médecins
Le bulletin de l'Ordre national des médecins
n° 35 | mai-juin 2014

Pour aller plus loin : l'actualité en ligne
www.conseil-national.medecin.fr

Focus
Insécurité : des outils pour faire face

Entretiens croisés
Les 50 ans de la déclaration d'Helsinki

www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Accès aux soins et précarité

La situation se dégrade

sommaire

NOUVELLE FORMULE

Retrouvez le bulletin de l'Ordre en ligne sur www.conseil-national.medecin.fr

04. focus
Insécurité : des outils pour faire face

06. en bref
- Généralisation du tiers payant : l'Ordre reste sur ses gardes
- Médecins et lieux de privation de liberté

08. sur le terrain
Éducation thérapeutique : une sortie au bowling pour mieux gérer son diabète

10. e-santé
Prescriptions électroniques : bientôt en expérimentation

11. ailleurs
AMM : lancement d'une étude sur les enfants des rues

12. entretiens croisés
Déclaration d'Helsinki : la personne, principe fondamental

le guide juridique

24. en bref
- Le confrère de proximité
- DIU et droit au titre

25. vos questions / nos réponses

26. décryptage
La reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne

28. pratique
- Charte de conformité déontologique applicable aux sites Web professionnels des médecins
- Armes et certificat médical

31. culture médicale

32. rencontre
Dr Patrick Henry, chargé de mission « Lutte contre la grande exclusion » à la RATP

16 Accès aux soins et précarité, la situation se dégrade
Alors que les inégalités sociales et économiques progressent, les plus démunis accèdent de plus en plus difficilement aux soins. Une situation complexe où s'entrecroisent non-recours aux dispositifs d'aide, renoncement à consulter et refus de soins de la part des professionnels de santé.

restons connectés!

Sur le web : **www.conseil-national.medecin.fr**
Sur Twitter : suivez-nous sur **@ordre_medecins**
Par mail : **conseil-national@cn.medecin.fr**
Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann, 75008 Paris**

Le Dr Patrick Bouet, président du Cnom, à la rencontre des étudiants en médecine de la faculté de Toulouse-Rangueil, à l'occasion de la préparation du webzine.

DR

Jeunes médecins : inventer la médecine de demain

Afin d'optimiser notre stratégie de modernisation de l'Ordre, nous avons décidé, dans un esprit d'ouverture de nos actions, de créer un webzine thématique. Deux fois par an, ces hors-séries numériques et interactifs valoriseront le rôle de l'Ordre et celui des médecins dans les grandes évolutions de notre époque auprès d'une cible plus large : professionnels de santé, usagers du système de santé, patients, leaders d'opinion… Le premier numéro du webzine, à paraître le 13 juin, sera consacré aux jeunes médecins, un sujet qui nous a semblé incontournable au regard des importantes évolutions sociétales et médicales qui se profilent pour les années à venir et qui concerneront, en premier lieu, ces jeunes confrères. À commencer par la territorialité, les coopérations interprofessionnelles ou encore les contenus des métiers.

“ Les importantes évolutions sociétales et médicales qui se profilent pour les années à venir concerneront en premier lieu les jeunes médecins.”

Nous avons créé la Commission jeunes médecins au sein de l'Ordre en 2005 pour structurer notre relation avec les jeunes. Aujourd'hui, la Commission doit poursuivre ses travaux dans la continuité mais résolument tournée vers le futur. Nous souhaitons ainsi mettre au point une réflexion pour imaginer la médecine de 2040 sur le plan ordinal. La force de la jeunesse réside dans ses ambitions utopiques sans réserve. Et cette utopie créatrice est indispensable pour inventer la médecine de demain.

Dr Patrick Bouet
Président du conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr – **Rédacteur en chef :** Dr Patrick Romestaing – **Coordination :** Évelyne Acchiardi **Conception et réalisation :** CITIZEN PRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – **Responsables d'édition :** Claire Peltier, Sarah Berrier – **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy – **Fabrication :** Sylvie Esquer – **Couverture :** Phanie – **Impression :** Imprimerie Vincent – Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – **Dépôt légal :** à parution – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.
Ce numéro est accompagné d'une affiche "Pour une relation patient-médecin en toute confiance".

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

Insécurité : des outils pour faire face

L'Observatoire de la sécurité des médecins, coordonné par le Dr Le Douarin, a communiqué début avril les résultats du recensement national des incidents de l'année 2013. Si le nombre de déclarations connaît une augmentation, celle-ci pourrait être le fait d'une meilleure sensibilisation des médecins, qui signalent davantage les violences dont ils sont victimes.

Cette IIe publication de l'Observatoire de la sécurité des médecins enregistre un nouveau record d'incidents déclarés, avec 925 signalements (dont 75 % sont en rapport avec l'acte médical). *« Après deux années consécutives de baisse, nous revenons au même niveau qu'en 2010, où nous avions recensé 920 incidents,* constate le Dr Le Douarin, coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins. *Mais il faut mettre ces résultats en perspective. Nous estimons que les incidents déclarés ne représentent qu'une partie des violences effectives faites aux médecins. Nous pensons que l'augmentation constatée en 2013 est liée au fait que les praticiens sont plus enclins à signaler les incidents. C'est la partie immergée de l'iceberg qui se découvre. »* Cet accroissement serait donc moins le reflet d'une augmentation de la violence que le résultat des actions de communication menées par l'Ordre depuis deux ans pour sensibiliser les médecins.

Prévention et accompagnement

Malgré tout, les chiffres révélés par l'observatoire restent préoccupants. *« Nous devons rester vigilants car le nombre d'incidents reste très au-dessus de la moyenne des dix dernières années* [NDLR : 689 déclarations], souligne le Dr Le Douarin. *L'Ordre poursuit donc ses actions en direction des conseils départementaux de l'Ordre, des praticiens mais aussi des patients, avec pour objectif de prévenir la violence mais aussi d'aider les médecins à y faire face. »* Le conseil national s'est ainsi impliqué dans la signature du protocole national contre l'insécurité et dans ses déclinaisons à l'échelle départementale.

Outils pédagogiques

Il a également créé différents outils, dont trois supports pédagogiques vidéo, utilisables lors de réunions organisées par les conseils départementaux à destination des médecins dans un cadre type « formation médicale continue ». *« Ces vidéos doivent servir de déclencheur à l'émotion et à la parole. L'idée est de les analyser, d'étudier ce qui s'est passé, ce qui aurait pu être fait en amont et au moment où les choses ont dérapé, et enfin ce qui peut être réalisé en aval »,* détaille le Dr Le Douarin. L'Observatoire a défini, comme axe de réflexion, la règle des trois « R », les trois « pichenettes », principaux facteurs déclenchant de violences : Retard (du patient ou du médecin), Refus (d'un arrêt de travail, d'un certificat, d'un médicament…) et Reproche.

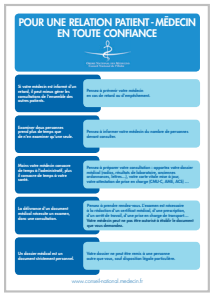
Point de vue de l'Ordre

Dr Bernard Le Douarin, secrétaire général adjoint du Cnom, coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins.

« Développer les protocoles départementaux contre l'insécurité »

« Les médecins sont formés à soigner, mais ils sont souvent démunis face à la violence. C'est pourquoi nous travaillons depuis deux ans sur des outils destinés à aider nos confrères, à leur apprendre comment gérer une situation qui peut dégénérer. Il faut surtout développer un maillage territorial de lutte contre l'insécurité par le biais des protocoles départementaux. Aujourd'hui, 30 départements ont décliné le protocole national et 18 ont mis en place une procédure départementale validée et nommé des référents sécurité dédiés. Certains départements ne se sentent pas concernés, et pourtant il vaut mieux finaliser un protocole lorsque la situation est sous contrôle plutôt que de le mettre en place dans l'urgence en cas d'événement grave. »

Le Cnom a également créé une affiche – jointe à ce numéro – destinée à sensibiliser les patients aux gestes et habitudes à prendre pour réduire les sources de conflit.


POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE

Conseil National de l'Ordre des Médecins
Section Exercice Médical
Section Éthique et Déontologie

Le médecin traitant est informé d'un patient, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.

Patienté à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.

Exemples: deux personnes prend plus de temps que de vous examiner qu'une seule.

Patienté à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.

Moins vite médecin-moins de temps à l'indemnité plus de temps de temps à voir seule.

Patienté à prévenir votre consultation : apporter votre dossier médical (radio), résultats de laboratoire, ordonnances antérieures, carte vitale, carte de mutuelle, carte d'aide médicale-urgence de prise en charge CMU-C, AME, ACS(…)

La différence d'un document médical remarqué au examen, dans une consultation.

Patienté à prévenir votre médecin. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport… Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.

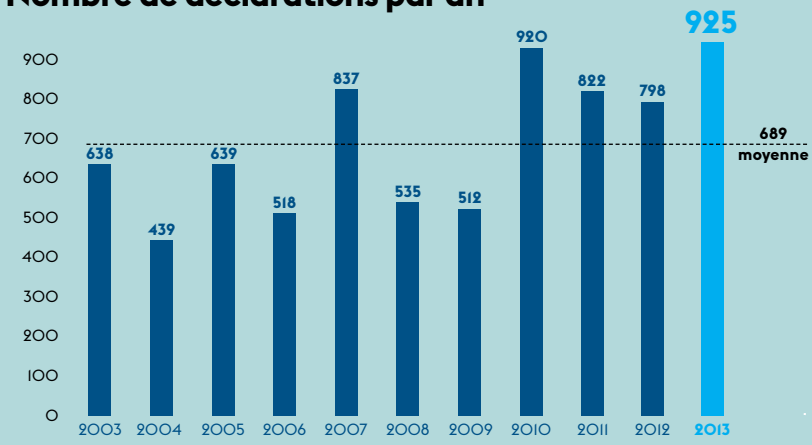
Un dossier médical est un document strictement personnel.

Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.

www.conseil-national.medecin.fr

Sur le site de l'Ordre
Télécharger la fiche de déclaration d'incident : rubrique Observatoire sécurité > Déclaration

Nombre de déclarations par an



58 % des victimes sont des médecins généralistes

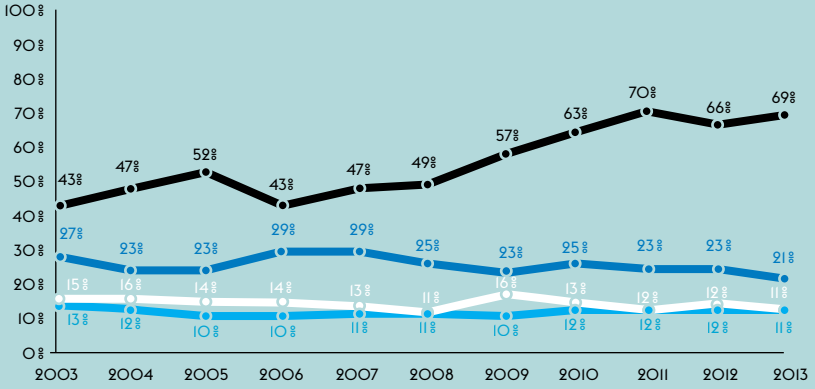
Autres spécialités les plus touchées :

- **7 %** ophtalmologues
- **4 %** psychiatres
- **3 %** gynécologues/obstétriciens
- **3 %** dermatologues

53 % des agresseurs sont des patients

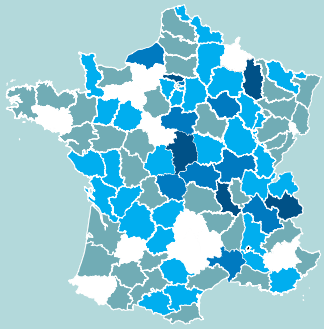
16 % sont des accompagnateurs

Type d'incident subi (en %)



Source : Observatoire de la sécurité des médecins / Ipsos – avril 2014.

Taux de victimation* par département



- ≥ à 0,4 %
- Entre 0,5 % et 0,7 %
- Entre 0,8 % et 1,2 %
- > 1,3 %
- Pas de données

*Le taux de victimation est le rapport entre le nombre d'incidents déclarés et le nombre de médecins inscrits au tableau.

Principaux motifs des incidents

- **11 %** Un temps d'attente
- **16 %** Un refus de prescription
- **17 %** Un vol
- **33 %** Un reproche relatif à une prise en charge

Cadre de l'incident

- **75 %** Exercice de médecine de ville
- **20 %** Activité dans un établissement de soins

1er Congrès de l'Ordre des médecins

Du 16 au 18 octobre prochains, le conseil national de l'Ordre des médecins organise un congrès à destination des conseillers ordinaux, eu égard à la professionnalisation de la fonction de conseiller ordinal. Cet événement, organisé autour de tables rondes, de débats ainsi que d'auditions d'experts et de partenaires, est aussi destiné à alimenter les travaux de l'Ordre, en particulier ceux qui concernent la relation entre le médecin et son patient, thématique que l'Ordre a placée au cœur de ses actions. Ce premier congrès organisé par le conseil national est une concrétisation de la nouvelle dynamique voulue par le président dans l'objectif de placer l'institution au cœur du paysage sanitaire.

les tweets

@ordre_medecins - 20 mars
Émotion suite au suicide d'un médecin de Châteauroux – Nécessaire prise en charge des difficultés d'exercice. www.conseil-national.medecin.fr/node/1418

@SecuriteCnom - 5 mars
Les CDX disposeront prochainement d'un « pack pédagogique » dédié à la sécurité des médecins : partenariat préfectures/forces de sécurité/procureurs.

DR

Généralisation du tiers-payant : l'Ordre reste sur ses gardes

Interrogé dans le cadre d'une consultation de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), l'Ordre des médecins a répondu que la généralisation du tiers-payant n'était pas en soi anti-déontologique. Sa réponse était assortie d'observations sur les problématiques liées à sa mise en œuvre : recouvrement des honoraires, coûts, délais et garanties de paiement… *« Si l'Igas a relayé notre position sur l'aspect déontologique de la généralisation du tiers-payant dans son rapport publié en février, nous regrettons qu'elle n'ait pas repris les prérequis que nous lui avions adressés en sus »,* souligne le Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel du conseil national de l'Ordre des médecins. L'Ordre reste vigilant sur les difficultés et les dérives éventuelles liées à cette généralisation et demande qu'une évaluation objective, prenant en compte ses observations, soit mise en place avec les représentants des médecins.

+ d'infos
www.conseil-national.medecin.fr Rubrique L'Ordre / Actualités

Médecins et lieux de privation de liberté

Le 4 avril, l'Ordre des médecins a signé avec Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté, une convention. Son objectif : renforcer le bon exercice de la médecine et le respect des droits des malades. *« En apparence, nos rôles sont assez différents,* souligne Jean-Marie Delarue. *L'Ordre veille à la déontologie des médecins, et, de notre côté, nous veillons aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Or des médecins peuvent être amenés à exercer dans les lieux de privation de liberté. Ainsi, il nous importe, de part et d'autre, que les médecins puissent exercer convenablement dans ces lieux, pour apporter les soins nécessaires aux personnes concernées. »*

Cette convention comporte trois axes :
1 – Des échanges d'informations en lien avec l'expertise de chacun : la réglementation, le secret médical, la confidentialité des soins…
2 – La transmission mutuelle des dossiers si l'une des deux parties est saisie pour des motifs qui relèvent de l'attribution de l'autre.
3 – La possibilité de saisir l'autre partie. Le Cnom peut par exemple saisir le contrôleur si un médecin rencontre des difficultés qui mettent en péril l'accès aux soins des malades dans les lieux de privation de liberté. Et, réciproquement, si le contrôleur observe que la déontologie est menacée par l'administration.
Cette convention s'inscrit dans le souci d'ouverture du Cnom aux partenaires du monde de la santé.

EPIPAGE 2 : participez à l'étude

EPIPAGE 2 (Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels) est une étude nationale menée par l'Inserm pour mieux connaître le devenir des enfants prématurés. L'Inserm procède actuellement à l'étape de suivi à deux ans des 4500 enfants participant à l'étude. Au cours de cette étape, l'Inserm sollicite les parents et le médecin traitant (via un questionnaire que les parents lui transmettent). À ce jour, seuls 59 % des médecins ont retourné le questionnaire les concernant. Il est important d'optimiser ce taux de retour afin de pouvoir rassembler des données de qualité au service de la prise en charge des enfants nés prématurés.

+ d'infos
http://epipage2.inserm.fr

le chiffre

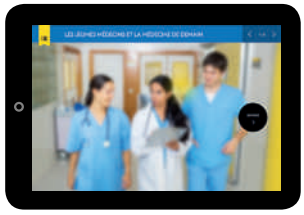
92 %

des Français estiment qu'ils sont bien informés sur leur état de santé et les soins et traitements qui y sont liés, soit 7 points de plus que l'année passée.

Thinkstock

Découvrez le webzine jeunes médecins

L'Ordre des médecins a choisi de consacrer le premier numéro de son nouveau magazine numérique aux jeunes médecins. Ce webzine interactif sera disponible dès le 13 juin sur le site de l'Ordre.



+ d'infos
www.conseil-national.medecin.fr

l'image

DR

Le Cnom a signé le 7 mars le manifeste de Gynécologie sans frontières contre les violences faites aux femmes.

+ d'infos
http://gynsf.org/manifeste-vff

Entretiens de Bichat 2014

L'Ordre sera présent aux Entretiens de Bichat qui se tiendront **du 25 au 27 septembre** au Palais des Congrès de Paris. Le conseil national de l'Ordre vous accueillera sur son stand. Il animera également plusieurs ateliers de « pratique professionnelle » le samedi matin.

+ d'infos
www.conseil-national.medecin.fr

Texte : **Eric Allermoz** | Photos : **Julian Renard / Babel Photo**

Éducation thérapeutique

Une sortie au bowling pour mieux gérer son diabète

Comment faire du sport en toute sécurité lorsque l'on est diabétique ? C'est pour répondre à cette question que le service pédiatrique de l'hôpital de Compiègne organise des ateliers d'éducation thérapeutique hors les murs. C'est aussi l'occasion de rassembler les jeunes patients afin qu'ils échangent sur leur maladie.

Léa, timide adolescente de 17 ans, s'élance et expédie sa boule rouge en direction des quilles posées au bout de la piste de bowling. Le *strike* attendra le tour suivant. Au Speed Park de Jaux, en Picardie, ce qui ressemble à un après-midi comme un autre est en réalité un atelier d'éducation thérapeutique consacré au thème « sport et diabète ».

Autopiqueur et barres de céréales

« *Le sport participe à l'équilibre du diabète. Mais il est important de comprendre l'impact de l'activité physique sur son métabolisme, et d'adapter ses doses d'insuline et son alimentation avant l'effort* », explique le Dr Christine Vervel, chef du service pédiatrique de l'hôpital de Compiègne-Noyon, à l'origine de ce programme. Investi dans les activités d'éducation thérapeutique grâce à son pôle transversal d'éducation du patient, ce centre hospitalier propose depuis septembre 2013, au sein du service pédiatrie, des ateliers hors les murs pour les diabétiques de type 1.

Début mars, trois adolescents ont participé à cet atelier. Lecteur de glycémie, quelques confiseries ou barres de céréales, eau aromatisée… « *Vous avez tout ce qu'il faut !* », les félicite le Dr Vervel. L'après-midi débute par une séance éducative sur la gestion du diabète lors des activités sportives. Puis, les participants passent à la pratique, sans oublier de contrôler leur glycémie capillaire avant d'entamer la partie. Avec un autopiqueur en forme de stylo, ils prélèvent une goutte de sang au bout de leur doigt. Léa a une glycémie un peu basse. « *On va faire en sorte que tu ne te désucres pas pendant l'activité* », lui glisse le Dr Vervel.

L'atelier débute et s'achève par des temps d'éducation et d'échange avec les jeunes diabétiques : durée et intensité de l'effort, taux de glycémie avant le sport, récupération, etc. Le Dr Christine Vervel reviendra sur ces différents aspects lors d'une des quatre consultations individuelles assurées par l'hôpital chaque année.

Au bord de la piste, les parties s'enchaînent. « *C'est compliqué de faire du sport,* lâche Léa. *On peut vite tomber en hypoglycémie. Il faut sans cesse adapter son régime et son insuline.* » Les trois participants sont déjà bien au fait des contraintes de leur maladie au quotidien. Benjamin, 15 ans, judoka émérite, est avant tout venu « *pour rencontrer d'autres diabétiques et échanger sur* [leur] *façon de gérer la maladie* ».

Retrouvez le diaporama sur
www.conseil-national.medecin.fr

Comme l'alimentation, le sport permet d'équilibrer le diabète et joue un rôle essentiel dans le traitement.

Le service pédiatrique propose cet atelier « sport et diabète » à trois tranches d'âges : les lycéens, les collégiens et les petits (accompagnés de leurs parents, qui ont alors aussi droit à un atelier spécifique).

Outre le diabète, l'hôpital propose également des sessions consacrées à l'asthme. Selon le Dr Christine Vervel, d'autres pathologies telles que l'obésité ou la drépanocytose, pourraient faire l'objet de séances d'éducation thérapeutique.

Une fois la partie terminée, chacun contrôle de nouveau sa glycémie pour voir si l'activité sportive n'a pas trop fait baisser son taux de sucre. *« Il s'agit de leur apprendre comment pratiquer un sport en toute sécurité,* poursuit le Dr Christine Vervel. *Il n'y a pas vraiment pas de contre-indications, si ce n'est d'éviter les sports extrêmes ou en solitaire. »* En France, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques (types 1 et 2 confondus), sans compter ceux qui s'ignorent, qui représenteraient entre 500000 et 700000 personnes.

Interview

Dr Christine Vervel,
chef du service pédiatrique
de l'hôpital de Compiègne-Noyon

« Agir sur le terrain »

« Ces ateliers d'éducation thérapeutique visent à apprendre à nos jeunes patients diabétiques à vivre le mieux possible avec leur maladie en gérant leur activité physique. L'avantage est qu'ils se retrouvent entre eux, sans leurs parents. Alors la parole se libère. C'est très enrichissant pour nous également. Nous observons sur le terrain comment les jeunes gèrent leurs efforts et leur récupération, comment ils préviennent l'hypoglycémie. Nous encourageons les jeunes à faire du sport, mais ils doivent apprendre à gérer leur pratique sportive. Le nombre de diabétiques ne cesse d'augmenter, et les jeunes enfants et adolescents sont de plus en plus concernés. »

Prescriptions électroniques : bientôt en expérimentation

Deux ans après la publication d'une note d'orientation sur la prescription électronique par le Clio Santé, réunissant les Ordres des professions de santé, des expérimentations devraient être mises en œuvre d'ici à la fin de l'année. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé, fait le point sur cette pratique.

Quel est l'intérêt de la prescription électronique ?

Son but essentiel consiste à sécuriser la prescription en évitant la falsification des ordonnances. Le nombre de faux qui circule est en effet considérable. La prescription électronique permet également de faciliter l'exercice professionnel et de réduire les imperfections qu'il peut y avoir sur les ordonnances. La prescription électronique ne se limite pas uniquement aux médicaments. Elle s'étend aux analyses biologiques ainsi qu'aux actes infirmiers ou de kinésithérapie. Elle concerne tous les professionnels de santé pouvant prescrire, qu'ils exercent en libéral ou en établissement. Nouvelle étape dans la dématérialisation des documents médicaux, la prescription électronique peut également s'inscrire dans le cadre de la télémédecine.

Aujourd'hui, la mise en place d'expérimentations semble imminente. Pourquoi ce sursaut soudain ?

L'État a débloqué une dotation importante, de l'ordre de 80 millions d'euros, dans le cadre de l'appel à projets « territoire de soins numérique ». Il ne concerne pas uniquement la prescription électronique, mais un certain nombre d'agences régionales de santé (ARS) ont manifesté leur intérêt pour cette thématique. L'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens ont envoyé une lettre commune à l'ensemble des ARS leur proposant un accompagnement si certaines souhaitent monter un projet autour de la prescription électronique. La liste des projets retenus par le ministère sera connue fin mai. Les expérimentations devraient ensuite être rapidement déployées en régions.

Par quel biais la prescription électronique sera-t-elle mise en œuvre ?

La prescription électronique existe déjà dans d'autres pays de l'Union européenne, notamment dans les pays nordiques, mais aussi dans des régions comme l'Andalousie et la Catalogne. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'inventer des systèmes extraordinaires. La prescription réalisée, à partir du logiciel du médecin, sera adressée vers un hébergeur auquel pourront accéder les pharmaciens. Le patient, muni de sa carte vitale, pourra alors se faire délivrer le traitement dans n'importe quelle officine. Ce processus pourrait s'appuyer sur des architectures informatiques déjà existantes, telles que le dossier pharmaceutique, les messageries sécurisées ou encore le dossier informatisé de coordination des soins (ex-DMP).

Quel va être le rôle de l'Ordre dans le déploiement des expérimentations ?

Nous souhaitons créer, lorsque les projets des ARS seront sélectionnés par le ministère, un groupe pilote national avec les Ordres. Il arbitrera les questions liées à l'architecture et à l'organisation de l'outil. Des groupes seront ensuite montés à l'échelle des régions concernées avec les ARS, les URPS ainsi que les conseils régionaux des Ordres afin de suivre la mise en œuvre de l'expérimentation.

La Cnamts a également annoncé la mise en place d'ordonnances sécurisées. Les deux projets ne se font-ils pas concurrence ?

Non, pas du tout. Il n'y a aucun antagonisme entre ces deux voies. Le projet de la Cnamts est moins ambitieux. Il a pour seul objectif de sécuriser la prescription en apposant des QR codes sur les ordonnances. Mais il ne prévoit pas la dématérialisation de ces dernières.

Thinkstock

TOKYO

AMM : LANCEMENT D'UNE ÉTUDE SUR LES ENFANTS DES RUES

Lors de l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale du 24 avril, la délégation française a proposé comme sujet d'étude : les enfants des rues. Prévention, violences faites à l'enfant, accès aux soins, désocialisation, instrumentalisation de l'enfant dans les conflits armés, le sujet recoupe de nombreux aspects médicaux et touche tous les pays. Cette proposition d'étude émane d'une réflexion menée à l'Ordre au sein de la Délégation des affaires internationales et européennes.

+ d'infos
www.wma.net

TUNISIE – HAMMAMET

DES ÉTUDIANTS IMPLIQUÉS POUR LA SANTÉ DE DEMAIN

Du 3 au 9 mars, 950 étudiants en médecine provenant de 90 pays se sont retrouvés à l'occasion de la 63e assemblée générale de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA). Lors de cet événement, placé sous le thème « La santé après 2015 : impliquez-vous », les participants ont rédigé une « déclaration d'Hammamet ». L'objectif : porter la voix des étudiants en médecine jusqu'aux Nations unies afin de participer à l'agenda post-2015.

+ d'infos
www.ifmsa.org

UNION EUROPÉENNE

RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS : UNE NOUVELLE DIRECTIVE

Le 12 février, le Dr Deau, délégué général des affaires européennes et internationales, et le Pr Nicodème, président de la section Formation et compétence médicale à l'Ordre, se sont rendus à la présentation officielle par la Commission européenne de la nouvelle directive européenne 2013/55/CE modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.
Ce texte apporte quatre changements majeurs :
• La formation médicale de base est harmonisée et passe à 5 ans ou 5500 heures de cours d'enseignement théorique.
• Les autorités compétentes pourront désormais réaliser de véritables contrôles du niveau linguistique après la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elles auront ainsi la possibilité de surseoir à l'inscription du médecin tant que sa connaissance linguistique sera insuffisante.
• Les autorités compétentes d'un État membre peuvent informer les autres États de l'identité d'un professionnel dont l'exercice a été restreint ou interdit, même de façon temporaire, par les autorités ou juridictions nationales.
• La carte professionnelle européenne (CPE), qui se présentera sous la forme d'un certificat électronique, permettra au titulaire d'obtenir la reconnaissance de sa qualification d'une manière accélérée par l'intermédiaire d'un réseau IMI (information sur le marché intérieur).

+ d'infos
voir Décryptage p. 26

contactez-nous !

Délégation européenne et internationale :
• Dr Xavier Deau, président
• Marie Colegrave-Juge, juriste
Mail : international@cn.medecin.fr
Sur Twitter : **@cnom_europe**

Propos recueillis par **Sarah Berrier**

Déclaration d'Helsinki : la personne, principe fondamental

Cinquante ans après son élaboration et après sept révisions, la déclaration d'Helsinki reste le texte de référence en matière d'éthique de la recherche clinique. Retour sur les enjeux de ce texte et ses évolutions.

50 ANS

L'Espace Éthique région Île-de-France organise un **Colloque Les 50 ans de la déclaration d'Helsinki** le mardi 3 juin, en partenariat avec l'Ordre des médecins, et l'Association médicale mondiale, au ministère de la Santé.
En savoir + www.espace-ethique.org

La déclaration d'Helsinki est un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables. Texte de référence à l'échelle mondiale en termes d'éthique médicale, sa première version a été rédigée par l'Association médicale mondiale (AMM) dans un contexte particulier. Dans les années 1950, la pharmacopée connaît en effet un essor sans précédent grâce notamment aux nouveaux antibiotiques et aux traitements en cancérologie et en rhumatologie. Les laboratoires, soucieux de leurs intérêts, tendent à privilégier lors de leurs essais cliniques les impératifs commerciaux. Il est alors apparu indispensable de créer un cadre éthique à ces recherches.

Les différentes révisions de la déclaration ont donné lieu à des discussions parfois très animées, en particulier avec les Américains représentés par la Food and Drug Administration (FDA). La dernière révision, réalisée lors de l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en octobre 2013, a pour vocation de simplifier le texte sur la forme grâce à un découpage plus simple et plus lisible. Sur le fond, elle redonne une place prédominante à l'individu.

+ d'infos
Consulter le site de l'Association médicale mondiale : www.wma.net

Dr Xavier Deau
Président de l'Association médicale mondiale, délégué général aux affaires européennes et internationales au conseil national de l'Ordre des médecins

Emmanuel Hirsch
Professeur d'éthique médicale à l'université Paris-Sud, directeur de l'Espace Éthique de l'AP-HP.

Pascale Flamant
Déléguée générale d'Unicancer

Quel sens attribuez-vous à la déclaration d'Helsinki et à ses dernières révisions ?

Emmanuel Hirsch

De 1964 à sa version récente d'octobre 2013, la déclaration d'Helsinki s'est constamment enrichie d'un débat éthique rigoureux et exigeant, ce qui en fait un texte international de référence. L'équilibre doit être visé entre des intérêts ou des finalités qui peuvent s'avérer divergents si le promoteur et l'investigateur d'une recherche dérogent aux bonnes pratiques en négligeant des valeurs intangibles. Plutôt que d'énoncer des règles qui pourraient seulement apparaître comme un cumul de contraintes, les contributeurs à la déclaration d'Helsinki explicitent les critères de recevabilité et d'acceptabilité d'un protocole. Ils témoignent ainsi d'une attention nécessaire aux multiples conséquences d'une démarche scientifique qui, faute de repères et de procédures spécifiques, pourrait susciter des dérives inacceptables ou alors des attitudes d'hostilité et de suspicion. La déclaration d'Helsinki permet à l'activité de recherche de se développer avec un souci de dignité, de loyauté et de justice.

Pascale Flamant

La déclaration d'Helsinki est un texte majeur dans la conduite des recherches médicales impliquant les êtres humains. Cette déclaration pose les obligations, en termes d'éthique, dans la conduite des essais cliniques, il s'agit d'un volet essentiel de la recherche. Les révisions sont indispensables pour d'une part être en adéquation avec l'évolution de la recherche et d'autre part améliorer les principes déjà abordés. La valeur internationale de ces principes éthiques est également un point important; cet aspect éthique doit être le même à travers le monde.

Dr Xavier Deau

La déclaration d'Helsinki a connu sept révisions depuis sa première publication. Et c'est vrai qu'à chaque révision nous nous battons pour que les valeurs éthiques promues restent prédominantes et que ce texte ne soit pas vidé de sa substance. Nous sommes en effet confrontés à des lobbies commerciaux, américains par exemple, très puissants. L'objet de la dernière révision portait, d'une part, sur la forme. Il s'agissait de mieux structurer le texte afin de le rendre plus lisible et donc plus abordable. Sur le fond, nous avons avancé sur de nombreux sujets : nous avons insisté sur l'importance des comités d'éthique. Nous avons apporté des éléments sur le consentement éclairé des patients avec une information claire, détaillée et loyale des conditions des essais cliniques non seulement pendant mais aussi après l'essai, puis nous avons introduit un article sur les biobanques et mis en place un encadrement encore plus rigoureux des essais contre placebo. Nous avons enfin formalisé un distinguo entre consentement et assentiment, c'est-à-dire qu'à un moment ou à un autre l'accord de la personne est sollicité, même lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable.

Quelles valeurs promues dans la déclaration vous semblent déterminantes ?

Dr Xavier Deau

« Ce qui nous importe le plus c'est l'individu. »

Dr Xavier Deau

Je pense qu'à travers les différentes modifications apportées à l'occasion de la dernière révision, nous revenons à une certaine « primauté de la personne » plutôt qu'à une « primauté sociétale » dans les grands principes éthiques et de santé publique. Ce qui nous importe le plus ce ne sont pas les profits d'une société ou d'un éventuel lobby commercial, c'est avant tout l'individu. Chaque être humain quel qu'il soit, qu'il soit riche ou non, qu'il soit américain, africain ou français, a le droit d'avoir accès aux mêmes informations. Chacun doit pouvoir donner son consentement ou son assentiment, et il faut qu'il puisse impérativement avoir le bénéfice secondaire de l'essai clinique. Ce sont des principes qui nous paraissent universels.

Pascale Flamant

L'un des principes fondamentaux de cette déclaration est bien sûr la santé des patients qui prévaut sur toutes les autres considérations. L'amélioration des connaissances ne peut se faire que dans le respect total de leur santé, de leur dignité, de leur intégrité, de leur liberté individuelle et de la confidentialité de leurs informations. La dernière révision consolide deux points essentiels : une plus grande protection des groupes vulnérables et un renforcement des exigences éthiques pour l'utilisation de placebo lorsqu'un traitement efficace existe.

Emmanuel Hirsch

S'il est important d'acquérir des connaissances utiles aux avancées scientifiques, cette démarche n'est concevable que pour autant qu'on tienne compte de l'intérêt de la personne, des risques et contraintes auxquels elle se voit exposée.
La personne malade est plus que d'autres vulnérable, cela d'autant plus lorsque les thérapeutiques s'avèrent limitées voire vaines. Est-elle en toutes circonstances en capacité de consentir de manière libre et éclairée, je veux dire quel est son choix réel ? La confidentialité, les aspects de sa vie privée seront-ils préservés ? Qu'en est-il, en fait, de son droit de retrait lorsqu'elle n'est plus en capacité de poursuivre l'expérimentation ? Son médecin, en l'occurrence l'investigateur, lui proposera-t-il une alternative en termes de continuité des soins ? Si la personne a participé au développement d'une nouvelle approche thérapeutique, en bénéficiera-t-elle si elle réside dans une région du monde dépourvue d'un système de santé qui permette l'accès de tous aux traitements innovants ? J'apprécie que les rédacteurs de cette déclaration affrontent les véritables enjeux et ne se satisfassent pas de considérations académiques.

Pascale Flamant

« L'amélioration des connaissances ne peut se faire que dans le respect total de la santé et de la dignité des personnes. »

Aujourd'hui les principes éthiques proclamés dans cette déclaration sont-ils bien appliqués ?

Dr Xavier Deau

Ce n'est pas toujours facile de faire travailler 108 pays sur une même déclaration. Les intérêts et même les points de vue des Américains ne sont pas les mêmes que ceux des Russes ou des Japonais et encore moins des Africains. La nouvelle version de la déclaration n'a pas été votée par cinq pays, qui trouvaient que l'article sur le placebo restait confus. La déclaration d'Helsinki est un texte qui est destiné à évoluer en permanence. Par ailleurs chaque pays doit se réapproprier le texte afin de le transposer dans sa législation. Il y a des pays qui sont plutôt en avance, et d'autres qui reculent, à l'image, par exemple, de la Turquie actuellement. Aujourd'hui, il est difficile de dénombrer précisément les États qui ont repris la déclaration dans leur législation parce qu'elle n'est jamais reprise de manière formelle. C'est là que réside la différence entre la déontologie, qui regroupe des règles professionnelles qui sont issues des législations, et l'éthique, qui est une pensée universelle qui s'adresse à tous avant toute législation.

Pascale Flamant

Concernant la France, ces principes rejoignent les obligations légales des acteurs de la recherche clinique, on peut donc dire que ces principes sont respectés. Unicancer et les centres de lutte contre le cancer assurent la promotion de plus de 250 essais cliniques académiques afin de permettre aux patients de bénéficier des traitements innovants en cancérologie. Nous mettons tout en œuvre pour garantir aux personnes atteintes d'un cancer une recherche clinique sûre, transparente et éthique en conformité avec les principes de la déclaration d'Helsinki.

Emmanuel Hirsch

La déclaration d'Helsinki constitue, au même titre que la Déclaration universelle des droits de l'homme, un texte téléologique. Il est essentiel de poser les termes précis de ce à quoi il convient d'aspirer en y mobilisant nos institutions et les compétences requises. Je constate que les comités d'éthique de la recherche constituent, y compris dans les pays encore réfractaires aux idées de liberté, des instances de délibération soucieuses à la fois de l'intérêt des personnes et des exigences d'une recherche menée selon des critères scientifiques incontestables. J'ai donc la conviction de la fonction pédagogique de la déclaration d'Helsinki qui contribue, plus qu'on ne le pense, à faire vivre l'esprit démocratique, y compris dans des pays encore peu réceptifs aux principes qu'elle inspire. Être préoccupé de l'homme malade et plus globalement des avancées de la médecine au bénéfice de tous, n'est-ce pas ainsi témoigner d'une attention éthique et politique si nécessaire dans le contexte présent ?

Emmanuel Hirsch

« La déclaration d'Helsinki contribue à faire vivre l'esprit démocratique. »

14,3 %

C'est le taux de pauvreté en France.
Il s'agit de la proportion la plus élevée enregistrée depuis 1997.
Source : Insee - 2011

dossier

Texte : **Eric Allermoz, Corinne Drault** | Photos : **Phanie**

Accès aux soins et précarité

La situation se dégrade

Alors que les inégalités sociales et économiques progressent, les plus démunis accèdent de plus en plus difficilement aux soins. Une situation complexe où s'entrecroisent non-recours aux dispositifs d'aide existants, renoncement à consulter et refus de soins de la part des professionnels de santé. Décryptage.

Cet hiver, l'association des Restos du cœur a pour la première fois franchi la barre du million de bénéficiaires. Dans le même temps, le taux de pauvreté s'est élevé en France à 14,3 %, un niveau qui n'avait pas été atteint depuis une vingtaine d'années. Tristes records. *« D'autant que les plus pauvres ont toujours plus de mal à se faire soigner »,* constate le Dr André Deseur, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins. De plus en plus de personnes en situation de précarité retardent les soins dentaires ou oculaires et les consultations de spécialistes, voire renoncent à consulter.

En première ligne figurent les exilés, les demandeurs d'asile, les sans-papiers ou les sans-domicile, les travailleurs du sexe, les toxicomanes. Mais on constate dorénavant que des « travailleurs pauvres » avec des contrats à temps partiel, des retraités sans complémentaire santé, des mères de famille isolées, des mineurs ou des habitants de

Point de vue de l'Ordre

Dr André Deseur, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins

« L'Ordre entend jouer un rôle de sensibilisation des médecins pour une meilleure prise en charge des patients précaires. »

La précarité prend de l'ampleur. De nouvelles populations sont confrontées à la difficulté de se faire soigner. La médecine doit pourtant être accessible à tous, c'est un droit universel. L'Ordre entend jouer un rôle de sensibilisation des médecins pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des patients précaires. C'est pourquoi nous sommes favorables aux propositions du Défenseur des droits de mieux former les professionnels de santé à l'accès aux soins et à la lutte contre les refus de soins. Néanmoins, nous sommes des plus réservés quant à la procédure de testing. C'est le sens de la création, l'an passé, d'un pôle Patients au Cnom. Il s'agit de développer des partenariats entre les médecins et les associations qui sont au plus près des publics démunis. Associations, structures d'accueil telles que les PMI ou les permanences d'accès aux soins de santé, sont des terrains de stage propices pour préparer la nouvelle génération de médecins à la prise en charge des patients fragiles. Nous travaillerons avec les conseils départementaux afin qu'ils déclinent localement des partenariats permettant aux médecins d'orienter facilement leurs patients vers les structures adaptées. C'est un travail de longue haleine, mais qui fait écho au rôle humaniste que doivent jouer les médecins.

TÉMOIGNAGE

« Tout faire pour que les bénéficiaires soient soignés plus rapidement »

Dans nos centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), nous constatons que les indicateurs de santé se dégradent, et que plus d'un patient sur trois accuse un retard de soins. Alors même que ces patients précaires ont davantage de besoins. Le nombre de mineurs qui nous consultent a par ailleurs augmenté de 69 % en cinq ans. Notre pays dispose d'excellents médecins et infirmières, mais le système de santé est moins accessible, moins solidaire aussi que par le passé, avec le déremboursement de plusieurs prestations par la Sécurité sociale. Il est nécessaire de simplifier les choses, d'être innovant. Nous voudrions que l'AME soit intégrée à la CMU, cela rendrait les démarches plus simples pour les populations qui en ont besoin, et leur permettrait de se faire soigner plus tôt.

Dr Jean-François Corty, directeur des missions France de Médecins du monde.

Exilés, demandeurs d'asile, sans-papiers ou sans-domicile mais aussi de plus en plus de travailleurs pauvres, familles isolées, ou familles monoparentales renoncent à consulter pour des raisons financières.

zones rurales renforcent les rangs des exclus du système de santé. Certains n'ont pas de couverture sociale, d'autres sont incapables de payer le forfait hospitalier ou les dépassements d'honoraires. La baisse constante des remboursements de l'Assurance maladie n'arrange en rien la situation.

Non-recours à la CMU-C

Pourtant, divers dispositifs garantissent aux publics fragilisés une prise en charge des dépenses médicales dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux. La couverture maladie universelle (CMU) et la CMU-Complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (ACS), le fonds pour les soins urgents et vitaux (FSVU) et enfin l'aide médicale d'État (AME) contribuent à atteindre cet objectif. Mais force est de constater qu'un nombre significatif de bénéficiaires renoncent à ces aides. Entre 20 et 30 % des bénéficiaires potentiels n'ont pas recours à la CMU-C. Selon le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, 85 % des personnes ayant droit à l'ACS ne la sollicitent pas. Les non-requérants sont souvent les plus précaires économiquement et socialement. *« Beaucoup ne savent même pas que ces dispositifs existent, ou alors ils ne parviennent pas à réunir ou faire traduire les documents administratifs nécessaires »,* explique le Dr André Deseur. Monter un dossier administratif relève du parcours du combattant pour ces patients fragiles qui ne connaissent pas ou peu leurs droits, et qui ignorent complètement comment les faire valoir. En cause également la peur de la stigmatisation, des contrôles effectués par les administrations, le refus de l'assistanat. Le Dr Jean-François Corty, directeur des missions France à Médecins du monde, souligne que *« la CMU-C bénéficie aujourd'hui aux personnes gagnant moins de 660 euros par mois. Or, le seuil de pauvreté est fixé à 977 euros en France. Trop de per-*

sonnes en sont exclues, qui doivent renoncer à se soigner ». Début avril, un rapport du Défenseur des droits sur « l'accès aux soins des précaires », remis au Premier ministre, proposait d'ouvrir aux bénéficiaires du RSA socle un accès automatique et sans démarche à la CMU-C.

Le refus de soins dans le collimateur

Dans ce même rapport, le Défenseur des droits pointe également certains professionnels de santé qui refusent l'accès à une consultation médicale aux bénéficiaires de ces dispositifs d'aide. « *Les arguments avancés sont clairement liés à une logique économique et aux contraintes administratives. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais demeurent récurrentes* », précise Loïc Ricour, directeur du pôle Santé pour le Défenseur des droits. En France, une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) avance qu'un spécialiste sur cinq serait concerné. À Paris, le taux global de refus de soins, chirurgiens-dentistes et toutes spécialités médicales confondues, atteindrait même 25 %. « *Certains professionnels de santé pensent que ces bénéficiaires abusent, alors que les études nous montrent le contraire* », ajoute le Dr Deseur.

Ce refus prend diverses formes : fixation tardive d'un rendez-vous, orientation répétée vers un confrère ou un centre de santé, non-respect des tarifs opposables, refus de dispense d'avance des frais, etc. Parfois, un simple accueil réservé du professionnel de santé décourage les patients. « *En dépit de leurs limites, que traduit l'ampleur du non-recours, la CMU-C, l'ACS et l'AME visent à rendre possible une meilleure couverture sanitaire et un accès aux soins pour les plus précaires. Les refus de soins opposés à leurs bénéficiaires contreviennent non seulement à l'efficacité du dispositif mais aussi à la jouissance du droit fondamental à la santé* », poursuit Loïc

8,7

millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté (revenu inférieur à 977 euros par mois), dont :

20 % de jeunes de moins de 18 ans.

Source : Insee - 2011

2,26

millions de personnes bénéficient de la CMU de base et 4,5 millions de la CMU-C.

Source : Fonds CMU – décembre 2012.

Non-recours aux dispositifs d'aide

85 %

des personnes ayant droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS) ne la sollicitent pas.

Trois causes de non-recours sont identifiées :

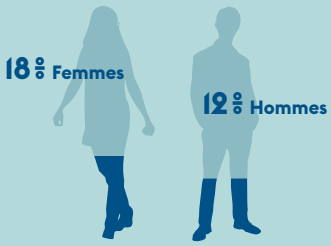
- la méconnaissance des aides,
- la complexité des démarches,
- les freins psychologiques.

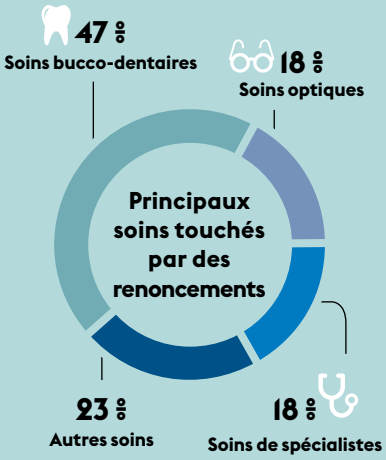
Source : Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Le renoncement aux soins

15 % **des personnes adultes de 18 ans ou plus**

déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.





Source : Drees - 2008

Refus de soins

25,5 %

C'est le taux global de refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU à Paris en 2009.

Les plus concernés

- **38,1 %** Gynécologues
- **32,6 %** Médecins généralistes en secteur 2
- **9,2 %** Médecins généralistes en secteur 1

Les moins concernés

- **5,2 %** Radiologues

Source : Irdes

SUR LE TERRAIN

Accès aux soins : une action de solidarité exemplaire à Toulouse

Écouter, aider les personnes victimes de l'exclusion et de la pauvreté dans leurs démarches vers des centres de soins. Telle est la mission des bénévoles du Secours populaire français (SPF) qui animent le point accueil info santé de Toulouse. Rencontre…

C'est sur un axe très passant de la périphérie de la ville, en zone semi-industrielle, que se situe le siège de la fédération du Secours populaire français de la Haute-Garonne (SPF 31). Un simple local, planté entre deux concessions automobiles, dont le seuil est franchi tous les jours de la semaine par un nombre croissant de personnes en situation de précarité. Leur première demande ? Une aide alimentaire. *« C'est une véritable urgence, notamment pour les familles monoparentales, femmes seules avec de jeunes enfants,* souligne Houria Tareb, secrétaire générale de la fédération. *Mais nous voyons aussi des couples et des personnes isolées de tous âges, retraités ou même parfois étudiants. »*

Éloignés des systèmes de santé

Ce public de personnes défavorisées est très souvent éloigné des systèmes de santé et de la prévention. *« Face à ce constat, nous avons mis en place notre point accueil info santé, que nous nommons le PAIS. C'était il y a quatorze ans ! Une première à l'époque… »,* se souvient le Dr André Labat, médecin retraité, fondateur et responsable du projet. Infirmières, psychologues, assistantes sociales, conseillères conjugales ou encore médecins forment l'équipe, constituée de 5 à 6 bénévoles. Leur rôle : recevoir les personnes qui leur sont adressées sans rendez-vous par l'accueil social du centre. *« Nous n'offrons pas de consultation médicale, ni de soins infirmiers bien sûr, mais un soutien psychologique, une écoute, une orientation vers des structures de soins ou des médecins libéraux partenaires, sensibilisés à la précarité,* précise le Dr Hélène Hercyk, médecin retraité bénévole. *Nous pouvons également intervenir dans les démarches d'accès aux soins en aidant au montage de dossier CMU ou dans la recherche d'une complémentaire santé adaptée aux finances des personnes. »*

Information, sensibilisation et prévention

Au-delà de l'accès et de l'accompagnement aux soins, le PAIS a aussi pour priorité l'information, la sensibilisation et la prévention sur de grands sujets de santé publique tels que l'alcool, le tabac, la toxicomanie, les vaccinations, le sida et les infections sexuellement transmissibles. *« Nous mettons à disposition gratuitement des préservatifs. Par ailleurs, nous menons régulièrement des opérations de prévention dans les collèges, ou dans des foyers… »,* rapporte Houria Tareb.
Si les initiatives ne manquent pas, la limite vient plutôt des financements, de plus en plus difficiles à trouver. Ainsi, plusieurs grands projets restent dans les cartons, comme celui de développer le PAIS auprès d'autres structures du Secours populaire dans le département. *« Les besoins sont énormes auprès des personnes âgées en milieu rural, qui sont nombreuses à vivre dans l'isolement et la précarité »,* rappelle Houria Tareb.

Le défaut d'information et la complexité des démarches administratives éloignent les personnes en situation de précarité des dispositifs d'aides auxquels ils ont accès.

Ricour. Le Défenseur des droits propose donc d'instaurer des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé sur les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins et de refus de soins.

Enjeu de santé publique

Plusieurs structures portées par le monde associatif tentent de remettre les patients précaires sur le chemin des droits communs. C'est le cas des centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde, ou des points accueil info santé (PAIS) du Secours populaire français (lire p. 18 et ci-contre). Du côté de la puissance publique, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) offrent sans conditions des soins aux patients en grande précarité. À l'hôpital parisien Saint-Louis, la Pass Verlaine en accueille chaque jour une trentaine. *« Ils ont depuis longtemps renoncé à se soigner, et souffrent de pathologies lourdes : cancers, maladies infectieuses et respiratoires, plaies non soignées, troubles psychologiques. Les femmes accusent souvent un retard de suivi de leur grossesse »*, explique le Dr Claire Georges, médecin responsable de la consultation Verlaine, et présidente du Collectif Pass. En France, on dénombre environ 400 permanences d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux. Louée dans un rapport parlementaire sur l'accès aux soins pour tous, cette consultation pour les plus démunis reste pourtant méconnue et fragilisée dans un hôpital public sous pression financière. L'auteure de ce rapport, Aline Archimbaud, sénatrice EELV de Seine-Saint-Denis, estime que *« les Pass sont*

« De plus en plus de personnes en situation de précarité retardent la prise de rendez-vous, voire renoncent à consulter, en particulier pour des soins dentaires et oculaires. »

TÉMOIGNAGE

« Le médical et le social ne doivent faire qu'un contre l'exclusion. »

Notre système de santé est en crise. Une crise de la protection des plus vulnérables : les migrants, les personnes âgées, les sans-domicile, etc. L'hôpital est de plus en plus spécialisé, et sous pression financière. Et on pourrait effectivement craindre que le progrès médical et scientifique n'écarte de la prise en charge les exclus de la société. Parfois, traiter la maladie n'est pas le plus urgent. Aujourd'hui, on crève de solitude. En particulier les personnes très âgées. Ma conviction est que le médical et le social ne doivent faire qu'un contre l'exclusion. Il ne s'agit plus seulement de soigner, mais aussi de mettre à l'abri, d'écouter, d'accompagner. À l'hôpital, les permanences d'accès aux soins de santé jouent ce rôle. Les urgences ne sont ni pensées ni adaptées pour accueillir les patients les plus précaires et exclus du système de soins. C'est donc bien à la médecine de ville de remplir ce vide. Il est nécessaire de réhabiliter le rôle du médecin généraliste en immersion, au contact de la population. Pourquoi alors ne pas envisager le retour des dispensaires itinérants ?

Dr Xavier Emmanuelli, médecin et homme politique, président du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, fondateur du Samu social de Paris, cofondateur de Médecins sans frontières.

facteurs d'économie et non de gaspillage pour l'hôpital. L'engorgement des urgences s'explique en partie par le fait que les plus précaires n'accèdent pas aux soins de premiers recours, comme le proposent les Pass ». Le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté par le gouvernement le 21 janvier 2013 prévoit d'ailleurs un développement de ces structures. *« Permettre un meilleur accès à la santé est un véritable enjeu de santé publique, mais aussi économique. Plus la maladie évolue, plus il est compliqué de la soigner et le risque de transmission est élevé. Il faut que les patients soient traités rapidement »,* conclut le Dr André Deseur.

+ d'infos
Observatoire des non-recours aux droits : http://odenore.msh-alpes.fr

L'engorgement des services d'urgences hospitaliers s'explique en partie par les difficultés d'accès aux soins de premiers recours des personnes en situation de précarité.

Point de vue extérieur

Loïc Ricour, directeur du pôle Protection des personnes – Santé pour le Défenseur des droits.

« Peu de recours pour les patients précaires »

Quel regard le Défenseur des droits porte-t-il sur l'accès aux soins des patients en situation de précarité ?
Le droit à la santé n'est pas encore acquis pour ces publics. Il constitue pourtant une exigence fondamentale à laquelle doivent s'attacher l'ensemble des acteurs du dispositif et, de façon plus générale, les pouvoirs publics. Lorsqu'un refus de soins est opposé à ces personnes vulnérables, la plupart renoncent à faire valoir leurs droits. Il y a donc peu de recours exercés en la matière.

Quels obstacles rencontrent ces patients ?
Si l'ensemble des dispositifs mis en place permet en principe de couvrir différents publics – citoyens français et résidents étrangers, en situation régulière ou non –, le bénéfice de ces droits est subordonné à l'accomplissement d'un parcours administratif qui se caractérise par sa complexité pour l'usager comme pour les personnes chargées de sa gestion. Cela exige une grande autonomie, et souvent les personnes éligibles ont tendance à se décourager. L'information sur le droit à la santé est insuffisante. Les professionnels de santé disposent pour leur part d'informations souvent partielles quant au public susceptible d'être concerné par les aides et les conditions d'ouverture. La juxtaposition de dispositifs distincts pour des prestations proches constitue une difficulté supplémentaire.

Que préconise le rapport sur l'accès aux soins que le Défenseur des droits a remis au Premier ministre début avril ?
Le pôle Santé est investi d'une mission d'information et de médiation. Il est chargé de renforcer le dialogue entre les usagers du système de soins et les professionnels de santé. Dans son rapport, le Défenseur des droits formule douze recommandations autour de cinq axes :
❶ Simplifier le droit, avec notamment la possibilité d'ouvrir systématiquement les droits à la CMU-C aux bénéficiaires du RSA.
❷ Promouvoir les droits, avec des propositions visant à organiser des campagnes d'information ou intégrer dans la formation des professionnels de santé des modules sur les problématiques d'accès aux soins.
❸ Susciter l'engagement des acteurs, avec l'organisation par ces derniers d'opération de testing.
❹ Mieux prévenir et détecter les refus de soins, notamment en confiant aux ARS la fonction de guichet unique pour les plaintes liées aux refus de soins.
❺ Renforcer les droits des victimes de refus de soins avec par exemple la mise en œuvre d'un aménagement de la charge de la preuve en faveur des victimes.

vos informations pratiques

le guide juridique

24. en bref : le confrère de proximité / DIU et droit au titre
25. vos questions / nos réponses
26. décryptage : la reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne
28. pratique : charte de conformité déontologique applicable aux sites Web professionnels des médecins
30. pratique : armes et certificat médical

www.conseil-national.medecin.fr

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

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

EN BREF

Arr. du 24 février 2014
relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique.

Arr. du 24 février 2014
fixant la liste des établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés pour tout ou partie de leur activité à une cellule d'urgence médico-psychologique et les conditions de désignation d'établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés par les agences régionales de santé.

Décret n° 2014-322 du 11 mars 2014
L'intitulé de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie devient « mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives », afin de traduire sa compétence sur l'ensemble des substances psychoactives et des conduites addictives. L'intitulé du comité interministériel est modifié de la même façon. La définition des compétences de la mission interministérielle est actualisée, afin notamment d'y inclure la lutte contre les trafics.

+ d'infos
www.conseil-national.medecin
Rubrique Juridique / Veille juridique

Le confrère de proximité

La partie « Entraide » des commentaires de l'Ordre sur l'article 56 du code de déontologie a été modifiée. L'objectif : favoriser une information précoce des conseils départementaux lorsqu'un médecin connaît d'importantes difficultés (de santé, matérielles, morales, sociales ou professionnelles). Il est en effet avéré que l'efficacité de l'entraide dépend souvent de la précocité du dépistage des problèmes. Le « confrère de proximité » doit ainsi jouer un rôle essentiel. Il s'agit de médecins qui travaillent dans un même groupe, sur le même territoire de permanence des soins, ou dans le même service hospitalier et qui ont connaissance des problèmes d'un médecin en difficulté. Le confrère de proximité doit, dans un premier temps, se mettre en relation avec lui, proposer son aide et surtout l'inciter à prendre contact avec le président du conseil départemental de l'Ordre. Dans un deuxième temps, si le confrère en difficulté, soit par crainte, ou par pudeur, n'entame pas de démarches auprès du conseil départemental, le confrère de proximité doit désormais aviser le médecin en difficulté qu'il va informer le président du conseil départemental de la situation. Cette nouvelle disposition vise à développer une assistance plus active par les confrères de proximité.

Dr Munier,
section Éthique et déontologie

+ d'infos
Accédez aux commentaires sur l'article 56 du code de déontologie sur le site de l'Ordre
www.conseil-national.medecin.fr, Rubrique : L'Ordre > Les commentaires

DIU et droit au titre

Le droit au titre a pour objectif de faire connaître la formation particulière du médecin titulaire du diplôme aux patients, d'où l'importance d'un intitulé du diplôme simple, clair et compréhensible par ceux-ci. Point important, le médecin titulaire est autorisé à en faire mention sur ses ordonnances et sur sa plaque. Actuellement, le droit au titre est attribué seulement à des diplômes interuniversitaires (DIU). Pour accorder ce droit au titre, la commission spécialisée étudie la maquette qui doit être jointe à la demande. Les membres de la commission doivent s'assurer que :

→ L'intitulé du DIU ne doit pas comporter un nom de spécialité obtenu par un diplôme national qualifiant afin d'éviter toute confusion et que le médecin titulaire d'un tel diplôme ne se croit pas autorisé à exercer une spécialité qu'il n'a pas acquise.

→ L'attribution du diplôme n'est accordée qu'aux seuls médecins pour ne pas favoriser l'exercice illégal de la médecine.

→ Le titre du DIU n'ouvre pas la porte au charlatanisme.

En cas d'approbation par la session plénière, le conseil national de l'Ordre des médecins informe par circulaire les différents conseils départementaux afin que le médecin titulaire de ce DIU puisse faire enregistrer ce droit au titre. Le coordonnateur d'un DIU qui a obtenu le droit au titre doit obligatoirement informer l'Ordre de toute modification (maquette, ajout ou retrait d'une université...). L'intitulé de DIU ne doit pas être modifié pour éviter des difficultés de reconnaissance au niveau des conseils départementaux si le Cnom n'en a pas été averti et si le médecin enregistre son DIU à distance de la date d'obtention. Précisons que l'accord d'un droit au titre à un DIU n'est pas une décision définitive et fixée dans le temps, le Cnom se réservant la possibilité de la retirer en cas de doléances fréquentes ou d'une modification de la maquette jugée incompatible avec le droit au titre.

Pr Guerrier,
section Formation et compétences médicales

Posez vous aussi vos questions
à l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08
ou conseil-national@cn.medecin.fr

Le certificat de décès doit-il obligatoirement être rédigé sur papier ?

Non, car le médecin ayant constaté le décès peut établir, sur support électronique, un certificat, après s'être identifié au moyen d'une carte de professionnel de santé ou d'un dispositif agréé d'authentification individuel offrant des garanties similaires (article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales).
À titre provisoire, jusqu'à la généralisation du certificat de décès sur support électronique, le médecin ayant constaté le décès remplit et signe, en trois exemplaires, les deux volets du certificat de décès et clôt le volet médical. Le certificat est remis à la mairie du lieu de décès et, en cas de transport du corps avant mise en bière, à la mairie du lieu du dépôt du corps (article R. 2213-1-4 du code général des collectivités territoriales).

En cas de décès, y a-t-il une obligation de retrait des prothèses ou des dispositifs médicaux implantés actifs ?

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière. L'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales ne précise pas qui doit procéder au retrait de la prothèse. Le conseil national considère que ce geste technique simple fait partie des derniers services que le médecin peut rendre au défunt et à sa famille.

Qu'est-ce l'obstacle médico-légal à l'inhumation et quelles sont ses contraintes pour le médecin ?

L'obstacle médico-légal est défini dans l'article 81 du code civil, qui précise que : *« Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »*
Dans ces conditions, le médecin qui constatera le décès signalera l'existence d'un obstacle médico-légal à l'inhumation. Il en résulte ainsi des contraintes pour le médecin, qui est obligé d'attendre sur place l'arrivée de l'officier de police judiciaire (police ou gendarmerie) et ses constatations, qui permettront, le cas échéant, d'écarter la suspicion d'une action criminelle.
Ne pas procéder ainsi, c'est attester que le patient est décédé de « mort naturelle », ce qui pourrait mettre le médecin en contradiction en cas de demande ultérieure de certificats pour les compagnies d'assurance ou autres organismes.

d'infos
www.conseil-national.medecin.fr
Rubrique Médecin > Foire aux questions

La reconnaissance des qualifications professionnelles dans l'Union européenne

Adoptée le 20 novembre 2013, la directive 2013/55/UE modifiant la directive 2005/36/CE vise à faciliter la mobilité des professionnels au sein de l'Union européenne. Elle concerne de nombreuses professions, parmi lesquelles les médecins. Le point sur les principales dispositions de cette réglementation.

Si cette nouvelle rédaction a pour objectif de faciliter la mobilité des professionnels, l'Ordre a souhaité s'assurer que la vérification des compétences des médecins resterait optimale. C'est pourquoi il est intervenu à toutes les étapes de l'adoption de la directive. La section Formation et compétences médicales a ainsi rédigé dès 2010 un rapport d'expérience de l'ancienne directive, puis un livre vert sur la reconnaissance des qualifications. L'Ordre a ensuite proposé plusieurs amendements qui, pour certains, ont été intégrés dans la directive : la forme dématérialisée de la carte professionnelle européenne (CPE), le contrôle des connaissances linguistiques, le mécanisme d'alerte ou encore la possibilité d'exiger une couverture assurantielle équivalente à celle requise dans le pays d'accueil.

1/ La carte professionnelle européenne (CPE)

Il ne s'agit pas d'une carte physique, mais d'un certificat électronique permettant au titulaire d'obtenir la reconnaissance de sa qualification de manière simplifiée et accélérée. Ce certificat électronique est échangé entre les autorités nationales compétentes par l'intermédiaire du système d'information sur le marché intérieur (IMI). Ainsi, l'autorité compétente de l'État membre d'origine communique directement les informations nécessaires du médecin migrant à l'autorité compétente de l'État membre d'accueil.

Cette procédure réduit considérablement les démarches administratives et les coûts pour les médecins. La CPE ne donne pas droit à l'exercice de la médecine et ne permet pas de prouver l'inscription à l'Ordre des médecins.

2/ Exigences minimales de formation, durée de formation et ECTS

La formation médicale de base comprend désormais au moins cinq années d'études et au moins 5500 heures d'enseignement théorique et pratique dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université. Les conditions relatives au nombre minimum d'années et d'heures deviennent ainsi cumulatives.

La directive prévoit la possibilité d'exprimer la durée d'un programme de formation également en crédits du système européen de transfert et d'accumulation d'unités de cours capitalisables (European Credits Transfer System, ou ECTS). Un crédit ECTS correspond à 25 à 30 heures d'études, et il faut généralement 60 crédits pour achever une année universitaire. Il est désormais possible de réaliser des semestres de formation et des stages encadrés dans d'autres pays de l'Union européenne. Chacune de ces périodes de formation permet de capitaliser des crédits. Il est ensuite possible de faire reconnaître le diplôme, que ce soit le diplôme de base (1er et 2e cycles) ou le diplôme de spécialité (3e cycle), dans les autres pays de l'Union européenne.

4/ Reconnaissance des stages

Les diplômés désireux d'effectuer un stage rémunéré dans un autre État membre, où un tel usage est possible, peuvent bénéficier de la reconnaissance des stages. Pour être pris en compte le stage devra se fonder sur une description écrite claire des objectifs d'apprentissage et des tâches assignées. Les stages peuvent ainsi s'intégrer dans le cursus de la formation.

5/ Connaissances linguistiques

Dans l'intérêt de la sécurité des patients, les autorités compétentes

pourront désormais réaliser de véritables contrôles du niveau linguistique après la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elles auront ainsi la possibilité de surseoir à l'inscription du médecin tant que sa connaissance linguistique sera insuffisante.

6/ DPC

Les États membres, conformément aux procédures qui leur sont propres, doivent encourager le développement professionnel continu, et veiller à ce que les professionnels puissent actualiser leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences. La disposition européenne organise une réglementation sur le maintien de la qualité des soins dans l'ensemble des États membres de l'Union européenne. Les États membres doivent rapporter à la Commission européenne leurs efforts en la matière.

7/ Mécanisme d'alerte

Les autorités compétentes d'un État membre doivent informer les autres États de l'identité d'un professionnel dont l'exercice a été restreint ou interdit, même de façon temporaire, par les autorités ou juridictions nationales.

Pr Nicodème, président de la section Formation et compétences médicales

En 2013, le conseil national de l'Ordre des médecins a traité :

1200

dossiers de médecins européens désirant exercer en France.

1000

dossiers de médecins français souhaitant exercer dans un autre pays de l'Union européenne.

PROCÉDURE POUR L'INSTALLATION D'UN MÉDECIN FRANÇAIS DANS UN AUTRE PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE AVEC LA CARTE PROFESSIONNELLE EUROPÉENNE – MISE EN ŒUVRE EN 2016

1. Montage du dossier

Le médecin prend contact avec le conseil national de l'Ordre des médecins afin de monter un dossier (exemples de pièces à fournir : diplômes, accompagnés des attestations de conformité; attestations dites de bonne conduite, etc.).

2. Vérification des pièces

Le conseil national de l'Ordre des médecins procède à l'examen du dossier et à la vérification des pièces fournies.

3. Établissement de la CPE

Une fois le dossier validé, le conseil national de l'Ordre des médecins établit une carte professionnelle européenne (CPE). Cette procédure doit être réalisée dans un délai de 2 mois.

4. Envoi de la CPE

Le conseil national de l'Ordre des médecins transmet la CPE à l'autorité compétente du pays d'accueil, par l'intermédiaire du système d'information sur le marché intérieur (IMI).

5. Reconnaissance des qualifications

Se basant sur la CPE envoyée par le conseil national de l'Ordre des médecins, l'autorité compétente du pays d'accueil procède à la reconnaissance des qualifications. Si la qualification du médecin ne correspond pas à un diplôme du pays d'accueil, l'autorité compétente émet une mesure de compensation motivée.

6. Contrôle des connaissances linguistiques

IMPORTANT

L'autorité compétente du pays d'accueil peut réaliser un contrôle des connaissances linguistiques du médecin après la reconnaissance des qualifications professionnelles.

7. Inscription et autorisation d'exercice

L'autorité compétente du pays d'accueil procède à l'inscription du médecin et délivre une autorisation d'exercice sur son territoire.

Charte de conformité déontologique applicable aux sites Web professionnels des médecins

Dans le prolongement du livre blanc sur la déontologie sur le Web, le Cnom publie une charte applicable aux sites professionnels de médecins[1]. Cette charte intégrant les règles de la déontologie médicale s'applique au site professionnel de tout médecin (ou au portail pour les exercices regroupés), qu'il exerce à titre libéral, à titre hospitalier ou comme salarié[2]. En voici les principales dispositions.

Il convient de rappeler que l'exercice de la médecine ne doit pas être pratiqué comme un commerce[3], y compris le commerce électronique. En conséquence, le site d'un médecin ne doit pas être de nature publicitaire[4] et ne doit publier que des informations de qualité au service du public, des patients, des professionnels de santé ou des confrères[5]. L'Ordre demande aux médecins que la page d'accueil de leur site porte un lien vers l'annuaire public du Cnom, un lien vers la page e-santé du site du Cnom et une icône immédiatement visible qui ouvrirait un texte d'information à télécharger via le QR code figurant ci-contre.

L'adresse du site

Pour la bonne orientation du public, l'adresse du site, en tant que plaque professionnelle sur le Web, doit faire référence à l'identité du médecin et à sa (ou ses) qualification(s) professionnelle(s) telle(s) qu'inscrite(s) au tableau de l'Ordre. Elle peut également faire mention du lieu d'exercice. Le principe est le même pour un portail, lorsque les médecins exercent de façon regroupée ou en établissement de santé. Tout mode de référencement payant par les moteurs de recherche est interdit. De même, sont formellement prohibées la publication de toute forme de notation du site ou de son contenu ainsi que la publication en ligne des avis d'internautes.

Présentation du médecin

Quand il s'agit d'un portail, il doit se garder lui-même de toute présentation de type publicitaire qui pourrait être indirectement reprochée aux médecins qui s'y trouvent inscrits. Chaque médecin doit pouvoir y être directement identifié.

Si le titulaire du site est une société ou un établissement, doivent apparaître en plus de l'identification de chaque praticien exerçant au sein de la structure : la dénomination sociale ou la raison sociale et le siège social de la société ou de l'établissement et, lorsqu'il s'agit d'une société d'exercice libéral ou d'une société civile professionnelle, l'inscription de la société au tableau de l'Ordre.

• Les mentions obligatoires afin d'identifier le titulaire du site dans l'annuaire public du Conseil national de l'Ordre des médecins sont les suivantes :
– les nom et prénoms,
– le numéro RPPS.

• D'autres mentions sont possibles :
– un identifiant photographique,
– les titres et qualifications professionnels et l'appartenance à une société savante officielle reconnue par le Cnom,
– les travaux et publications scientifiques avec l'indication des organes les ayant acceptés avec mention d'éventuels liens d'intérêts,
– les langues parlées,
– les distinctions honorifiques reconnues par la République française. En revanche, les fonctions électives, quelles qu'elles soient, actuelles ou passées, sont proscrites.

Agenda en ligne et icône de contact

S'il existe un agenda en ligne sur le site du médecin, une réponse automatisée de confirmation doit être prévue pour que le patient soit assuré que son rendez-vous a bien été enregistré. Cet agenda en ligne peut permettre un rappel du rendez-vous au patient, par

contact téléphonique, mail ou SMS.
Le masquage des rendez-vous déjà pris doit, bien évidemment, être absolu. Pour des raisons de sécurité, la configuration de l'agenda doit être strictement limitée à la prise de rendez-vous (nom, prénom, numéro de téléphone, adresse mail du patient) et ne peut comporter de zone d'expression de symptômes ou de tout autre motif. Une annonce associée parfaitement lisible doit indiquer un contact téléphonique possible en cas de situation analysée comme urgente ou confuse par le patient. Cet agenda ne fait apparaître que les dates et heures disponibles. En cas d'absence du médecin, un message d'absence doit être adressé au patient en réponse, avec les coordonnées nécessaires en cas de situation d'urgence.
L'icône de contact peut permettre à l'internaute d'adresser un message au responsable du site. L'internaute doit être dûment averti, par un pop-up ou tout autre moyen parfaitement lisible, que ces messages ne sont pas lus en temps réel et que cela n'est pas un moyen d'obtenir un renseignement de nature médicale. L'internaute doit également être averti, par les mêmes moyens, que l'adresse de contact n'est pas une adresse sécurisée et que, par conséquent, l'adresse mail de l'internaute comme le contenu de son message pourraient être lus par un tiers.

Présentation du cabinet ou de la structure de regroupement

Outre l'adresse, les coordonnées téléphoniques, l'adresse mail[6], les horaires d'ouverture, l'accessibilité[7] et les moyens d'accès, peuvent figurer sur le site les dates de congés et l'information de la présence d'un remplaçant ou d'un collaborateur. En cas de vidéosurveillance, la mention doit y figurer. Il est licite que le médecin ou la société d'exercice mentionnent sur leur site les autres adresses autorisées d'exercice[8] ainsi que les adresses de l'établissement où les interventions ou explorations sont pratiquées. De même que le renvoi vers un ou des confrères peut être précisé, en cas en cas d'absence ou d'indisponibilité.

Présentation de l'activité et information du public

Doivent impérativement figurer :
• La situation au regard de la Convention.
• Les principaux honoraires.
• L'appartenance à une association de gestion agréée (AGA).
• Les conditions de réalisation de devis lorsque la réglementation pour la discipline exercée l'impose.
• Les modalités territoriales de réponse aux urgences et de permanence des soins.
Peut également figurer la description de la nature des actes et techniques réalisés par le médecin. Cela peut donner lieu à l'affichage de fiches d'information qui précéderont, accompagneront ou suivront l'information délivrée par le médecin au cours de la consultation. En aucun cas la publication de ces fiches ne peut remplacer l'information orale délivrée lors de la consultation dans le cas singulier du patient. Elles peuvent être illustrées de schémas. La publication de photos ne doit se faire qu'avec discernement. Dans ce cas, elles doivent impérativement être rendues anonymes[9] et ne peuvent laisser s'établir une confusion entre l'obligation d'information et l'obligation de résultat.
La description des actes et techniques dans des fiches d'information doit mentionner les références scientifiques ou les sources dont elles seraient issues. Ces fiches sont considérées comme informations de santé pour le public en général et le patient en particulier. Cette information doit donc être claire, compréhensible, loyale, appropriée et conforme aux données acquises de la science[10].

Rappel des obligations de la loi

L'ensemble de la réglementation applicable aux sites Internet doit être respecté, et notamment :
• La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qui impose notamment une information en cas de collecte et de traitement de données personnelles – notamment en cas de mise à disposition d'un service de rappel de rendez-vous à destination des patients du cabinet. Des modèles de notes d'information sont disponibles sur le site Internet de la Cnil.
• La loi n° 2004-575 du 21 juin 2004 modifiée pour la confiance dans l'économie numérique, qui impose notamment une identification claire du titulaire du site.

Information de l'Ordre

Il est recommandé que le conseil départemental soit informé préalablement de la mise en ligne de tout site et ultérieurement de ses modifications substantielles, par analogie à ce qui est préconisé pour les divers annuaires professionnels ou la plaque signalétique[11]. Le cas échéant, le conseil fera ses observations sur la base du contenu de cette charte.

Dr Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé

1. On entend par « site Web professionnel » un site Web qui se rattache directement à l'exercice de la profession.
2. Art. R. 4127-20 du code de la santé publique.
3. Art. R. 4127-19 du code de la santé publique.
4. Voir les commentaires du Cnom sous l'article R. 4127-19. Un rapport sur la publicité en médecine sera finalisé et publié en annexe prochainement.
5. Art. R. 4127-13 du code de la santé publique.
6. Les mêmes recommandations sont faites pour l'icône de contact.
7. Accessibilité : http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1360
8. Art. R. 4127-85 du code de la santé publique.
9. Art. R. 4127-73 du code de la santé publique.
10. Art. R.4127-35 du code de la santé publique.
11. Art. R. 4127-80 et R. 4127-81 du code de la santé publique.

d'infos
Consultez l'intégralité de la charte sur le site de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr, rubrique L'Ordre / Rapports

Armes et certificat médical

Régime administratif de l'acquisition et/ou de la détention de matériels, armes et munitions : interdiction, autorisation, déclaration, enregistrement ou détention libre en fonction de la catégorie.

Tout patient désirant acquérir ou détenir une arme et/ou des munitions doit produire un certificat médical datant de moins d'un mois (code de la sécurité intérieure, article L. 312-6).

Les armes sont désormais classées en **4 catégories** (A, B, C, D) en fonction de leur dangerosité, et non plus de leur nature. À chaque catégorie correspond un régime administratif d'acquisition et de détention.

• Cat. A – armes et matériels de guerre (Défense nationale, sécurité publique) : interdits à l'acquisition et à la détention pour les particuliers.

• Cat. B – certaines armes à feu de poing, d'épaule, semi-automatiques… : autorisation du préfet.

• Cat. C – certaines armes à feu d'épaule ou susceptibles de tirer une balle ou autres projectiles non métalliques… : déclaration en préfecture.

• Cat. D – certaines armes à feu sont soumises à enregistrement en préfecture (D 1 : armes d'épaule à canon lisse et munitions, un coup par canon), mais l'acquisition et la détention sont libres pour les autres armes (D 2 : armes blanches, incapacitants, lacrymogènes, armes à impulsion…).

Armes et certificat médical

• Cat. B : l'autorisation pour acquérir ou détenir requiert un certificat médical. Si le demandeur est titulaire d'une **licence de tir** (fédération sportive agréée par le ministère chargé des Sports) tamponnée du médecin, valide, de moins d'un an et déjà délivrée au vu d'un certificat, un nouveau certificat n'est pas requis.

• Cat. C : la déclaration pour acquérir ou détenir requiert un certificat médical. Si le demandeur est titulaire d'un **permis de chasse ou d'une licence de tir** (fédération sportive agréée par le ministère chargé des Sports) tamponnés du médecin, valides, de moins d'un an déjà délivrés au vu d'un certificat, un nouveau certificat n'est pas requis.

• Cat. D 1 : pour les armes soumises à enregistrement, un certificat médical ou licence de tir ou permis de chasser (en cours de validité) est nécessaire.

• Cat. D 2 : l'acquisition et la détention sont libres et ne nécessitent donc pas de certificat.

Il est recommandé au médecin de conserver un double du certificat médical, **qu'il pourrait faire contresigner par le demandeur.** Selon les circonstances, le médecin consulté peut se déclarer incompétent.

Le préfet pourra vérifier auprès de l'ARS l'éventuelle admission en soins psychiatriques sans consentement dans un établissement de santé ou l'éventuel traitement dans un service ou secteur de psychiatrie d'un demandeur qui n'a pas produit le certificat médical prévu.

Rédiger un certificat médical

Pour le demandeur sans antécédents psychiatriques, le médecin traitant pourra rédiger le certificat, dont la validité n'est que de **1 mois** :

> Je soussigné…, docteur en médecine (spécialité), certifie, après avoir examiné M. (ou Mme)…, qu'**à la date du présent certificat** l'état de santé physique et psychique de M. (ou Mme)… n'est pas incompatible avec la détention d'une arme et de munitions de catégorie…
>
> Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.
>
> À… le…

Pour le demandeur qui suit ou a suivi un traitement dans un service ou secteur de psychiatrie d'un établissement, il est **également** exigé un certificat médical d'un médecin psychiatre (CES ou DES, ou ayant qualité particulière : praticien hospitalier, enseignant de psychiatrie, médecin de la préfecture de police, expert près les tribunaux…). Sa validité n'est que de **1 mois** :

> Je soussigné…, docteur en médecine, (spécialité et qualité, praticien hospitalier ou…), certifie, après avoir examiné M. (ou Mme)…, **qu'à la date du présent certificat, et pour autant que j'ai eu connaissance de ses antécédents**, l'état de santé physique et psychique de M. (ou Mme…) ne constitue pas de contre-indication à l'acquisition ou à la détention d'une arme et de munitions de catégorie…
>
> Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.
>
> À… le…

Dr Faroudja,
Président de la section Éthique et Déontologie

+ d'infos

consultez le site internet service-public.fr – rubrique « Loisirs », « Chasse et pêche » puis « Armes ».

Textes de référence

Articles L. 311-1 à L. 317-11 du code de la sécurité intérieure.

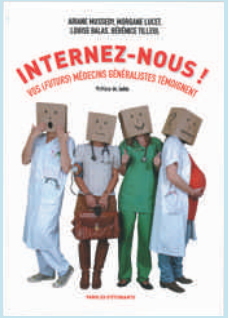
Décret n° 2013-700 du 30 juillet 2013 portant application de la loi n° 2012-304 du 6 mars 2012 relative à l'établissement d'un contrôle des armes moderne, simplifié et préventif.

culture médicale

Parents en deuil,
Dr Daniel Oppenheim,
Éditions Érès, 13 euros.

PARENTS EN DEUIL

La mort d'un enfant est une des plus terribles épreuves humaines. Surtout quand elle survient à la suite d'une maladie, et compte tenu de la durée de celle-ci et des difficultés liées à la fin de vie.
Le Dr Daniel Oppenheim, psychiatre et psychanalyste, a travaillé vingt-cinq ans dans le département de cancérologie pédiatrique de l'institut Gustave-Roussy à Villejuif. Il décrit dans ce livre, séance après séance, un groupe de parole de parents endeuillés et analyse les éléments significatifs de leur évolution vers le dépassement du deuil. Des éléments précieux pour accompagner la fin de vie de l'enfant et le deuil de la famille.



Internez-nous,
vos (futurs) médecins
généralistes témoignent,
Ariane Mussedy,
Morgane Lucet,
Louise Balas,
Bérénice Tilleul,
Paroles d'étudiants,
14,90 euros.

INTERNEZ-NOUS !

Elles sont quatre internes en médecine générale et ont décidé à travers ce livre d'exprimer leur ressenti et leur vécu en tant qu'internes mais aussi de faire un point sur la formation, sur le rôle et l'importance des jeunes médecins au sein de notre société. Leur objectif ? Faire connaître au grand public en général et à leurs patients et futurs patients en particulier qui sont les médecins généralistes de demain et comment ils sont formés.

C'est grave docteur ?
Les plus belles perles entendues
par votre médecin,
Dr Michel Guilbert,
Les Éditions de l'opportun,
9,90 euros.

C'EST GRAVE DOCTEUR ?

« Ongle incarcéré », « coma idyllique », « points de soudure », depuis plus de trente ans, le Dr Michel Guilbert, médecin généraliste en exercice dans la banlieue sud de Paris, écoute attentivement les maux de ses patients et note dans un carnet les bons mots survenus à l'improviste. Du simple lapsus à l'approximation médicale – sans oublier des envolées thérapeutiques toutes personnelles –, un grand nombre de pathologies font ainsi l'objet de perles incongrues, souvent étonnantes et parfois même poétiques.

Apprentissage de l'exercice
médical et de la coopération
interprofessionnelle, U.E1,
sous la direction du
Pr Jean-Michel Chabot
et du Pr René Amalberti,
La Revue du praticien,
19 euros.

APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL ET DE LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

Cet ouvrage regroupe l'ensemble des 20 items du nouveau programme des ECN en s'appuyant sur des spécialistes pour chaque thème abordé. Ainsi, le Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins, le Dr Xavier Deau, délégué aux Affaires internationales et européennes, ainsi que le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, ont participé à la réalisation de cet ouvrage. Le nouveau programme du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) a pour objectif de mieux préparer les étudiants aux nouvelles conditions d'exercice et aux besoins des patients.

Propos recueillis par **Béatrice Jaulin** | Photo : **B. Langlois / AFP**

Dr Patrick Henry,
chargé de mission « Lutte contre la grande exclusion » à la RATP

« J'ai appris à nouer des relations d'intérêt et de confiance avec les sans-abri. »

Tout a commencé en 1979 à l'hôpital de Nanterre, où j'effectuais mes stages d'externe au service de consultations en médecine générale. J'ai été subjugué par l'atmosphère de ce lieu particulier qui, sous la tutelle du préfet de police, accueillait ce qu'on appelait alors des personnes « déshéritées ». Un jour, j'ai vu arriver un SDF qui se plaignait de démangeaisons sous son plâtre. Et pour cause ! Son bras était en décomposition. Il a fallu l'amputer. Cela m'a fait réfléchir. Je me suis demandé d'où venait cet homme. J'ai découvert qu'à cent mètres de mon bureau, des bus déversaient toute la journée des dizaines de SDF, ramassés dans la rue et dans le métro, à qui on offrait une douche et c'est tout. J'ai pu constater l'état effarant de l'un d'entre eux. Combien d'autres étaient dans le même cas sans qu'on le sache ? Avec la complicité bienveillante des policiers, j'ai commencé des consultations « clandestines », et, finalement, j'ai convaincu le directeur de l'hôpital d'ouvrir la première consultation pour les sans-abri. Je venais chercher ceux que j'ai très vite appelés mes « clients » à la descente du bus. Dix ans plus tard, à raison de 45 à 50 consultations par jour, j'avais constitué un fichier de 10 000 personnes… Mais ces années au contact direct avec la pauvreté ont fini par m'user. J'ai compris que j'allais devenir soit méchant, soit indifférent, et j'ai décidé d'arrêter. Le hasard a bien fait les choses puisque, à cette même époque, la RATP m'a proposé de créer un service de lutte contre la précarité. J'avais constaté que les personnes vivant dans le métro étaient les plus gravement atteintes. Il y avait là une grande marginalité et un vrai besoin. En 1994, le Recueil social a remplacé les « Bleus », chargés du ramassage des SDF dans le métro. Le principe restait le même : aller au-devant des gens. Mais nous leur proposions désormais de venir dans des accueils de jour, pour y boire un café, prendre une douche, rencontrer un travailleur social, etc. Tout au long de ces années, j'ai appris à nouer des relations d'intérêt et de confiance avec les sans-abri, fondées sur une certaine éthique. J'avais face à moi des hommes, sérieusement abîmés dans la tête et le corps certes, mais des hommes que je respectais pour ce qu'ils étaient.

parcours

1979
Premier contact avec l'hôpital de Nanterre, lors des stages d'externat au service des consultations.

Septembre 1984
Ouverture de la première consultation pour les personnes sans-abri à l'hôpital de Nanterre.

1985
Diplômé de la faculté de médecine Xavier-Bichat (Paris).

Avril 1992
Intègre la RATP comme chargé de mission de lutte contre la grande exclusion.

Novembre 1994
Création, au sein de la RATP, du Recueil social, en remplacement des « Bleus », suivie, en 1995, de l'ouverture de quinze accueils de jour dans Paris.

Pour aller plus loin :
www.conseil-national.medecin.fr