médecins
N°9 JANVIER - FÉVRIER. 2010

POUR ALLER PLUS LOIN :
L'ACTUALITÉ EN LIGNE
www.conseil-national.medecin.fr

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

↘Dossier : **Coopération entre professionnels de santé :**

les Ordres en première ligne

p.22

↘L'essentiel
L'affichage des honoraires est obligatoire p.4

↘L'essentiel
Un accord pour favoriser la mobilité entre Québécois et Français p.6

↘Réflexion
L'impact des changements du climat sur la santé p.11

ABONNEZ-VOUS À NOTRE LETTRE D'INFORMATION MENSUELLE
http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins n°9
Janvier 2010

L'essentiel | 04
- L'affichage des honoraires est obligatoire

- Un accord pour favoriser la mobilité entre médecins français et québécois

Sur le terrain | 08
Portia (Hérault) : parler sans modération de l'alcoolisme

Ailleurs | 10
Le Conseil européen des Ordres se « muscle »

Réflexion | 11
L'impact des changements climatiques sur la santé

La voix des associations | 28
L'Aide aux familles et entraide médicale (Afem)

Courrier des lecteurs | 30

Culture médicale | 31
La sélection du mois

À vous la parole | 32
Dr Laurent Bonnardot, ORL, missionné en République centrafricaine pour MSF

Dossier | 22

Coopération entre professionnels de santé : les Ordres en première ligne

La nouvelle organisation des soins impulsée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » s'appuie sur un élargissement des coopérations entre professionnels de santé pour améliorer les prises en charge sur les territoires de santé, la qualité et le suivi des soins. Il reste à définir les modalités de ces coopérations, comme l'ont rappelé les différents acteurs d'un récent débat du Cnom.

Cahier jurispratique | 13

QUALIFICATIONS Changer de spécialité sans repasser l'internat | 13
CERTIFICAT MÉDICAL Les demandes de certificats médicaux en milieu scolaire | 14
INSCRIPTION Précisions sur l'inscription au tableau de l'Ordre | 15
SIGNALEMENT MALTRAITANCE INFANTILE : quels sont les devoirs des médecins? | 16
PROTECTION JURIDIQUE Le mandat de protection future | 17 | La sauvegarde de justice | 20

Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages
à l'Ordre des médecins
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08
ou par mail
conseil-national@cn.medecin.fr

Sur une note d'espoir

Dr Michel Legmann,
président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Les médecins ont effectué leur devoir et joué leur rôle dans l'organisation de la vaccination. »

Après une année 2009 marquée par la crise et la pandémie grippale, c'est sur une note d'espoir que j'aimerais introduire ce premier édito de l'année 2010. Et cet optimisme, c'est aux médecins que je le dois. Car, malgré les difficultés, malgré la pénurie de praticiens dans certaines zones, les médecins ont répondu positivement aux pouvoirs publics pour l'organisation de la campagne de vaccination contre le virus A/H1N1. Ils ont massivement effectué leur devoir et joué leur rôle dans l'organisation de la santé publique. Fortement sollicité par les pouvoirs publics pour renforcer la mobilisation, le Conseil national de l'Ordre des médecins se réjouit de cette participation conséquente et responsable.

Pour autant, on peut regretter que la vaccination n'ait pas pu être organisée plus simplement. Se faire vacciner dans un gymnase ou dans une salle polyvalente, dans un lieu parfois éloigné de son domicile, par des professionnels dévoués mais inconnus, après beaucoup d'attente, cela a pu rebuter certains de nos concitoyens ! Si les médecins avaient pu vacciner leur patientèle plus tôt dans leur cabinet, il est probable que les Français seraient allés se faire vacciner avec moins d'appréhension. Mais, là aussi, nous avions affirmé que cela serait possible.

Je suis certain que des formules forfaitaires et appropriées auraient pu être mises en place avec l'accord des médecins qui conservent le sens du devoir et de la mesure. Ils ne méritent certainement pas les propos désobligeants et inutilement agressifs que certains ont cru bon de tenir, en se déconsidérant par là même.

Restons optimistes pour cette nouvelle année et permettez-moi de vous adresser à vous tous, chers collègues, et à vos familles mes meilleurs vœux de santé et de satisfaction professionnelle.

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 André Deseur – COORDINATION : Evelyne Acchiardi – CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier – DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy – IMPRIMERIE : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : Janvier 2010 – n° 16758 – ISSN : numéro en cours.

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

Réglementation

L'affichage des honoraires est obligatoire

Tous les médecins « qui reçoivent des patients » doivent afficher leurs honoraires. Rappel de la réglementation.

© Burger/Phanie

Depuis un décret du 12 février 2009, les professionnels de santé doivent afficher le tarif de leurs actes dans leur cabinet.

1 Depuis le décret paru au *Journal officiel* du 12 février 2009, l'obligation d'affichage s'impose aux médecins « qui reçoivent des patients ». Un médecin spécialiste (médecin biologiste ou anatomo-cyto-pathologiste) qui ne recevrait des patients qu'exceptionnellement doit cependant afficher ses honoraires et les tarifs de ses actes. L'obligation d'affichage s'impose également aux praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale à l'hôpital.

2 Conformément à l'article R. 1111-21 du code de la santé publique, les médecins doivent afficher les tarifs des honoraires ou la fourchette des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux prestations suivantes dès lors qu'elles sont effectivement proposées : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins ainsi qu'au moins cinq des actes les plus couramment pratiqués par le médecin. Si le médecin effectue même ponctuellement certains de ces actes, l'affiche doit obligatoirement en indiquer les tarifs.

3 Dans un cabinet de groupe, si tous les médecins relèvent du même secteur conventionnel et pratiquent les mêmes actes et tarifs, l'affiche peut être commune. Elle doit préciser le nom de tous les praticiens.

4 L'affiche doit être apposée de manière visible et lisible dans la salle d'attente. L'information doit être accessible et compréhensible et l'affiche ne doit pas être dissimulée au regard des patients. À défaut de salle d'attente, elle doit être apposée de manière tout aussi visible et lisible dans le cabinet de consultation du médecin.

5 Pour simplifier l'information du patient, il n'est pas nécessaire de détailler le tarif des actes et des majorations (exemple CS + MPC + MCS). Il faut simplement faire figurer le montant final de l'acte.

DES SANCTIONS EN CAS DE NON-AFFICHAGE

Ne pas afficher ses honoraires ou les afficher sans respecter les obligations légales est désormais passible de sanctions administratives pouvant aller jusqu'à 3000 euros.

• En cas de première constatation, un avertissement sera adressé au médecin « mentionnant la date du contrôle, les faits constatés ainsi que le montant maximum de l'amende administrative encourue ». Le médecin a 15 jours pour se mettre en conformité avec le décret.

• Passé ce délai, en cas de nouvelle constatation, le représentant de l'État dans le département notifie les manquements reprochés et le montant de l'amende administrative envisagée au professionnel, afin qu'il puisse présenter ses observations écrites ou orales, dans le délai de 15 jours francs à compter de la notification. À l'issue de ce délai, le représentant de l'État peut prononcer une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3000 euros.

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a conçu quatre modèles d'affiche pour chaque catégorie de médecins : généraliste, secteur 1 ou 2; spécialiste, secteur 1 ou 2. Pour consulter ces fiches et les adapter à votre pratique : www.conseil-national.medecin.fr

L'Ordre apporte son soutien aux médecins du travail de France Télécom

L'Ordre a apporté publiquement son soutien aux médecins du travail de France Télécom qui se disent victimes de pressions et rencontrent des difficultés dans leur exercice professionnel pour respecter et faire respecter les règles de la déontologie médicale.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a été alerté par plusieurs médecins du travail de France Télécom sur les risques de dérapage déontologique qui pèsent sur eux depuis la mise en place des cellules d'écoute et d'accompagnement, au sein de cette société, en 2008. Dans un communiqué publié en décembre dernier, le Cnom a tenu à rappeler les principes qui doivent présider à la création de ces structures. « *Les dispositifs doivent être créés dans le seul intérêt des salariés et dans le souci unique de prévenir les situations de souffrance au travail. Il ne doit en aucun cas s'agir d'outils utilisés par l'employeur pour pallier les carences de sa politique managériale ou pour tous autres usages (contrôle de l'absentéisme…). Ces dispositifs doivent respecter la déontologie médicale (indépendance professionnelle des médecins du travail, secret médical…) ainsi que la confidentialité de la vie privée des salariés. Ces dispositifs doivent enfin respecter le rôle et les missions impartis par le code du travail aux médecins du travail et maintenir ceux-ci dans le processus d'aide aux salariés souffrant. Cela implique, lorsque le médecin du travail assure lui-même l'accompagnement de ce salarié, que les moyens de cet accompagnement lui soient donnés et que ses recommandations soient entendues et mises en œuvre.* » Le Cnom rappelle qu'il a publié des « recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux » en octobre 2008. Elles peuvent être consultées sur le site du Cnom.

© Voisin/Phanie

Des cellules d'écoute et d'accompagnement ont été mises en place par France Télécom en 2008.

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

Les Ordres africains de l'UEMOA au cœur des réformes de santé

L'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) cherche aujourd'hui à harmoniser et à unifier les politiques économiques et monétaires des pays de l'Ouest africain. Parmi ses travaux figure l'harmonisation des formations et des règlements intérieurs dans le domaine de la santé afin de favoriser la libre circulation des médecins. C'est dans ce cadre que s'est tenue la deuxième réunion des présidents des Ordres des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes d'Afrique de l'Ouest, du 21 au 23 octobre dernier à Abidjan (Côte d'Ivoire). Le Dr Louis-Jean Calloc'h, auditeur au Conseil national de l'Ordre, était invité comme observateur à cette réunion, en tant que secrétaire général de l'Association médicale française. « *J'ai eu la surprise de constater que là-bas, la libre circulation des médecins se préparait tout naturellement en concertation avec les Ordres des professions médicales. La présence systématique des structures ordinales aux réunions de travail de l'UEMOA autour de l'organisation de la santé est un acquis fondamental. Nos confrères y sont très attachés et ce point a été intégré aux recommandations qu'ils ont envoyées à leurs ministres de la santé respectifs : s'ils sont sollicités par les instances de l'UEMOA, qu'on ne les néglige pas dans leurs propres instances nationales !* »

Un accord pour favoriser la mobilité entre médecins québécois et français

L'Ordre des médecins et le ministère de la Santé ont signé un arrangement de reconnaissance mutuelle avec les autorités du Québec pour intensifier les échanges universitaires et favoriser la mobilité des médecins entre ces deux pays.

Cet accord a été signé par le Dr Bernard, vice-président du Collège médecins du Québec et le Dr Legmann, président de l'Ordre, en présence des autorités politiques des deux pays.

© DR

Le 27 novembre dernier, le Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, et le Dr Charles Bernard, vice-président du Collège des médecins du Québec, ont signé à Paris l'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) pour la profession médicale, en présence de Jean Charest, Premier ministre du Québec, et de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports. Objectif : intensifier la mobilité entre médecins français et québécois, comme l'a souligné le Dr Yves Lamontagne, président-directeur général du Collège des médecins du Québec, absent le jour de la signature. « *Il faut se féliciter de cet accord qui souligne, s'il en est besoin, la grande proximité en termes de qualité et de niveaux de compétence dans le domaine de la santé, comme de bien d'autres, entre le Québec et la France. Il est certain qu'il s'agit là d'un prélude à de nombreux autres accords non seulement dans la santé mais, à coup sûr, dans d'autres secteurs où les échanges s'avéreront nécessaires* », a renchéri le Dr Michel Legmann. L'ARM s'applique exclusivement aux médecins ayant effectué leur formation pré- et postdoctorale (cours de médecine et résidence) dans une faculté québécoise ou française et ayant travaillé pendant au moins deux ans. Ces médecins doivent également exercer l'ensemble des champs de compétences couverts par leur spécialité. Actuellement, 29 spécialités sont concernées. La mise en œuvre de cet arrangement sera effective dès la publication d'un arrêté par le ministère de la Santé, début 2010.

+ D'INFOS :

- www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/EntenteFrance@c.aspx
- Lire le communiqué du Conseil national de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr

Faux médicaments
L'appel de Cotonou et après ?

Mi-octobre au Bénin, Jacques Chirac a lancé l'appel de Cotonou, aux côtés de chefs d'État africains. Objectif : inciter les responsables politiques du monde à se mobiliser contre le commerce illicite de médicaments falsifiés. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les faux médicaments représenteraient 10 % des produits de santé en circulation dans le monde, soit une manne financière de 50 milliards d'euros. « *Cet appel a eu un écho médiatique extraordinaire,* souligne le Dr Louis-Jean Calloc'h, auditeur au Conseil national et secrétaire général de l'Association médicale française. *Tous les ordres, dont ceux des médecins africains, sont reconnaissants envers la Fondation Chirac d'avoir ainsi porté cette cause. Ils cherchent maintenant à mobiliser davantage leurs ministres de la Santé et les opinions publiques des pays africains concernés. Ils souhaitent organiser des groupes interdisciplinaires de réflexion et d'action* ». Début décembre, l'Union européenne a ainsi laissé entendre qu'elle pourrait mettre en place dès 2010 un système de traçabilité des médicaments, depuis leur fabrication jusqu'à leur vente.

+ D'INFOS SUR LE SITE :

www.fondationchirac.eu/appel-de-cotonou-2009/

en bref

SÉCURITÉ INFORMATIQUE ET EXIGENCE DÉONTOLOGIQUE

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance avec un grand intérêt de la déclaration de la ministre de la Santé indiquant qu'il était dans ses intentions de revoir le dispositif réglementaire relatif à la protection des données personnelles de santé *« dans un sens plus réaliste et plus protecteur »*. Cette déclaration gouvernementale est en parfaite cohérence avec les préconisations de l'Ordre sur ce sujet touchant à la fois à l'irréalisme de l'application du décret « Confidentialité » de 2007 et tout autant à la nécessité de garantir les droits des patients.

+ D'INFOS :

Lire l'intégralité du communiqué de presse : www.conseil-national.medecin.fr

Erratum dans le dossier HPST

Une erreur s'est glissée, page 23, dans le dossier de notre magazine *Médecins* de novembre-décembre consacré à la loi HPST. Concernant les obligations des médecins hospitaliers et retenue sur salaire, à la place de, ligne 2, « ... responsable de la formation médicale... », il faut lire « ... responsable de l'information médicale... ».

EN CHIFFRES

72 %

des médecins ayant répondu au sondage de notre newsletter se sont fait vacciner contre la grippe A. N'oubliez pas de vous abonner à la lettre électronique mensuelle du Conseil national de l'Ordre sur www.conseil-national.medecin.fr.

Affiches et plaquettes sur les traumatismes crâniens légers

L'association France Traumatisme crânien, en collaboration avec le ministère de la Santé, a édité plusieurs plaquettes et affiches d'information sur les traumatismes crâniens légers. Deux d'entre elles sont destinées aux patients (blessés adultes, blessés enfants et leurs parents) : les deux autres sont destinées l'une aux médecins généralistes et aux spécialistes concernés, l'autre aux médecins urgentistes. Ces plaquettes détaillent le rôle de ces professionnels dans l'évaluation et le suivi de l'évolution d'un traumatisme crânien léger.

Une nomination aux prix UJJEF 2009 !

***Médecins*, le magazine du Conseil national de l'Ordre des médecins a été nominé aux grands prix de la communication d'entreprise** décernés par l'UJJEF dans la catégorie « Journal externe destiné aux professionnels ». Nous voulions partager cette distinction avec vous qui êtes de plus en plus nombreux à nous écrire pour réagir à nos articles, nous faire part de vos coups de cœur ou de vos coups de gueule. Continuez! Vos commentaires et vos témoignages sont désormais publiés dans notre page « courrier des lecteurs » (cf. page 31).

+ D'INFOS :

www.ujjef.com

Textes : **Laurence Mauduit** Photos : **Patricia Lecomte**

Portia

Parler sans modération de l'alcoolisme

Pour prévenir l'alcoolisation des jeunes et venir en aide à tous ceux qui le demandent, les équipes mobiles médico-psycho-socio-éducatives de l'association Portia sillonnent 180 villages aux alentours de Montpellier pour parler de l'alcool, agir et orienter.

Réunion

Les équipes sont formées, les plannings établis et chacun repart avec sa feuille de route pour sillonner les villages, et être présent à chaque rendez-vous.

Près de 790 rencontres menées par les unités mobiles adultes, 366 rendez-vous montés pour les jeunes de 15 à 25 ans… À eux seuls, ces chiffres attestent du chemin parcouru en un an par cette jeune association qui fait face à une demande exponentielle. En poussant la porte du petit local de Portia, situé en plein centre de Montpellier, on comprend immédiatement que l'association n'investit que dans l'humain. Pas de bus de prévention, pas de communication à grande échelle… « *Nous ne cherchons pas à nous faire connaître, simplement à rendre service au bon moment aux personnes fragiles qui nous sont adressées,* explique Frédéric Bidault, administrateur et coordinateur de l'association depuis quatre ans. *Parler d'alcoolisme à celui qui est en face de soi reste extrêmement compliqué, c'est pourquoi animateurs, psychologues cliniciens, infirmières et médecins addictologues trouvent ensemble la méthode pour casser les rapports de force.* » Très engagé dans cette aventure, le Dr Yves Léglise évoque « *cette petite étincelle qu'il faut prendre le temps de voir pour orienter le malade, parfois très jeune, vers ceux avec lesquels il va se trouver le plus à l'aise pour parler* ». En proposant des rendez-vous individuels d'une demi-heure, le même jour, dans le même lieu et à la même heure, les équipes Portia guident les malades vers la sortie de la dépendance à l'alcool, y compris lorsque la vie est fracassée et que la personne a sombré dans la grande précarité. Pour décupler ses efforts, Portia a aussi formé plus de 300 professionnels de santé, soignants, paramédicaux et travailleurs sociaux. Désormais, l'association est connue des municipalités du département comme des services de la police et de la justice. Pendant les fêtes votives qui transforment chaque été l'agglomération de Montpellier en un véritable laboratoire d'alcoolisation, Portia a notamment mis en place les dispositifs Poz'Alco, des espaces sécurisés où 90 personnes mobilisées par Portia enseignent une autre façon de vivre la fête. Une invitation à la modération où l'on enseigne d'autres manières de s'amuser pour que le plaisir ne tourne jamais au cauchemar.

Dr Pascal Possoz,

gastro-entérologue-alcoologue

témoignage

« En formant des personnes relais, nous savons que notre action s'inscrit dans la continuité. Portia soutient les initiatives et s'appuie sur l'énergie des acteurs. À l'origine, les dispositifs de prévention pour les fêtes votives ont été imaginés pour répondre à la demande d'une municipalité qui s'est tournée vers nous. On observe que l'alcoolisation est une histoire de rythme et que les ivresses minute dont sont désormais capables de très jeunes adolescents exigent que nous inventions des réponses nouvelles et multiples. L'accueil, la compréhension, l'ouverture et surtout l'absence de représentation négative dans le regard de l'autre permettent de casser tout jugement de valeur et d'aborder le problème droit dans les yeux. Cela va bientôt faire vingt ans que le médecin américain Thomas E.Starzl a décrit l'alcoolisme non pas comme un vice, mais comme une maladie. »

+ D'INFOS

Portia : 06 20 91 36 28

Les années lycée

Sur le terrain, les animateurs vont à la rencontre des jeunes, comme ici au lycée agricole de Gigean, pour échanger et les sensibiliser aux problèmes de la dépendance.

Les passeurs

Un petit groupe de médecins qui se retrouvent une fois par mois pour échanger sur les expériences rencontrées et établir un lien avec les autres réseaux et les personnes formées par Portia.

Régularité

En proposant des rendez-vous individuels d'1/2 heure, le même jour et dans le même lieu, les équipes de Portia guident le malade vers la sortie de la dépendance. Une simple salle de conseil municipal prêtée par un maire peut ainsi devenir le lieu de ces rendez-vous très attendus.

Poz'Alco

Des dispositifs pour apprendre la modération sur les lieux de fête.

Textes : Arlette Chabrol

Le Conseil européen des Ordres se «muscle»

Réuni le 4 décembre dernier à Porto (Portugal), le Conseil européen des Ordres de médecins (CEOM) a décidé, après trente-sept années d'existence informelle, de renforcer ses structures. Objectifs : consolider le dialogue entre les pays de l'Union et contribuer ainsi à l'harmonisation des modes d'exercice de la médecine en Europe.

Dr Francis Montané, délégué général aux affaires européennes du Cnom

1. Ce qu'est le CEOM

Cet organisme, créé en 1971 sous l'impulsion du Conseil national de l'Ordre des médecins français (Cnom), s'est, au fil du temps, constitué en forum des autorités de régulation de la profession médicale en Europe. Il regroupe les dix-sept pays qui, au sein de l'Union, disposent d'une régulation effectuée par un Ordre ou un organisme professionnel similaire et veulent faire valoir les exigences particulières que requièrent les services de santé. Il reste à formaliser le dialogue avec les autres pays européens où la régulation est effectuée par un ministère ou une agence ministérielle.

2. La raison d'être de cette structure

L'Union européenne n'a pas réglé tous les problèmes induits par la libre circulation des patients et des médecins. Au-delà des textes qui posent les grands principes, de nombreux points doivent encore faire l'objet d'ajustements ou d'actualisation afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients dans tous les États membres. C'est un « chantier » d'envergure, face à 27 réglementations différentes, 27 cultures spécifiques ! Le CEOM s'est fixé pour mission de faire dialoguer les responsables des Ordres concernés afin de fournir aux institutions européennes des propositions réalistes et cohérentes.

3. Ses trois principaux axes de travail

- **L'éthique et la déontologie :** dans ce registre, le projet du CEOM est tout à la fois de rédiger un texte regroupant les principes de déontologie communs aux pays représentés et d'actualiser le code d'éthique européen, rédigé en 1987 et complété en 1995. Un groupe animé par l'Ordre italien est déjà à l'œuvre.
- **Les flux migratoires :** pour avoir une meilleure visibilité sur ce phénomène croissant, son ambition est de créer un observatoire européen des flux des médecins à l'intérieur des frontières de l'Union. En raison de son expérience dans ce domaine, le Cnom espère mener ce dossier à bien.
- **La régulation de la profession :** c'est le cœur des discussions. Dans les prochains mois, elles vont porter en priorité sur la révision de la directive 2005/36 prévue en 2012. La directive actuelle a harmonisé la durée de formation des médecins, mais pas les contenus. Il faut donc avancer sur ce sujet, mais aussi aller plus loin dans l'harmonisation des qualifications. Il faut également améliorer la transmission des sanctions, devenue cruciale avec la mobilité des médecins. Les débats sont ardus entre les pays d'Europe du Nord, partisans d'une réactivité qui privilégie la sécurité des patients, et les pays latins, tenus par leurs législations à respecter la présomption d'innocence. Les Britanniques du General Medical Council (GMC), qui animent le groupe de travail HPCB dédié à cette question, seront bien placés pour organiser les débats. Bien d'autres questions sont inscrites au programme du CEOM : la généralisation et l'harmonisation d'une assurance RCP pour tous les médecins, ou encore la généralisation de la prise en charge de l'aléa thérapeutique. Des domaines pour lesquels les institutions européennes officielles apprécient l'expertise du CEOM.

Dr Francis Montané, délégué général aux affaires européennes du Cnom, Olivia Uguen, responsable du service des Affaires européennes et Internationales et Marie Colegrave-Juge, juriste, chargée du bureau de Bruxelles, toutes deux membres du secrétariat permanent du CEOM

Propos recueillis par **Nathalie Da Cruz**

Avec la participation de…

Dr Sandrine Segovia-Kueny, déléguée générale de l'Asef (Association Santé Environnement France)
Dr Otmar Kloiber, secrétaire général de l'Association médicale mondiale (AMM)
Dr Louis-Jean Calloc'h, auditeur au Conseil national de l'Ordre, secrétaire général de l'Association médicale française (AMF)

Santé et climat : il y a urgence

En décembre dernier, le sommet des Nations unies à Copenhague a à peine abordé le thème de la santé. Pourtant, il est temps d'anticiper les impacts sanitaires des changements climatiques. Les médecins ont un rôle à jouer dans ce domaine.

Bon à savoir

70 %
Les émissions de gaz à effet de serre ont augmenté de 70 % entre 1970 et 2004.

+ 5 % de cancers
L'appauvrissement de l'ozone stratosphérique a des effets sur les cancers de la peau. Selon l'Asef, on prévoit + 5 % de cancers de la peau en Europe et + 10 % aux États-Unis…

14 % des maladies
Selon l'OMS, 14 % des maladies des pays de l'OCDE à revenus élevés ont pour cause l'environnement.

Un mois avant le sommet de Copenhague, le 12 novembre 2009, l'Association Santé Environnement France (Asef) a organisé un colloque à Paris sur le thème « Urgence santé climat ». Objectif de cet événement : sensibiliser les citoyens, les politiques, les décideurs à l'importance des effets sanitaires de la dégradation de l'environnement. Pendant longtemps, le sujet a été occulté. Mais aujourd'hui, des voix commencent à s'élever… Dans sa note de veille de mars 2009, le Centre d'analyse stratégique souligne l'augmentation « *de nombreuses pathologies multifactorielles ou "émergentes", dont l'origine s'explique, au moins partiellement, par des facteurs environnementaux : cancer, asthme, allergies, maladies neuro-dégénératives, perturbations de la fertilité… Leur nombre est probablement sous-estimé.* »
Comment en est-on arrivé là ? Conséquence de l'augmentation des émissions de gaz à effet de serre (GES) liées à l'activité humaine, le réchauffement de la planète entraîne des dérèglements climatiques qui sont eux-mêmes responsables de maladies. Lorsque la température s'élève de plus de 1 %, on note une augmentation de la malnutrition, des diarrhées, des maladies infectieuses et cardio-respiratoires, mais aussi une hausse de la mortalité suite aux vagues de chaleur, aux inondations et aux sécheresses.
« *La plupart des impacts sanitaires se feront sentir à moyen et à long terme, en raison de l'inertie climatique… mais c'est aujourd'hui qu'il faut agir, avant qu'il ne soit trop tard* », estime le Dr Sandrine Segovia-Kueny, déléguée générale de l'Asef. Née en 2007, cette association regroupe aujourd'hui 2 500 médecins et professionnels de santé. Pour mener à bien ses missions de sensibilisation, elle agit de concert avec d'autres associations de médecins, notamment l'Association médicale française, qui est affiliée à l'Association médicale mondiale. Le monde des soignants commence à s'emparer de cette question.

Dr Sandrine Segovia-Kueny

Médecin urgentiste, elle a travaillé comme conseillère au cabinet de Jean-Louis Borloo, ministre de l'Environnement. Déléguée générale de l'Association Santé Environnement France (Asef), elle est aussi présidente de la section francilienne de cette association de médecins (Aseif).

Dr Otmar Kloiber

Médecin allemand spécialisé en pathophysiologie, le Dr Otmar Kloiber a été secrétaire de l'Association médicale allemande de 1997 à 2002. Depuis 2005, il est secrétaire général de l'Association médicale mondiale (AMM), qui regroupe 95 associations nationales et plus de 8 millions de médecins.

Quels sont les impacts des changements climatiques sur la santé ?

Dr Louis-Jean Calloc'h : Les variations climatiques vont avoir de terribles répercussions. Le retour de certaines parasitoses dans les eaux va engendrer des maladies entériques. Et ce n'est pas forcément dans un futur lointain : le moustique du chikungunya a été repéré au nord de l'Italie et dans le sud de la France l'année dernière… La sécheresse fait reculer les forêts, accroît la désertification et les risques d'incendie, qui ravagent déjà l'Espagne, le Portugal et la Grèce en été… La montée des océans entraîne une salinisation de l'eau potable. De plus, la hausse des températures provoque un recul du nombre de conifères au profit d'arbres à feuilles caduques, dont on sait qu'ils dégagent des allergènes et du pollen. Le nombre de pathologies ORL et pulmonaires s'en ressent.

Dr Sandrine Segovia-Kueny : Le changement climatique entraîne notamment des perturbations climatiques, responsables d'événements climatiques extrêmes comme les vagues de chaleur, davantage de sécheresse, de tempêtes tropicales, des inondations qui sont responsables d'impacts sur la santé et de déplacements de populations, conduisant aux réfugiés climatiques. Ceux-ci sont déjà 20 millions en 2009, mais ils seront 75 millions dans vingt ans et 200 millions en 2050. Ces réfugiés présenteront des risques sanitaires épidémiques, hydriques et alimentaires, liés à leur rassemblement par centaines de milliers.

Comment agir ?

Dr Otmar Kloiber : Il faut tout d'abord sensibiliser l'opinion et les politiques. L'Association médicale mondiale a ainsi adopté une déclaration à New Delhi, en octobre 2009, en vue du sommet de Copenhague. Nous demandons expressément aux gouvernements et à la communauté internationale de reconnaître les conséquences sur la santé du réchauffement mondial, qui va probablement exacerber les inégalités en matière de santé. Les ressources transférées aux pays en voie de développement doivent comporter des fonds dédiés au système de santé. Il faut aussi planifier le flux de réfugiés climatiques au sein des pays.

La formation des médecins sur ce sujet est-elle suffisante ?

Dr Sandrine Segovia-Kueny : La sensibilisation des médecins à la thématique environnementale et climatique relève pour l'instant d'une démarche personnelle ou de l'initiative individuelle d'enseignants. Il faudrait intégrer un enseignement obligatoire dans le cycle initial et en formation continue. Il existe notamment un enseignement optionnel à la faculté de Strasbourg. Aujourd'hui, il faudrait des engagements forts du gouvernement pour concrétiser cette formation, qui figure dans le deuxième Plan national santé environnement, et qui a été un des échecs majeurs du premier plan qui s'est fini en 2009.

Dr Louis-Jean Calloc'h

Médecin du travail, auditeur au Conseil national de l'Ordre des médecins, ancien secrétaire général du Conseil national de l'Ordre, il est secrétaire général de l'Association médicale française, qui a vu le jour en 1992 et qui est affiliée à l'AMM. Il a présidé le groupe de travail « environnement » de l'AMM en 2005-2006.

L'affiche de l'Association Santé Environnement France que les médecins peuvent se procurer et afficher dans leur cabinet.

Dr Louis-Jean Calloc'h : Lors de la canicule, en 2003, il suffisait de mettre un gant de toilette sur la tête et entre les lèvres d'une personne déshydratée. Ce sont tous ces gestes qu'il faut réapprendre. Il faudrait que les médecins soient sensibilisés, soit de manière individuelle, soit via la FMC, à la prise en charge des coups de soleil, des parasitoses, des déshydratations, des maladies de la peau… Nous devons nous tenir prêts à voir apparaître de plus en plus de problèmes de gastro-entérites, de déshydratations et de malnutritions…

Dr Otmar Kloiber : Nous avons demandé aux délégués présents à Copenhague d'encourager la mise en place d'une formation systématique pour tous les étudiants en médecine. Il est également important que nous disposions de davantage d'études épidémiologiques et de programmes de surveillance sur le fardeau des maladies liées aux changements climatiques mondiaux.

Dr Louis-Jean Calloc'h : Il est important de pouvoir s'appuyer sur des données statistiques pour convaincre les populations et les médecins de l'importance de cet enjeu. On pourrait commencer par des outils d'évaluation régionaux mis en place par les autorités, en collaboration avec les professionnels de santé. Les médecins doivent revendiquer l'implication de la puissance publique dans la connaissance et la prise en charge de ces pathologies, lesquelles doivent bénéficier de fonds dédiés.

Concrètement, que peuvent faire les médecins ?

Dr Sandrine Segovia-Kueny : Il y a encore beaucoup à faire pour que la santé soit considérée comme un réel enjeu mondial par les décideurs. Pour l'instant, dans toutes les réunions de haut niveau sur le changement climatique, elle est perçue comme un thème technique. Ainsi, l'atelier de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Copenhague n'a duré que 1h30… Il faudrait que l'OMS ait plus de poids, qu'elle soit soutenue par les mouvements d'opinion, en particulier par les médecins, qui ont beaucoup d'influence auprès des politiques.

Dr Otmar Kloiber : Dans notre déclaration de New Delhi, nous proposons que les médecins et les associations de médecins soient étroitement impliqués dans la mise en place d'initiatives améliorant la santé globale de la population. Nous pensons notamment à l'arrêt de la privatisation de l'eau. Nous estimons aussi qu'il faut encourager le recrutement de médecins dans les secteurs de la santé publique, à des postes de planification et de lutte contre les changements climatiques extrêmes.

Dr Louis-Jean Calloc'h : Chacun peut s'engager, qu'il soit médecin ou non, comme tout citoyen, à moins utiliser sa voiture, à adopter des gestes écocitoyens… Nous devons laisser à nos enfants la nature dans l'état dans lequel nous l'avons trouvée. Pour moi, cela relève d'une éthique commune à celle qui anime la relation soignant-soigné : le respect de l'homme envers la nature est à mettre en parallèle avec le respect du médecin envers son patient… À plus court terme, je précise qu'en 2010-2011, avec l'AMM, l'AMF a le projet d'agir sur le terrain et de témoigner de sa solidarité en Afrique de l'Ouest. Nous allons organiser des ateliers pratiques sur les soins primaires, les épidémies et l'environnement, en partenariat avec les confrères locaux.

+ D'INFOS

- www.assmed.fr (site de l'Association médicale française)
- www.wma.net (site de l'Association médicale mondiale)

- Pour tout savoir sur le colloque « santé et climat » du 12 novembre 2009 : www.urgencesanteclimat.com
- www.asef-asso.fr (site de l'ASEF)

CAHIER JURISPRATIQUE

n°9 sommaire :

- **QUALIFICATIONS** Changer de spécialité sans repasser l'internat | 13
- **CERTIFICAT MÉDICAL** Les demandes de certificats médicaux en milieu scolaire | 14
- **INSCRIPTION** Précisions sur l'inscription au tableau de l'Ordre | 15
- **SIGNALEMENT** Maltraitance infantile : quels sont les devoirs des médecins ? | 16
- **PROTECTION JURIDIQUE** Le mandat de protection future | 17
- La sauvegarde de justice | 20

Changer de spécialité sans repasser l'internat

..... Le décret permettant à un médecin de changer de spécialité date du 19 mars 2004. Il a permis aux médecins relevant du régime d'études institué par la loi du 23 décembre 1982 d'accéder aux commissions de qualification.

Les médecins souhaitant changer de spécialité doivent montrer qu'ils ont un même niveau de connaissances et de compétences qu'un diplômé DES. Ils doivent, précise le décret, « *justifier d'une formation et d'une expérience qui leur assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du DES ou du DESC II de la spécialité sollicitée* ». Depuis la parution de ce décret, 1235 médecins ont changé de spécialité. Diverses raisons valables accompagnent ces demandes de reconversion.

Quelle est la procédure à suivre ?

Le mandant doit s'adresser à son conseil départemental d'inscription afin de constituer un dossier. Ce dossier, accompagné de toutes les pièces justificatives, sera adressé par le conseil départemental concerné à la commission de qualification compétente comprenant cinq membres[1] :
- un médecin, qualifié dans la discipline, membre du corps enseignant d'une faculté de médecine ou d'une école nationale de médecine, président ;
- quatre médecins qualifiés dans la discipline intéressée, dont deux proposés par le Cnom.

Des suppléants sont désignés suivant la même procédure et en même nombre.

Un médecin inspecteur régional de la santé et un médecin-conseil de la caisse régionale d'assurance maladie pour la commission nationale de première instance, ou le représentant du ministre chargé de la santé et un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale pour la commission nationale d'appel assistent à la commission avec voix consultative.

Les membres titulaires ou suppléants ne peuvent siéger à la Commission nationale d'appel s'ils ont déjà eu à examiner la demande en première instance.

Le changement est donc possible dès lors que le requérant, en quête d'une spécialité, apporte par tous moyens la preuve qu'il a acquis des connaissances particulières dans la discipline sollicitée.

1. Le secrétariat de la section Formation et compétences médicales du Conseil national de l'Ordre tient à disposition la liste des membres nommés pour chaque discipline.

Dr Legmann, président de l'Ordre, et Dr Robert Nicodème, président de la section Formation et compétences médicales

Les demandes de certificats médicaux en milieu scolaire

Le ministère de l'Éducation nationale a publié une note dans le *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*[1] pour rappeler aux chefs d'établissement et aux enseignants les règles en vigueur pour les demandes de certificats médicaux en milieu scolaire.

L'entrée à l'école maternelle

Conformément à l'article L. 113-1 du code de l'éducation, « *tout enfant doit pouvoir être accueilli, à l'âge de trois ans, dans une école maternelle ou une classe enfantine le plus près possible de son domicile, si sa famille en fait la demande* ». Le certificat médical préalablement demandé au médecin de famille pour cette admission n'est donc plus nécessaire.

L'entrée à l'école élémentaire

L'abrogation de l'article premier du décret n° 46-2698 du 26 novembre 1946 par le décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 relatif aux dispositions réglementaires du livre V du code de l'Éducation supprime l'obligation du certificat médical d'aptitude demandé pour l'admission en école élémentaire. En revanche, la production d'un certificat médical attestant que l'enfant a bénéficié des vaccinations obligatoires telles que décrites dans les articles L. 3111-2 et L. 311-3 du code de la santé publique reste nécessaire au moment de l'inscription.

Les sorties scolaires

Les circulaires n° 99-136 du 21 septembre 1999, relative à l'organisation des sorties scolaires dans les écoles maternelles et élémentaires publiques, et n° 76-260 du 20 août 1976, relative aux sorties et voyages collectifs d'élèves, ne mentionnent d'aucune manière la nécessité d'un certificat médical pour la participation à ces activités.

Les absences

La circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004 relative au contrôle et à la promotion de l'assiduité des élèves soumis à l'obligation scolaire rappelle que « *les certificats médicaux ne sont exigibles que dans les cas de maladies contagieuses énumérées dans l'arrêté interministériel du 3 mai 1989* ».

La pratique de l'éducation physique et sportive

Le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988 relatif au contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement précise que les élèves qui invoquent une inaptitude physique doivent justifier par un certificat médical le caractère total ou partiel de l'inaptitude. Un certificat médical d'aptitude n'est donc pas requis dans le cadre de l'enseignement de l'éducation physique et sportive.

1. *Bulletin officiel* du 19 novembre 2009

UNE DEMANDE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

Cette mise au point sur la réglementation en vigueur en matière de demande de certificats médicaux en milieu scolaire a été réalisée à la demande du Conseil national de l'Ordre des médecins. Le Cnom s'implique, en effet, depuis maintenant trois ans dans le chantier de la simplification administrative, aux côtés des ministères concernés. Dans ce cadre, il a notamment demandé au ministère de l'Éducation nationale que les règles légales soient clairement rappelées aux chefs d'établissement et aux enseignants qui en méconnaissaient souvent les principes, outrepassant, dans certaines circonstances, le cadre de ce qui pouvait être demandé aux praticiens. Le Cnom attend désormais qu'un courrier signé du ministère soit envoyé aux fédérations de parents d'élèves pour que ces règles soient connues de l'ensemble de la communauté scolaire, parents comme enseignants.

↘ **Dr Patrick Bouet, conseiller national de l'Ordre, délégué général aux relations internes**

Précisions sur l'inscription au tableau de l'Ordre

↘ L'inscription au tableau de l'Ordre est une démarche personnelle

Un organisme spécialisé dans le recrutement de médecins de nationalité européenne ou extra-européenne a informé le Conseil national de l'Ordre des médecins et certains conseils départementaux des prestations qu'il propose. Cet organisme se charge de recruter des médecins pour des communes et établissements de santé qui connaissent des difficultés en matière d'offre de soins et propose de faciliter la formation, l'immersion et l'accompagnement des candidats par des partenariats avec les organismes professionnels et les institutions. Parmi ces démarches, on trouve l'inscription au tableau de l'Ordre.

Nous tenons à rappeler que :

- le médecin qui demande son inscription au tableau et sa qualification doit effectuer personnellement les démarches ;
- seuls les conseils départementaux sont habilités à vérifier que l'intéressé répond bien aux conditions de nationalité, de diplôme, de compétence, de maîtrise de la langue, de moralité et d'indépendance requises pour l'inscription au tableau de l'Ordre.

En outre, si rien n'interdit au maire d'une commune ou à un établissement de santé de faire appel à une association ou une société de recrutement moyennant une rémunération, il n'appartient pas à l'Ordre des médecins de faire la publicité de cette association auprès des médecins, ni de la cautionner d'ailleurs.

↘ **Dr Pierre Jouan, secrétaire général adjoint**

↘ Inscription au tableau de l'Ordre : suppression de la nationalité pour les médecins ayant accompli leurs études médicales en France.

Le point VII de l'article 19 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifie l'article L. 4111-1 du code de la santé publique :

« Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :

1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ;

2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;

3° Inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins, à un tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'Ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

Les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ayant effectué la totalité du cursus en France et obtenu leur diplôme, certificat et titre en France peuvent exercer dans les mêmes conditions, suivant les mêmes règles et dispositions que les praticiens dont les nationalités relèvent du 2° du présent article. »

La condition de nationalité est donc supprimée pour les médecins ressortissants d'un État tiers (autre que les États mentionnés au 2° de l'article L. 4111-1) qui ont accompli la totalité de leurs études médicales en France.

En conséquence, ces médecins n'ont plus besoin d'autorisation ministérielle d'exercice pour l'inscription au tableau de l'Ordre.

Maltraitance infantile : les devoirs des médecins

La loi sur la protection de l'enfance en danger a été publiée au *Journal officiel* du 6 mars 2007. Cette loi améliore le dispositif d'alerte, d'évaluation et de signalement.

Pourquoi signaler ?

1 Un devoir déontologique

Le devoir de signalement du médecin découle des dispositions de l'article 44 du code de déontologie médicale.

2 Une obligation légale

Toute personne ayant connaissance de l'existence d'un enfant maltraité ou supposé l'être doit aviser les autorités médicales, judiciaires ou administratives.
Ne pas le faire serait tomber sous la coupe de la non-dénonciation de mauvais traitements infligés à un mineur (article 434-3 du code pénal). L'article 226-14 du code pénal précise que le secret professionnel n'est pas applicable au médecin qui porte à la connaissance de la cellule départementale ou au procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. L'article 226-14 précise aussi que le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Que faire devant un enfant qu'on estime en danger ?

1 Soit il a reçu une « information préoccupante »

concernant un enfant en danger ou qui risque de l'être, auquel cas il s'adresse à la cellule départementale ou, à défaut, au service en charge de l'aide sociale à l'enfance.
Les informations à caractère médical restent couvertes par le secret médical et ne doivent être partagées qu'avec le(s) médecin(s) de la cellule départementale.
L'Ordre des médecins plaide pour que chaque cellule départementale soit composée au moins d'un médecin, ce qui faciliterait grandement les échanges. La cellule va procéder à l'évaluation. À la suite de cette évaluation, la cellule pourra procéder au signalement ou mettre en place des mesures pour aider l'enfant et sa famille.

2 Soit il signale

(en son âme et conscience devant une suspicion) et le signalement se fait au procureur de la République. Si le procureur est fermé, le signalement doit être adressé au commissariat de police ou à la gendarmerie.
Le praticien doit continuer à adresser un signalement au procureur de la République pour tous les actes qui relèvent du code pénal (abus sexuels, coups et blessures…), avec copie à la cellule, si elle existe dans son département, en utilisant le signalement type qui figure sur le site du Conseil national de l'Ordre. Le terme de signalement est désormais réservé à la saisine de l'autorité judiciaire.

Comment signaler ?

1 Par écrit (garder une copie dans le dossier médical) :

- Coordonnées de la personne qui signale, votre situation (ou profession), votre service le cas échéant, vos coordonnées.
- Coordonnées du mineur concerné (identité de l'enfant, âge ou date de naissance, nom(s) des parents, adresse(s) des parents)
- Descriptif circonstancié des faits (faits constatés ou rapportés sans jugement de valeur)

2 Par téléphone

(dans tous les cas d'urgence)
Un signalement téléphoné par un professionnel doit toutefois être confirmé par un écrit. Une copie doit être conservée dans le dossier.

•Télécharger la fiche de signalement-type sur le site : www.conseil-national.medecin.fr

À noter :
le 119 est un service d'accueil téléphonique national gratuit, chargé de recueillir les signalements concernant les enfants maltraités l'écoute des personnes et mineurs en difficulté. Il fonctionne 24 heures sur 24.

↘ Dr Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du Cnom

Le mandat de protection future

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a instauré le mandat de protection future. Le point sur cette nouvelle mesure.

Qu'est-ce qu'un mandat de protection future ?

• Instauré par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, le mandat de protection future est un contrat qui permet à une personne (mandant) d'organiser à l'avance sa propre protection juridique pour le jour où elle ne pourra plus pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés personnelles (mandat pour soi-même) ou celle d'une tierce personne (mandat pour autrui).

• Pour ce faire, la personne nomme un ou plusieurs mandataires qui seront chargés d'agir en ses nom et place.

• Le mandat, qui peut être passé sous des formes diverses, soit sous seing privé, soit par acte notarié, peut porter à la fois sur la protection patrimoniale et la protection personnelle ou sur l'une seulement de ces protections.

Mais quel que soit le type de mandat retenu, les dispositions relatives à la protection de la personne ne peuvent jamais déroger aux règles prescrites pour la protection judiciaire de la personne dans le cadre des articles 457-1 à 459-2 du code civil. Ainsi le mandant continuera de prendre lui-même, dans la mesure où son état le permet, les décisions personnelles le concernant, et ce après avoir reçu toute information utile, adaptée à sa capacité de compréhension, de la part du mandataire (art. 457-1). Les actes impliquant un consentement strictement personnel ne pourront jamais être accomplis avec l'assistance du mandataire ni par celui-ci au nom de son mandant.

Qui peut rédiger un mandat de protection future ?

1 Le mandat pour soi-même

Toute personne majeure – à condition de ne pas être placée sous tutelle – ou mineure émancipée peut conclure un mandat, par acte sous seing privé ou notarié. Une personne sous curatelle peut conclure un mandat avec l'assistance de son curateur.

2 Le mandat pour autrui

Selon l'article 477, al. 3 du code civil : « *Les parents ou le dernier vivant des père et mère, ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle, qui exercent l'autorité parentale sur leur enfant mineur ou assument la charge matérielle et affective de leur enfant majeur peuvent, pour le cas où cet enfant ne pourrait plus pourvoir seul à ses intérêts pour l'une des causes prévues à l'article 425, désigner un ou plusieurs mandataires chargés de le représenter. Cette décision prend effet à compter du jour où le mandant décède ou ne peut plus prendre soin de l'intéressé.* »
Ce mandat est obligatoirement conclu par acte notarié.
Il ne peut être mis en œuvre avant la majorité de l'enfant bénéficiaire.

>>p. 18

Qui peut être mandataire ?

• Le mandataire peut être toute personne physique librement choisie par le mandant, membre de sa famille, ami, proche, relation professionnelle… sans qu'aucune hiérarchie ne s'impose au mandant.
• Il peut être une personne morale inscrite sur la liste des « mandataires judiciaires à la protection des majeurs » prévue à l'article L. 471-2 du code de l'action sociale et des familles.
• Le mandataire doit pendant toute l'exécution du mandat jouir de la capacité civile et remplir les conditions suivantes :
- Ne pas être mineur émancipé ;
- Ne pas bénéficier d'une mesure de protection juridique ;
- Ne pas avoir fait l'objet d'un retrait de l'autorité parentale ;
- Ne pas avoir été condamné à une interdiction des charges tutélaires en application de l'article 131-26 du code pénal ;
- Ne pas être le médecin, le pharmacien ni l'auxiliaire médical du mandant.
Le mandataire doit accepter expressément le mandat.

Mise en œuvre du mandat

1 En cas de mandat pour soi-même

• Quelle que soit la forme du mandat – sous seing privé ou notarié – « *le mandat prend effet lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts* » conformément à l'article 481 du code civil. C'est donc une cause médicale prouvée qui entraîne sa mise en œuvre.
• Le mandataire qui constate que l'état de santé du mandant ne lui permet plus de pourvoir à la gestion de ses intérêts se rend avec lui chez un médecin choisi sur la liste établie par le procureur de la République, prévue à l'article 431 du code civil.

Le mandataire se présente devant le greffier du tribunal d'instance dans le ressort duquel réside le mandant, accompagné de celui-ci. Si l'état de santé du mandant ne lui permet pas d'être présent, un certificat médical doit l'attester.
• Le mandataire doit présenter :
- l'original du mandat (ou sa copie authentique), signé du mandant et du mandataire ;
- le certificat médical datant de moins de deux mois, émanant du médecin inscrit sur la liste mentionnée à l'article 431 et établissant que le mandant se trouve dans l'une des situations prévues à l'article 425 précité ;
- une pièce d'identité du mandant et du mandataire ;
- un justificatif de la résidence habituelle du mandant.

2 En cas de mandat pour autrui

Le mandataire ne peut mettre en œuvre le mandat que si certaines conditions touchant à la fois au mandant et au mandataire sont remplies.

• Le mandataire doit faire constater que le mandant est :
- soit atteint d'une altération de ses facultés et il sollicite, d'un médecin inscrit sur la liste du procureur, le certificat médical l'attestant ;
- soit décédé ; il demande un certificat de décès à la mairie correspondante.

• Le mandataire se rend alors devant le greffier du tribunal

d'instance avec le bénéficiaire, majeur, du mandat (sauf si son état de santé ne lui permet pas d'être présent, ce qui est attesté par un certificat médical). Il présente :
- la copie authentique du mandat, signée du mandant et du mandataire ;
- un certificat de décès du mandant ou un certificat médical datant de moins de deux mois, émanant d'un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République, établissant que le mandant se trouve dans la situation décrite à l'article 425 du code civil ;
- une pièce d'identité du mandataire et une du bénéficiaire du mandat ;
- un justificatif de la résidence habituelle du bénéficiaire du mandat.

Dans les deux cas, le greffier vérifie que les conditions prévues par la loi et les pièces requises sont fournies. Il appose son visa.
Le mandat entre alors en vigueur. Il fonctionne comme une procuration. En pratique, le mandataire présente le mandat chaque fois qu'il agit au nom du mandant.
Seul le juge des tutelles peut décharger le mandataire pendant l'exécution de sa mission.

LE MANDAT PREND FIN :

- si le mandant recouvre ses facultés personnelles ;
- en cas de décès du mandant, du mandataire ou le placement sous tutelle de l'un des deux (toutefois en cas de placement sous tutelle ou curatelle du mandant, le juge peut autoriser la poursuite du mandat) ;
- en cas de révocation du mandat par le juge des tutelles lorsque l'altération mentale du mandant n'est pas établie ou que les règles des régimes matrimoniaux suffisent à pourvoir aux intérêts du mandant, ou si l'exécution du mandat est de nature à porter atteinte aux intérêts du mandant.

LE CERTIFICAT MÉDICAL

Selon l'article 481 du code civil, la mise en œuvre du mandat ne peut intervenir que pour autant qu'un certificat médical rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République ait établi que le mandant se trouve dans l'une des situations prévues à l'article 425[1] du code civil.

Il conviendra donc que le médecin sollicité de procéder à l'examen de la personne et d'établir le certificat, s'assure de sa finalité.

• Soit il est destiné au procureur ou au juge des tutelles en vue de la mise en œuvre d'une mesure de tutelle ou de curatelle : le contenu du certificat est soumis aux prescriptions de l'article 1219[2] du code de procédure civile et son coût est tarifé (décret n° 2008-1485 du 22 décembre 2008 ; JO du 31 décembre).

• Soit il est destiné au greffier du tribunal d'instance en vue de la mise en œuvre d'un mandat de protection future : le médecin atteste que le mandant présente une altération de ses facultés de nature à empêcher l'expression de sa volonté, conclut qu'il se trouve dans la situation prévue à l'article 425 du code civil et précise le cas échéant son incapacité à se présenter devant le greffier.
Le certificat n'a pas notamment à comporter d'appréciation sur la capacité de l'intéressé à voter.
Il est remis en main propre au requérant.
Les honoraires du médecin ne sont pas tarifés.

1. « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre. »

2. « Le certificat médical circonstancié prévu par l'article 431 du code civil :
1° Décrit avec précision l'altération des facultés du majeur à protéger ou protégé ;
2° Donne au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération ;
3° Précise les conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel, ainsi que sur l'exercice de son droit de vote.
Le certificat indique si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté.
Il est remis par le médecin au requérant sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles. »

La sauvegarde de justice

Depuis la loi du 5 mars 2007 portant réforme du droit de la protection juridique des mineurs et majeurs, il convient de distinguer trois dispositifs de sauvegarde de justice.

1/ La sauvegarde dite médicale

Il s'agit d'une déclaration médicale faite au procureur de la République dans les conditions prévues à l'article L. 3211-6 du code de la santé publique. Les deux hypothèses de déclaration de sauvegarde de justice sont maintenues :

• **d'une part, celle, facultative,** du médecin traitant qui constate que la personne a besoin d'être protégée et qui accompagne sa déclaration au procureur de la République de l'avis conforme d'un médecin psychiatre. (art. L. 3211-6, 1er al.) ;

• **d'autre part, celle, obligatoire,** du médecin de l'établissement de soins (psychiatrique ou non) qui constate le besoin de protection d'une personne hospitalisée (art. L. 3211-6, 2e al.).

Cette mesure peut désormais être prise pour une durée n'excédant pas un an renouvelable une fois, mais ce renouvellement ne peut intervenir que par voie judiciaire. Le juge des tutelles, soit d'office, soit sur requête du parquet ou d'une autre des personnes visées à l'article 430 du code civil, au vu d'un certificat médical et après audition du majeur peut prononcer le renouvellement de la sauvegarde de justice pour une durée totale qui ne peut dépasser deux ans (ce qui suppose de tenir compte de la durée de sauvegarde initiale).

Cette mesure de sauvegarde peut prendre fin soit par une nouvelle déclaration du médecin au procureur attestant que la situation qui avait justifié la déclaration de sauvegarde a cessé, soit par la radiation de la déclaration médicale sur décision du procureur. En toute hypothèse, elle cesse à l'expiration du délai d'un an, éventuellement renouvelé, ou par l'ouverture d'une mesure de tutelle ou curatelle à partir du jour où celle-ci prend effet.

2/ La sauvegarde pour « la durée de l'instance »

Le juge saisi d'une demande d'ouverture de curatelle ou de tutelle peut toujours prononcer une mesure de sauvegarde de justice pendant la procédure, jusqu'au prononcé définitif de la mesure elle-même.

Cette mesure ne peut être prononcée qu'après l'audition de la personne à protéger, sauf urgence justifiant que l'audition soit différée ou sauf si les conditions de dispense de l'audition sont établies par un certificat médical rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République.

Elle ne peut excéder un an, non renouvelable.

En toute hypothèse, cette mesure de sauvegarde prend fin en cas de mainlevée prononcée par le juge, ainsi qu'à l'issue du jugement prononçant soit l'ouverture d'une mesure de curatelle ou de tutelle, soit le rejet d'une telle mesure.

3/ La nouvelle sauvegarde de justice dite rénovée

La sauvegarde de justice peut désormais être prononcée comme une mesure à part entière, lorsque le juge constate que la personne « a besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés ».

Elle est décidée par le juge en raison de l'altération des facultés de la personne à protéger, prévue à l'article 425 du code civil et constatée par le certificat médical joint à la requête initiale en ouverture d'une mesure de protection juridique.

Elle ne peut être prononcée qu'après audition de la personne, sauf urgence ou condition de dispense établie par un certificat médical rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République.

Le juge peut désigner un mandataire spécial auquel il confie l'accomplissement d'actes déterminés, d'administration ou de disposition du patrimoine, ainsi que des actes importants touchant à la protection de la personne.

Les déclarations aux fins de sauvegarde sont portées sur un répertoire spécialement tenu à cet effet (art. 1251 du code de procédure civile).

↘ **Sylvie Breton, juriste au Cnom**

Texte : **Arlette Chabrol** Reportage photo : **Philippe Garo**

« C'est le rôle des Ordres d'organiser les coopérations entre professionnels de santé. »

Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom

Comment favoriser les coopérations entre professionnels de santé ?

La nouvelle organisation des soins impulsée par la loi HPST s'appuie sur un élargissement des coopérations entre professionnels de santé pour améliorer les prises en charge sur les territoires de santé, la qualité et le suivi des soins. Il reste à définir les modalités de ces coopérations, comme l'ont rappelé les intervenants au débat organisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins, le 15 décembre dernier.

Adapter notre système de soins pour continuer à assurer un bon accès aux soins sur le territoire national et proposer des soins de qualité, c'est l'une des priorités de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Pour y parvenir, des réorganisations sont envisagées. Elles passent, entre autres, par des regroupements professionnels, une meilleure répartition des activités entre les différentes professions de santé, par une meilleure appropriation des nouveaux outils d'échange, des technologies de l'information et de la communication appliquées au monde de la santé.

Dans tous ces cas de figure, les professionnels de santé vont devoir coopérer de plus en plus étroitement. Sur des bases moins formellement hiérarchisées qu'aujourd'hui, en mutualisant leurs compétences respectives. Comment s'organiseront ces coopérations ? Selon quelles modalités ? Avec quelles règles déontologiques et juridiques entre les acteurs ? Avec quels outils et pour quels enjeux ?

POINT DE VUE de l'Ordre

« Il faut favoriser les coopérations… en leur fixant un cadre. »

Dr Jacques Lucas,
vice-président du Cnom

La médecine ne peut plus se concevoir comme un exercice solitaire. Les décisions se prennent dans la concertation, au sein d'équipes qui disposent de moyens et de compétences associés. Cela a donné naissance à de nombreuses coopérations entre médecins. Mais celles-ci doivent désormais être élargies à l'ensemble des professionnels de santé. Ces coopérations sont nécessaires. Le Conseil national de l'Ordre des médecins mène d'ailleurs plusieurs réflexions sur le sujet, au sein de la section de l'Exercice professionnel, sous la conduite du Dr François Simon et au sein de la Commission nationale permanente qui recueillera les contributions des autres Ordres professionnels. Il va falloir structurer ces coopérations, les organiser en partant des besoins du patient, qui est le véritable pivot du système. Nous devrons en effet définir au plan national les clauses essentielles de ces coopérations – établir des protocoles sur le partage des données médicales, pour les prises en charge à domicile des pathologies chroniques ou encore pour le suivi à distance, via la télémédecine, des malades isolés, mais aussi, bien sûr, pour définir les responsabilités des uns et des autres dans toutes ces situations. Selon nous, c'est évidemment aux Ordres des professionnels de santé, en concertation avec les associations de patients, la Haute Autorité de santé et les collèges professionnels d'élaborer des cadres types qui pourront ensuite voir leurs modalités déclinées et adaptées dans les territoires, selon les besoins définis par les Agences régionales de santé.

Dr Ayden Tajahmady, coordinateur du programme de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sociaux et médico-sociaux (Anap)

De gauche à droite : le Dr André Deseur, président de la section Exercice professionnel du Cnom et le Dr Michel Legmann, président du Cnom.

Début de consensus sur la notion de « compétences partagées »

Comment définir la nouvelle organisation des activités entre médecins et professionnels de santé ? Au cours des dernières années, on a parlé de « transfert de compétences » puis de « délégation de tâches »… Derrière ces mots, il y a des réalités différentes. Pour Dominique Le Bœuf, présidente de l'Ordre national des infirmiers, le choix sémantique est donc extrêmement important : *« Ces termes ne correspondent pas à ce que nous vivons sur le terrain,* affirme-t-elle. *Pour ma part, je préfère parler de compétences partagées. C'est une notion plus large, moins réductrice et surtout plus conforme à la répartition des tâches telle que nous la vivons au quotidien. »*
Un raisonnement que le Dr Jacques Lucas approuve, voyant dans l'idée de partage des compétences une bonne façon de porter la réflexion. *« Aujourd'hui,* reconnaît-il, *on ne travaille plus sur un système pyramidal avec, au sommet, mandarin ou pharaon dictant ce qu'il convient de faire. Les médecins coopèrent entre eux dans des concertations pluridisciplinaires, très souvent au sein d'une équipe de soins dans laquelle chaque professionnel tient un rôle essentiel pour la qualité de l'ensemble. »*
Cette configuration pose toutefois des questions qu'il va falloir résoudre rapidement. Ainsi, qui est responsable de la décision et de ses conséquences ? Le prescripteur de l'acte ou la personne qui a effectué l'acte ? Il semblerait qu'un consensus existe aujourd'hui autour de l'idée d'une « responsabilité partagée ». Reste à en préciser les termes et les modalités juridiques.
La notion de compétences partagées soulève la question de la formation. Le rapport Berland proposait de transférer certaines tâches médicales à d'autres professionnels de santé. L'Ordre des médecins et l'Académie de médecine ne s'y étaient pas opposés *« à la condition expresse que les personnels suivent une formation spécifique ».* D'accord pour des domaines hautement spécialisés comme les dialyses, le diabète ou la néonatologie, admet Dominique Le Bœuf… mais il ne faudrait pas que cela conduise à remettre en cause les compétences des infirmières ! *« Dès que*

Christian Saout, président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss).

l'on nous demande un acte spécifique, on nous parle de formation supplémentaire, s'agace-t-elle. *Pourtant, ces gestes font souvent partie de notre formation et de nos pratiques quotidiennes ! »*
Même réaction pour Marie-Josée Keller, présidente de l'Ordre national des sages-femmes – qui viennent de voir leur domaine de compétences élargi, par la loi HPST, à la contraception et au suivi de prévention chez les femmes en bonne santé : *« Nous avons l'habitude de travailler avec les médecins et ces coopérations ne nous posent aucun problème, mais nous tenons à ce que le rôle de chacun soit respecté… »*
Une nouvelle logique se met en place, celle d'une coopération entre professionnels de santé, moins basée sur une hiérarchie formelle et rigide que sur la nécessité d'une bonne coordination autour du patient.

Sous l'intitulé « La coopération entre professionnels de santé à l'heure de la réorganisation des soins dans les territoires », toutes ces questions ont été au centre d'un débat organisé le 15 décembre dernier à Paris par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Autour du Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, chargé des systèmes d'information en santé, se sont ainsi retrouvés : Dominique Le Bœuf, présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, le Pr Guy Vallancien, chef du département d'urologie et de néphrologie de l'Institut mutualiste Montsouris et rapporteur de la mission « Maisons de santé » auprès de la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, le Dr Ayden Tajahmady, Coordinateur du programme de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et Christian Saout, président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), représentant les patients.

Une tendance lourde

Confrontés aux progrès permanents de la médecine et des techniques, les professionnels de santé ont depuis longtemps intégré la multidisciplinarité dans leurs pratiques, contribuant largement de facto aux regroupements de médecins. Le regroupement interprofessionnel, destiné à lutter contre la désertification sanitaire dans certains territoires en déshérence, n'a fait que renforcer cette tendance lourde, également observée en zone urbaine au cours des dernières années. Au point que l'exercice solitaire est aujourd'hui en voie d'extinction.
Pour beaucoup, la réponse aux problématiques des zones sous-dotées se trouve dans le développement des maisons de santé. Cette solution, défendue par le Pr Guy Vallancien (voir son « point de vue »), répond aux souhaits des professionnels. Néanmoins, il reste des questions en suspens. « *Il doit nécessai-*

« D'accord pour se regrouper, mais il faut surtout s'organiser entre professionnels pour partager les données, pour assurer la continuité des soins. »

Dominique Le Bœuf, présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers.

rement exister un schéma minimal de l'offre de soins, y compris pour l'offre ambulatoire organisée sous la forme des maisons de santé », a ainsi souligné Christian Saout. Tous les acteurs, collectivités publiques et professionnels de santé, doivent être associés à la démarche. Une cartographie des implantations doit être définie ainsi qu'un cahier des charges pour éviter les dérives de ces maisons de santé pluridisciplinaires. Il convient de se référer aux exemples étrangers. La pluridiscplinarité doit être coordonnée et non juxtaposée. À commencer par celle que soulève le Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins : « *Avec qui remplira-t-on ces maisons s'il n'y a plus de professionnels de santé libéraux ?* s'interroge-t-il. *Aujourd'hui sur dix nouvelles inscriptions au tableau de l'Ordre, une seule se fait en libéral !* »

La question du financement n'est pas moins cruciale. Avec quelles enveloppes budgétaires va-t-on faire fonctionner ces maisons de santé ? Et selon quel système de rémunération : salariat ou paiement à l'acte ? Le risque de créer des gouffres financiers que les collectivités territoriales ne pourraient pas maintenir longtemps – comme on le voit actuellement avec certains centres de santé municipaux ou mutualistes – existe bel et bien, et ceux qui prônent l'avènement de ces regroupements ne le nient pas ! Prudents, ils proposent donc de conserver une part importante de paiement à l'acte (« *Des pays comme la Finlande y sont revenus après avoir salarié leurs personnels pendant des années* », explique le Pr Vallancien) et de rémunérer certaines tâches aujourd'hui non honorées par un système de forfait. Les infirmières, elles, ont d'autres raisons de se montrer dubitatives et de considérer que des murs communs ne régleront pas tout : « *De plus en plus de patients ont besoin de soins lourds et ne peuvent pas se déplacer*, explique Dominique Le Bœuf. *Ceux-là n'iront donc pas dans les maisons de santé et nous devrons continuer à aller à leur domicile faire les pansements, les piqûres, etc. Par ailleurs, il ne suffit pas d'être sous le même toit pour se parler. Ce qui compte avant tout, c'est de savoir qui fait quoi et quand…* » Son credo : d'accord pour se regrouper, mais il faut surtout s'organiser entre professionnels pour partager les données, pour assurer la continuité des soins. Représentants des médecins hospitaliers ou libéraux, des infirmières, des sages-femmes ou des patients, tous souhaitent visiblement faire avancer les bases d'une réelle coopération entre professionnels de santé. Et admettent que c'est fondamentalement le rôle des ordres d'élaborer les clauses essentielles des conventions qui géreront ces futures coopérations.

UNE RÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE

Les technologies de l'information et de la communication appliquées à la santé (TICs) vont tenir une place de plus en plus importante dans la prise en charge coordonnée des patients. Reconnue par la loi HPST, la télémédecine va se développer. Mais avant d'envisager sa généralisation, il faudra toutefois résoudre des questions techniques, d'organisation, de tarification, de responsabilité. Garantir la qualité des soins en établissant des protocoles de prise en charge et de suivi des patients et, pour cela, définir les rôles de chacun. « *La télémédecine ne doit pas être un exercice dégradé de la médecine* », souligne Jacques Lucas, insistant sur le respect des règles déontologiques sur le consentement du patient et la confidentialité des données.

En fait, les TICs joueront un rôle structurant dans la répartition des activités entre professionnels de santé. « *Elles vont amener à protocoliser les actes de santé et à redistribuer les rôles, ce qui est une excellente nouvelle* », se réjouit Christian Saout. Le Dr Ayden Tajahmady, lui, n'hésite pas à parler de « *révolution organisationnelle* ». Et de s'en expliquer : « *Dès qu'il y a mise en place d'un poste de TICs dans un établissement, cela conduit à tout redéfinir, tout préciser. Cela entraîne un bouleversement de toutes les façons de travailler.* » Tous s'accordent en tout cas sur la nécessité de concevoir des systèmes très simples, ergonomiques et rapides d'accès.

POINT DE VUE extérieur

« On peut exercer la médecine en milieu rural sans avoir les pieds dans la glaise! »

Pr Guy Vallancien,

chef du département d'urologie et de néphrologie à l'Institut mutualiste Montsouris et rapporteur de la mission « Maisons de santé » auprès de Roselyne Bachelot.

Le Pr Guy Vallancien, ne craint pas de jouer les prophètes : pour lui, c'est sûr, d'ici une quinzaine d'années, il y aura trois à quatre mille maisons de santé en France! C'est-à-dire trente à quarante fois plus qu'aujourd'hui! Dans les zones désertées, elles pourraient même devenir des lieux de rassemblement, services publics à l'appui, pense-t-il… En tout cas, il en est convaincu, ces maisons de santé ne doivent pas seulement avoir pour mission de soigner : *« Elles doivent aussi prendre en charge la veille épidémiologie au niveau local, faire de la prévention, décider du choix de l'éducation thérapeutique. Elles peuvent être le pilier de la formation des généralistes. »* Enthousiaste, Guy Vallancien y voit déjà le moyen de repeupler les campagnes! *« Cessons de croire que les jeunes ne veulent pas y exercer, dit-il. Quand on leur montre comment ça se passe, ils sont intéressés. Ils découvrent qu'on peut exercer une bonne médecine en milieu rural. Et sans avoir les pieds dans la glaise : il suffit d'habiter en ville et de faire 15 ou 20 km pour venir travailler. »*

Il croit d'autant plus en l'avenir de ces lieux qu'ils disposent – et cela, tout le monde en convient – d'un atout majeur aux yeux de la nouvelle génération : *« Une maison de santé, c'est bien plus que la mutualisation de locaux, de matériels ou d'un poste de secrétaire. C'est un lieu où chacun tient son rôle, a son indépendance mais travaille en équipe. Et cela, c'est une vraie révolution. Les jeunes réclament ce changement. La forte proportion de femmes parmi les jeunes généralistes (70 %) y est sans doute pour quelque chose : elles ont moins d'ego que les hommes et acceptent mieux le travail en équipe. »* Reste à savoir comment toutes ces maisons de santé vont pouvoir voir le jour et qui va décider de leur mise en place! Guy Vallancien rejette toute idée de projets venus des autorités politiques ou administratives : l'initiative devrait en revenir aux acteurs locaux – médecins, infirmières, kinésithérapeutes –, dit-il… même s'il admet que cette liberté devra être organisée a minima. C'est-à-dire selon un maillage régional. Et avec une labellisation : pour être agréée, toute maison de santé devra répondre à cinq critères qui définissent sa spécificité. En l'occurrence : exercice sous le même toit, implication des équipes dans la continuité des soins, mode de rémunération mixte pour les professionnels de santé (avec une part à l'acte et l'autre part au forfait), coordination des soins sur la base du partage des données médicales du patient entre tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge, enfin existence d'un réseau de télémédecine relié à des centres experts. Moyennant quoi ces maisons pourront recevoir des financements publics (des collectivités locales, de l'État, voire de l'Europe). Le Pr Vallancien insiste néanmoins sur la nécessité pour elles d'arriver très vite à un équilibre budgétaire sans lequel, dit-il, leur pérennité ne pourrait être assurée.

Propos recueillis par **Claire Peltier**

L'Aide aux familles et entraide médicale (Afem)

Secourir les enfants des médecins et leur famille

1945
L'Aide aux familles et entraide médicale a été créée pour venir en aide aux veuves de médecins disparus pendant la guerre dont personne n'imaginait le dénuement.

900
Depuis 1997, l'Afem a distribué plus de 900 bourses à des étudiants. Ceux-ci sont en contact direct avec une responsable de l'Afem, qui les prend en charge sur tous les plans, les guide et les soutient jusqu'à l'aboutissement de leurs études.

5400 euros
Les bourses, d'un montant annuel de 5400 euros, sont versées en deux fois, en octobre et en février. Elles sont attribuées en fonction du cursus et du coût des études.

3 ans
L'action de l'Afem s'inscrit dans la durée : toutes disciplines confondues, un étudiant est soutenu 3 ans en moyenne, certains le sont durant 7 ans.

L'Afem est née à la fin de la Seconde Guerre mondiale pour secourir les veuves de médecins disparus ou déportés pendant la guerre. Depuis, son action s'est orientée vers les enfants de médecins dans le dénuement, pour les aider à poursuivre leur scolarité et leurs études. Ce soutien est ouvert à toutes les familles de médecins, qu'elles soient ou non adhérentes à l'Afem. Pour en bénéficier, il faut être fils ou fille de médecin, âgé de moins de 27 ans et poursuivre des études ou une formation professionnelle. La demande d'aide doit être rédigée et motivée par l'étudiant lui-même. Elle est ensuite étudiée par l'Afem selon plusieurs critères : revenu professionnel parental, revenus complémentaires, endettement, charges de famille, charges de logement.

© APHP-PSL-GARO/PHANIE

Plus de 900 bourses ont été distribuées à des étudiants par l'Afem depuis 1997.

Trois types d'aides sont proposés aux étudiants par l'association :

La bourse : elle est attribuée en fonction du cursus et du coût des études, des conditions de ressources et de la motivation de l'étudiant. Les boursiers suivent les orientations les plus diverses : médecine et métiers paramédicaux, droit, écoles d'ingénieurs ou de commerce, informatique, agronomie, lettres, langues, beaux-arts…

L'aide aux études : d'un montant annuel de 3000 euros, cette aide est attribuée à des familles dont la situation financière est moins dégradée ou lorsque le logement et le coût des études sont plus faibles. Ces aides peuvent aussi soutenir plusieurs jeunes d'une même famille et être attribuées à d'anciens boursiers lorsqu'ils prolongent leurs études ou font une spécialisation de un an. 90 aides aux études sont actuellement distribuées.

L'aide complémentaire : créée en 2004 et d'un montant plafond de 1525 euros, elle permet de prendre en charge, sur justificatif de paiement, des frais exceptionnels comme l'inscription à des concours, des conférences d'internat ou des écoles préparatoires. Cette aide peut aussi servir à financer des frais de déplacement ou d'équipement informatique. En aucun cas elle ne sert de caution à un loyer.

Le financement de l'association

Le budget annuel de l'Afem est de l'ordre de 1,5 million d'euros. L'association ne perçoit aucune subvention de l'État ou de collectivités locales. Son mode de financement provient exclusivement des dons qu'elle collecte directement auprès des médecins ou auprès de mécènes (organismes et entreprises liés à la profession médicale parmi lesquels les conseils départementaux de l'Ordre des médecins ou l'Académie de médecine). Actuellement, les dons des médecins représentent 45 % de ses ressources : ils sont environ 11 000 à soutenir l'Afem via un don de 45, 90, 160 euros ou plus. De leur côté, les dons des conseils départementaux constituent 73 % des dons des mécènes. En dehors de l'aide financière, les conseils départementaux soutiennent souvent le jeune étudiant en le suivant pendant plusieurs années jusqu'à la fin de ses études. Ces contributions viennent en complément des aides apportées par les conseils départementaux dans le cadre des comités d'entraide. Cette indépendance financière témoigne avant tout de la solidarité de la profession envers les familles de confrères en difficulté.

Esprit de solidarité

La confiance des donateurs tient, notamment, au fait que la gestion de l'association est entièrement bénévole et que plus de 90 % de ses ressources sont consacrées aux actions de soutien. À Paris, une équipe de six bénévoles, aidés d'une secrétaire à mi-temps, assiste les familles déstabilisées et prend en charge les jeunes étudiants tout au long de leur parcours jusqu'à la réalisation de leur projet. Elle procède également aux appels aux dons et assure avec rigueur la gestion comptable de l'association. Sur le terrain, dans toute la France, des délégués forment le relais indispensable entre les familles et l'équipe parisienne. Ils font également connaître l'action de l'Afem aux médecins de leur département et sollicitent leur générosité. Enfin, l'association est dotée d'un conseil d'administration et se réunit en assemblée générale chaque année pour débattre, approuver les comptes et décider des grandes orientations de l'association.

« Un soutien financier et moral »

Dr Jacques Werner, président de l'Afem, ancien trésorier du Conseil national de l'Ordre des médecins

interview

Qu'est-ce qui distingue l'Afem des autres associations qui viennent en aide aux familles de médecins ?
Un certain nombre d'autres associations aident les familles de médecins en difficulté, mais notre spécificité est de tisser de véritables liens, profonds, durables et affectifs avec les étudiants boursiers. Les permanents de l'équipe parisienne et les délégués connaissent bien les jeunes que nous aidons, les aident souvent psychologiquement, moralement. Notre soutien n'est pas que financier et les jeunes le savent bien. Souvent, après avoir été aidés par l'association, ils deviennent eux-mêmes donateurs. Un ancien boursier est par exemple membre de notre conseil d'administration.

Comment expliquez-vous que des familles de médecins se retrouvent dans des situations aussi délicates ?
Il est vrai que lorsque l'on évoque la nécessité de l'entraide médicale, on se heurte, même chez les médecins, à un véritable sentiment d'incompréhension. Comment les médecins eux-mêmes peuvent-ils être victimes d'accidents ou être confrontés à la maladie, à la mort, sans avoir pensé à protéger leur famille ? Et pourtant, nous rencontrons chaque jour à l'Afem des familles de médecins en grande difficulté financière, quelle que soit la cause de ces difficultés : accident de la route, divorce, maladie, interdiction d'exercer la médecine… L'Afem n'exclut aucune de ces situations et prend en compte tous les dossiers de demande déposés par les jeunes, quelle que soit l'origine du drame.

Quels sont les projets de l'association ?
Il y a 200 000 médecins en France… et parmi eux, seulement 11 000 donnent à l'Afem ! Si nous parvenons à mieux faire connaître l'association, nous pouvons doubler ce chiffre. Notre objectif est d'augmenter le nombre de bourses de 20, voire de 30 % et pour cela, nous devons convaincre le plus grand nombre de donateurs possible : confrères, mécènes publics ou privés, etc. Aujourd'hui, la grande majorité de nos donateurs sont âgés, c'est un constat classique pour ce type d'association, mais il reste préoccupant : comment attirer des donateurs plus jeunes, comment attirer les femmes médecins qui donnent moins en moyenne à l'Afem que leurs confrères masculins ?
Nous devons pour cela multiplier les initiatives, les rencontres tout en conservant nos structures bénévoles et en maintenant une gestion rigoureuse de notre budget.
C'est un véritable défi !

+ D'INFOS :

Pour contacter l'association :
Afem, 168, rue de Grenelle, 75007 Paris
Tél. : 01 45 51 55 90
Fax : 01 45 51 54 78
E-mail : info@afem.net
Site : www.afem.net

Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann – 75389 Paris Cedex 08

J'ai lu avec beaucoup d'attention et d'intérêt le dernier bulletin d'information de l'Ordre, et en particulier l'article sur la démographie des médecins et la présentation des nouveaux élus du Conseil national. Les résultats sont un peu attristants, pour ne pas dire affligeants. Si l'âge moyen des membres (65 ans) dépasse largement l'âge moyen des médecins en activité, la parité homme-femme est encore moins représentative (2 femmes pour 52 membres élus). On ne connaît d'ailleurs pas l'âge des confrères femmes élues, sûrement par galanterie… Comme quoi, la médecine est très éloignée de la politique, de la gestion ou de l'économie. Ici, la valeur attend le nombre des années.

Dr P.G. (51)

Je ne puis que vous inciter, si vous êtes plus jeune, à être candidat. En effet, sont responsables les candidats et les électeurs plus que les élus. Pour ce qui est de l'âge des confrères femmes élues, je propose chaque fois que leur date de naissance soit mentionnée, mais cela paraît indécent ou du moins est perçu comme un manque de courtoisie.

Dr Deseur, rédacteur en chef de *Médecins*

En réponse au Dr Philippe Brunet, interviewé dans le magazine de juin-juillet

Je suis tout à fait d'accord avec votre vision plutôt réaliste de la situation actuelle des échanges intereuropéens dans le domaine médical. Concernant l'harmonisation des formations médicales, il existe une ONG appelée Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) qui regroupe les représentants des différentes associations médicales spécialisées et dont le but était, à l'origine, l'harmonisation des formations en Europe. Cela ne semble plus être le cas actuellement et, non seulement, cette bonne idée n'est plus exploitée, mais elle est abandonnée, tombée dans l'oubli. En revanche, il existe un Comité permanent des médecins de l'Union européenne, formé de représentants des ordres nationaux de chaque pays, qui a un rôle officiel reconnu auprès des instances politiques qui prennent les décisions. L'une de ses missions consistait à harmoniser les formations médicales, où en toute logique cela aurait dû être le cas. Or, on ne l'a jamais entendu sur ce point. Il est difficile de regretter aujourd'hui ce qui paraissait une évidence, dès le début de ce qui constituait l'Europe des Six, quand on voit les différences criantes de formations d'un État à l'autre que ce soit dans le contenu ou la durée des études ou plus simplement la sélection à l'entrée des études.

Dr H.S. (67)

C'est avec un grand intérêt que j'ai lu les deux pages consacrées à « Vaincre le tremblement essentiel », pages 28 et 29 du Bulletin. *Cependant, je m'étonne d'une petite phrase : « En l'absence de marqueurs spécifiques (que ce soit par dosage sanguin, par scanner ou IRM), le diagnostic du tremblement essentiel est actuellement posé par un neurologue, après l'examen clinique. »*

En effet, cette phrase ne reflète que très incomplètement l'état de l'art car il existe des examens validés de médecine nucléaire, dont la scintigraphie des transporteurs dopaminergiques au moyen du 1231-FPCIT (nom commercial Datscan), disponible en France depuis sept ans, qui permettent de différencier le tremblement essentiel des syndromes parkinsoniens (dont la maladie de Parkinson) avec d'excellentes valeurs prédictives positives et négatives. L'impact économique est également considérable car cet examen modifie la prise en charge dans environ 50 % des cas, en évitant la mise en place d'un traitement antiparkinsonien inutile et potentiellement iatrogène et en augmentant la pertinence thérapeutique.

Dr B. D.- (74)

Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques

L'éducation thérapeutique du patient est au cœur de la prise en charge des maladies chroniques, son organisation établie sur des critères de qualité est indispensable, elle est désormais une nécessité de santé publique afin d'acquérir des compétences pour développer son « capital santé » : compétence d'auto-observance, d'autosurveillance et d'auto-adaptation, de raisonnement et de décisions, d'autosoins. C'est dans ce cadre que l'éducation thérapeutique du patient doit être fondée sur une intervention pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, d'où l'intérêt d'une équipe multidisciplinaire. Reste l'observance thérapeutique, adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales, avec sa mise à l'épreuve de la volonté, dont l'exemple typique est celui de démarche éducative des asthmatiques. La place ses acteurs d'éducation dans les réseaux de soins est essentielle. ↘J.P

Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques, de D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, A. Grimaldi, éd. Masson, 270 p., 32 euros.

Le mal de dos : pour une prise en charge efficace

Le mal de dos recouvre les différents aspects de la souffrance de toute la colonne vertébrale, des coccygodynies à la névralgie cervico-brachiale, en passant par les lombalgies aiguës et chroniques, les dorsalgies et les cervicalgies. Chaque localisation douloureuse est envisagée sur le plan diagnostique (importance de la clinique aidée par les examens radiologiques) puis thérapeutique. Le texte est clair et sa lecture est facilitée par de nombreux schémas. En rédigeant cet ouvrage, l'auteur poursuivait deux buts : nous aider dans la prise en charge des patients et faire naître chez les confrères de nouvelles vocations dans le domaine du mal de dos. ↘M.H.

Le mal de dos. Pour une prise en charge efficace, de Jean-Yves Maigne, éd. Masson, 2e édit., 218 p., 41 euros.

Gérontologie préventive

La prévention du vieillissement pathologique est abordée dans cet ouvrage pour les sujets à partir de 50 ans. L'auteur y développe tous les aspects du vieillissement de façon pratique et didactique quel que soit le lieu de résidence : à domicile, en institution et jusqu'aux derniers jours de la vie. Sont abordés une analyse critique des médicaments et en particulier des « traitements ou médicaments présumés antivieillissement ». Cinq chapitres abordent l'enjeu social, médical et économique. La prévention est longuement prise en compte sous tous ses aspects, physiques et pathologiques en insistant sur l'activité physique suivant un programme « clés en main ». Les préventions de toute sorte, l'iatrogénie médicamenteuse sont l'objet de commentaires exhaustifs très bien présentés. Un ouvrage que ne manqueront pas de consulter les spécialistes en gériatrie et surtout les médecins généralistes.

↘Jean Pouillard

Gérontologie préventive. Éléments de prévention du vieillissement pathologique, sous la direction de C.Trivalle. éd. Masson, 562 p., 38 euros.

La fin de vie et l'euthanasie

Cet ouvrage reprend les différents aspects du malade en fin de vie, vulnérabilité, dépendance vis-à-vis de ses proches… Ces questions sont abordées en des termes où, au nom de la dignité humaine, s'opposent partisans et adversaires de l'euthanasie, suscitant périodiquement des controverses passionnées. Les missions d'information présidées par le député Léonetti ont entendu librement les différents représentants des courants de pensée, laïque comme ceux des principales religions pratiquées en France. Suite à la loi du 22 avril 2005, ce livre a permis d'exposer la détermination et l'intention des auteurs et de permettre le débat de principe de la confrontation dans les convictions de chacun d'entre nous. ↘J. P.

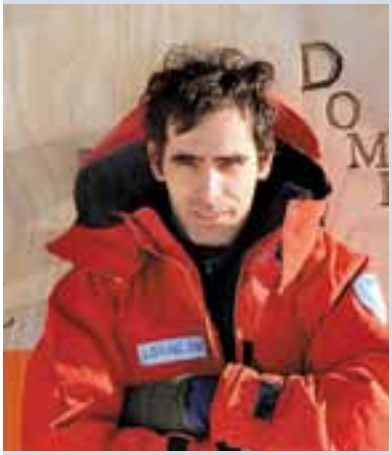
Colloque d'Aix-en-Provence, 30 novembre-1er décembre 2007, éd. Les études hospitalières, octobre 2008, 312 p., 42 euros.

Propos recueillis par **Arlette Chabrol**

« Dans certaines situations d'isolement, il faut pouvoir tout faire… »

Dr Laurent Bonnardot,

ORL, missionné en République centrafricaine pour MSF



témoignage

Visiblement, Laurent Bonnardot n'a jamais songé à s'installer sous des latitudes où l'accès aux soins serait aisé ! Déjà à 22 ans, avec le soutien de bourses, il a passé huit mois dans une île perdue au milieu de l'océan Atlantique, à Tristan da Cunha. « *Ce séjour a été une expérience de terrain fondatrice : elle m'a ouvert à la pratique médicale en milieu isolé,* » explique-t-il. Une expérience qu'il a renouvelée quelques années plus tard, cette fois en tant que médecin, dans les Terres australes et antarctiques françaises. C'est le même intérêt qui l'a mené à poursuivre un travail de recherche dans les prisons françaises puis à effectuer l'an dernier sa première mission pour Médecins sans frontières en République centrafricaine.

« *Mes expériences de médecin en milieu isolé m'avaient préparé à la médecine humanitaire. Il y a des analogies entre les deux types de pratique : on exerce dans un environnement soumis à des contraintes très fortes, avec le souci permanent d'apporter les meilleurs soins possibles. De ces tensions émergent des questions essentielles sur l'organisation des soins, le bénéfice réel de chaque examen complémentaire et la nécessaire polyvalence du médecin… car dans certaines situations d'isolement, il faut pouvoir tout faire, des soins dentaires à la chirurgie.* »

Pendant sa mission en Afrique, Laurent Bonnardot dit avoir beaucoup appris, travaillé sur un rythme intense mais avec enthousiasme : « *L'hôpital est entièrement géré depuis 2006 par MSF. J'ai été impressionné par leur expertise et leur efficacité. Dans ce milieu très instable économiquement et politiquement, et malgré des moyens très restreints, l'établissement bénéficie d'une organisation et d'une qualité des soins remarquables.* »

Pour le Dr Bonnardot, l'engagement de l'ONG sur le terrain lui donne sa légitimité. Et d'insister sur la cohérence de la démarche : « *MSF travaille surtout avec les médecins et personnels infirmiers locaux car son objectif est de soutenir plutôt que de se substituer aux autorités médicales du pays. Dès que la situation le permettra, MSF compte se retirer. Pour se réinvestir ailleurs.* »

PARCOURS

1973
Naissance à Paris

1996
Passe huit mois sur une île très isolée (près de Sainte-Hélène), dans le cadre d'un cursus en anthropologie, entamé en parallèle à des études de médecine (à la Pitié-Salpêtrière).

2002
Part dans les Terres australes et antarctiques françaises en tant que médecin.

2006
Décroche sa spécialisation en ORL.

2008
Nouvelle mission médicale en milieu isolé, dans l'Antarctique (avec l'Institut polaire et l'Agence spatiale européenne).

2009
Première mission pour MSF en République centrafricaine.