être conservé par le médecin.

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : à heure
à (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) une personne qui me dit
s'appeler Madame ou Monsieur (nom, prénom)
date de naissance (en toutes lettres) :

FAITS OU COMMÉMORATIFS :

La personne déclare « avoir été victime le (date), à heure
à (lieu), de
..... ».

DOLÉANCES EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de «
.....
..... ».

ÉTAT ANTÉRIEUR : (éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés)

.....
.....

EXAMEN CLINIQUE : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- Sur le plan physique :
- Sur le plan psychique :
- État gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL :

L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). À titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

La durée d'incapacité totale de travail est de (en toutes lettres),
sous réserve de complications.

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :
« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit ».

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), **SIGNATURE** et **TAMPON DU MÉDECIN** :

Que penser des autotests de dépistage du VIH ?

Depuis le 15 septembre 2015, des autotests de dépistage du VIH sont disponibles dans les pharmacies. Petit point sur ce dispositif, ses avantages mais aussi ses limites...

En France, 150 000 personnes vivent avec le VIH, dont 30 000 sans le savoir. Un véritable enjeu de santé publique d'autant plus que chaque année, plus de 6 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Pour faciliter le dépistage, le ministère de la Santé a autorisé la mise en vente d'autotests dans les pharmacies. Toute personne, majeure ou mineure, peut ainsi y avoir accès. Le prélèvement et l'interprétation sont directement effectués par l'intéressé. Le prix de cet autotest est libre : entre 25 et 28 euros selon les pharmacies, soit le double d'une analyse réalisée en laboratoire. Via ce dispositif, le ministère compte toucher les personnes vivant loin des centres spécialisés, ou celles qui ne souhaitent pas faire ouvertement cette démarche. Il faut savoir que la majorité de ces autotests sont vendus via des officines en ligne. Si l'Ordre est favorable à un accès au dépistage rendu plus aisé, il émet néanmoins quelques réserves.

Seul face au diagnostic

La première réserve du Cnom concerne l'accompagnement du patient. Si le test se révèle positif, quelle va être la réaction de la personne ? Va-t-elle savoir vers qui se tourner ? Le VIH fait toujours peur, il ne s'agit pas d'une pathologie anodine. Face à un tel résultat, il n'est pas exclu qu'une personne soit submergée par l'angoisse. Elle peut aussi décider d'ignorer le diagnostic ou être dans le déni. C'est pourquoi l'Ordre plaide en faveur d'un dépistage encadré par des

professionnels de santé qui peuvent orienter et accompagner le patient dès le diagnostic.

Une information peu lisible

Qu'il s'agisse de la notice ou des formations délivrées aux pharmaciens, l'information autour de ces autotests est insuffisante et manque de lisibilité. Il est en effet absolument indispensable de rappeler clairement que si ce test est effectué moins de 3 mois après une conduite à risque, il peut révéler un faux négatif. Il faut en effet 3 mois, voire parfois 6 mois, pour que les anticorps VIH soient en quantité suffisante pour être détectés. L'obtention d'un résultat négatif doit donc ouvrir à un nouveau test de dépistage au moins 3 mois après le premier test, pour avoir la certitude d'être non contaminé et donc non contaminant. Par ailleurs, tout résultat positif doit être confirmé par un test conventionnel de type « Elisa » de 4^e génération. Dans ce cas également, la notice devrait également indiquer de façon plus lisible la procédure à suivre en cas de résultat positif.

Des résultats trompeurs

Autre problématique : le test peut se révéler négatif pour une personne séropositive traitée. Chez les nouveaux couples, il est de plus en plus fréquent de faire un test de dépistage du VIH. Or les résultats ne sont pas fiables pour les personnes porteuses du VIH et sous traitement. Ce test peut ainsi participer à la tromperie d'un partenaire en révélant un faux négatif.

Un court-circuit dans l'épidémiologie

L'infection par le VIH est l'une des 32 maladies à déclaration obligatoire. Un médecin diagnostiquant une infection au VIH est ainsi tenu de faire une déclaration auprès de l'Institut national de veille sanitaire (InVS). De cette façon, le ministère de la Santé dispose d'informations, notamment sur les foyers de contamination, qui vont lui permettre de lutter plus efficacement contre ces maladies. Or une personne découvrant sa séropositivité par un autotest peut décider de ne pas aller voir de médecin, court-circuitant ce dispositif de surveillance.

De faux tests sur Internet

Enfin, de faux autotests sont en vente sur Internet. Ils sont souvent proposés dans le cadre de promotions ou avec d'importants rabais. Ils ne sont pas conformes aux normes CE et donc présentent un risque majeur en termes de fiabilité.

Quelle place pour le médecin dans cette démarche ?

Le médecin doit éclairer son patient du mieux possible, le guider dans ce qu'il doit faire, lui prescrire les examens adaptés et, surtout, assurer son suivi après le résultat pour lui offrir une prise en charge cohérente.

D^r Jean-Marie Faroudja et Caroline Héron de la section Éthique et Déontologie, D^r Jean-François Rault et Cécile Bissonnier de la section Santé publique et Démographie médicale

culture médicale

Le guide des certificats et autres écrits médicaux,
D^{rs} Ariel Toledano
et Philippe Garat,
préface des D^{rs} Patrick Bouet et
André Deseur, président
et vice-président du Cnom,
éditions Med-Line, 15 euros.



LE GUIDE DES CERTIFICATS ET AUTRES ÉCRITS MÉDICAUX

Quand faut-il écrire un certificat ? Comment le rédiger ? Quels sont les risques et les pièges ? Ce guide fait le point sur ce qu'il faut savoir... avant d'écrire. Cet exercice peut en effet s'avérer délicat, et parfois dangereux. Les demandes abusives, injustifiées ou incongrues de certains patients peuvent être à l'origine de plaintes auprès des instances ordinales ou judiciaires. Ce guide recense ainsi les différents certificats et leurs pièges éventuels et précise la responsabilité judiciaire du praticien. Enfin, il propose l'analyse de 21 certificats ayant abouti à une procédure disciplinaire afin de montrer concrètement les erreurs à ne pas faire !

Derrière les maux, la vie,
Bérénice Geoffroy, préface
Emmanuel Hirsch,
éditions Fauves, 17 euros.



DERRIÈRE LES MAUX, LA VIE

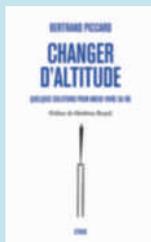
Dans cet ouvrage, l'auteur s'est attaché à livrer des récits de vie, au plus près de la maladie et de ses excès, ses douleurs, ses incertitudes... Neuf résidents d'appartements de coordination thérapeutiques (ACT) de l'association Cordia se sont ainsi confiés sur leurs forces et leurs fragilités quotidiennes. Un partage d'expériences sur les maladies chroniques invalidantes, riche, touchant et parfois déstabilisant et qui ne manque pas d'interroger...



Le Transhumanisme, faut-il avoir peur de l'avenir ?,
Béatrice Jousset-Couturier,
préface de Luc Ferry,
éditions Eyrolles, 16 euros.

LE TRANSHUMANISME

Ce courant de pensée qui prône l'usage des sciences et des techniques pour améliorer l'espèce humaine, en augmentant ses performances physiques et mentales interroge autant qu'il inquiète. Certains aspects de la condition humaine tels que le handicap, la maladie, le vieillissement ou la mort subie sont en effet considérés par les transhumanistes comme inutiles et indésirables. À travers cet essai accessible, synthétique et vivant, l'auteur propose d'éclairer l'actualité de façon constructive, en traçant un pont entre les fantasmes et la réalité.



Changer d'altitude,
Bertrand Piccard, éditions Stock,
19 euros.

CHANGER D'ALTITUDE

Pris dans les turbulences de la vie, nous cherchons tous notre chemin vers la réussite, l'équilibre, le bonheur, la sagesse. Mais développons-nous les bons outils pour y parvenir ? Bertrand Piccard combine son expérience d'explorateur et de médecin psychiatre, spécialisé en hypnose, pour nous proposer des solutions originales, déconcertantes parfois, à mettre en pratique. Dans ce livre, l'auteur, persuadé que l'esprit pionnier ne se limite pas à l'exploration du monde extérieur, souhaite promouvoir une meilleure qualité de vie.

Propos recueillis par Béatrice Jaulin | Photo : DR

D^r Pierre Chrétien,

médecin-conseil, chef de service à l'échelon local du service médical de Lille-Douai



« Cet exercice allie trois métiers en un »

« J'ai choisi de faire médecine par goût des sciences. Pendant plus de cinq ans, j'ai exercé la médecine générale dans une petite ville proche de l'agglomération lilloise. J'y ai noué des relations très riches avec certains patients. J'ai aussi vécu des expériences moins agréables. Le canton où j'exerçais était le plus médicalisé de la région. La pression concurrentielle était forte, celle des patients aussi. Ils avaient parfois tendance à demander tout et n'importe quoi, quels que soient le jour et l'heure. C'est en passant un DU de médecine sociale qui préparait au concours de médecin-conseil de l'Assurance maladie, que j'ai découvert ce secteur de la médecine, dont je ne savais pas grand-chose. J'ai tout de suite perçu qu'il répondait à mes attentes personnelles. Cet exercice particulier de la médecine allie en effet l'exigence scientifique à la richesse de la relation humaine et à la diversité des situations. En fait, il permet d'exercer trois métiers en un. La moitié de notre temps est consacrée aux dossiers des assurés, avec des consultations régulières sur des pathologies lourdes. Le reste de notre

activité se partage entre un travail d'échange et d'information auprès de nos confrères pour contribuer à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, et le contrôle qui peut mener au contentieux. Ce dernier s'exerce quand il y a une forte suspicion de comportement déviant, voire dangereux pour le patient. C'est assez rare. Le plus souvent, la relation de confiance que nous entretenons avec nos confrères lors de nos entretiens réguliers, permet d'éviter de tels cas. Aujourd'hui, je suis chef de service, avec une vingtaine de médecins-conseils collaborateurs. C'est un autre métier, plus tourné vers le management, mais aussi intéressant, varié et riche intellectuellement. J'ai un réel plaisir à l'exercer. Outre les conditions de travail agréables, le bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, j'apprécie de participer, avec d'autres, à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Au service des assurés, nous sommes en quelque sorte les garants du principe "le bon soin au meilleur coût". C'est ce qui donne tout son sens à notre métier. »

parcours

1985

Soutient sa thèse à la faculté de médecine de Lille.

1986-1992

Médecin généraliste à Sainghin-en-Mélantois.

1992

Après avoir passé le concours (1991), devient médecin-conseil à Saint-Quentin (Aisne), puis à Roubaix (1993)

2003

Devient médecin-conseil chef de service à Maubeuge

Depuis 2007

Médecin-conseil chef de service à Lille.



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr