

Rapport de la réunion plénière du CEOM – Paris, 8 décembre 2017

A-S. Sturbois – Dr. R. Kerzmann

Cette réunion d'automne s'est tenue dans les nouveaux locaux du Conseil National de l'Ordre des Médecins de France, rue Léon Jost, 4 à Paris.

Le docteur José Santos, président du Conseil européen des ordres des médecins (CEOM) et le docteur Patrick BOUET, président du Conseil national de l'Ordre français des médecins, pays organisateur de la réunion, se félicitent qu'elle rassemble les membres du CEOM et des représentants de plusieurs organisations médicales européennes, CPME, EANA, EMSA, FEMS et UEMS.

Leur participation aux discussions concernant les violences à l'encontre des médecins, la souffrance des médecins, la situation sanitaire des réfugiés et l'autorégulation sera précieuse.

Présentation sur l'autorégulation médicale en Autriche – M. Hutter



L'autorégulation de la profession médicale existe en Autriche depuis 1891.

En 1998, une réorganisation des chambres médicales a entraîné la création d'une nouvelle structure avec des organismes autonomes pour les médecins libéraux, les médecins salariés et les chirurgiens-dentistes. En 2007, les chirurgiens-dentistes ont quitté la chambre médicale pour créer leur propre chambre des dentistes.

En Autriche, les médecins sont membres de la chambre médicale de la province de leur lieu d'exercice et sont soumis à son autorité disciplinaire. Il y a neuf chambres médicales qui forment ensemble la chambre médicale centrale.

Les chambres médicales jouent un rôle important au niveau législatif ; elles sont à l'initiative de propositions de loi et toutes les propositions de loi en rapport avec l'exercice de la médecine leur sont soumises pour commentaires. Elles ont des tâches administratives déléguées par l'état. Enfin, si la loi définit le contenu de la formation médicale, sa mise en œuvre relève des chambres médicales qui organisent les procédures d'examen et délivrent aux médecins leur diplôme. La reconnaissance de la formation relève aussi de ses attributions.

La formation médicale continue est obligatoire et implique la participation à des événements accrédités par la chambre médicale autrichienne. Celle-ci définit d'ailleurs les critères que doivent remplir les médecins libéraux en matière de qualité et procède à des évaluations personnelles.

La chambre médicale intervient en matière sociale. Les honoraires des médecins libéraux sont basés sur un accord collectif entre la chambre médicale et les assurances maladie. Pour des raisons historiques, ce sont les chambres médicales qui règlent le montant des salaires des médecins hospitaliers. Elles s'occupent aussi des retraites des médecins et des assurances médicales.

Enfin, la chambre médicale offre des services à ses membres dont une assistance concernant la législation professionnelle.

L'Ordre autrichien dispose donc de compétences nombreuses. Outre la déontologie médicale, il s'occupe de l'aspect économique de l'exercice de la profession médicale.

Création d'un Ordre portugais des kinésithérapeutes- M. Grenho

Le parlement portugais a approuvé deux projets favorables à la création d'un Ordre des kinésithérapeutes au Portugal. Cela offrirait aux kinésithérapeutes un certain pouvoir d'auto-régulation et cela soulève la question de l'autonomie de l'exercice de la kinésithérapie.

La formation pour devenir médecin spécialisé dans la réhabilitation plus longue que la formation de kinésithérapeute. Cet aspect entre en considération lorsqu'il est question que le kinésithérapeute dispose d'une autonomie qui lui permette de poser des actes de diagnostic, de demander la réalisation d'exams supplémentaires et d'exécuter des plans thérapeutiques sans aucun contrôle médical.

L'Association portugaise voudrait le soutien du CEOM par la rédaction d'une recommandation qui souligne les prérogatives en matière de diagnostic et de prescription qui doivent rester du domaine médical sans préjudicier le droit d'accès direct des patients aux kinésithérapeutes.

L'exécution des décisions disciplinaires au sein de l'UE – M. Buchler

Le droit communautaire européen ne réglemente pas l'applicabilité des décisions disciplinaires prises par un état membre de l'Union européenne dans les autres états membres.

Pourtant, l'honorabilité de la conduite du médecin qui a exercé l'art médical dans un autre état est vérifiée avant son inscription sur base d'une attestation de bonne conduite et peut justifier que l'inscription soit refusée ou différée. Cela démontre que l'impact d'une décision disciplinaire étrangère pour l'exercice sur le territoire d'un autre état n'est pas une idée neuve.

Le fait que la libre circulation des médecins n'est pas assortie d'un système d'applicabilité directe des sanctions disciplinaires dans les autres états où le médecin exerce permet à celui-ci d'échapper à sa sanction par l'exercice de son activité dans un autre état.

La commission européenne estime que ce sont les états membres qui doivent se charger de ce problème d'exécution des sanctions disciplinaires selon leur propre approche. Il n'est pas prévu dans le futur un droit européen de l'exécution des actions disciplinaires. Quant à la possibilité d'une recommandation aux états membres, cela semble peu probable.

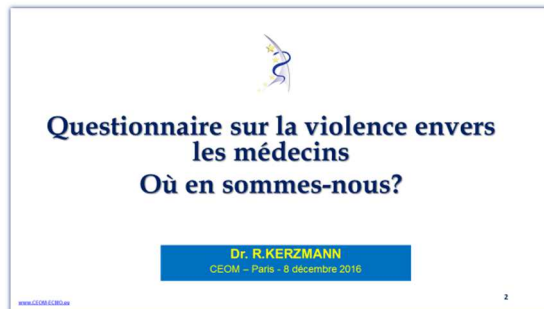
Le système IMI est une avancée car il renseigne les sanctions définitives même si dans certains cas, une information concernant une instruction en cours serait également précieuse.

Cela étant, l'échange des informations disciplinaires entre les autorités membres ne résout pas la question juridique du sort réservé à cette information à défaut de réglementation sur l'applicabilité dans un état membre d'une décision disciplinaire prise dans un autre état membre.

A cet égard, il était apparu lors d'une discussion entre les participants du CEOM à Lubjana que toutes les délégations ne s'accordaient pas sur le sort à réserver à une telle décision,

certaines estimant devoir pouvoir apprécier souverainement de ses effets sur la pratique du médecin dans leur pays.

Violence à l'encontre des médecins – Dr R. Kerzmann



Lors de sa réunion à Modène en juin 2017, le CEOM a créé un observatoire sur le thème de la violence envers les médecins.

Un questionnaire a été adressé aux participants qui pour certains y ont déjà répondu.

Il apparaît que les pays des délégations qui ont répondu disposent de données sur la violence envers les médecins, même si un phénomène

de sous-déclaration des agressions n'est pas à négliger et qu'une méthode de recensement spécifique n'est pas toujours disponible. Par contre, peu disposent d'outils de prévention (affiches, recommandations, coordinateur de sécurité, formation à la gestion de conflits, etc.) pour lutter contre ce phénomène.

La moitié des répondants formulent des propositions d'actions concrètes, notamment fondées sur le recours à l'appareil législatif et judiciaire.

L'élaboration d'outils de prévention pertinents nécessite de s'intéresser aux causes de la violence (délais d'attente, désaccord concernant le traitement, refus de prescription, attitude du médecin, etc.), aux formes qu'elle revêt (verbales, physiques, psychiques), au profil des médecins agressés (âge, sexe, pratique de groupe ou isolée, soins de première ligne, etc.) et au profil des agresseurs (patient, entourage).

Les effets de la violence sur le médecin sur le plan psychosomatique notamment rendent primordiale l'aide post-traumatique apportée au médecin, notamment par la création de réseaux composés du personnel spécialisé et formé pour gérer ces incidents (aides sociaux, psychiatres, psychologues, conseillers juridiques et officiers de police).

Les prochaines réponses permettront une analyse détaillée et complète. Les objectifs du CEOM en cette matière sont d'établir un modèle de recueil des données afin de pouvoir mener une analyse de cette problématique au niveau européen, de proposer des outils de prévention et enfin d'élaborer une recommandation du CEOM.

Interdiction déontologique de publicité au vu de la proposition de directive sur le test de proportionnalité et de la jurisprudence de la CJUE – Madame V. Besch

La proposition de directive a pour but d'améliorer le fonctionnement du marché intérieur, au bénéfice de la croissance et de la compétitivité, par la systématisation d'un test de proportionnalité pour évaluer la nécessité d'une réglementation avant son introduction.

La critique principale contre cette directive est que les critères d'appréciation sont de nature économique. Nous souhaitons tous que les soins de santé soient exclus de son champ d'application tenant compte de la spécificité de l'activité médicale.

Au-delà des critiques, cette proposition rappelle l'importance de la notion de « proportionnalité » lorsque les autorités de régulation fixent des règles déontologiques.

Les restrictions déontologiques à la publicité sont une restriction à la libre prestation de service. La jurisprudence de la Cour de Justice de la Communauté européenne enseigne qu'une telle restriction est acceptable en droit européen si l'objectif qui la motive est la protection de l'intérêt général (protection de la santé publique), si la mesure de restriction est de nature à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et si elle ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre.

Les autorités de régulation peuvent restreindre la publicité, mais dans le respect du principe de proportionnalité.

Existe-t-il un « marché de soins de santé » ?

Plusieurs critères sont à considérer. Tout d'abord, l'offre et la demande. Les économistes estiment que dans le domaine de l'activité médicale, il existe une « demande » de santé qui est fonction du revenu et de la situation sociale de l'individu. Ils indiquent également qu'il existe un capital, non d'argent, mais un capital santé qui est exposé à une valeur de dépréciation et qui nécessite un investissement pour pouvoir le freiner.

Le deuxième critère est celui de la rentabilité entre coût et capital santé. On sait que le prix des soins est souvent fixé de manière administrative. L'assurabilité influe la rentabilité parce qu'elle a un impact sur le prix final des soins de santé et parce que le prix payé par le patient n'est pas le prix réel.

Les incitants de prévention en vue du contrôle des coûts de santé influent également sur la rentabilité tels que ne fumez pas, faites du sport, etc. Des campagnes de dépistage sont financées par l'état.

Il y a une influence sur les ressources et la productivité, des *numerus clausus* sont instaurés pour les formations médicales, cela signifie que l'on a une prévision d'avenir du nombre de professionnels qui seront sur le marché.

On constate la pénétration des acteurs marchands dans le domaine des soins (l'industrie pharmaceutique et les assurances privées) et l'intervention de l'état par la production et le financement des soins dont la nature publique échappe à la qualification marchande.

Les prestations services du médecin ne répondent pas à une logique marchande parce que le médecin est d'abord un professionnel libéral. Dans sa relation avec le patient, il y a une asymétrie du fait que de par sa formation, le médecin a l'information sur l'état de santé du patient que ce dernier ne connaît pas.

Le patient n'est pas expressément nommé dans la proposition de Directive sur le test de proportionnalité qui s'adresse au consommateur. Mais l'article 3 de Directive relative aux soins frontaliers (...) indique : « (...) *toute personne physique qui cherche à bénéficier ou bénéficie de soins de santé dans un État membre (...)* ».

Il existe enfin une concurrence entre les professionnels.

Même s'il existe un marché de soins de santé, ce n'est pas un marché comme les autres.

Les activités de l'UNESCO en matière de Bioéthique et éthique des sciences - Mme IKEBE

Le travail de l'Unesco dans la bioéthique a commencé par un programme de sciences, d'éducation et de culture pour encourager la paix dans la société. Le mandat de l'Unesco a ensuite été élargi aux sciences et à la communication. Les recherches sur la bioéthique ont commencé, à l'Unesco, en 1993. Le premier mandat avait pour but de proposer des instruments normatifs mondiaux sur la bioéthique. Ensuite, l'UNESCO s'est davantage focalisée sur le renforcement des compétences, l'appui des états membres, et le soutien des universités et des Institutions.

L'Unesco est soutenue par trois organismes consultatifs de conseils internationaux :

- Le Comité international de bioéthique (IBC) créé en 1993, composé de 36 experts individuels nommés par le Directeur général de l'Unesco ;
- Le Comité intergouvernemental (IGBC) créé en 1998, également international, composé de 36 états membres. Il s'agit d'un comité de très haut niveau où des experts se réunissent ;
- La Commission mondiale d'éthique des connaissances scientifiques et des technologies (COMEST), composée de 18 experts siégeant sur les questions éthiques liées à la science et à la technologie.

Ces comités (IBC et COMEST) se réunissent chaque année afin d'établir des rapports ou des consignes qui visent à aider les états membres ou les institutions à mettre en œuvre une orientation stratégique par rapport à la bioéthique. Le rapport le plus récent date de 2017, il concerne le *big data* et la santé. Il existe également un rapport sur la réponse bioéthique à la situation des réfugiés, sur le principe du partage des avantages, sur le principe de génome humain et les droits de l'homme, le consentement informé, etc. Ces rapports sont disponibles en téléchargement sur le site de l'Unesco.

L'IBC et l'IGBC sont des identités qui ont un rôle de propositions et de conseils sur le programme de l'Unesco. Ce sont également des entités normatives concernant la santé au sein de l'Unesco. Ils mettent en place des groupes de travail sur les cinq actions internationales suivantes :

- La Déclaration universelle sur le génome humain et l'homme Droits (rédigée en 1997 par l'IBC, puis examinée par le groupe intergouvernemental et relue par différents groupes avant d'être adoptée par l'Unesco) Cette déclaration a été approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1998 ;
- La Déclaration internationale sur les données génétiques humaines (2003) ;
- La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005) ;

Ce sont les trois actes normatifs de l'Unesco dans le domaine de la bioéthique. Lors de la Conférence générale qui s'est tenue en novembre 2017 deux nouveaux textes ont été adoptés :

- La Déclaration de principes éthiques en relation avec le changement climatique (2017) ;
- La Recommandation sur les chercheurs scientifiques et scientifiques (2017).

Ces textes internationaux sont étroitement liés à la bioéthique et ont pour objectif de proposer un débat au niveau international. L'Unesco recherche un consensus international autour de valeurs universelles dans des domaines tels que le génome humain, les données génétiques ou les principes éthiques du changement climatique.

Autour de l'an 2000, la vision était très divisée autour de ce génome humain et de la propriété intellectuelle. Lors de la Conférence internationale sur la propriété intellectuelle et sur le génome, organisée en 2001 à l'Unesco, un clivage clair s'est dessiné entre l'Europe et les États-Unis concernant la brevetabilité du génome.

L'Unesco est devenue la première agence à développer un laboratoire d'idées visant à identifier des mécanismes qui pouvaient servir dans le domaine de la bioéthique.

Le renforcement des compétences des gouvernements en matière de bioéthique est aussi une de ses tâches.

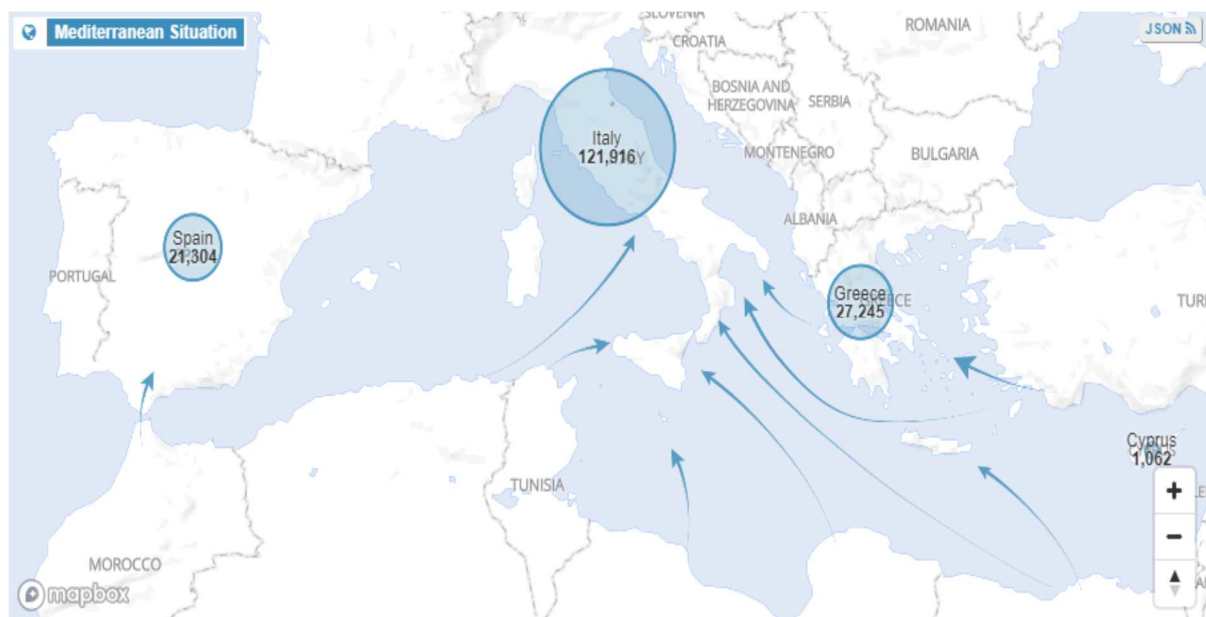
Le soutien de l'Unesco pour la création de comités sur la bioéthique a permis la création de 20 comités nationaux sur la bioéthique qui ont reçu ensuite un soutien technique afin de créer les statuts de l'association, le règlement intérieur, etc.

L'Unesco a d'autres partenaires, appelés les *chaires* de l'Unesco, c'est-à-dire des institutions académiques telles que des universités, qui s'alignent avec le mandat de l'Unesco pour créer des *chaires* afin de travailler ensuite avec eux sur différents projets.

Enfin, elle travaille en étroite collaboration avec l'OMS. L'OMS est mandatée pour la promotion de la santé et des problèmes de santé, elle a donc un mandat pour promouvoir la mise en place des comités de recherche sur l'éthique. Elle est chapeauté par le ministère de la Santé. Par contre, l'Unesco est plutôt reliée au ministère de la Science et de l'Éducation.

Groupe de travail sur la santé des réfugiés – Docteur M. Passakiotou

Les nouveaux chiffres des départements des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) sont connus. En 2017 :



- Plus de 27 000 réfugiés sont arrivés en Grèce par la Méditerranée ;
- Plus de 121 000 réfugiés sont arrivés en Italie par la Méditerranée centrale ;
- Plus de 21 000 réfugiés sont arrivés en Espagne par la Méditerranée occidentale, ce qui constitue une augmentation notable.

Si l'on compare ces chiffres avec les années précédentes, on observe une diminution. En effet, on dénombrait un plus d'un million de réfugiés 2015 et on avait déploré de très nombreuses victimes ou disparitions. Même si des efforts conjoints ont été faits entre l'Union européenne et la Turquie, plus de 166 000 réfugiés sont arrivés en Europe. Cette crise concerne au total 65 millions de personnes qui ont été déplacées contre leur volonté et dont une grande partie sont des enfants. Lors de la crise en Syrie, dont les impacts se font surtout sentir en Europe, plus de 5 millions de personnes ont été déplacées contre leur gré.

Tous les réfugiés qui entrent en Union européenne font des demandes d'asile. Depuis fin 2016, plus d'un million de personnes attendent les résultats de leur demande d'asile ; 880 000 ont vu leur demande d'asile approuvée ; 66 000 sont retournés dans leurs pays d'origine et on ignore ce qu'il est advenu des 110 000 restants.

L'Allemagne détient le record du nombre de demandes d'asile acceptées en première instance en Europe avec 433 905 demandes acceptées.

Le problème de l'engagement signé par tous les membres de l'Union européenne selon lequel on tient compte de la population totale et du niveau de richesse pour déterminer le nombre de réfugiés que chaque état est obligé d'accueillir est connu de tous.

L'intégration des réfugiés dans les pays dans lesquels ils ont émigré est importante.

On a tendance à penser que les réfugiés sont nécessairement des personnes pauvres, non instruites ou très peu, qui n'ont pas eu de chance dans la vie. Or, les Syriens, par exemple, qui ont dû fuir leur pays faisaient surtout partie de la classe moyenne. Ce sont des personnes éduquées, propriétaires de leur maison, qui avaient un revenu confortable et des enfants parlant parfois des langues étrangères. Vous pouvez donc observer dans les résultats de ces questionnaires qu'en Grèce, où sont allés la plupart des Syriens, les étudiants ont fait des études supérieures. Cela n'apparaît pas nettement en Sicile, mais clairement à Malte, ce qui montre d'ailleurs la différence avec les populations qui ont plutôt choisi d'aller en Grèce, en Sicile ou à Malte.

L'intégration est-elle la solution pour éviter que les réfugiés souffrent de discrimination et de phobie ? L'intégration est un processus dynamique qui fait appel à l'emploi, l'éducation, la participation civique et sociétale et à la diversité culturelle et religieuse. Si la première étape est bien évidemment l'intégration, la deuxième étape est l'assimilation. Sur le plan historique, l'Europe n'a pas forcément que des réussites en matière d'intégration. Les sociétés européennes sont confrontées à un problème de diversité croissante depuis des années. L'opinion populaire et, par conséquent, les débats politiques de nombreux états membres de l'Union européenne, est façonnée ces dernières années par des inquiétudes sur l'identité culturelle, la cohésion sociale et la sécurité, ainsi que des inquiétudes concernant l'économie, l'accès au service public, la criminalité et l'emploi.

La pléthore de prescriptions académiques et policières concernant l'intégration démontre qu'il n'y a pas de réponse toute faite ou qu'il y en a très peu. La législation en matière de droits de l'homme reste prudemment sage et silencieuse sur ce problème.

La Convention de Genève de 1951, connue comme la convention des réfugiés, énonce les principaux droits dont les réfugiés devraient bénéficier pour parvenir à l'intégration juridique, socioculturelle et économique, y compris le principe général selon lequel les réfugiés devraient avoir un accès facilité à la naturalisation.

L'indice de politique d'intégration des migrants (MIPEX) classe 38 pays développés, y compris les états membres de l'Union européenne, sur leurs droits et opportunités pour les nouveaux arrivants en matière de marché du travail, santé, éducation, participation politique, résidence permanente, regroupement familial et mesures antidiscriminatoires. En 2014, la Suède et le Portugal étaient les mieux classés dans l'Union européenne, suivis de la Finlande, de la Norvège et de la Belgique. Ces cinq pays européens ont battu le Canada, l'Australie et les États-Unis.

Les autorités slovaques ont, par exemple, indiqué qu'elles ne voulaient accueillir que des chrétiens estimant que les musulmans ne se sentiraient pas chez eux et auraient du mal à s'intégrer.

La xénophobie est à prendre en compte. La rhétorique xénophobe et antimusulmane des personnes qui sont au pouvoir risque de créer un climat d'intolérance.

Il y a des médecins parmi les réfugiés. Il serait utile de réfléchir à la façon dont on peut donner une légitimité aux émigrants qui n'ont pas de papiers, mais qui sont médecins. Cela permettrait de mieux les intégrer dans la société et de leur donner un travail.

Le Royaume-Uni a créé un programme financé par les services de santé afin d'encourager les médecins réfugiés à entamer une procédure de certification au Royaume-Uni. C'est un pas en avant et les autres pays pourraient faire la même chose.

En France, on leur offre des bourses de formation et on essaie de leur apprendre le français comme deuxième langue, car l'une des barrières à l'intégration des réfugiés est évidemment la langue.

En Irlande, des qualifications sont gratuitement décernées et permettent de trouver un emploi. La Suède, fait exactement la même chose. Les réfugiés ont en général besoin de plus de 5 ans pour se considérer comme intégrés.

Jean-Claude JUNCKER a déclaré qu'il était favorable au travail des demandeurs d'asile durant la période de l'étude de leur dossier.

Malheureusement, la réalité est tout autre.

En conclusion, on observe souvent que les demandeurs d'asile et les réfugiés ont des besoins particuliers en raison de la nature de leur fuite de la persécution ou de la guerre, mais ils font aussi preuve de résilience.

Les demandeurs d'asile veulent ce que la plupart d'entre nous veulent : se sentir en sécurité, sans contrevenir à la loi, travailler, être entouré de leurs proches et avoir un meilleur avenir pour leurs enfants.

Si l'Europe peut collectivement œuvrer pour fournir ces éléments de base à une vie meilleure, elle transformera, ce qui a été jusqu'à présent une crise, une opportunité.

Nouvelles du réseau européen des autorités compétentes médicales ENMCA – Mr A. JAEKEL



« Comment reconnaître les médecins qui viennent des pays hors Union européenne ? ». Une étude récente montre que les systèmes peuvent énormément varier en fonction des pays. C'est un problème car, selon la Directive 2005/36 sur les qualifications médicales, il est possible de se déplacer librement au sein de l'Europe après avoir été qualifié et travaillé dans un des états membres pendant plus de trois ans.

On observe que la connaissance de la langue est un prérequis dans la plupart des états membres. Certains états membres n'ont pas de tests de langue ou de tests fondés par la loi ou la réglementation. Ils demandent donc à l'employeur de vérifier que le médecin parle correctement la langue du pays en question. La plupart des autres pays ont mis en place des tests de langue d'une forme ou d'une autre. La forme la plus basique est l'attestation de compétence linguistique d'une école de langue attestant que le médecin a bien un niveau B2 dans le réseau de référence de langue de l'Union européenne. Il peut parfois y avoir un examen sur le vocabulaire médical basé autour du niveau C1.

La vérification des documents est un autre élément important. Les médecins migrant de zones en guerre vers l'Union européenne et qui demandent des autorisations d'exercice n'ont parfois aucun document, diplôme, certificat faisant état de leurs études. Ils ont parfois perdu leurs diplômes ou ce sont des diplômes qui ne sont pas connus des autorités. Il faut donc entrer en contact avec l'autorité du pays concerné afin de savoir si ces diplômes sont légitimes. Au cours des dernières années des parties tierces sont apparues. Par exemple, aux États-Unis, une entreprise propose un service de vérification.

Quasiment toutes les autorités compétentes acceptent des copies. Certaines autorités ont indiqué que le médecin devait parfois lui-même se présenter avec ses diplômes originaux à un moment donné de la procédure.

Il existe une autre différence frappante concernant les tests. Dans certains états, il n'y a quasiment pas de test (Allemagne). Dans d'autres pays tel que le GMC au Royaume-Uni, il y a énormément de paliers à franchir (tests écrits, tests de langue, évaluations professionnelles). Au Royaume-Uni, les médecins doivent montrer leurs compétences lors de différents ateliers. Par exemple ils sont mis face à des scénarios où des acteurs imitent les patients. D'autres états ont des mélanges hybrides entre ces systèmes. Il y a une différence claire entre les pays qui demandent peu de certifications aux demandeurs et ceux qui en demandent énormément.

Le coût de la reconnaissance des diplômes est généralement couvert par les demandeurs. Il existe quelques exceptions. Dans certains pays, les coûts peuvent atteindre 2 000 ou 3 000 €, de telle sorte que des médecins des pays tels que l'Irak et la Syrie n'ont pas les moyens financiers suffisants, sachant qu'il faut parfois officiellement traduire les diplômes et les cursus par des traducteurs assermentés.

La prochaine réunion du CEOM se tiendra en juin 2018 à Timisoara (Roumanie)