

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

Identitovigilance : le bon soin pour le bon patient

11 VIE PROFESSIONNELLE

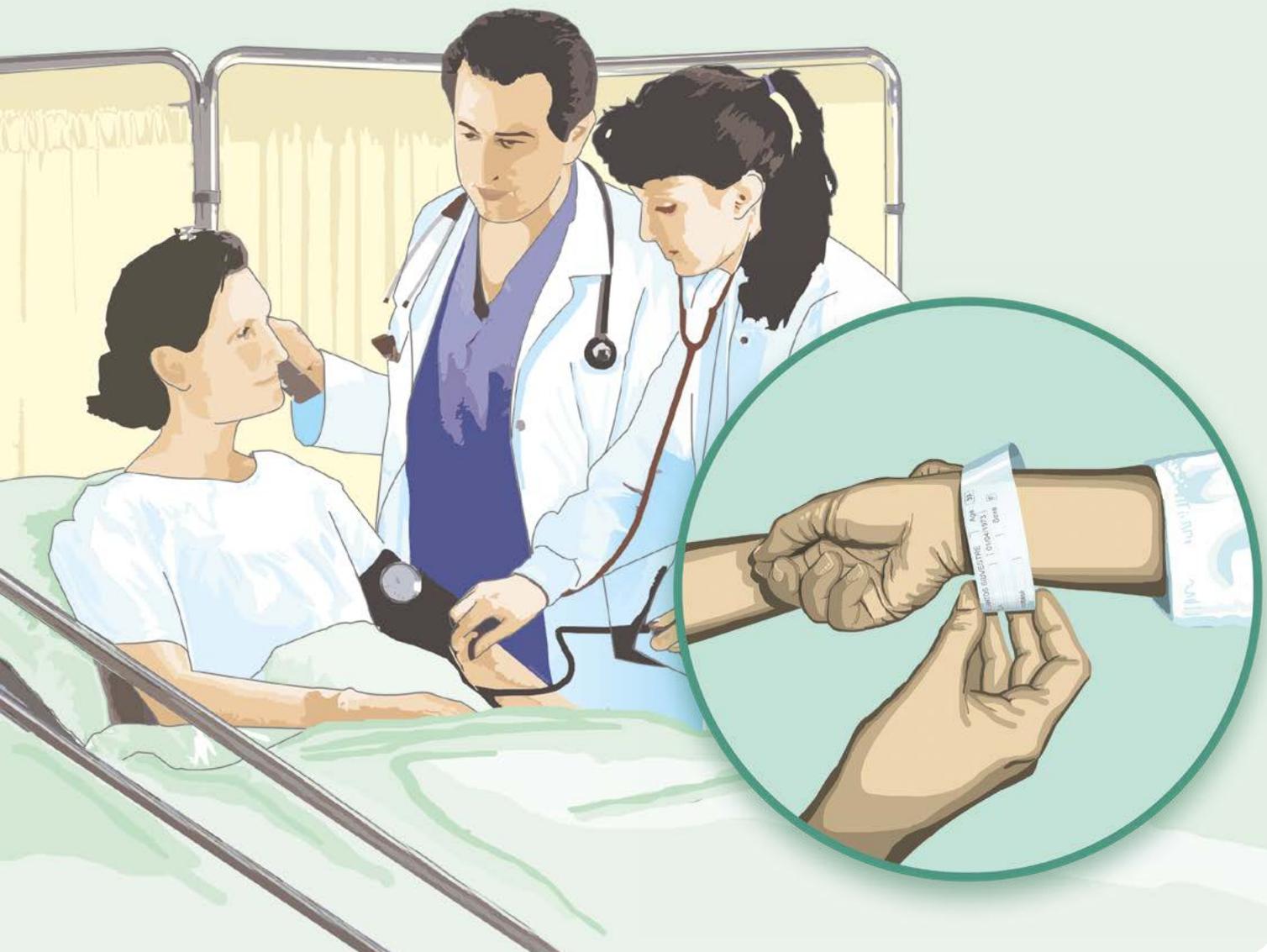
→ Les missions des Agences Régionales de Santé (ARS) et de leur directeur

26 PROTECTION JURIDIQUE

→ Les maisons de santé pluridisciplinaires : des structures en plein essor

31 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

→ Professionnels de santé et protection de l'enfance





Retrouvez toute notre expertise
pour vous informer et vous former
sur **macsf-exerciceprofessionnel.fr**

EXERCICE PROFESSIONNEL

Le nouveau site macsf-exerciceprofessionnel.fr met toute l'expertise de la MACSF - Le Sou Médical à votre service. A travers des contenus riches et dynamiques, il vous apportera les conseils et informations dont vous avez besoin sur les thèmes de la responsabilité civile professionnelle, du risque médical, de la réglementation ou encore de vos conditions d'exercice. Retrouvez un large choix de formations, de vidéos pédagogiques et d'articles de fond. Suivez l'actualité et les évolutions du monde de la santé grâce à nos newsletters, consultez nos foires aux questions et téléchargez nos livres blancs.

3233

Service gratuit
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

macsf-exerciceprofessionnel.fr

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**
Le Sou Médical

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

SOMMAIRE



© BSIP

05/ POINT DE VUE

La santé des médecins

06/10 DOSSIER

Identitovigilance : le bon soin pour le bon patient

11/25 VIE PROFESSIONNELLE

11/16
Les missions des Agences Régionales de Santé (ARS) et de leur directeur

17/19
Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : 15 points-clés pour une pratique en équipe efficace

20/23
Les plaies de la main : petites blessures, grandes conséquences

24/25
Le téléphone : au bloc opératoire plutôt qu'au volant ?

26/30 PROTECTION JURIDIQUE

Les maisons de santé pluridisciplinaires : des structures en plein essor

31/37 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

Professionnels de santé et protection de l'enfance

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr Georges David
Professeur honoraire de biologie
de la reproduction

Pr Bernard Guiraud-Chaumeil
Ancien membre du collège
de la Haute Autorité de santé

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie
de médecine

Pr Jacques Hureau
Président d'honneur de la Compagnie
nationale des experts médicaux

M. Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

M. Jerry Sainte-Rose
Avocat général à la Cour de Cassation

Pr André Vacheron
Ancien président de l'Académie
de médecine, président du Conseil médical
du Sou Médical

M. Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Vice-président du Conseil National
de l'Ordre des médecins, délégué général
aux systèmes d'information

MEMBRES

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques, MACSF

Dr François Baumann
Fondateur de la Société de formation
thérapeutique du généraliste

Pr Dominique Bertrand
Professeur en économie de la santé
Université Paris 7 Denis Diderot

M^e Muriel Bloch-Maurel
Avocat à la Cour

Dr Pierre-François Cambon
Chirurgien-dentiste, président d'honneur de
MACSF épargne retraite et MACSF financement

Pr Anne-Claude Crémieux
Professeur de maladies infectieuses,
Hôpital Raymond Poincaré

Pr Claudine Esper
Professeur de droit à l'université Paris-V

Pr Brigitte Feuillet
Professeur à la Faculté de droit
et de sciences politiques de Rennes

Dr Pierre-Yves Gallard
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président MACSF assurances

M. Yves-Henri Leleu
Professeur de droit à l'université de Liège

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

M. Nicolas Loubry
Responsable du département
Protection juridique et du bureau d'études
juridiques, MACSF

Pr Paul-Michel Mertès
Professeur d'anesthésie réanimation
à l'hôpital universitaire de Strasbourg

Pr Guy Nicolas
Membre de l'Académie de médecine

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

Mme Marguerite Merger-Pélier
Magistrat honoraire,
présidente adjointe des CCI,
vice-présidente du Comité d'indemnisation
des victimes des essais nucléaires français

Pr Fabrice Pierre
Professeur de gynécologie-obstétrique,
CHU de Poitiers

Pr Claude Piva
Professeur de médecine légale
à l'université de Limoges

Mme Suzanne Rameix
Philosophe, département Éthique
médicale de l'université Paris-XII

Pr Virginie SCOLAN
Professeur de médecine légale et droit
de la santé, CHU de Grenoble

Pr Claude Sureau
Ancien président de l'Académie
de médecine, membre du Comité
consultatif national d'éthique

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF - Le Sou Médical

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sabrina Biendiné

Conception et réalisation
Studio PAO MACSF

ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par **MACSF,**
société d'assurance mutuelle
10, cours du Triangle-de-l'Arche
92919 La Défense Cedex
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : juin 2016
ISSN : 2491-4657

Les opinions émises dans les articles
publiés dans cette revue n'engagent
que la responsabilité de leurs auteurs.



CRÉDIT ILLUSTRATION COUVERTURE :
JIMMY PÉRE.

Celles et ceux qui nous soignent ne sont pas toujours eux-mêmes en bonne santé physique ou psychique. Plusieurs enquêtes récentes ont mis en évidence la vulnérabilité des professionnels de santé à cet égard. Comment leur venir en aide et répondre à leurs souffrances, de plus en plus répandues ?



La santé des médecins

DR JEAN-PIERRE OLIE, PSYCHIATRE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, PRÉSIDENT DE LA FONDATION PIERRE DENIKER (RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE POUR LA FORMATION ET LA RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE)

Notre permanente confrontation à la maladie... des autres – nos patients – ainsi qu'à la mort, est supposée nous immuniser face aux émotions que ces situations sont censées générer. *A fortiori* lorsqu'il s'agit d'une personne que nous avons appris à mieux connaître à travers l'intimité de notre accompagnement médical.



Mais le médecin ne peut pas, ne doit pas être malade : telle est la représentation que les autres se font de nous, ou plutôt que nous imaginons qu'ils se font de nous. Il est vrai que le médecin doit se montrer disponible face aux souffrances des autres. Ceci ne laisse aucune place à ses possibles souffrances : s'il ne peut pas se soigner, comment pourrait-il prendre soin de moi ?

Le résultat est que l'on ne sait rien de la santé des médecins : dans ce contexte, il est bienvenu que le Conseil National de l'Ordre ait décidé la mise en place d'un Observatoire de la santé des médecins. Celui-ci fournira des informations utiles, y compris sur leur santé mentale : on sait d'expérience que les phénomènes d'addictions, les dépressions et les conduites suicidaires sont choses fréquentes chez les médecins. La profession médicale, qu'elle s'exerce en libéral ou à l'hôpital, cumule les facteurs de stress. Et les enquêtes menées sur ce sujet indiquent effectivement que le burn-out des internes et des praticiens seniors est une réalité préoccupante.

« Les phénomènes d'addictions, les dépressions et les conduites suicidaires sont choses fréquentes chez les médecins. »

Or, les médecins ne bénéficient d'aucune action de prévention à cet égard.

Qu'il serait opportun, après le succès au concours du premier cycle des études médicales, de dépister les sujets à risque : un simple questionnaire d'auto-évaluation et une attention des aînés aux indications recueillies par ce biais y suffiraient. Cette démarche éviterait nombre de situations dans lesquelles les études s'éternisent du fait de multiples redoublements face auxquels tout le monde est démuné, à commencer par l'étudiant qui ne peut, sans grande douleur, renoncer à l'impossible projet de devenir médecin, projet pour lequel il a sacrifié tant d'années.

Qu'il serait sage d'interroger périodiquement les praticiens seniors pour détecter d'éventuels risques avant que ne surviennent les incidents, donnant lieu à une expertise revêtant alors un caractère punitif mal venu.

La piètre reconnaissance actuelle de l'acte médical, attestée par la faible valeur financière du C, constitue un facteur de burn-out générant dépressions, addictions et autres troubles du comportement. La santé du médecin n'est pas un sujet tabou. Il faut absolument corriger tant de négligences que les médecins paient aujourd'hui de leur santé. ■



Une mauvaise identification d'un patient peut avoir des conséquences multiples, plus ou moins graves, pouvant aller d'une erreur d'administration de médicaments au diagnostic inversé et à l'erreur d'intervention. Dans une circulaire du 7 juin 2013, la DGOS a rappelé les règles à observer dans le recueil de l'identité des patients et l'enregistrement de données les concernant pour éviter ces erreurs et assurer le bon soin au bon patient.



© DR

Identitovigilance : le bon soin pour le bon patient

BRUNO FRATTINI, CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ, EXPERT EN PRÉVENTION DES RISQUES, MACSF - SOU MÉDICAL

➤ Une erreur d'identité au bloc opératoire pédiatrique – Spécialité : chirurgie de l'enfant

• L'histoire

« Les deux premiers enfants inscrits sur le programme opératoire doivent subir l'un une chirurgie ORL et l'autre une chirurgie urologique. Ils sont appelés en même temps par le brancardier de l'unité pour être acheminés jusqu'à l'entrée du bloc opératoire. L'habitude des soignants, afin d'humaniser leurs rapports avec les enfants et réduire l'impact traumatique de l'intervention, est de les appeler par leur prénom.

Il se trouve que les deux premiers enfants ont le même prénom.

Le brancardier du bloc accueille le premier enfant et, après une transmission orale avec le brancardier de l'unité ambulatoire, l'emmène dans la salle de pré-anesthésie d'ORL sans vérifier ni le nom du chirurgien référent ni l'identité complète de l'enfant. Le deuxième enfant reste en attente dans le sas de transfert du bloc opératoire.

En déroulant la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, l'anesthésiste s'aperçoit à la lecture des informations du dossier et du bracelet d'identification, que l'enfant qu'il s'apprête à anesthésier pour une chirurgie ORL doit en fait bénéficier d'un acte de chirurgie urologique. »

Extrait d'un document de la Haute Autorité de Santé : *Sécurité du patient – Gérer les risques – ELIAS – Comprendre pour agir sur les Événements Indésirables Associés aux Soins* – Février 2013

➤ Une problématique fréquemment rencontrée

Quel professionnel de santé ne s'est pas trouvé un jour confronté à une problématique en lien avec l'identité d'un patient ?

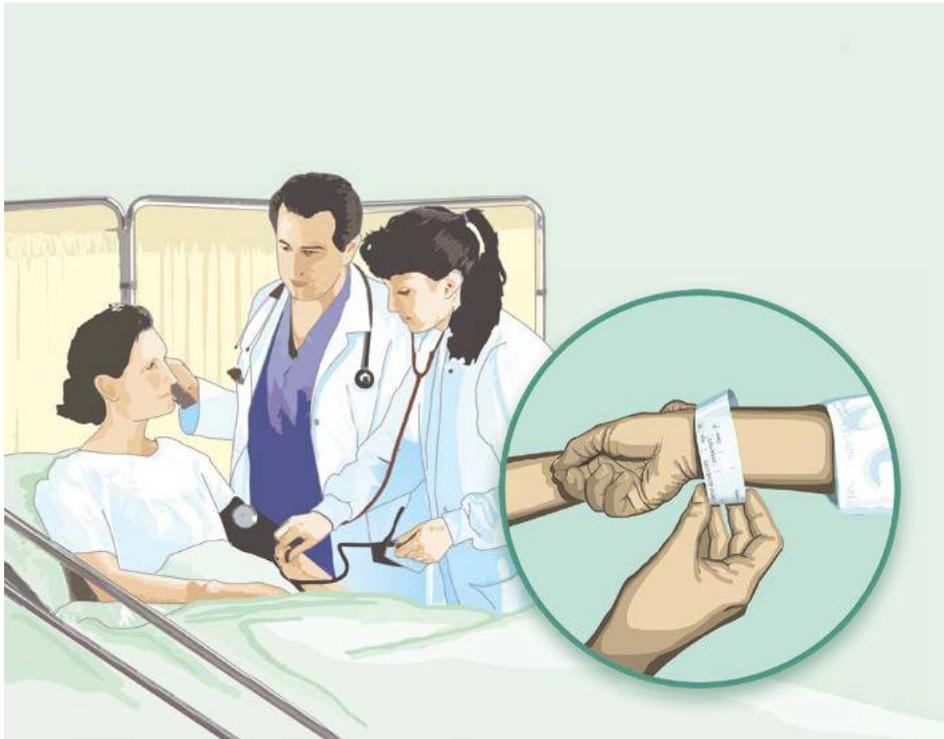
Les établissements de santé ont vocation à recevoir un nombre important de patients chaque jour, chaque semaine. Ces structures sont des systèmes complexes, dans lesquels de nombreux métiers travaillent ensemble autour des malades.

« Quel professionnel de santé ne s'est pas trouvé un jour confronté à une problématique en lien avec l'identité d'un patient ? »

Les organisations doivent être rigoureuses pour ne pas générer de risque, mais, malgré toutes les précautions qui peuvent être prises, des erreurs existent, même si la vigilance de chacun est optimale à chaque instant. L'incident relaté ci-dessus a pu être rattrapé, car les barrières de prévention ont fonctionné ; même si une rupture est survenue dans la chaîne de sécurité construite autour de la vérification d'identité, les autres maillons ont fonctionné à plein, permettant de pallier les manquements en amont.

Malheureusement, d'autres situations cliniques n'ont pas eu une issue aussi heureuse :

- un patient a reçu un traitement qui ne lui était pas destiné, et est décédé rapidement dans les suites



- immédiates de son administration ;
- un malade qui devait se faire opérer d'une fissure anale a en fait bénéficié d'une cure de hernie inguinale ;
- un jeune enfant venu pour une posthémectomie et qui a finalement quitté la structure de soins sans ses amygdales ;
- une patiente devant bénéficier d'une phlébectomie est rentrée chez elle sans sa vésicule biliaire ;
- un patient hospitalisé a eu une échographie transœsophagienne à la place de son voisin de chambre.

« Le concept d'identitovigilance s'est considérablement renforcé ces dernières années. »

afin de sauver des vies et d'éviter les préjudices¹. Ce programme de travail est proposé alors que le constat des erreurs commises au niveau des soins de santé affecte 1 patient sur 10 dans le monde. L'une de ces solutions porte sur l'identitovigilance².

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini, dans la certification V2010 et V2014³, le critère 15a « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » comme une **Pratique Exigible Prioritaire (PEP)**.

Tous ces retours d'expérience ont incité les experts à développer des barrières de prévention complémentaires.

➤ L'identitovigilance comme priorité renforcée pour la sécurité des patients

Le concept d'identitovigilance s'est considérablement renforcé ces dernières années.

Même si le concept se définit comme une vigilance, l'identitovigilance n'est pas considérée comme une vigilance réglementaire, à l'instar de l'hémovigilance, de la matériovigilance, de la pharmacovigilance... Mais elle est devenue une priorité de santé publique dans la dynamique « **sécurité des patients** » développée au niveau national et même mondial.

L'Organisation Mondiale de la Santé, en mai 2007, a lancé les **Neufs solutions pour la sécurité des patients**

La **Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)** a lancé, en novembre 2011, le **programme Hôpital Numérique, plan stratégique de développement et de modernisation des SIH pour la période 2012-2016⁴**, pour mettre à niveau les Systèmes d'Information Hospitalier (SIH) par un développement et une modernisation de ces derniers. Elle propose une boîte à outils pour atteindre les pré-requis nécessaires à un niveau de maturité commun pour l'ensemble des établissements de santé. Dans ces pré-requis, la structure de soins doit disposer d'une base « patients » de qualité, afin de fiabiliser leur identification.

La **DGOS** définit dans l'**instruction DGOS/MSIOS n° 013-281 du 7 juin 2013**, le recueil de l'identité du patient comme l'une des toutes premières étapes de sa prise en charge, et précise que seuls le nom de famille (appelé aussi nom de naissance), ■ ■ ■



■ ■ ■ le sexe et la date de naissance doivent être retenus au titre des traits (données) stricts.

➤ Les risques potentiels en cas d'erreur

L'absence de fiabilisation de l'identité d'un patient, dans le SIH de l'établissement de santé, expose à des risques divers. Voici un exemple de cartographie :

- **risques pour les usagers eux-mêmes** : car ce sont les malades qui sont impactés en premier lieu, occasionnant des dommages et générant des réclamations ou des plaintes ;
- **risques d'ordre administratif** : doublons (plusieurs dossiers potentiels non rassemblés avec perte d'informations), collision (deux personnes physiques confondues, voire un dossier pour deux personnes), usurpation (générant un danger immédiat pour la personne avec des données fausses, et retardées pour le titulaire pour le prochain séjour), modification d'identité, accès aux informations. Tous ces événements sont rencontrés fréquemment en établissement de santé ;
- **risques d'ordre médical** : la saisie d'une mauvaise identité, et surtout l'absence de domaine principal d'identification pour chaque établissement, expose à des erreurs diagnostiques (transmission d'un mauvais résultat), thérapeutiques (dans les cas d'homonymie), d'interventions chirurgicales,

d'examens de laboratoires (avec des étiquettes ne correspondant pas au patient) ;

- **risques d'ordre économique et financier** : difficultés dans la facturation et le recouvrement lorsque les données d'état civil sont inexactes.

« Il faut passer de l'identité administrative à but de facturation à une culture d'identification clinique dans le cadre d'une démarche globale de qualité et de sécurité des soins. »

Tous ces risques existent et sont connus dans tous les établissements de santé. Les incidents ou accidents sont de gravité variable, selon les situations. Ils peuvent être corrigés si un système de vigilance est mis en place.

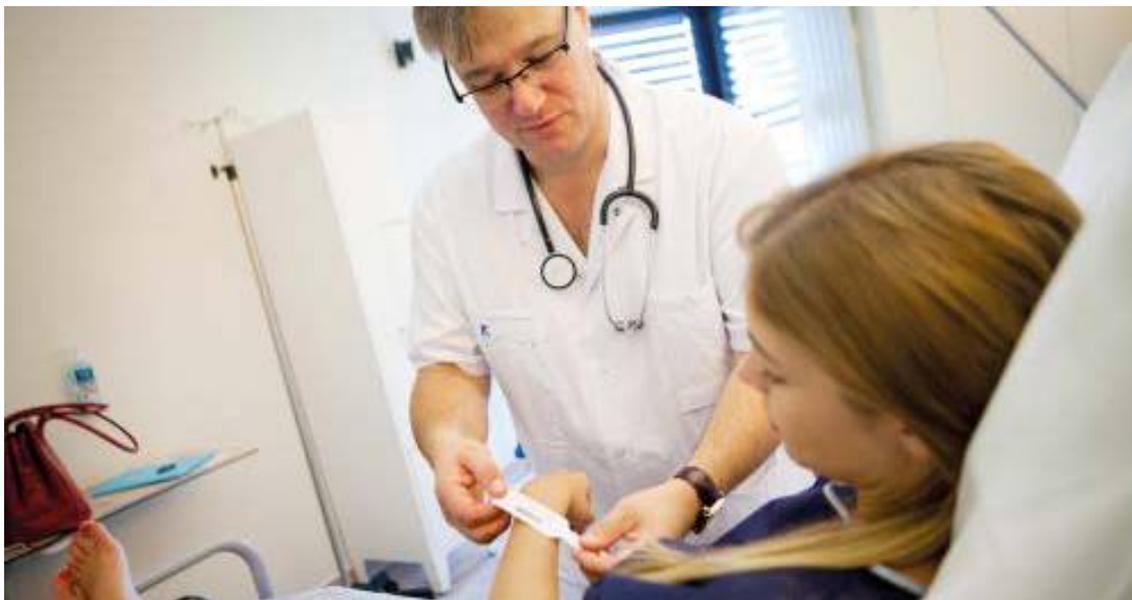
➤ Vers une définition consensuelle

L'identité d'une personne est la représentation administrative d'une personne physique.

L'identitovigilance est le **système de surveillance et de prévention** des risques d'erreurs liées à l'identification des patients.

Ce système est global, et chaque professionnel évoluant au sein d'un établissement de santé y est engagé, sans oublier les patients eux-mêmes.

L'identitovigilance est avant tout un objectif avant d'être une définition. Il faut pour cela passer de l'identité administrative à but de facturation à une **culture d'identification clinique** dans le cadre d'une démarche globale de qualité et de sécurité des soins⁵.



➤ Les solutions préconisées pour diminuer les erreurs d'identité

Dans le programme de travail de l'OMS de mai 2007 sur la sécurité des patients, la solution 2 fait un focus sur l'identification des patients.

À partir des données chiffrées de l'agence nationale du Royaume Uni pour la sécurité des patients (236 incidents et problèmes évités de justesse dus à l'absence de bracelets d'identification ou à des bracelets portant des informations erronées, recensés de novembre à juillet 2005) et du ministère des anciens combattants des Etats-Unis d'Amérique (défaut d'identification dans plus de 100 analyses individuelles des causes profondes d'erreurs de janvier 2000 à mars 2003), les mesures suivantes sont proposées :

- faire en sorte que les organismes de prestations de soins disposent de systèmes d'informations pour contrôler les identités des malades pris en charge, à partir de deux éléments d'identification au moins, avec la pose d'un bracelet d'identification à chaque patient, dans le cadre de protocoles de vérifications validés en équipe, sans oublier la participation du patient ;
- prévoir et développer des formations sur ces procédures de vérification pour chaque professionnel de santé ;
- éduquer les patients sur l'importance du port du bracelet, tout en respectant la confidentialité et le respect de la vie privée.

La HAS, dans son manuel de certification et plus précisément dans sa *PEP 15a*, exprime son souhait de constater, lors de la visite des experts visiteurs, la mise en place d'un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs, et de sa maîtrise au sein de la structure.

La DGOS, quant à elle, dans le cadre du programme Hôpital Numérique, propose une méthode de mise en œuvre de l'identitovigilance en établissement de santé dans sa *Fiche pratique 1*. S'appuyant sur les travaux du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) d'avril 2002, cette fiche présente un cadre méthodologique.

Elle préconise l'élaboration d'une politique institutionnelle de gestion des identités (politique d'identification et rapprochement d'identités), formalisée dans une charte d'identification et dans une charte

de rapprochement d'identités (partage des identités). Ces chartes devraient être définies par les **Autorités Gestion de l'Identification (AGI)** ou **Autorités Gestion du Rapprochement (AGR)**, ainsi que les moyens à mobiliser pour leur mise en œuvre.

Enfin, la **Cellule d'IdentitoVigilance (CIV)** est l'organe opérationnel de cette politique ; elle a en charge la surveillance et la prévention des erreurs et des risques, sans oublier la nomination d'un référent local.

➤ Les dispositifs mis en œuvre par les structures de soins

La majorité des établissements de santé a pris en compte ces recommandations, et un grand nombre d'entre eux ont mis en place une **Cellule d'IdentitoVigilance**. Cette cellule définit la politique institutionnelle et détermine les actions à mettre en œuvre. Le choix a été fait de positionner le décisionnel et l'opérationnel au sein de la même instance, dans un souci de plus grande efficacité et en tenant compte des ressources disponibles.

Un représentant de la direction est toujours présent dans cette instance.

Les personnes impactées par cette dynamique sont souvent les Départements d'Information Médicale, la Direction des Systèmes d'Information Hospitaliers et les responsables des Admissions-Facturation, sans oublier les représentants des soignants.

Pour les actions déterminées par la CIV, la rédaction d'une **Charte de l'identitovigilance**, approuvée par les instances gouvernantes et les Commissions Médicales d'Etablissement, est la règle.

La **Charte de rapprochement d'identités** n'est pas encore présente partout.

La **Charte de rapprochement d'identités** n'est pas encore présente partout.

La rédaction de procédures est effective, et notamment celle qui décrit la création des identités. Les traits (éléments d'informations) propres à chaque patient sont définis et permettent d'attribuer un Identifiant Permanent Patient (IPP). **La présentation d'une pièce d'identité est obligatoire** dans de nombreuses structures.

La procédure qui décrit les solutions à mettre en œuvre chaque fois qu'un problème est rencontré est également généralisée.

Le port d'un bracelet d'identification est maintenant présent dans tous les établissements ou presque. ■ ■ ■

« Le port d'un bracelet d'identification est maintenant présent dans tous les établissements ou presque. »



« La création d'une identité en secteur de soins est la première étape de l'acte de soins. »

■ ■ ■ Celui-ci est créé lors de l'admission ou à l'accueil du patient dans les services de soins. Les procédures de vérification vont de paire.

Les campagnes de sensibilisation et d'informations à destination des patients (par voie d'affichage notamment) sont présentes dans tous les établissements. Les explications sont répétées chaque fois que nécessaire pour **les rassurer** : cette dynamique est développée pour eux, pour leur sécurité : « *Une mauvaise identité est un risque pour votre prise en charge* ».

Les campagnes de formation et de sensibilisation des professionnels de santé se développent afin de **responsabiliser** tous les intervenants autour du patient : « *La création d'une identité en secteur de soins est la première étape de l'acte de soins* ».

Et, comme pour toute démarche qualité, un **suivi d'indicateurs** est construit pour évaluer la performance du système :

- taux de doublons ;
- taux de collisions ;
- taux d'usurpations ;
- taux de modifications d'identités ;
- taux de fusions d'identités, et donc de dossiers potentiellement, à risque.

➤ Les messages à retenir

L'identitovigilance permet de **prévenir** de nombreuses erreurs graves **évitables**.

Tous les professionnels exerçant au sein d'un établissement de santé sont **concernés** : les administratifs, les soignants médicaux et paramédicaux.

La sensibilisation des **patients** à cette problématique devrait permettre de les rendre **acteurs** de cette dynamique.

Les **erreurs** sont très souvent **d'origine humaine** : il convient de ne baisser la garde à aucun moment.

Cette politique, pour réussir, nécessite un engagement de la Direction Générale de chaque établissement, notamment dans **l'organisation** mise en œuvre et dans les **moyens** mobilisés.

Références :

1. Communiqué de presse de l'Organisation de la Santé - Centre des médias - Communiqués de presse 2007 - 2 Mai 2007/Washington/Genève - www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/fr
2. Solutions Pour La Sécurité Des Patients - Préambule - Mai 2007 - www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf
3. Manuel de certification - Haute Autorité de Santé - Version 2010 et 2014 - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf et http://www.has-sante.fr/portail/jcms/t_1495044/fr/la-v2014
4. Programme Hôpital numérique - Direction Générale de l'offre de soins - Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis - Fiches pratiques - Octobre 2012 - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/HN_-_Boite_a_outils_pre-requis_-_Fiches_pratiques_-_Octobre_2012.pdf
5. Présentation ARS Auvergne - Qu'est-ce que l'identitovigilance dans un établissement de santé ? - P. FRESSY - Ambert 2011.

La MACSF - Le Sou Médical propose des formations sur les enjeux de l'identitovigilance et les mesures efficaces. Pour toute demande d'informations et en savoir plus sur le programme de formation, rendez-vous sur www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Publications-actions-et-mecenat/Nos-formations-CIPS/formations-sou-medical

POUR ALLER PLUS LOIN

Guide de référence de l'Identitovigilance en région PACA et annexes - Version 1.08.

www.ror-paca.fr/uploads/CMS/files/Guide%20de%20reference%20IV%20en%20PACA%20et%20annexe.pdf

À LIRE AUSSI

Identitovigilance : une erreur fatale de transfusion (Responsabilité n° 56 - Décembre 2014).

À VISIONNER SUR www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Publications-actions-et-mecenat/Mediatheque

• Identitovigilance - Mini-film tourné au Centre hospitalier d'Argenteuil - Réalisation Christophe Emond (cellule communication).

• Identitovigilance - Vidéo réalisée par l'association HCOM pour Canal Sept - chaîne de télévision du centre hospitalier du Cotentin, à Cherbourg.



Depuis le 1^{er} janvier 2016, la carte des agences régionales de santé s'est adaptée aux nouvelles régions issues de la réforme territoriale. Dans le même temps, la loi de santé du 26 janvier 2016 a modifié les compétences des ARS. Quels sont les changements induits par ces évolutions et quelles sont les missions attendues des ARS et de leur directeur ? Retour avec Christophe Lannelongue sur la genèse et le fonctionnement de ces structures, ainsi que les défis auxquels elles sont aujourd'hui confrontées.



© ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Les missions des Agences Régionales de Santé (ARS) et de leur directeur

CHRISTOPHE LANNELONGUE, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

➤ Pourriez-vous nous rappeler l'origine de la création des ARS, et quelles instances elles ont remplacé ? Quels étaient, à l'époque, les objectifs poursuivis ?

Les ARS sont issues de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), qui a abouti à leur préfiguration en septembre 2009 et à leur création officielle en avril 2010. En réalité, ce cadre régional était en préparation et en réflexion depuis longtemps. Le rapport Soubie *Santé 2010* (1993) contenait déjà l'idée d'une gestion plus cohérente et plus globale du système de santé, dans le cadre d'un modèle déconcentré et décloisonné, qui ne sépare pas la médecine de ville de l'hôpital et du secteur médico-social. Traditionnellement en France, le système de santé s'est construit sur un partage des rôles entre l'État – considéré comme le « tuteur » de l'hôpital – et l'Assurance Maladie – gérant la ville (libérale), gérée sous l'égide de l'Assurance Maladie (par le biais de conventions). Cette dichotomie a induit une forme particulière de régulation.

La création des ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) par l'ordonnance du 24 avril 1996 (ordonnances Juppé) a marqué une avancée majeure, suivie de la production de nouveaux rapports

publics. Claude Evin a notamment porté, au Gouvernement comme à l'Assemblée Nationale, cette idée de changer le mode de régulation du système de santé français. Et même si la loi HPST a donné lieu à de longs débats parlementaires, ce volet de la loi était relativement consensuel : la création des ARS n'a pas suscité de clivage politique. L'objectif était de regrouper, dans un même cadre, des services de l'État (DRASS – Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales – et DDASS – Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales), des structures mixtes associant l'État et l'Assurance Maladie (ARH), et des organismes gérés par l'Assurance Maladie (URCAM – Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie). Les URCAM, également issues des ordonnances Juppé, devaient constituer dans chaque région une plateforme d'appui à l'évolution du système et aider à promouvoir d'autres organisations de soins. La création des ARS avait également ceci d'original qu'elle permettait de regrouper au sein d'une même structure des agents publics, dont de

nombreux fonctionnaires, et des agents privés.

Une ARS est un établissement public administratif, doté d'une personnalité morale et d'une autonomie de gestion (Conseil de

surveillance, approbation des budgets), et employant des personnels sous différents types de statut (public et privé). Cette nature mixte (État/Assurance Maladie) et cette autonomie de gestion lui confèrent

un positionnement assez particulier.

La vocation première des ARS est de réguler le système de santé afin de le rendre plus cohérent et plus harmonieux dans les parcours de soins, en gommant le cloisonnement entre médecine de ville, hôpital et secteur médico-social. Simultanément, elles incarnent une vision moins « hospitalo-centrée » du système, moins axée sur les soins et prenant davantage en compte la prévention, l'accompagnement des personnes et l'importance du secteur médico-social, notamment depuis la crise de la canicule survenue en 2003. La création de la CNSA (Caisse Nationale pour la Solidarité ■ ■ ■

LA VOCATION PREMIÈRE DES ARS EST DE RÉGULER LE SYSTÈME DE SANTÉ AFIN DE LE RENDRE PLUS COHÉRENT ET PLUS HARMONIEUX DANS LES PARCOURS DE SOINS, EN GOMMANT LE CLOISONNEMENT ENTRE MÉDECINE DE VILLE, HÔPITAL ET SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.

« L'ARS A UN RÔLE D'ALERTE, DE VEILLE ET DE GESTION DES CRISES SANITAIRES. »



© ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

■ ■ ■ et l'Autonomie) et le doublement des ressources allouées à la prise en charge des personnes âgées qui en ont découlé témoignent de cette évolution profonde du secteur médico-social entre 2005 et 2010. L'idée que la prise en charge des personnes âgées doit se faire de façon plus cohérente entre les soins à domicile, l'hôpital et les établissements médico-sociaux est de plus en plus prégnante.

L'ARS a donc hérité de ces missions de base.

➤ Les départements restent néanmoins très impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.

En effet, l'ARS gère les crédits dits de médicalisation pour les personnes âgées, équivalant à la dépense « soins » que l'Assurance Maladie consacrait à cette population. Le volet dépendance est géré par le conseil départemental. Outre l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), ce volet comprend l'aide sociale à l'hébergement. Le financement tripartite des établissements pour personnes âgées

dépendantes se répartit entre une composante « soins » (relevant de l'ARS), une composante « dépendance » (incombant au Conseil départemental) et un reste à charge payé en tout ou partie par la personne (dans certains cas, le conseil départemental peut également, à travers ses politiques sociales, financer une partie de ce reste à charge). Le conseil départemental, responsable des orientations stratégiques prises en matière de politique de gestion des personnes âgées, est censé porter, notamment à travers le schéma départemental gérontologique, une vision globale et cohérente de cette politique sur le territoire. L'ARS, quant à elle, apporte son assistance pour organiser au mieux les services de santé offerts aux personnes âgées.

En Bourgogne-Franche-Comté, il existe une tradition assez ancienne de cogestion dans les prises de décision. Je rencontre régulièrement les présidents des conseils départementaux et aucune décision n'est prise sans concertation préalable. Ces

décisions portent à la fois sur les programmes de médicalisation des EHPAD, l'analyse des besoins de soins (à travers le modèle « PATHOS ») et la fixation du montant des dépenses dédiées à la médicalisation sur tel ou tel établissement. Les programmes de répartition financière (qui s'élèvent à 1,6 milliard d'euros en Bourgogne-Franche-Comté), mais aussi la nomination des directeurs d'établissements (EHPAD publics), sont cogérés de façon étroite, sous l'égide de l'ARS (concertation sur les procédures à suivre et le choix des personnes).

En outre, l'ARS peut déclencher une inspection conjointe en cas de problème ou d'événement indésirable grave, ou encore à titre préventif en cas de gestion problématique constatée au niveau d'un établissement. Elle a donc un rôle de conseil, d'audit et de prévention, dans le cadre d'un partenariat extrêmement étroit avec le département. Cette concertation est d'autant plus importante que les politiques relatives aux personnes âgées sont devenues

un enjeu crucial pour le système de santé au cours des dernières années, et que les pressions financières se sont nettement accrues sur les conseils départementaux, notamment à cause des dépenses liées au RSA. Cette coordination entre ARS et conseils départementaux est donc fondamentale dans un contexte aussi contraint.

➤ Quelles missions ont été confiées aux ARS ?

• Une mission d'organisation des soins

L'ARS a tout d'abord une mission d'organisation des soins, héritée de la tutelle de l'hôpital public et des responsabilités des ARH en matière d'hospitalisation publique et privée définies dans le cadre des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire). L'exercice d'activités de soins requiert plusieurs autorisations dans un cadre très procéduré (respect des principes de concurrence et de liberté d'accès, procédures de planification, puis d'autorisation). Cette mission des ARH concerne toutes les activités de soins règlementées, au sens collectif du terme. L'ouverture d'une clinique, par exemple, implique de se conformer à tout un ensemble d'autorisations. L'ARS peut également demander, à titre exceptionnel, la fermeture de services ou d'établissements qui ne répondraient plus aux critères d'autorisation requis (exigences techniques, continuité des soins non assurée par manque de praticiens (pédiatres, gynécologues) par exemple).

• Une mission de régulation

La deuxième mission des ARS consiste en la régulation de l'offre de soins dans le cadre des priorités définies par les SROS. Le SROS définit la réponse à apporter aux besoins de la population sur les territoires. Les autorisations relatives à tel ou tel besoin sont données par l'ARS en fonction de ce schéma, qui fait l'objet de révisions tous les cinq ans et fait désormais partie

« L'ARS PEUT DEMANDER, À TITRE EXCEPTIONNEL, LA FERMETURE DE SERVICES OU D'ÉTABLISSEMENTS QUI NE RÉPONDRAIENT PLUS AUX CRITÈRES D'AUTORISATION REQUIS. »

intégrante du projet régional de santé. Ces projets régionaux s'articulent généralement autour d'un SROS MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), d'un SROS médico-social et d'un schéma régional de prévention. Parallèlement au SROS MCO, des indications sont données sur la médecine de ville (permanence des soins notamment) mais de façon beaucoup moins contraignante : il s'agit davantage d'assurer la continuité des soins que de délivrer des autorisations.

Les ARS disposent également d'un budget (Fonds d'Intervention Régional FIR – 148 millions d'euros pour la région Bourgogne-Franche-Comté) pour accompagner les évolutions de la médecine de ville et faciliter l'organisation des soins en ville (soutien au développement des maisons de santé, pôles de santé, réseaux de santé, au développement de la télé-médecine – toute composante innovante de l'organisation des soins).

Par ailleurs, l'ARS gère tout un volet médico-social : la médicalisation des structures accueillant les personnes âgées (EHPAD, SIAD), et la cogestion, avec les conseils départementaux, des structures accueillant les personnes handicapées (avec une responsabilité majeure de l'ARS sur les enfants et une responsabilité moindre sur les adultes). Dans tous les cas, l'ARS gère les crédits que l'Assurance Maladie consacrait aux personnes handicapées (« l'ONDAM médico-social »), en complément des ressources attribuées par le Conseil départemental à ces mêmes personnes sous forme d'aide sociale. Le budget géré par l'ARS est particulièrement important s'agissant des structures accueillant les enfants handicapés, dont elle est quasiment le seul financeur.

• Une mission de santé publique

Ce troisième volet consiste d'une part en un rôle de prévention et de promotion, pouvant porter sur des actions diverses (addictologie, vaccination, bien-être, activité physique). L'agence finance des associations et des acteurs (hospitaliers ou de ville) en ce sens.

D'autre part, l'agence gère une composante « Santé & environnement » : elle est chargée

du suivi sanitaire des impacts de l'environnement (air et eau notamment) sur la santé des personnes et effectue plus particulièrement des contrôles de la qualité des eaux et de l'air. Garante des bonnes capacités de traitement et de prélèvement de l'eau, elle peut faire des propositions de mesures au préfet, pouvant aller jusqu'à la restriction d'usage ou l'interdiction de consommation. La région Bourgogne-Franche-Comté est assez concernée sur ce plan, puisque environ 3 % de la population environ ne bénéficie pas d'une eau de qualité suffisante notamment à cause des pesticides utilisés pour la production agricole et viticole.

Enfin, l'ARS a un rôle d'alerte, de veille et de gestion des crises sanitaires. Elle dispose d'une plateforme qui suit tous les événements sanitaires de la région (épidémie de méningite, accident de la route, légionellose dans un EHPAD...). L'équipe en charge de ce suivi peut déclencher une gestion de crise, sous l'égide du préfet. L'ARS, de ce point de vue, est la composante sanitaire de la réponse à la gestion de crise. La communication est relativement complexe à organiser dans ces cas-là. La plupart du temps, les médias sont les premiers à détenir l'information, qui arrive au niveau national avant d'être relayée au niveau des ARS. Parfois l'information parvient simultanément au niveau national et aux ARS. La communication est donc assez délicate à gérer et à articuler entre les différents acteurs (niveau national, préfet, mais aussi les professionnels de santé qui vont souhaiter eux-mêmes communiquer) dans un contexte sensible, où l'on ne souhaite prendre aucun risque et éviter toute catastrophe.

➤ Comment les ARS sont-elles organisées ?

L'organisation des ARS est assez classique, comme le montre l'organigramme de l'ARS de la région Bourgogne-Franche-Comté : http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_BFC/ARS_Bourgogne-Franche-Comte/Orga-10-02-16.pdf

Nous avons également réalisé une brochure présentant le nouveau contexte ■ ■ ■

■ ■ ■ d'action et les projets prioritaires de l'agence, qui dispose d'une large autonomie sur ces sujets. Ces projets sont au nombre de 13 :

- le Plan régional santé environnement 3 ;
- le renforcement des soins de proximité ;
- le Plan pour l'Efficienc e et la Performance du Système de Santé (PEPSS) ou « Plan triennal » ;
- les coopérations hospitalières à travers la constitution de CHT/GHT (Communautés Hospitalières de Territoires et Groupements Hospitaliers de Territoires) ;
- la mise en œuvre du plan autisme et du rapport *Zéro sans solution* ;
- le développement de la e-santé ;
- le schéma régional des ressources humaines en santé ;
- l'amélioration des parcours de santé ;
- les addictions ;
- le Plan maladies neuro-dégénératives ;
- les Contrats Territoriaux de Santé (CTS) ;
- un contrat pluriannuel État/ARS ;
- la dynamique de la participation citoyenne.

Ces projets s'inscrivent dans le cadre de politiques nationales plus ou moins prégnantes. Par exemple, ce cadre national est très libre s'agissant du Plan régional santé environnement 3, alors qu'il est plus resserré en ce qui concerne le renforcement des soins de proximité, même si les objectifs du Pacte Territoire Santé restent relativement généraux. En revanche, pour ce qui est du PEPSS, des objectifs très précis ont été énoncés (pourcentage des actes de chirurgie ambulatoire par exemple). Toutefois les modalités d'atteinte et de déclinaison de ces objectifs sont laissées à la responsabilité des ARS.

« IL EST IMPORTANT QUE NOUS SOYONS EN CAPACITÉ DE TRAVAILLER AVEC L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET, DANS LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ, DE FAVORISER LE DIALOGUE ENTRE LES MÉDECINS, LES AUTRES PROFESSIONNELS ET LES ÉLUS POUR CONSTRUIRE DES RÉPONSES TERRITORIALES ADÉQUATES. »

La région Bourgogne-Franche-Comté est très en avance sur la e-santé et fait partie, avec l'Île-de-France, la région Rhône-Alpes, l'Aquitaine et la Réunion, des cinq territoires d'expérimentation retenus dans le cadre du projet « Territoire de soins numérique ». Sur les autres sujets, dont la télémédecine, le cadre législatif est

très large et laisse une forte marge d'action à la région, même si celle-ci ne dispose pas toujours des moyens nécessaires. Ainsi, l'agence a pu développer, avec l'aide d'un professeur dijonnais passionné de nouvelles technologies, une prise en charge très innovante de l'accident vasculaire cérébral à travers un système de téléconsultation. Néanmoins, elle rencontre des difficultés pour développer massivement l'usage de la télémédecine et ne pas se limiter à des actions ponctuelles ou isolées. La loi de financement 2014 prévoit pour 9 régions, dont la Bourgogne-Franche-Comté, la possibilité de tarifier des actes de télémédecine en libéral. Pour autant, ce système n'est pas encore mis en œuvre pour le moment, dans l'attente d'un cadre facilitant au niveau national.

S'agissant des projets d'amélioration des parcours de santé, nous disposons là aussi d'une marge de manœuvre importante et travaillons à l'amélioration des parcours de soins des patients, pour un certain nombre de pathologies ou de populations cibles (cancers, grand âge, santé mentale, précarité, diabète, maladies cardio-vasculaires, neurologiques, maternité, petite enfance). Certaines priorités font l'objet de plans nationaux (plan cancer) ou de politiques nationales (programme national nutrition santé, maternité et parentalité).

Cela étant, sur les 8 milliards d'euros de dépenses fixés par l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), notre responsabilité directe reste limitée, en sachant que 40 % de ces dépenses sont consacrés à l'hôpital – dont l'essentiel à la T2A (Tarification à l'Activité) et le reste aux établissements (établissements psychiatriques, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée) – et 40 % sont consacrés aux soins de ville (médecins rémunérés à l'acte). Il reste 1 milliard d'euros pour les établissements sociaux et médico-sociaux (dépenses de médicalisation).

Les autres dépenses de santé publique relèvent du FIR (Fonds d'Intervention Régional), qui représente environ 250 millions d'euros, et des actions de prévention financées au niveau national. L'essentiel du travail des ARS consiste donc en une action indirecte, à savoir faciliter un travail coordonné entre tous les acteurs. C'est pourquoi il est important que nous soyons en capacité de travailler avec l'ensemble des acteurs du système de santé et, dans les territoires de proximité, de favoriser le dialogue entre les médecins, les autres professionnels et les élus pour construire des réponses territoriales adéquates.

En Bourgogne-Franche-Comté, ce dialogue est particulièrement important sur les questions de démographie médicale. Dans un contexte de vieillissement de la population et de développement des maladies chroniques, un enjeu crucial réside dans la réduction de la durée et du nombre des hospitalisations, au profit du maintien à domicile, du développement des soins de proximité et de l'ambulatoire, à la fois pour une meilleure prise en charge des personnes âgées et pour des raisons économiques. Les dépenses consacrées à l'hôpital sont nettement plus élevées en France que dans le reste de l'Europe (20 à 30 % plus élevées qu'en Allemagne par exemple). L'objectif est donc d'accroître les prises en charge en ville et à domicile, et, parallèlement, de développer les actions de prévention et de promotion de la santé afin de différer au plus tard possible le moment de l'entrée en dépendance. Ces objectifs sont primordiaux pour la Bourgogne-Franche-Comté, qui reste fragile sur le plan de la démographie médicale. Le principal enjeu, pour la nouvelle ARS, est d'éviter un accroissement du nombre de personnes âgées isolées et qui ne pourraient être soignées ou prises en charge correctement.

➤ L'agence joue-t-elle un rôle dans l'incitation à l'installation des professionnels de santé ?

Oui, tout à fait. Des politiques d'incitation existent, auxquelles nous sommes particulièrement attachés, même si elles sont complexes à mettre en œuvre. À l'intérieur de ce cadre cependant, il est fondamental

pour les patients de pouvoir choisir leur médecin et, simultanément, de permettre aux professionnels de santé une liberté d'installation, garantissant leur autonomie. Force est de constater qu'il existe un lien étroit entre cette liberté de choix des patients et la confiance que cela génère dans le système de santé d'une part, et l'indépendance des professionnels de santé d'autre part. Cet équilibre doit absolument être préservé pour ne pas ruiner notre système de santé, financé à 80 % par l'impôt (180 milliards d'euros sont aujourd'hui prélevés chaque année pour financer le système de santé). Si, en contrepartie, les patients n'ont pas la possibilité de choisir leur médecin et que ce dernier n'a pas une autonomie suffisante, nous risquons un échec.

C'est là que le problème du remplacement des médecins partant à la retraite se pose, dans un contexte où la génération des jeunes médecins appelés à s'installer est foncièrement différente de la précédente. C'est une réalité incontournable.

« L'ARS MÈNE CONJOINTEMENT AVEC L'ASSURANCE MALADIE DES POLITIQUES DE ZONAGE. »

L'ARS mène conjointement avec l'Assurance Maladie des politiques de zonage, qui sont plus contraignantes pour les infirmiers que pour les médecins, mais qui présentent une limite : elles ne traitent l'incitation que sur un territoire et pour une période donnée. Par ailleurs, il faut avoir en tête que l'installation des jeunes médecins n'est pas motivée par des raisons strictement économiques, la rémunération des trois premières années n'étant pas leur critère majeur de décision. Les jeunes professionnels de santé aspirent souvent à pouvoir travailler en équipe, être utiles et ne pas se retrouver isolés. Les critères familiaux rentrent également en ligne de compte.

À cet égard, nous agissons sur deux leviers :

- d'une part la formation, pour que les jeunes professionnels puissent être au contact de leur future réalité le plus vite possible, et que la médecine générale soit valorisée comme elle doit l'être ;



© DR

- ■ ■ • d'autre part, l'accompagnement du développement de l'exercice coordonné (travail en équipe), car les jeunes professionnels évoluent depuis toujours dans des contextes où ils ont appris à travailler en équipe. La perspective de travailler seul ne les attire pas, même s'ils sont rétifs aux formes d'autorité traditionnelle et aux grandes structures pyramidales. Ils sont animés à la fois d'un besoin d'indépendance et d'une aspiration au travail collectif.

Ce second volet est relativement complexe à mettre en œuvre, car il recouvre la construction d'un projet de vie et d'un projet professionnel, sous-tendue par une manière de concevoir son métier. Cette mise en œuvre est d'autant plus importante qu'elle repose sur un équilibre fragile avec la population et la relation de confiance que celle-ci noue avec les médecins. Cette relation est beaucoup plus complexe qu'on ne le croit, et sans elle, le système s'effondrerait.

➤ Comment les directeurs des ARS sont-ils nommés ?

Ils sont nommés en Conseil des ministres, et peuvent être révoqués à tout moment, ce qui leur confère à la fois une forte légitimité et de hautes responsabilités, dont ils doivent assumer les conséquences. Moins de 500 personnes sont nommées par ce biais en France (directeurs d'administration centrale, ambassadeurs, préfets...).

➤ La loi de santé du 26 janvier 2016 a modifié les compétences des ARS. Dans quel but ? Quelles sont les nouvelles compétences issues de cette réforme ?

La loi Touraine fixe des orientations de long terme pour le système de santé : prévention, amélioration de la qualité des soins, facilitation de l'accès des personnes au système de santé. Ce cadre juridique constitue un point de départ nécessaire pour faire évoluer le système de santé. Sa mise en œuvre suppose une action d'animation et de mobilisation des professionnels de santé, dont les pratiques constituent la réalité quotidienne du système de santé.

Le problème, pour reprendre une métaphore bien connue, est que l'on ne change pas une équipe qui gagne, et que corrélativement, une équipe qui gagne ne change pas facilement. C'est tout le paradoxe du système de santé français d'aujourd'hui, qui est tout à fait remarquable mais qui est confronté à des défis considérables pour l'avenir et risque de se trouver bientôt dépassé s'il n'évolue pas.

Or l'avenir va nous confronter à des changements démographiques majeurs, dont le vieillissement de la population qui a des conséquences épidémiologiques très importantes. Cela implique, entre autres, de profiter des innovations technologiques pour essayer de soigner autrement et de développer des pratiques professionnelles plus proches des personnes.

C'est pourquoi, une action considérable de conviction et de formation des médecins doit être entreprise pour que la loi du 26 janvier 2016 puisse être mise en œuvre.

➤ Quelles ont été les conséquences du rapprochement des régions Bourgogne et Franche Comté pour la nouvelle agence ?

En Équivalent Temps Plein (ETP), la nouvelle agence emploie 455 personnes, alors que chacune des anciennes agences était en gros moitié moindre. L'ARS est présente sur 8 sites, dont deux sites, Besançon et Dijon, qui accueillent les services sièges. Certaines directions sont implantées en totalité à Besançon et d'autres sont partagées entre Besançon et Dijon. Elles comportent alors un département à Besançon et un département à Dijon (c'est le cas, par exemple, pour le suivi des hôpitaux). Des collaborateurs travaillent actuellement sur site distant, c'est-à-dire à distance de leur équipe de rattachement (90 personnes environ). Nous tendons à réduire ce nombre début 2019 et devons avoir indiqué, pour le 30 juin 2017, quelles personnes resteront sur site distant.

Ce rapprochement s'est bien déroulé dans l'ensemble, même s'il implique un travail considérable d'homogénéisation des méthodes et des outils de travail. Il a permis de renforcer notre expertise

et de spécialiser des personnes dans certains domaines où cela était impossible auparavant, faute de ressources. Le champ géographique de nos missions a changé mais pas leur contenu. Nous avons désormais la capacité de mieux gérer les compétences dont nous disposons.

Enfin, comme toute fusion, cette évolution demande un effort particulier de management, surtout lorsqu'il y a des sites distants. Le défi est de parvenir à s'appuyer sur la dynamique que crée cette diversité. Actuellement, une navette assure des allers-retours entre Besançon et Dijon deux fois par semaine. Nous organisons également beaucoup de vidéoconférences mais ces changements demandent du temps.

« UNE ACTION CONSIDÉRABLE DE CONVICTION ET DE FORMATION DES MÉDECINS DOIT ÊTRE ENTREPRISE POUR QUE LA LOI DU 26 JANVIER 2016 PUISSE ÊTRE MISE EN ŒUVRE. »

➤ Quelle est la place des « politiques » dans les décisions prises par les ARS ? Le travail avec les élus s'effectue-t-il en bonne collaboration ?

Oui. Nous croyons beaucoup en ce travail dans la mesure où la santé nous paraît être un élément majeur de développement d'un territoire ; il doit être porté par les politiques. Les questions de santé constituent un enjeu crucial dans les attentes des populations, à l'égard desquelles les élus peuvent avoir un rôle fédérateur et mobilisateur. En cas de conflit ou de désaccord avec les responsables des collectivités locales, il faut toujours privilégier le dialogue et trouver un compromis à partir d'une vision partagée de l'avenir, de l'intérêt général et des besoins de la population. Il faut essayer de partager le diagnostic initial et les réponses pouvant être apportées à une situation donnée. Le système de santé ne peut changer qu'à travers une évolution territoriale. L'action normative est importante mais ne pourra jamais suffire à elle seule. Sans ce travail rigoureux et de long terme avec les élus, rien n'est possible. ■

La qualité du travail en équipe, qui dépend notamment de la communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, est un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Face au constat de dysfonctionnements persistants dans la communication entre anesthésistes et chirurgiens et dans l'articulation de leurs rôles respectifs, la HAS a élaboré un document destiné à clarifier les responsabilités de chacun et améliorer l'organisation des soins.

Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : 15 points-clés pour une pratique en équipe efficace

PR PAUL-MICHEL MERTÈS, PROFESSEUR D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION À L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG, MEMBRE DU CFAR (COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS)

PR RENÉ AMALBERTI, MÉDECIN EXPERT EN GESTION DES RISQUES, CONSEILLER EN SÉCURITÉ DES PATIENTS À LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



En 2016, la Haute Autorité de Santé met à la disposition des anesthésistes réanimateurs une liste de 15 points clés pour une pratique en équipe efficace, identifiée à partir de l'analyse de la base de retour d'expérience Base REX du dispositif d'accréditation des médecins.

Ce document, établi à l'initiative de la HAS, est le fruit d'un travail collectif réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins anesthésistes-réanimateurs et des chirurgiens des différentes spécialités.

Il ne prétend pas imposer des solutions mais doit être lu comme une liste de questions qui visent à sécuriser le parcours du patient en répondant aux besoins des professionnels et en optimisant les conditions de leur travail en équipe.

« CE DOCUMENT DOIT ÊTRE LU COMME UNE LISTE DE QUESTIONS QUI VISENT À SÉCURISER LE PARCOURS DU PATIENT EN RÉPONDANT AUX BESOINS DES PROFESSIONNELS ET EN OPTIMISANT LES CONDITIONS DE LEUR TRAVAIL EN ÉQUIPE. »

Cette liste de points clés et solutions permettra au sein de chaque établissement la réalisation d'un diagnostic des points forts et des opportunités d'amélioration.

Il appartiendra à chaque équipe d'élaborer son propre plan d'amélioration adapté à la taille des équipes, à la pratique, au secteur d'activité et à l'environnement de l'établissement.

Cet outil original dérivé directement de l'analyse des événements indésirables identifiés au sein de Base REX, s'avérera très pratique pour guider la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques de vos équipes. Réservez-lui le meilleur accueil ! ■

LES POINTS CLÉS POUR UNE PRATIQUE EN ÉQUIPE EFFICACE

1. **Le dossier du patient** est consultable dans l'établissement de santé où le patient est pris en charge. Il est renseigné, actualisé, et partagé. Il doit être accessible à tout moment par tous les membres de l'équipe afin de permettre la traçabilité et la transmission des informations.
2. Tout patient qui doit avoir une intervention programmée nécessitant la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur, quel que soit le type d'anesthésie qui sera réalisé, doit avoir **deux consultations pré-opératoires : une chirurgicale et une anesthésique**.
3. Lors des consultations pré-opératoires de chirurgie et d'anesthésie, **toutes les informations** concernant la période péri-opératoire sont notées dans le dossier du patient afin d'être accessibles à la connaissance de chacun :
 - **le chirurgien note dans le dossier, pour en informer l'anesthésiste, les éléments jugés pertinents concernant l'intervention**, en précisant les termes de l'information donnée au patient et/ou au représentant légal. La date d'intervention qui peut être proposée au patient à ce stade est de nature prévisionnelle ;
 - **l'anesthésiste-réanimateur note dans le dossier, pour en informer le chirurgien, les éléments jugés pertinents concernant l'anesthésie** en relation avec la nature de l'intervention envisagée. Le choix d'une technique d'anesthésie, argumenté en consultation pré-opératoire et confirmé avant l'intervention lors de la visite pré-anesthésique, est une décision qui engage l'ensemble des acteurs qui seront en situation d'effectuer l'anesthésie ;
 - **pour l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien : les demandes** éventuelles de **consultations spécialisées**, de préparation spécifique pré-opératoire et de **soins intensifs/réanimation post-opératoires** sont argumentées, notées et leurs indications partagées. Toute modification du choix de la technique opératoire et/ou anesthésique doit être tracée, motivée et expliquée en temps utile aux acteurs de soins concernés.
4. L'appréciation de **l'opérabilité** du patient est établie au terme des consultations de chirurgie et d'anesthésie. Dans les situations complexes ou jugées à risque, elle fait l'objet d'une concertation entre anesthésiste et chirurgien. Elle doit être tracée selon les modalités propres au secteur d'activité. Elle permet de confirmer la date opératoire.
5. **La programmation opératoire** est établie conjointement par les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.
 Cette programmation se traduit par l'édition hebdomadaire d'un programme opératoire validé, et adressé à tous les acteurs.
6. Les modalités de **changement de programme, de rajout de patients non programmés** et notamment des urgences sont définies après concertation entre chirurgien, anesthésiste-réanimateur et la (ou le) responsable de l'organisation du secteur opératoire.
 Dans le cas d'un bloc des urgences mutualisé H 24, des règles communes de priorisation des urgences selon des critères médicaux validés par les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens sont définies avec toutes les spécialités chirurgicales utilisatrices.
7. Les règles de continuité du **traitement personnel du patient** (conciliation médicamenteuse) sont définies, et précisent notamment le médecin qui en est chargé.
8. L'organisation du secteur d'activité permet à tout moment et pour tout patient, opéré ou sous surveillance médico-chirurgicale, **l'identification de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien** qui assurent la continuité des soins et la prise en charge jusqu'à la sortie, les visites et la surveillance postopératoire, y compris pendant les périodes vulnérables (nuit, week-end, jours fériés). La procédure d'appel urgent H 24, 7 j/7 est disponible, connue et en place.
9. **La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire »** est réalisée pour chaque intervention en présence de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien, notamment pour les temps 2 et 3.
 Tous les éléments concernant la prise en charge postopératoire du patient sont précisés par l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien dès la fin de l'intervention (temps 3 de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ») et sont consignés dans le dossier du patient.

10. Les procédures et protocoles de prise en charge des patients font l'objet d'un consensus entre les chirurgiens, les médecins anesthésistes-réanimateurs, et l'équipe du bloc opératoire. Ils sont connus et respectés de tous. Ils précisent, entre autres, **le rôle de chacun** pendant toute la durée de la prise en charge des patients et sont définis par écrit, connus et respectés, notamment en termes :

- de prise en charge de la douleur ;
- d'installation du patient au bloc opératoire ;
- de prise en charge de la prophylaxie anti-thrombotique ;
- de prise en charge de l'antibioprophylaxie et de l'antibiothérapie ;
- de gestion des anticoagulants et des antiagrégants ;
- de prescription des produits sanguins et dérivés ;
- de nutrition pré et post-opératoire ;
- de suspension, maintien, adaptation et décision de reprise des traitements personnels du patient ainsi que de rédaction des ordonnances de sortie ;
- de toute prise en charge spécifique au secteur d'activité...

Tout changement est tracé dans le dossier du patient et partagé autant que nécessaire.

11. L'organisation de **la sortie du patient** est anticipée pour toutes les prises en charge susceptibles d'être protocolisées. Le rôle de chaque professionnel est défini en fonction des secteurs d'activité.

En cas de sortie non programmée, le médecin qui en prend la décision en assume l'organisation concertée.

12. En cas de survenue d'un **événement indésirable associé aux soins**, sa déclaration, l'information qui sera donnée au patient et/ou au représentant légal, ainsi que la désignation du (ou des) médecin(s) qui s'en chargera(ont) font l'objet d'une concertation entre anesthésiste-réanimateur et chirurgien.

13. L'**analyse** régulière et en équipe pluriprofessionnelle/pluridisciplinaire des **événements indésirables associés aux soins** (de type RMM) est organisée et entraîne la mise en œuvre d'actions d'amélioration des soins et de la sécurité des patients.

14. Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens participent au **conseil de bloc opératoire** qui se réunit régulièrement pour organiser le secteur opératoire et résoudre les dysfonctionnements.

15. Tous les critères précédents et leurs modalités de mise en œuvre (organisation, rôles, responsabilités, délégations) sont décrits dans une **charte de fonctionnement et d'organisation interne** du secteur d'activité.

De plus, cette charte rappelle :

- le respect mutuel et le respect de l'expertise professionnelle de chacun, l'écoute et la nécessité des échanges d'informations que se doivent tous les professionnels de santé quel que soit leur statut ;
- l'importance de la vigilance de tous les acteurs pour détecter et signaler sans délai toute situation dangereuse et événement indésirable associé aux soins ;
- que les modalités de communication anticipée des absences ou indisponibilités des médecins sont établies afin de permettre une meilleure adaptation des ressources ;
- que la sécurité du patient est l'affaire de tous les professionnels sans exception et quel que soit leur statut.

Cette charte est validée par la **CME** et le **directeur** de l'établissement de santé.

Elle est diffusée à tous les acteurs.

Elle engage les médecins du secteur d'activité.

Ce document est issu des points clés et solutions Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, téléchargeable sur has-sante.fr

Le 28 janvier 2016 s'est déroulée la première rencontre d'Yvelines Médecine d'Urgence sur le thème des plaies de la main et de leur prise en charge aux urgences. Cette rencontre avait pour finalité d'établir une fiche conseil et de fournir une aide sur les orientations à donner face à ce type de blessure. Quelle plaie doit notamment être prise en charge aux urgences, en chirurgie orthopédique ou dans un centre agréé FESUM (Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains) ?

Les plaies de la main : petites blessures, grandes conséquences

ASSOCIATION YVELINES MÉDECINE D'URGENCE
DR CAROLE MAUGER BRICHE, CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL MEULAN LES MUREAUX



➤ Une cause fréquente de consultation

Les plaies de main représentent une cause fréquente de consultation. On dénombre en France 1 400 000 blessés de la main par an. Seuls 20 % sont pris en charge par des chirurgiens spécialisés. Parmi ces 20 %, beaucoup de traumatismes simples pourraient être pris en charge dans des centres non spécialisés. En revanche, parmi les 80 % restants, beaucoup de traumatismes complexes devraient être pris en charge dans des centres spécialisés.

Des plaintes découlent de cette prise en charge aux urgences avec des conséquences fonctionnelles et médico-économiques importantes. 62 dossiers de ce type ont été traités par la MACSF en 2014.

➤ Les pièges à éviter

L'analyse des décisions civiles, pénales et des avis des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation ainsi que l'analyse des dossiers par les médecins conseil ont permis d'apporter un éclairage sur l'analyse médico-légale des plaintes liées à la prise en charge des plaies de main.

Les manquements suivants sont le plus souvent relevés :

- défaut complet d'exploration et/ou lavage de la plaie avant suture ;
- insuffisance de moyens d'exploration par l'absence de garrot ou l'absence d'anesthésie locale, limitant la qualité de l'exploration ;

- absence d'exploration au bloc opératoire malgré la présence de symptômes neurologiques évocateurs ;
- absence d'exploration au bloc opératoire des plaies palmaires dépassant le derme, des plaies dorsales situées à proximité d'une articulation mais aussi de traumatismes des doigts par injection de liquide sous pression ;
- retard d'orientation vers un praticien spécialisé ;
- défaut de traçabilité de l'exploration avant suture ;
- absence de consignes de surveillance adaptée ;
- présence d'un corps étranger (**verre**).

➤ **Les points de vigilance**

Plusieurs éléments doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le dossier du patient (cf annexe 1) :

- doigt dévascularisé ou non ;
- face palmaire ou face dorsale ;
- effraction du derme ;
- troubles sensitifs ou déficit moteur des fléchisseurs ;

Une aide à la prise en charge des plaies de la main a également été élaborée (cf annexe 2), visant à mieux orienter les patients et à améliorer leur prise en charge.

La télémédecine pourrait également jouer un rôle dans l'orientation des urgences de la main. ■



« LES PLAIES DE MAIN REPRÉSENTENT UNE CAUSE FRÉQUENTE DE CONSULTATION. ON DÉNOMBRE EN FRANCE 1 400 000 BLESSÉS DE LA MAIN PAR AN. »

Références :

- *Prise en charge des plaies aux urgences*, SFMU, 2005.
- *Plaie de mains aux urgences et défaut d'exploration chirurgicale*, M. Autran, N. Voituret, *La revue des SAMU*, mai 2015.
- *Plaie de la main*, E. Masméjean, 2006.
- *Comment prendre en charge les urgences mains, vers un consensus*, Rencontre FESUM, 2007.
- *Monographie Revue du praticien, La main*, novembre 2013.
- *Resurca Filière main*.
- *Telemedicine and hand injuries: A feasibility study*, Y. Abou Al Tout a, C. Taleb b, M. Kosayer c, P. Liverneaux, *Annales de chirurgie plastique et esthétique*, octobre 2008.

ANNEXE 1 :
FICHE BILAN POUR LES TRAUMATISMES DE LA MAIN

*Pour toute réponse comportant un « * »
= orientez la victime vers un centre FESUM !
Et transmettez ces informations aux secours
(pompiers, Samu, urgences)*

1/ Type de traumatisme

Amputation*

Arrachement par bague*

Morsure

Écrasement*

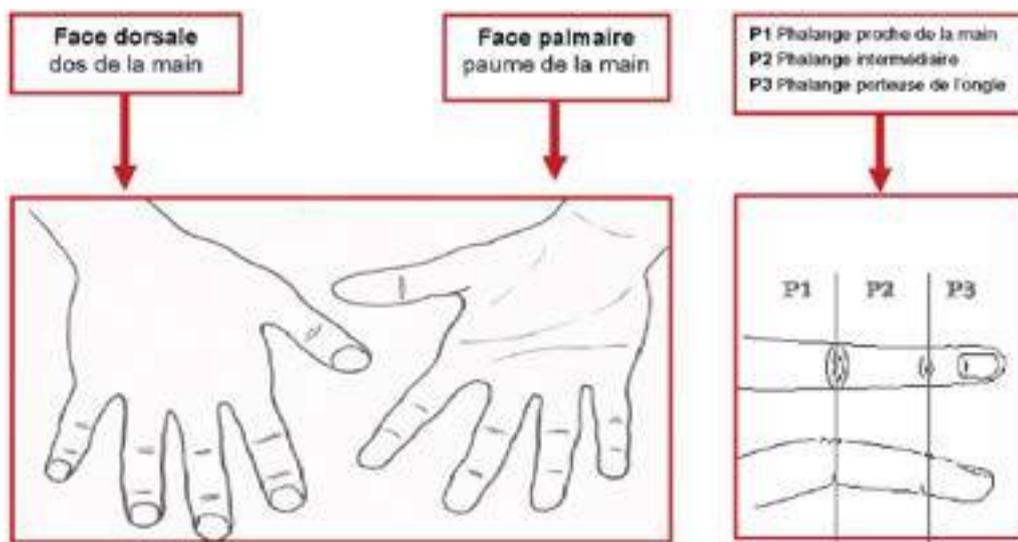
Traumatisme fermé

Injection sous pression*

Plaie simple

Autre

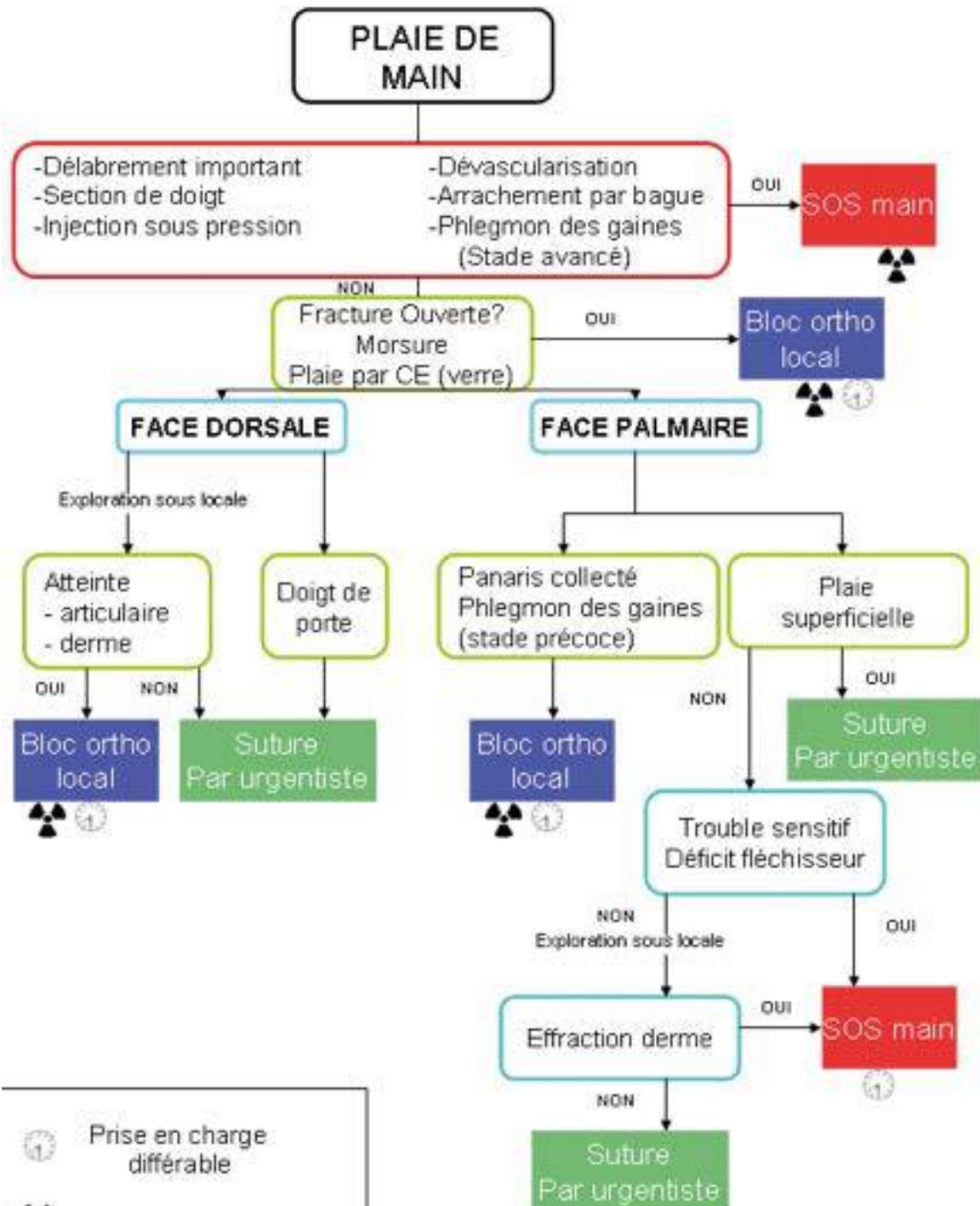
2/ **Localisation** = quel côté de la main = plaie **palmaire*** ou dorsale
Précisez en plus pour les doigts ==> quelle(s) phalange(s) : P1, P2, P3



3/ **Vérifier l'aspect du doigt** : dévascularisé* ou non

Dévascularisé = le doigt n'est pas rose comme les autres doigts non blessés

ANNEXE 2 :
 CIRCUIT DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE PLAIE DE LA MAIN



Prise en charge différable
 Réalisation de radio

L'usage croissant du téléphone portable au bloc opératoire et les accidents qui en résultent parfois posent question. Si les smartphones peuvent avoir leur utilité, leur présence excessive au bloc peut poser problème et devenir source de distraction.

Le téléphone : au bloc opératoire plutôt qu'au volant ?

DR JEAN-ÉDOUARD CLOTTEAU, CHIRURGIEN CONSEIL, MACSF - SOU MÉDICAL

➤ Opérer ou téléphoner : il faut choisir !

Les statistiques de la prévention routière sont formelles : un accident de la circulation sur dix est lié à l'utilisation du téléphone au volant, par diminution de la vigilance et distraction évidentes. Les pouvoirs publics s'en sont justement émus en prononçant des sanctions sévères : 3 points de retrait au permis de conduire et 135 € d'amende à tout contrevenant. Il fallait hier boire ou conduire ; il faut aujourd'hui téléphoner ou conduire !

Le personnel chirurgical du bloc opératoire est fort heureusement immunisé contre ces risques, pour la plus grande sérénité des patients qui s'y font opérer.

Dans ce sanctuaire immémorial, ou tout fleure la sécurité : respect des bonnes pratiques, lecture de la check-list, déclarations des événements indésirables, lutte contre les infections nosocomiales, etc., un nouvel intrus se fait désormais entendre : le téléphone portable. Chaque membre du personnel en possède un, parfois deux, voire trois...

La panseuse, nouvelle standardiste non rémunérée pour cette fonction, sait ainsi – entre deux dispensations ou deux comptages de compresses – reconnaître la sonnerie, en identifier l'origine (parfois, sous la casaque stérile, dans la poche de l'opérateur concentré) et, saisissant aussitôt le portable, elle le plaque sur l'oreille

chirurgicale au-dessus du champ opératoire, en évitant les fautes d'asepsie et surtout (on l'a vu pourtant !), la chute malencontreuse de l'appareil sur la table d'instruments...

« DANS CE SANCTUAIRE IMMÉMORIAL, OU TOUT FLEURE LA SÉCURITÉ : RESPECT DES BONNES PRATIQUES, LECTURE DE LA CHECK-LIST, DÉCLARATIONS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES, LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES, UN NOUVEL INTRUS SE FAIT DÉSORMAIS ENTENDRE : LE TÉLÉPHONE PORTABLE. »

Parfois, dans les moments opératoires les plus intenses, l'infirmière consent à prendre la communication elle-même, transmettant alors, avec hésitation, le message au chirurgien. Ce dernier – pour ne pas faire attendre l'interlocuteur pressé, souvent confrère, mais aussi patient potentiel ou inquiet, parfois parent proche ou très intime – préfère habituellement répondre lui-même, posant alors ses mains gantées sur le champ opératoire au repos, le temps, suspendu, de la causerie. On sait qu'il n'est pas homme à se laisser distraire ou s'inquiéter et qu'il saura bientôt retrouver toute la concentration nécessaire à la poursuite de son intervention..., jusqu'au prochain appel. Pendant ce temps, d'autres sonneries de téléphone ont retenti dans la salle d'opération, les appelants

ayant sans doute été avertis de cet intermède providentiel, profitant – eux aussi – de cette intimité inattendue.

D'autres enfin, plus discrets, peuvent consulter, dans leur coin, leurs SMS, les derniers résultats de sport, les news du jour, le bulletin météo du week-end prochain, sans être perturbés, pendant ces quelques instants, par les exigences bien connues de l'opérateur.

Le bloc opératoire est désormais à l'image de la rue.

Demain, fort opportunément, sous la contrainte des associations de patients, peut-être d'assureurs prudents, ces instruments et leur utilisation seront interdits dans cette enceinte. Opérer ou téléphoner : il faudra choisir !

➤ L'usage du téléphone à l'origine d'accidents graves

Tandis que nous publions cet article, qui se voulait plutôt humoristique, plusieurs accidents graves sont déjà survenus en raison de l'utilisation du téléphone au bloc opératoire :

- en juin 2015, un article du *Gulf-news* faisait état d'une Jordanienne qui avait dû être réopérée après avoir subi une césarienne : après son retour à domicile, elle ressent des vibrations au niveau de son abdomen. Il s'agissait d'un téléphone portable tombé et oublié



© FOTOLIA

par le chirurgien qui a dû retirer, secondairement, l'engin ;

- probablement plus crédible encore, l'enquête réalisée par Medscape France et relayée par la Presse écrite du début du mois d'août 2015, faisant état, aux USA, du décès d'une patiente de 61 ans opérée pour un problème cardiaque car l'anesthésiste, chargé de la surveiller, était trop occupé à consulter ses mails. Un autre patient, resté partiellement paralysé après une intervention neurochirurgicale, a pu prouver que son opérateur avait passé une dizaine d'appels pendant l'intervention qu'il subissait...

« UN PATIENT, RESTÉ PARTIELLEMENT PARALYSÉ APRÈS UNE INTERVENTION NEUROCHIRURGICALE, A PU PROUVER QUE SON OPÉRATEUR AVAIT PASSÉ UNE DIZAINE D'APPELS PENDANT L'INTERVENTION QU'IL SUBISSAIT. »

Le docteur Philippe Cuq, Président de l'Union des Chirurgiens De France (UCDF) se veut néanmoins rassurant pour les patients : en France, l'utilisation du téléphone au bloc opératoire serait anecdotique et nos malades, faiblement exposés à ce risque...

Si nous avons eu ce sentiment, nous aussi, au point de vouloir en rire, il semble désormais qu'au delà de l'anecdote, ce phénomène représente un réel danger, vital même.

C'est pourquoi, à l'instar de ce qui se passe outre-Atlantique, il va nous falloir évaluer précisément l'importance de cette pratique et de ses risques, afin – comme le faisait, dès 2008, l'American College of Surgeons – d'apprécier si « *l'utilisation des téléphones portables au bloc, n'était pas susceptible d'être source de distraction et de compromettre les soins aux patients* », et, par là-même, tenter de les faire disparaître. ■

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont récentes dans le système de soins français, mais elles se sont développées très vite et sont aujourd'hui en plein essor. On comptait, en mars 2015, plus de 1 000 maisons de santé actives ou en projet sur le territoire (source FFMPs). Contrairement aux idées reçues, elles ne se retrouvent pas qu'en milieu rural ; elles conservent une répartition plutôt homogène à travers la France, et près de la moitié d'entre elles (45 %) sont installées en ville (source FFMPs). Comment s'installe-t-on au sein d'une maison de santé ? Quel mode d'exercice choisir ?



© DR - © MICHEL LABELLE

Les maisons de santé pluridisciplinaires : des structures en plein essor

ELVIRE CASSAN, JURISTE SPÉCIALISÉE EN DROIT DE LA CONSOMMATION ET DROIT IMMOBILIER, MASCF
CÉLINE CHASSANG, JURISTE SPÉCIALISÉE EN DÉONTOLOGIE, EXERCICE EN GROUPE ET FISCALITÉ, MASCF

➤ Définition

Une première reconnaissance légale des maisons de santé pluridisciplinaires a été apportée par la loi du 19 décembre 2007 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2008 avec la création de l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique (CSP). Des précisions ont ensuite été apportées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), modifiée par la loi du 10 août 2011 (dite « Loi Fourcade »).

L'article apporte ainsi la définition suivante : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.*

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé

est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Ainsi, une maison de santé est un lieu de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soin sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales.

Elle est constituée d'au moins deux médecins généralistes et d'un paramédical.

Elles se distinguent des pôles de santé, qui ont la même diversité professionnelle mais répartie sur plusieurs sites. La démarche est en effet différente : il s'agit le plus souvent de professionnels de santé liés par un projet médical commun, mais qui ont choisi de continuer à exercer dans leurs cabinets respectifs.

➤ La création d'une maison de santé

La création d'une maison de santé passe d'une part par la réalisation d'un diagnostic territorial qui consiste en un état des lieux de l'offre de soins et des caractéristiques de la population sur le territoire choisi, et d'autre part, par la constitution du projet de santé.

Ce dernier s'applique à la population et il doit permettre prioritairement de :

- répondre à la continuité et à la coordination des soins ;
- assurer l'accessibilité et l'accès aux soins pour tous ;
- mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

« LES MAISONS DE SANTÉ SE DISTINGUENT DES PÔLES DE SANTÉ, QUI ONT LA MÊME DIVERSITÉ PROFESSIONNELLE MAIS RÉPARTIE SUR PLUSIEURS SITES. »

➤ Le volet immobilier

Dès que le projet de santé est déterminé, les professionnels de la future maison de santé auront un choix déterminant à faire pour le coût de la structure : être propriétaires ou locataires.

S'ils font le choix d'être propriétaires, une SCI est généralement créée et les professionnels de santé remboursent leurs prêts selon les clés de répartition définies préalablement entre eux.

S'ils choisissent la location, ils versent un loyer au propriétaire.

Dans les deux cas, les calculs de coût sont indispensables pour savoir à quoi s'engagent les professionnels concernés.

Ces coûts dépendent :

- du nombre de professionnels de santé impliqués ;
- de la surface des locaux ;
- du type de travaux : construction ou rénovation.

« LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIVENT DÉFINIR LEURS BESOINS ET PRÉVOIR LES AMÉNAGEMENTS NÉCESSAIRES ET LES EXTENSIONS POSSIBLES, EN COHÉRENCE AVEC LE PROJET DE SANTÉ. »

Les professionnels de santé doivent donc définir leurs besoins et prévoir les aménagements nécessaires et les extensions possibles. Il est nécessaire que ces aménagements soient en cohérence avec le projet de santé. Par exemple, si des actions de prévention sont prévues, une salle de réunion dédiée est à prévoir.

Les dépenses étant très lourdes, pour les professionnels de santé comme pour les collectivités locales, la recherche d'aides financières peut être envisagée auprès de l'État, de la région, du département et de l'ARS.

➤ La SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)

La loi du 10 août 2011 a mis en place, à destination des professionnels de santé libéraux exerçant en MSP ou en pôle de santé, la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

La SISA a été créée afin de contribuer à améliorer l'offre de soins, en permettant aux différents professionnels de santé un exercice pluri-professionnel et coordonné, mais aussi de pouvoir mettre en commun des revenus entre les associés de diverses professions de santé, ou facturer à l'Assurance Maladie des prestations coordonnées.

• Qu'est-ce qu'une SISA ?

La SISA est une société civile créée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Elle peut être constituée entre des professions médicales, auxiliaires médicaux et pharmaciens. Elle doit obligatoirement être composée d'au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Elle peut percevoir certains financements publics, facturer certains actes à l'assurance maladie et est présentée comme le cadre fiscal et social adéquat pour une maison de santé pluridisciplinaire.

La SISA a pour objet la mise en commun de moyens et l'exercice en commun par les associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. Un associé d'une SISA peut, à certaines conditions, exercer une activité à titre personnel et partager ses honoraires. Il est toujours personnellement responsable de ses actes professionnels.

Les SISA sont régies par les articles L. 4041-1 et suivants, L. 4042-1 et L. 4043-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP).

La SISA, structure unique, poursuit 4 objectifs simultanés :

- rassembler des professions distinctes ;
- percevoir des financements publics, qu'ils émanent de l'État, de l'Assurance Maladie ou des collectivités ■ ■ ■



- ■ ■ territoriales, et qui puissent être répartis entre les membres de la SISA ;
- facturer à l'assurance maladie certains actes réalisés ;
- organiser un cadre fiscal et social sécurisé tout en ménageant une souplesse d'accès et une sortie facile du dispositif aux professionnels de santé qui en sont membres ou souhaitent le devenir.

• Qui peut constituer une SISA ?

Les SISA ne peuvent être constituées que par des personnes physiques (à l'exclusion donc de toute personne morale) qui exercent les professions suivantes :

- profession médicale : médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires et sages-femmes ;
- auxiliaire médical : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoprothésistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, opticien-lunetiers, prothésistes, orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et diététiciens ;
- pharmacien.

Bien entendu, chaque associé doit remplir les conditions légales et réglementaires pour exercer sa profession, notamment être inscrit au tableau de l'Ordre dont il relève.

Si un associé est frappé d'une interdiction définitive d'exercer sa profession, il perd la qualité d'associé. Dans un délai de 6 mois, ses parts sociales dans le capital sont rachetées soit par un associé soit par la SISA.

Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une Société Civile Professionnelle (SCP) ou d'une Société d'Exercice Libéral (SEL) peuvent être associés d'une SISA.

• Combien d'associés doit comporter une SISA ?

Une SISA doit comporter au moins 2 médecins et un auxiliaire médical parmi ses associés. À défaut le tribunal de grande instance peut :

- soit dissoudre la société à la demande de tout intéressé ;
- soit accorder à la société un délai maximal de 6 mois pour régulariser la situation.

• Un associé peut-il se retirer d'une SISA ?

Oui, en cédant ses parts ou se faisant rembourser la valeur de ses parts par la SISA.

• Quel est le contenu des statuts d'une SISA ?

Les statuts d'une SISA sont librement établis, sous réserve d'être écrits et de comporter les mentions obligatoires.

Il s'agit de :

- l'identité des associés (nom, prénom et domicile de chaque personne physique associée) ;

- la forme, l'objet et le nom de la société ;
- la durée pour laquelle la société est constituée ;
- l'adresse du siège social ;
- le numéro d'inscription à l'ordre pour tout associé relevant d'un ordre professionnel et la justification d'autorisation d'exercer pour les autres associés ;
- la profession exercée par chaque personne physique associée de la société et, le cas échéant, ses différents titres et spécialité ;
- la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;
- le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales représentatives de ce capital ;
- l'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports formant le capital social ;
- le cas échéant, le nombre de parts d'intérêt attribuées à chaque apporteur en industrie ;
- les modalités de fonctionnement de la société (règles de désignation du ou des gérants et mode d'organisation de la gérance) ;
- les conditions d'exercice à titre personnel, par un associé, d'une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.

« LA SISA A ÉTÉ CRÉÉE AFIN DE CONTRIBUER À AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS, EN PERMETTANT AUX DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE SANTÉ UN EXERCICE PLURI-PROFESSIONNEL ET COORDONNÉ, MAIS AUSSI DE POUVOIR METTRE EN COMMUN DES REVENUS. »

Les statuts ne peuvent pas comporter de disposition imposant à un associé un rendement minimum.

De plus, ils ne peuvent pas porter atteinte à l'indépendance des professionnels de santé, ni faire obstacle au libre choix du praticien par le malade. Bien entendu, les associés peuvent, dans ces limites, ajouter toute autre disposition qui leur semble opportune.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en ligne un modèle de statut de SISA, finalisé avec tous les Ordres de professionnels de santé : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/SISA_0.pdf

• À qui doivent être communiqués les statuts d'une SISA ?

Au moins un mois avant les formalités d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés, les statuts de la SISA doivent être communiqués aux Ordres professionnels dont relèvent les associés ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé compétente.

Il en va de même pour les avenants aux statuts de la SISA.

• Les statuts de la SISA sont-ils limités dans le temps et à renouveler ?

Comme toute société, si sa durée n'est pas mentionnée dans les statuts, la SISA est constituée pour une durée maximale de 99 ans (article 1838 du Code civil) et devra donc être renouvelée à ce terme.

• Un associé d'une SISA peut-il continuer à exercer à titre personnel ?

Tout dépend s'il s'agit d'une activité dont l'exercice en commun constitue ou non l'objet de la SISA.

S'il ne s'agit pas d'une activité dont l'exercice en commun est prévu par les statuts de la SISA, l'associé peut parfaitement exercer cette activité hors de la SISA.

S'il s'agit d'une activité dont l'exercice en commun est prévu par les statuts, ces derniers doivent prévoir les conditions dans lesquelles un associé d'une SISA peut exercer à titre personnel cette activité.

• À qui sont versées les rémunérations ?

Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun sont perçues par la société. Elles constituent des recettes de la société.

S'il s'agit de rémunérer une activité exercée à titre personnel par un associé, ces rémunérations ne constituent pas des recettes de la société.

• Qui est responsable des actes professionnels accomplis dans le cadre des activités prévues par les statuts de la SISA ?

Chaque associé est responsable des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la SISA.

En application de l'article L. 1142-2 du CSP, les professionnels de santé exerçant à titre libéral des actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont tenus de souscrire une assurance responsabilité civile.

« CHAQUE ASSOCIÉ EST RESPONSABLE DES ACTES PROFESSIONNELS QU'IL ACCOMPLIT DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS PRÉVUES PAR LES STATUTS DE LA SISA. »

• Le partage d'honoraires est-il autorisé au sein d'une SISA ?

Oui, car les activités exercées en commun conformément aux statuts de la SISA ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires.

• Le départ d'un associé entraîne-t-il la dissolution de la SISA ?

Sauf dispositions contraires des statuts, la SISA n'est pas dissoute par :

- le décès, l'incapacité ou le retrait de la société d'un associé ;
- l'interdiction définitive d'exercice prononcée à l'encontre d'un associé.

• Les associés d'une SISA peuvent-ils être poursuivis pour compéragé ?

Oui, à l'instar de leurs confrères. Toutefois les associés d'une SISA ne sont pas réputés pratiquer le compéragé du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice commun d'activités.

L'article R. 4127-23 du CSP prévoit en effet que « *tout compéragé entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit* ».

Le compéragé peut être sanctionné disciplinairement.

Il est important de rappeler que dans le cas d'un partage de locaux entre médecins et non médecins, des salles d'attente bien séparées devront être mises en place.

• Combien coûte l'enregistrement d'une SISA ?

Le coût d'enregistrement de la SISA est de 83,96 € TTC et correspond aux émoluments du greffe du tribunal de commerce qui est le Centre de Formalités des Entreprises (CFE), qui effectuera également l'ensemble des déclarations obligatoires (URSSAF, INSEE, centre des impôts, caisses d'Assurance Maladie et de retraite...).

Si la SISA est issue de la transformation d'une autre société, le droit fixe des actes innommés (125 €) est dû au Trésor Public. Il est réglé au pôle d'enregistrement (ex recette des impôts) dont relève la société, lors de l'enregistrement des statuts.

• La SISA devra-t-elle payer la Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) ?

La SISA, comme toute société, est imposée à la CFE en son nom propre pour son activité de groupement de moyens et pour l'activité exercée en commun par les professionnels associés.

Les associés des SISA, comme les associés de SCM, sont aussi imposables à la CFE en leur nom propre dès lors qu'ils exercent une activité imposable. Les règles d'imposition à la CFE sont celles de droit commun.

• La fiscalité des honoraires sera-t-elle la même que celle des honoraires « paiement à l'acte » ?

Les bénéficiaires distribués par la SISA à ses associés relèvent fiscalement de la même catégorie que les honoraires/revenus d'activité.

• Est-ce que la SISA sera soumise à la TVA si elle comprend des associés eux-mêmes soumis à la TVA ?

Les prestations fournies par la SISA à ses membres sont exonérées de TVA sous réserve que la SISA ne comporte pas d'associé soumis à la TVA sur plus de 20 % des recettes totales.

Les SISA sont des sociétés civiles qui sont soumises au régime fiscal des sociétés de personnes (impôt sur le revenu) et ne peuvent opter pour l'impôt sur les sociétés, y compris lorsque l'un des membres est un pharmacien.

Les bénéficiaires distribués par la SISA sont imposés au nom de chacun des professionnels de santé associés à proportion de leurs droits dans la société, dans la catégorie des Bénéficiaires Non Commerciaux (BNC), et dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux pour les pharmaciens. ■ ■ ■

■ ■ ■ • **Une SISA peut-elle remplacer une SCM ?**

Oui. Une société initialement constituée en SCM peut, par modification de ses statuts qui décriront alors les activités réalisées en commun, se transformer en SISA.

La SISA est une SCM avec un objet social un peu plus étendu lui permettant d'exercer la profession pour les seules activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé.

• **Une SISA peut-elle être propriétaire d'un local ?**

Oui, comme toute personne physique ou morale dotée de la personnalité juridique, et ainsi, disposant d'un patrimoine.

• **Une SISA peut-elle recevoir des subventions ou des dons ?**

Oui, s'ils sont conformes à l'objet de la société.

• **Comment détermine-t-on la répartition des charges ?**

Il appartient aux associés de la SISA de définir la répartition des charges de la SISA, notamment dans les statuts.

• **Une SISA peut-elle être l'employeur des secrétaires ou d'autres non professionnels de santé non associés ?**

Oui, tout comme une SCM.

• **Une SISA peut-elle financer la formation des professionnels comme le DPC ?**

Oui, dans la mesure où cette formation peut être explicitement rattachée à l'objet de la SISA.

• **Une SISA peut-elle salarier des professionnels de santé (non associés) ?**

Oui, une SISA peut salarier des professionnels de santé, mais ces professionnels ne pourront facturer des actes de consultation au nom de la SISA comme le fait un centre de santé.

Une SISA peut recruter un professionnel de santé pour effectuer des actes de coordination ou d'éducation thérapeutique.

• **La transformation d'une association ou d'une SCM en SISA nécessite-t-elle de changer SIREN/SIRET ?**

- Pour la SCM

La SCM relevant déjà du registre du commerce (RCS) et la SISA continuant à en relever après son changement de forme juridique, il y a alors continuité de la personne morale et donc conservation du numéro SIREN/SIRET.

- Pour l'association

Si elle est inscrite au RCS, il y a également continuité et conservation du numéro SIREN/SIRET. ■



© DR

« LES BÉNÉFICES DISTRIBUÉS PAR LA SISA À SES ASSOCIÉS RELÈVENT FISCALEMENT DE LA MÊME CATÉGORIE QUE LES HONORAIRES/REVENUS D'ACTIVITÉ. »

D'après la Haute Autorité de Santé et le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la part de signalements de maltraitements infantiles effectués par des professionnels de santé reste faible. Seuls 2 à 5 % de ces signalements émaneraient du corps médical. Pourtant cette alerte initiale est essentielle et décisive dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitance. A qui les professionnels de santé confrontés à ces situations peuvent-ils s'adresser, quels sont leurs droits et obligations en la matière ? Le point avec Maître Péron, avocate en droit de la famille.



© DR

Professionnels de santé et protection de l'enfance

M^E MARTINE PERON, AVOCATE SPÉCIALISÉE EN DROIT PÉNAL ET EN DROIT DES PERSONNES, MEMBRE DU GROUPE DE TRAVAIL « MINEURS » DU CONSEIL NATIONAL DES BARREAUX

➤ Contexte

Conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, tout enfant a le droit d'être entendu dans toute procédure le concernant (conflit familial, adoption, ...). En France, un grand nombre de barreaux sont dotés d'avocats d'enfants. Ces derniers sont désignés par le bâtonnier et doivent avoir le moins de contacts possibles avec les parents ou leur avocat, le cas échéant. De même, l'avocat des parents ne doit pas être en contact avec l'enfant. En pratique, soit l'enfant lui-même écrit au bâtonnier ou au juge pour faire part de son souhait d'être entendu, soit l'un des parents demande qu'un avocat soit désigné pour l'assister. À titre exceptionnel, il arrive qu'un éducateur, un(e) assistant(e) social(e) ou un(e) responsable d'établissement oriente l'enfant pour qu'il puisse être assisté d'un avocat pour être entendu.

Dans ce cadre, une procédure le concernant doit déjà avoir été introduite, dans laquelle l'enfant pourra demander à être entendu. L'avocat reçoit l'enfant, lui explique le cadre de son éventuelle audition, son droit au silence et les limites de la portée de son audition. L'avocat s'assure que l'audition est effective et accompagne l'enfant à l'audition.

L'enfant doit être doué de discernement (conscient des implications). L'avocat s'efforce de l'apprécier. Par exemple, un enfant qui, dans le cadre du divorce de ses parents, ne mesure pas qu'en allant vivre chez son père, il ne verra plus autant sa mère, n'est pas conscient de ce qu'un tel changement implique. Certains enfants peuvent aussi changer de discours en fonction du parent qui les accompagne.

Les parents ont pour obligation d'informer l'enfant qu'il a le droit d'être entendu par un juge, et le juge doit vérifier que les parents ont informé l'enfant de ce droit. Le juge ne fondera pas sa décision sur les souhaits exprimés par l'enfant, même s'il en tient effectivement compte. Il est particulièrement important de déculpabiliser l'enfant des mesures qui seront adoptées et/ou des événements pouvant survenir ultérieurement.

Les avocats d'enfants interviennent également souvent dans le cadre de l'assistance éducative. Un enfant peut alors demander à saisir le juge

(mineur isolé étranger par exemple), et interjeter appel d'une décision, toujours sous réserve d'être doué de discernement. Le juge des enfants a notamment pour mission de veiller à la protection de l'enfant pouvant se trouver en danger (parent hospitalisé, parent placé en détention, maltraitements, carences éducatives, ...) et de mettre en place les mesures adaptées à sa protection (articles 375 et suivants du Code civil).

➤ Quelles structures sont aujourd'hui chargées de mettre en œuvre les mesures de protection de l'enfance ?

Les services sociaux départementaux (soutien aux familles), la PMI, l'aide sociale à l'enfance et les services du Conseil général qui habilite les associations dédiées (articles L. 221-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles). ■ ■ ■

« EN SITUATION D'URGENCE D'UN ENFANT PRÉSENTANT DES COUPS ET BLESSURES LAISSANT PRÉSUMER UNE MALTRAITANCE À SON ÉGARD, LE PROCUREUR SERA L'INTERLOCUTEUR NATUREL DU MÉDECIN. POUR ÊTRE MIS EN RELATION AVEC LUI, LE MÉDECIN DOIT CONTACTER LE PARQUET DES MINEURS DU TRIBUNAL DU RESSORT. »

■ ■ ■ ↗ **Les médecins (libéraux ou hospitaliers) peuvent être confrontés à des situations d'enfants en danger avec un impact direct sur la santé de ces derniers. Qui peut être leur interlocuteur afin de répondre à leurs questions sur les suites à donner ?**

En situation d'urgence (le plus souvent hospitalière) d'un enfant présentant des coups et blessures laissant présumer une maltraitance à son égard, **le procureur**, de préférence celui affecté aux mineurs, **sera l'interlocuteur naturel du médecin**. Pour être mis en relation avec lui, **le médecin doit contacter le parquet des mineurs du tribunal du ressort** et demander la permanence des mineurs. En cas d'appel en dehors des horaires d'ouverture, il doit se rapprocher du commissariat en expliquant sa situation et en demandant à être mis en relation avec le procureur de permanence. Un procureur est de permanence 24 h/24, mais pas nécessairement spécialisé pour les mineurs.

Une fois le contact établi, le procureur peut, en cas de soupçon du médecin (blessures ou hématomes apparents), ordonner des mesures d'enquête, le cas échéant prendre une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) de l'enfant à l'hôpital par exemple. Ce placement peut durer plusieurs jours, voire 2 ou 3 semaines, le temps de mener l'enquête et les investigations nécessaires sans avoir à renvoyer l'enfant dans sa famille ou le placer dans un foyer. Cela laisse le temps d'analyser et clarifier la situation sereinement. Le procureur peut adresser directement l'OPP au médecin de l'hôpital (fax, scan).

Pour un médecin libéral (pédiatre par exemple) qui reçoit un enfant en état de souffrance, présentant des signes de maltraitance ou faisant lui-même état de maltraitements, la procédure à suivre est la même (contact du parquet mineurs du tribunal du ressort) ; en accord avec le procureur, le médecin pourra utilement par exemple indiquer à l'accompagnant qu'il est nécessaire de procéder à des examens complémentaires nécessitant son hospitalisation. L'enfant pourra également être placé en foyer d'urgence, ou éventuellement chez un des deux

parents si ceux-ci sont séparés (par exemple chez le père si le beau-père est mis en cause). Parallèlement, le procureur peut faire rapidement entendre l'enfant par la Brigade de la Protection de la Famille (BDPF) des services de police ou de gendarmerie. Lorsqu'il s'agit de grands adolescents, l'enquête peut également être effectuée par des services non spécialisés.

Dans tous les cas, le procureur prend une décision et en informe le médecin. Si une mesure de placement d'urgence est adoptée, le procureur saisit le juge des enfants dans les 8 jours qui suivent. Le juge convoque ensuite les parents pour statuer contradictoirement.

Ces différentes démarches permettent de préserver les nécessités de l'enquête tout en protégeant l'enfant.

Dans les situations ne présentant pas d'extrême urgence, le médecin doit effectuer un signalement auprès de la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP)**, créée par la loi du 5 mars 2007, après des affaires révélant des dysfonctionnements des circuits de signalement, telles qu'à Drancy (2004) où plusieurs enfants maltraités avaient été retrouvés dans un état dramatique malgré des alertes précédemment aux services sociaux. Ces cellules ont pour objet de permettre à tout un chacun (assistante sociale, médecin, enseignant...) ayant des soupçons quant à une éventuelle situation de maltraitance d'un enfant, de les exprimer. Si des éléments inquiétants convergent, une enquête peut alors être diligentée par les services sociaux du Conseil général, dont les conclusions peuvent être transmises au procureur général. Cette cellule peut être saisie en adressant un courrier au Conseil général.

« **DANS LES SITUATIONS NE PRÉSENTANT PAS D'EXTRÊME URGENCES, LE MÉDECIN DOIT EFFECTUER UN SIGNALEMENT AUPRÈS DE LA CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES (CRIP), CRÉE PAR LA LOI DU 5 MARS 2007.** »

Cependant, dès lors qu'un médecin a un sérieux doute, et qu'il estime que la situation presse, il peut toujours solliciter directement le procureur et lui adresser un signalement. Le procureur décidera ou non d'ouvrir une enquête. Si le médecin ne parvient pas à joindre le parquet, il peut également contacter le commissariat qui le mettra alors en relation avec le procureur.

↗ **Comment la traçabilité de ces démarches est-elle garantie ?**

Le médecin doit indiquer dans son dossier qu'il a contacté le procureur le cas échéant, et mentionner la décision de ce dernier. Le médecin devra ensuite confirmer son signalement rappelant les termes de l'entretien téléphonique avec telle ou telle personne. Ce signalement doit être suffisamment détaillé et précis, et réalisé le plus tôt possible. En cas d'extrême urgence, le procureur pourra lui demander de le lui faxer.

↗ **À qui le médecin doit-il s'adresser pour obtenir une autorisation pour des soins sur un mineur ?**

L'accord éclairé de l'enfant doit être requis en premier lieu par le médecin. Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (article R. 4127-36 du CSP).

Le médecin doit également recueillir l'accord des parents¹.

Pour les actes bénins, l'accord d'un des deux suffit.

En revanche, pour l'administration d'un traitement de soins particuliers (soins d'orthodontie par exemple) ou dans le cas d'une chirurgie l'accord des deux parents doit être obtenu en cas d'autorité parentale conjointe. Dans le cas de parents séparés, ceux-ci exercent le plus souvent l'autorité parentale en commun, mais l'exercice de l'autorité parentale peut également avoir été confié à un seul d'entre eux.

Si un parent présente un jugement mentionnant qu'il exerce exclusivement l'autorité parentale à l'égard de l'enfant, le médecin en conservera prudemment la copie.

➤ Qu'en est-il des enfants placés amenés à l'hôpital par leur famille d'accueil ?

La famille d'accueil n'a aucune autorité sur les enfants placés. L'autorité parentale reste aux parents. L'aide sociale à l'enfance bénéficie en principe d'une délégation partielle pour les actes de la vie courante. Au-delà, ce sont les parents qui doivent donner leur accord pour un traitement ou une intervention. Lorsque les parents refusent des soins et traitements médicamenteux estimés nécessaires pour leur enfant, par exemple dans le cadre d'un suivi psychologique, le juge des enfants peut alors autoriser, par délégation, la prescription médicamenteuse et la prise du traitement par l'enfant si ces soins paraissent nécessaires, le cas échéant en faisant préalablement procéder à une expertise compte tenu de l'incompétence du juge en matière médicale. L'aide sociale à l'enfance peut demander au juge de se prononcer.

Dans certains cas, l'aide sociale à l'enfance ou le

tiers auprès duquel l'enfant est placé, disposent d'une délégation d'autorité parentale plus ou moins étendue, voire totale.

En cas de désaccord entre les parents sur un soin : en cas d'urgence, le médecin peut passer outre pour agir dans l'intérêt de l'enfant et assumer ses responsabilités (article L. 1111-4 du CSP). Dans les autres situations, en cas d'opposition de l'un des deux parents à une intervention chirurgicale, par exemple, le Juge aux Affaires Familiales (JAF) doit être saisi pour trancher ce différend d'autorité parentale. Le médecin doit alors établir un certificat médical, aussi motivé et insistant que possible, stipulant que le cas de l'enfant doit être examiné rapidement, afin d'obtenir une décision dans les meilleurs délais. Il remet ce certificat au parent acceptant qui pourra alors saisir le juge aux affaires familiales pour faire trancher le différend : « *Pour telle raison, il me paraît nécessaire d'intervenir dans tel délai, au-delà duquel la situation pourrait devenir préjudiciable pour l'enfant,*

je ne peux procéder à telle intervention en raison d'un différend parental ».

➤ En cas de danger ou risque de danger, délaissement, défaut de soins, le médecin doit effectuer un signalement.

Lorsqu'une action de prévention, un dépistage, diagnostic ou intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure (article L. 1111-5 du CSP), si le mineur/la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner par la personne majeure de son choix (un membre de sa famille, un proche, un membre d'une association, un professionnel socio-éducatif...) (article L. 2212-4 et L. 2212-7 du CSP (IVG), article D. 132-1 à D. 132-5 du Code de la Sécurité Sociale).

Les frais d'intervention sont alors pris en charge selon l'article D. 132-1 à D. 132-5 du CSS.

➤ Quels sont les écueils à éviter et les précautions

à prendre lors de la rédaction d'un signalement ou d'un certificat, et plus largement de tout écrit destiné à la mise en œuvre des mesures de protection ?

En cas de signalement ou de production d'un certificat à la demande du procureur : le certificat médical doit décrire précisément les blessures constatées, et mentionner, le cas échéant, les causes de ces blessures indiquées par l'enfant et/ou par chaque parent ou accompagnant. Il doit être rédigé à l'indicatif pour ce qui est des faits constatés et au conditionnel pour ce qui est des faits ou propos rapportés. L'exposé doit être objectif, précisant notamment les circonstances et les motifs de la consultation, la ou les personnes accompagnantes, l'environnement, la date et l'heure. Il doit également comporter, autant que possible, des observations relatives à l'état

émotionnel de l'enfant, son éventuelle confusion ou difficulté à s'exprimer (expressions détournées pour faire part de choses honteuses ou taboues, en cas de violences sexuelles par exemple), les réactions éventuelles de l'accompagnant, ou encore tout élément marquant relevé au cours de l'hospitalisation/la consultation.

Attention, les médecins ne sont pas des enquêteurs et ne doivent pas se substituer à eux, de même que l'assistante sociale n'est pas l'interlocutrice désignée pour recueillir la parole de l'enfant. Ils doivent savoir interrompre l'entretien au bon moment pour réorienter le « recueil » de la parole de l'enfant vers les personnes et les autorités compétentes. Les Brigades Départementales de Protection de la Famille (BDPF) et les Unités d'Accueil Médico-Judiciaire (UAMJ) sont spécifiquement conçues et formées pour recueillir la parole de l'enfant victime.

Les déclarations de l'enfant doivent être, autant que possible, recueillies au plus tôt et dans de bonnes conditions par les services d'enquête spécialisés. Elles seront enregistrées (filmées). Il est souhaitable de ne pas approfondir le questionnement, les questions sont ouvertes sans pouvoir induire la moindre réponse de l'enfant ; il ne faut ni reformuler, ni anticiper les propos de l'enfant, se tenir en retrait et dans la plus

grande neutralité possible, afin de protéger la parole de l'enfant. À défaut l'interrogatoire peut être faussé dès le début et mettre à mal toute la procédure. Ainsi, lorsqu'un enfant ne comprend pas une question

ou ne connaît pas une réponse, il tentera de donner tout de même une réponse pour satisfaire l'adulte. La reformulation par l'interlocuteur insérera dans le discours de l'enfant un vocabulaire qui n'est pas le sien.

Il faut ensuite procéder sans délai au signalement au procureur. ■ ■ ■

« EN CAS DE DÉSACCORD ENTRE LES PARENTS SUR UN SOIN : EN CAS D'URGENCE, LE MÉDECIN PEUT PASSER OUTRE POUR AGIR DANS L'INTÉRÊT DE L'ENFANT ET ASSUMER SES RESPONSABILITÉS (ARTICLE L. 1111-4 DU CSP). »

« LES MÉDECINS NE SONT PAS DES ENQUÊTEURS ET NE DOIVENT PAS SE SUBSTITUER À EUX. ILS DOIVENT SAVOIR INTERROMPRE L'ENTRETIEN AU BON MOMENT POUR RÉORIENTER LE « RECUEIL » DE LA PAROLE DE L'ENFANT VERS LES PERSONNES ET LES AUTORITÉS COMPÉTENTES. »

■ ■ ■ C'est pourquoi il est d'autant plus important de contextualiser précisément les données fournies dans le certificat médical. Parallèlement, le recueil de preuves matérielles par les services compétents sera essentiel et déterminant pour d'éventuelles poursuites pénales.

Sévice à mineur, modèle de signalement :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf

➤ Dans les décisions de mise sous protection, quelle est la place de la parole de l'enfant et de l'avis des parents ?

Parallèlement à une éventuelle enquête pénale, des mesures d'assistance éducative pourront être mises en place, centrées sur l'intérêt supérieur de l'enfant.

Une audience d'assistance éducative réunit le juge des enfants et son greffier, les parents, éventuellement assisté(s) de leur avocat, l'enfant/les enfants, éventuellement assisté de son avocat également, et les services éducatifs (le chef de la structure exerçant la mesure, l'éducateur de chacun des enfants, le référent de l'aide sociale à l'enfance par exemple) qui, après avoir mené des investigations, préconise la prise de telle ou telle mesure (accompagnement des parents, mesure de placement, ...).

« DANS LE DOUTE, UN MÉDECIN NE DOIT JAMAIS RESTER INACTIF AU RISQUE DE LAISSER UNE SITUATION PERDURER. »

L'avocat d'enfant permet de donner toute sa place à la fois à la parole de l'enfant, mais également au juge, qui, en l'absence d'avocat, disposent des informations « objectives » apportées par les services éducatifs et des explications souvent malaisées de la famille. De même, les avocats des parents peuvent contribuer à la clarté des débats, les parents pouvant éprouver des difficultés à s'exprimer dans ces situations difficiles.

Il est souhaitable que l'enfant demande à être assisté d'un avocat. À tout le moins, si les parents sont assistés, il est indispensable

que l'enfant le soit également pour un juste équilibre et que l'enfant ne se sente pas « écrasé » au milieu des intervenants. Les enfants peuvent demander à être entendus seuls par le juge. L'enfant, qui est pleinement une partie à la procédure, a donc toute sa place.

Néanmoins il n'est pas exceptionnel que l'enfant refuse la modalité de protection proposée, par devoir de loyauté à l'égard d'un parent, de peur d'être rejeté, ou qu'il refuse d'être placé pour préserver un parent isolé, un frère ou une sœur. Le juge s'efforce de recueillir l'adhésion de la famille mais peut naturellement passer outre, tout en sachant que le rejet de la mesure par un parent pourra mettre l'enfant en porte-à-faux s'il se sent soulagé par cette décision.

➤ En cas de découverte d'une situation de maltraitance (familiale ou institutionnelle), le signalement par le médecin est-il obligatoire ?

Oui. D'après l'article R. 4127-44 du CSP, « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ».

En cas de maltraitance institutionnelle, il est pareillement possible d'effectuer un signalement, pour un enfant qui, par exemple, subirait des violences en milieu psychiatrique, ou un enfant placé qui serait malmené. Le juge des enfants devra en être informé, directement ou par le procureur, afin de lui permettre d'adopter ou modifier une décision. Néanmoins, cette maltraitance institutionnelle est souvent plus complexe à détecter et les mesures à mettre en place plus délicates. Les parents n'ont pas toujours les moyens de mettre au jour ces violences. C'est pourquoi la vigilance des professionnels est particulièrement déterminante dans ces situations.

➤ Le médecin doit-il attendre d'avoir une certitude pour agir ?

Non. Les cellules d'informations préoccupantes des départements existent précisément pour recueillir les informations en cas de suspicion. Dans le doute, un médecin ne doit jamais rester inactif au risque de laisser une situation perdurer.

Le médecin craint souvent de mettre une famille en difficulté s'il témoigne ou intervient. La réticence à parler tient d'une part au rapport de confiance créé avec le patient qu'il ne veut pas trahir, d'autre part de la crainte de voir des parents accusés à tort. Il doit cependant absolument prendre les dispositions nécessaires en cas de suspicion. Il est extrêmement difficile pour les enfants de percevoir que ce qu'ils subissent n'est pas normal, puis de l'exprimer en brisant le huis clos familial. Les adultes leur auront bien souvent interdit de parler à des tiers ou imposé la version qui doit être donnée, par exemple sur des marques de coups. Les enfants sont pris dans un conflit de loyauté, éprouvent souvent de la honte et de la culpabilité. Certains jeunes enfants craignent même d'aller en prison « parce que les faits sont interdits », alors même qu'ils en sont les victimes.

Par ailleurs, les enfants attendent souvent des personnes qui les auditionnent qu'elles devinent ce qui s'est passé à partir d'éléments livrés à demi-mot. Si on ne saisit pas ces « perches tendues » par les enfants, ils peuvent se replier sur eux-mêmes et avoir le sentiment d'être incompris. Ils attendront des années avant de tenter de parler.

Certains enfants pourraient-ils mentir ? D'une part, cette situation est en réalité rarissime, d'autre part, cette attitude doit aussi conduire à s'interroger. Un enfant qui dénoncerait faussement des maltraitances justifie en tout état de cause une prise en charge. Mieux vaut *a priori* croire un enfant que de nier sa parole. Un enfant qui parle et n'est pas entendu pourra se taire durant de longues années et continuer à subir les actes maltraitants.

Quoi qu'il en soit, une fois les premières constatations et démarches effectuées



© FOTOLIA

« EN CAS DE NON-DÉNONCIATION DE MALTRAITANCES SUSCEPTIBLES D'ENGENDRER DES CONSÉQUENCES GRAVES POUR L'ENFANT, PAR POURSUITE DE CES MALTRAITANCES, NOTAMMENT INTRAFAMILIALES, LE MÉDECIN POURRAIT ENCOURIR DES POURSUITES POUR NON-ASSISTANCE À PERSONNE EN DANGER ET NON-DÉNONCIATION DE CRIME. »

par le médecin (signalement à la CRIP ou au Parquet), il revient ensuite aux instances compétentes de prendre le relais pour poursuivre les auditions et investigations nécessaires. Ce travail ne relève alors plus du médecin. En cas de doute, aussi infime soit-il, l'intérêt de l'enfant est prioritaire.

➤ Le secret professionnel peut-il/ doit-il empêcher le médecin d'agir ? Que risque-t-il en cas de révélation ou, au contraire, de silence ?

Le médecin, comme tout autre professionnel de santé, n'est pas tenu par le secret professionnel, mais au contraire par une obligation de révélation dès lors que, dans l'exercice de sa profession et à l'égard de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, il constate des sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique, qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Seule la mauvaise foi du soignant pourrait donner lieu à des poursuites à l'encontre du professionnel.

Dans ces circonstances, les médecins peuvent et doivent effectuer un signalement, alors que c'est bien au contraire en gardant le silence qu'ils pourraient être mis en cause².

Aux termes de l'article 226-14 du Code pénal, l'article 226-13, qui sanctionne la violation du secret professionnel, n'est pas applicable « dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, 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.

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet

et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

Il convient de souligner que la loi du 5 novembre 2015 a en outre élargi son champ d'application non plus seulement à l'égard des mineurs de moins de quinze ans, mais à tous mineurs, c'est-à-dire au moins de 18 ans.

Les enfants âgés de 15 à 18 ans sont désormais également protégés.

➤ Dans quelle mesure la responsabilité du médecin peut-elle être mise en cause dans sa mission face à l'enfance en danger ?

En cas de non-dénonciation de maltraitements susceptibles d'engendrer des conséquences graves pour l'enfant, par poursuite de ces maltraitements, notamment intrafamiliales, le médecin pourrait encourir des poursuites pour non-assistance à personne en danger et non-dénonciation de crime.

C'est l'objet de l'article 434-1 modifié par la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 article 45 (version en vigueur) :

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs :

1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères ■ ■ ■

■ ■ ■ et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Conjointement, l'article 434-3 modifié par la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 prévoit que « le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ».

NB : le dernier alinéa ne contredit pas les développements supra puisque les dispositions de l'article 226-13 sont écartées pour ce qui concerne les enfants dans les conditions sus-exposées.

« IL ARRIVE QUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PASSENT À CÔTÉ DE MALTRAITANCES OU N'OSENT PAS EFFECTUER DE SIGNALEMENT. »

➤ Qu'en est-il pour les autres professionnels de santé (infirmières scolaires, sages-femmes de PMI...) ?

Désormais les sages-femmes et les paramédicaux ont les mêmes droits et obligations que les médecins.

➤ Dans votre expérience, quel a été le rôle des médecins dans le processus de protection de l'enfant ?

Leur rôle a parfois été déterminant mais souvent tardif.

J'ai rencontré plusieurs situations où un médecin a mis en œuvre un processus qui a abouti aux mesures adéquates. Il arrive cependant que des professionnels de santé passent à côté de maltraitements ou n'osent pas effectuer de signalement par crainte d'enclencher à tort un processus lourd pour la famille. Dans le doute, ils font le choix de se taire. D'autre part, ils ont souvent plus de réticences à signaler des maltraitements sur un enfant provenant d'un milieu favorisé.

Enfin, dans certains cas, il peut être compliqué pour un médecin de préserver le lien avec une famille venue consulter avec un enfant avec lequel elle est en difficulté, alors que la famille a besoin d'une aide ou d'un accompagnement. Dans ce cas, le médecin peut orienter les parents qui seraient en quête de soutien vers les centres de PMI, les services de l'aide sociale à l'enfance, des structures dédiées à la prise en charge des adolescents en difficultés ou des associations dédiées à la parentalité.

Il peut alors échanger avec ses confrères pour que la famille puisse bénéficier de la meilleure prise en charge possible.

➤ Une nouvelle loi relative à la protection de l'enfant, visant à compléter la loi du 5 mars 2007, a été promulguée le 14 mars 2016 : qu'est-ce que cela va changer en pratique ?

Cette loi comporte notamment les modifications suivantes :

- extension de l'obligation de dénonciation de faits commis envers des mineurs et non

plus seulement envers les seuls mineurs de moins de 15 ans ;

- renforcement de la coordination des intervenants et de leur formation autour d'un enfant ;
- rappel de la nécessité d'établir un projet pour l'enfant placé ;
- incitation au maintien des liens de fraternité et stabilité du parcours de l'enfant, restauration partielle de la place du juge pour enfants ;
- incitation à accompagner l'enfant placé de 17 ans vers l'autonomie (ce qui pourrait interroger sur la protection des jeunes majeurs, 18 à 21 ans, qui a subi depuis plusieurs années des coupes radicales des budgets en leur faveur ;
- précisions sur les « actes usuels » délégués ;
- accélération de l'adoption en cas de délaissement parental (et non plus d'abandon) ;
- précisions sur la désignation d'un administrateur *ad hoc* en assistance éducative ;
- précisions sur l'utilisation de tests osseux pratiqués aux fins de détermination de l'âge ;
- retour du caractère incestueux de certaines infractions pénales qui avait disparu des textes. ■

Références :

1. Code civil art. 371 à 373-5 et 390. Code de la santé publique art. L. 1111-2 à L. 1111-5, L. 2212-4 à L. 2212-7, L. 3211-10, L. 3211-1, L. 3213-1, L. 3211-12 et L. 3213-9, R. 1112-34 à R. 1112-36. Code de la sécurité sociale art. D. 132-1 à D. 132-5.

2. Selon l'article 226-14 du Code pénal, l'article 226-13, qui sanctionne la violation du secret professionnel, n'est pas applicable « dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement

et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, 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.

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

POUR ALLER PLUS LOIN

- Guide du ministère de la Justice relatif à la prise en charge des mineurs victimes (septembre 2015) : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf
- *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* - Fiche mémo de la HAS (octobre 2014) : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
- *Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur* - Recommandations de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/repere_et_signalement_de_l_inceste_par_les_medecins_reconnaitre_les_maltraitances_sexuelles_intrafamiliales_chez_le_mineur.pdf



LES GRANDES ÉTAPES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE

Ces structures sont relativement anciennes. Les premiers dispositifs remontent à la fin du XVIII^{ème} siècle et au début du XIX^{ème} siècle, avec notamment :

- 1793 : secours aux enfants, aux vieillards et aux indigents ;
- janvier 1811 : les enfants trouvés ou abandonnés et les orphelins pauvres sont mis en nourrice jusqu'à 6 ans, puis en pension (chez un cultivateur ou un artisan) ; à 12 ans, les garçons sont remis au ministère de la marine. Les estropiés sont laissés à l'hospice.

Plusieurs évolutions législatives significatives sont ensuite intervenues, dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, introduisant notamment les premières mesures répressives à l'encontre des parents maltraitant leurs enfants :

- 1874 : protection des enfants de moins de 2 ans confiés à des nourrices, sous surveillance du préfet assisté d'un comité ;
- 1889 : protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés ; peines à l'encontre des parents et déchéance de la puissance paternelle encourue.
- 1898 et 1921 : répression des violences, privation d'aliments ou de soins, délaissement, actes de cruauté envers des enfants de moins de 15 ans.

Par la suite, les **décrets du 30 octobre 1935** viennent modifier la loi du 24 juillet 1889 en permettant au tribunal d'ordonner une mesure d'aide aux parents manquant d'expérience ou de savoir-faire. Cette évolution marque l'intrusion du tribunal dans le droit de correction paternelle et le contrôle de la durée de placement réclamée par les parents. C'est également à cette période qu'est créée la protection des enfants errants, dont le placement dans des établissements habilités est ordonné par le préfet ou le tribunal.

La médecine scolaire et la PMI (protection maternelle infantile) voient le jour en octobre/novembre **1945**.

Plusieurs évolutions législatives et règlementaires majeures permettent d'étendre et de parfaire les dispositifs de protection de l'enfance dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle :

- **l'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à l'enfance et l'adolescence en danger**, qui a pour objectif d'intervenir rapidement et efficacement en faveur de tout enfant ou adolescent dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromis (jusqu'à 21 ans, âge de la majorité). Elle crée aussi la fonction de juge des enfants ;
- **la loi du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité** ;
- **le décret n° 75-96 du 18 février 1975 fixant les modalités de mise en œuvre d'une action de protection judiciaire en faveur des jeunes majeurs** (18/21 ans ou mineur émancipé) éprouvant de graves difficultés d'insertion sociale, et pouvant demander au juge la prolongation des mesures de protection à son égard ;
- **1983** : avec les lois de décentralisation, les départements se voient confier une compétence de droit commun en matière d'aide sociale (aide financière) ;
- **la loi du 4 janvier 1985 relative aux mesures en faveur des jeunes familles et des familles nombreuses** modifie les relations entre les familles et l'accès aux services chargés de la protection de la famille et de l'enfance qui devient « service public » ;
- **la loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance**, réorganise les procédures de signalement et crée dans chaque département une cellule dédiée aux professionnels liés par le secret professionnel afin de mettre leurs informations en commun. Elle diversifie également les modes de placement et de prise en charge des placements.



Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

16-308 - 05/2016

Depuis plus de 110 ans, MACSF - Le Sou Médical est le référent sur le risque médical.

Votre défense est renforcée par une équipe unique en son genre :

- composée de juristes et de médecins conseils de votre spécialité,
- consultant un comité médical composé d'experts en exercice,
- en vue de vous apporter un soutien à tous niveaux : juridique, professionnel et moral.

Prévenir le risque médical fait également partie de notre engagement à vos côtés pour sécuriser la pratique de votre activité.

32 33* ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

