

SOMMAIRE



P 2

VIE PROFESSIONNELLE



P 19

ANALYSES DE DÉCISIONS



P 25

MARS 2022 / N° 83 / VOLUME 22

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

20
ANS



DOSSIER

P 8

Lutte contre les déserts médicaux : un enjeu majeur de santé publique



POINT DE VUE

4/7

L'accès au plein exercice pour les médecins à diplôme européen ou à diplôme hors Union européenne

DOSSIER



Lutte contre les déserts médicaux : un enjeu majeur de santé publique

8/13

Médecins Correspondants de SAMU (MCS) : une réponse aux urgences en zone isolée

14/18

Déserts médicaux et liberté d'installation des professionnels de santé : comment favoriser l'accès aux soins ?

VIE PROFESSIONNELLE

19

Interdiction légale du certificat de virginité

20/22

Refus de soins en cardiologie interventionnelle : opération « Quai d'Orsay » !

ANALYSES DE DÉCISIONS

23/24

Retard de diagnostic de méningite malgré des signes apparents : l'hôpital est responsable

25/26

Absence de faute détachable du médecin : plainte ordinale irrecevable

RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur
www.macsf.fr/Nos-publications/A-la-une/revue-responsabilite

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques

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

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie de médecine

Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

Jerry Sainte-Rose
Avocat général à la Cour de Cassation

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

Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Président de l'Agence du Numérique
en Santé (ANS)

MEMBRES

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

Pr Dominique Bertrand
Professeur émérite de santé
publique Université Paris 7 Denis
Diderot

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

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

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

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

Dr Pierre-Yves Gallard
Président d'honneur de MACSF
Sgam

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

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

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

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

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

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

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

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

Conception et réalisation
Sophie Magnin

ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par MACSF,
société d'assurance mutuelle
10 cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : mars 2022
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN



L'accès au plein exercice pour les médecins à diplôme européen ou à diplôme hors Union européenne

L'exercice de la médecine en France nécessite d'être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins. Pour les médecins ayant acquis le cursus complet en France et validé l'ensemble des diplômes, l'inscription est automatique qu'ils soient de nationalité française ou étrangère. Mais, pour les autres médecins, il existe plusieurs voies d'accès au plein exercice selon l'origine du diplôme et la nationalité.

PR DOMINIQUE BERTRAND, PROFESSEUR ÉMÉRITE DE SANTÉ PUBLIQUE À L'UNIVERSITÉ DE PARIS, MEMBRE TITULAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

➤ Diplômes hors Union européenne

Trois voies sont possibles pour les médecins ayant un diplôme de médecine permettant un exercice plein de la spécialité acquise dans leur pays.

Cette nomenclature des 3 voies existe depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2004, mais elle a été modifiée à plusieurs reprises, et particulièrement par la loi de 2019¹.

• Liste A Candidats

La liste A est destinée aux médecins de tous les pays du monde qui souhaitent exercer en France.

Concours

Les praticiens font acte de candidature auprès d'une ARS et se présentent à un concours composé actuellement de 2 épreuves de 2 heures dans la spécialité acquise dans leur pays (au début de cette procédure, le choix de la spécialité était à l'appréciation du candidat ; à titre d'exemple, il pouvait donc être médecin généraliste dans son pays et souhaiter exercer en urologie). Le niveau de français doit être prouvé, notamment par le DELF B2.

Résultats

Le nombre de candidats au concours représente environ 6 à 10 fois le nombre de postes selon les années.

Le taux de réussite est donc, suivant les années, entre 10 et 20 % mais, en raison de l'ouverture d'un grand nombre de postes en 2021, il est probable que ce pourcentage soit supérieur. Les notes sont élevées ; le dernier candidat

reçu est très largement au-dessus de la moyenne dans la plupart des spécialités.

Parcours

Les nouvelles règles appliquées selon la loi de 2019, empêchent de se présenter directement à un poste ouvert dans un hôpital mais, en fonction de leur rang de classement dans leur spécialité au concours, ils se positionnent sur un poste ouvert.

Pendant une durée de deux ans, ils effectuent un parcours de consolidation des compétences (de fait équivalent à la dernière phase de l'internat de la spécialité et ils sont donc inscrits à la faculté).

À la fin de ce parcours, ils passent devant la commission nationale de Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE). Cette commission est constituée surtout par les membres de la commission de première instance des qualifications et se prononce sur le plein exercice, soit en l'autorisant, soit en proposant un parcours complémentaire d'exercice et/ou de formation.

À noter que le parcours peut être réalisé dans des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectifs, ou privés ; les modalités de recensement et des conditions de validation des structures d'accueil par les ARS sont définies par arrêté.

Nombre de postes offerts

Il a beaucoup varié. Depuis 2007, il est resté stable jusqu'en 2014 : 165 dans les premières années pour la moitié des spécialités ouvertes puis environ le double car presque toutes les spécialités ont été ouvertes par la suite. Mais à partir de 2015, le besoin de médecins

en France a nécessité d'ouvrir largement ce concours.

NOMBRE DE POSTES OUVERTS ET DE SPÉCIALITÉS PAR AN SUR LA PÉRIODE DE 2007-2021

ANNÉES	NOMBRE DE POSTES OUVERTS
2021	1 981
2020	1 332
2019	866
2018	529
2017	499
2016	446
2015	375
2014	280
2013	280
2012	255
2011	165
2010	165
2009	165
2008	165
2007	165

Source : *Journal officiel*.

Les 2 derniers concours ont été organisés la même année en raison du Covid (concours 2020-2021 en 2021).



<p>• Liste B Candidats Il s'agit des réfugiés, apatrides bénéficiant de l'asile territorial, et les Français ayant un diplôme hors Union européenne et ayant rejoint le territoire national à la demande des autorités françaises.</p> <p>Examen Ils concourent dans les mêmes spécialités ouvertes au concours de la liste A, mais seule la moyenne aux épreuves est nécessaire.</p> <p>Ce n'est pas un concours.</p> <p>Les médecins peuvent exercer en qualité d'associé avant d'avoir réussi l'examen.</p> <p>Nombre de candidats Le nombre de candidats est très variable d'année en année ; il évolue entre 70 et 170 par an pour les médecins. L'origine géographique des candidats est la conséquence des événements géopolitiques mondiaux.</p> <p>Résultats Environ 40 % sont lauréats des épreuves.</p> <p>Ils doivent exercer pendant une durée identique à la liste A avant de passer devant la commission nationale d'autorisation d'exercice avec les mêmes modalités.</p> <p>Comme pour la liste A, les candidats peuvent se présenter 4 fois.</p> <p>• Procédure de régularisation Historique La liste C a été créée en même temps que les listes A et B ; elle était destinée aux médecins exerçant en France en tant que praticiens associés sans être passés par la liste A et B.</p> <p>L'arrivée de ces médecins en France n'était pas programmée ; ils venaient souvent pour un complément d'études et prenaient un poste de Faisant Fonction d'Interne (FFI) qui perdurait de fait.</p> <p>Jusqu'en 2012, les épreuves étaient identiques à la liste A mais sous forme d'examen et non de concours, la moyenne étant suffisante (comme en liste B).</p>	<p>En 2012, la liste C a été modifiée, avec une seule épreuve écrite, la seconde étant remplacée par une épreuve de titres et travaux au regard de ce qu'ils avaient réalisé en France et à l'étranger. Elle a pris fin en 2016.</p> <p>Après la réussite, ils devaient exercer pendant une durée courte définie par les textes avant de pouvoir passer devant la commission d'autorisation d'exercice, comme les autres listes.</p> <p>Nouvelle procédure Créée par la loi du 24 juillet 2019 et le décret du 30 juin 2021.</p> <p>• Médecins concernés Toujours la même règle, être titulaire d'un diplôme hors Union européenne permettant l'exercice de la médecine.</p> <p>Avoir exercé sur le territoire national entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 juin 2021 au moins 2 années dans des fonctions rémunérées.</p> <p>Pour les personnes qui auraient réalisé ces deux années en début de période puis quitté le territoire, avoir exercé au moins un jour d'activité salariée entre le 1^{er} octobre 2018 et le 30 juin 2019, pour éviter d'avoir un effet d'aubaine pour un médecin reparti dans son pays avant la mise en œuvre de la loi.</p> <p>• Dépôt de la candidature à l'ARS Parallèlement à l'inscription, et après la vérification des pièces permettant au candidat de se présenter à la procédure, l'ARS délivre une autorisation temporaire d'exercice lui permettant de poursuivre son activité. Une copie de l'attestation est transmise à l'employeur.</p> <p>En principe, aucun médecin ne peut être embauché actuellement sans être passé par la liste A. C'est pourquoi, l'autorisation temporaire d'exercice est importante.</p> <p>Tout praticien associé qui n'aura pas présenté cette procédure ne pourra plus exercer après 2022.</p> <p>• Nombre de candidats L'exercice en établissement social ou médico-social n'était pas retenu dans cette procédure.</p>	<p>Cependant, une association de médecins à Diplôme Hors Union Européenne (DHUE) a soulevé ce problème auprès du Conseil constitutionnel (Question Prioritaire de Constitutionnalité [QPC]). En effet, cette association a estimé que l'exercice d'une activité dans un établissement social ou médico-social était similaire à un établissement de santé.</p> <p>La décision du Conseil constitutionnel a suivi ce raisonnement. Elle s'est appliquée à partir du 21 mars 2021 et a élargi les conditions de l'exercice en France. Cela conduit à une augmentation du nombre de médecins à DHUE éligible à cette procédure de régularisation.</p> <p>4 300 candidats ont déposé un dossier (dont environ 300 dans le cadre de la QPC).</p> <p>• Évaluation des candidats Le premier niveau est régional, le second niveau est national et donne la réponse définitive.</p> <p>- 1^{er} niveau La commission régionale est constituée de 5 membres par spécialités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le directeur général de l'Agence régionale de santé, président ; • 2 membres désignés par le président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) ; • 2 membres désignés par le doyen de la faculté de médecine concernée. <p>Cette commission examine, au regard de ce qui est attendu pour l'exercice de chaque spécialité, les connaissances, aptitudes et compétences que le candidat a acquises au cours de la formation initiale et en France, ainsi que les autres éléments présentés dans le dossier de demande d'autorisation d'exercice. L'audition du candidat est possible.</p> <p>Elle émet une proposition à la commission nationale (soit le rejet de la demande du candidat, soit l'autorisation d'exercice, soit un parcours de consolidation des compétences).</p> <p>- 2^e niveau La commission nationale d'autorisation d'exercice intervenait déjà pour tous les</p>
--	--	---



médecins étrangers provenant des listes A, B et l'ancienne liste C. Elle a une grande expérience de ces dossiers.

Elle évalue les compétences de l'intéressé au regard des attentes de l'exercice de la spécialité et confirme ou infirme l'avis régional.

La commission nationale de PAE formule un avis au ministre après une audition obligatoire du candidat : soit l'avis favorable ou défavorable, soit la proposition d'un parcours de consolidation des compétences qui précise la nature et la durée des stages, les formations théoriques éventuelles...

• **Difficultés de cette organisation**

Des candidats seront peut-être refusés ; rien n'est actuellement prévu officiellement pour un repositionnement dans une autre activité hors médecine. C'est un point urgent à résoudre.

Les commissions régionales ne donnent qu'un avis indicatif mais elles n'ont pas toutes la même expérience que le niveau national habitué à prendre des décisions depuis longtemps.

Cette procédure reste très lourde et dépendante à la fois de la réunion des commissions régionales, de la transmission des résultats via le Centre National de Gestion (CNG) aux commissions nationales d'autorisation d'exercice. La multiplicité des réunions est complexe à organiser dans un temps très serré.

Mais, les praticiens ayant exercé en France, quel que soit le motif, bénéficient d'une régularisation plus facile que la liste A car les commissions bénéficient de l'évaluation de l'exercice en France.

EN CONCLUSION

Il ne persistera après 2022 que les listes A et B pour exercer en France en plein exercice, sauf le cas très marginal d'un exercice hospitalo-universitaire à titre étranger pendant une durée limitée mais qui peut être transformé en un exercice médical de plein exercice par la suite (procédure sénior).

MODALITÉS DES 3 LISTES PAE ACTUELLES

TYPES DE LISTES	POPULATION CONCERNÉE	NOMBRE DE POSTES OFFERTS	VALIDATION
Liste A	Médecins diplômés de tous les pays	Défini par le ministère	Concours
Liste B	Réfugiés politiques et assimilés	Non concerné	Examen
Liste régularisation	Praticiens associés exerçant en France	Non concerné	Double procédure cumulative : • régionale : indicative • nationale : décisionnelle

➤ Cas des diplômes européens (ou assimilés) pour les ressortissants de l'Espace économique européen

La demande d'exercice en France d'un praticien ressortissant européen ayant un diplôme européen correspond à trois situations différentes.

• **Reconnaissance automatique**

Si le praticien est de nationalité européenne et détenteur d'un diplôme européen reconnu dans le pays d'origine, il peut s'inscrire à l'Ordre : il est toutefois nécessaire que le diplôme obtenu soit conforme au diplôme français.

Depuis 2005, environ 54 spécialités existent dans les États membres mais seule une vingtaine bénéficie de la reconnaissance automatique (directive 2005-1936-CE annexe V).

• **Jurisprudence Dreesen**

Les personnes ayant obtenu un diplôme dans l'Union européenne qui n'est pas conforme aux conditions minimales de formation peuvent se voir imposer des mesures leur permettant d'acquérir les formations manquantes et/ou de compléter l'exercice insuffisant. C'est une commission spécifique (article L. 4131-1-1 CSP) qui donne son avis.

Le candidat doit suivre les recommandations de la commission. Toutefois, la partie pratique (stages) ne peut excéder 3 ans.

• **Jurisdiction Hocsman**

Les médecins à DHUE qui ont bénéficié de la reconnaissance de leur diplôme dans un pays de l'Union européenne

et exercé dans ce pays pendant une durée de 3 ans de façon autonome, peuvent se présenter devant la commission du Régime Général Européen (RGE) qui accepte, refuse ou demande des compléments.

Cette jurisprudence européenne porte le nom d'un urologue ayant fait le 1^{er} et 2^e cycle en Argentine et la spécialité en Espagne. Il exerçait de façon pleine et autonome en Espagne et demandait un exercice en France, qu'il a obtenu.

➤ Cas des diplômes européens pour les ressortissants non européens

Les candidats sont des ressortissants non européens, titulaires d'un diplôme européen complet. Ils passent devant une commission pour faire reconnaître leur diplôme.

Le problème est double.

D'une part, ils ont un diplôme reconnu par l'Union européenne mais hors de France, mais leur nationalité les oblige à passer devant une commission spéciale.

D'autre part, les candidats ne peuvent être retenus que dans le nombre maximum d'autorisations d'exercice autorisé par un arrêté pris pour la première fois le 22 novembre 2021. Pour cette année, il était prévu 47 postes en médecine destinés à des spécialités particulièrement déficitaires.

Pour l'année 2022, les postes ouverts ne concernent que 6 spécialités, soit 8 autorisations d'exercice pour l'anesthésie-réanimation,

10 pour la médecine d'urgence, 12 pour la médecine générale, 2 pour la médecine intensive réanimation, 2 pour la médecine physique et de réadaptation et 3 en pédiatrie.

➔ Cas des diplômes européens pour les ressortissants non européens

Le dernier enregistrement date de 2016 mais la répartition n'a pas varié significativement depuis cette date.

Le pourcentage de médecins à DHUE reste assez stable jusqu'en 2019. Par la suite, le nombre ouvert en liste A, et maintenant l'ouverture de la régularisation, va entraîner une augmentation significative entre 2022 et 2026.

Le futur est encore inconnu, les diplômes européens étant inférieurs à 1 000 actuellement.

EN CONCLUSION

Les médecins étrangers (hors Union européenne) sont une variable d'ajustement des déficits en médecins, consécutif à la baisse du numerus clausus entre 1973 et 1993 et une remontée trop lente de celui-ci.

D'autres éléments sont à prendre en compte dans la demande de médecins : le vieillissement de la population continue (sauf pendant la période du Covid) ; l'offre ne suit pas, car le temps de travail médical diminue comme le temps de travail de la population générale ; la féminisation entraîne une répartition du temps de travail tenant compte de la vie de famille et enfin un exercice ouvert de plus en plus aux surspécialités. ■

RÉPARTITION DES ORIGINES DE DIPLÔMES

ORIGINE	%	NOMBRE
Diplôme qualifiant (DES)	77,8 %	7 033
Diplôme Union européenne/Suisse	9,6 %	872
Commission PAE (ensemble A, B, C)	7,4 %	683
Commission de qualification (changement de discipline)	4,1 %	374
Diplôme RGE	1 %	101
Autorisation Québec	0,1 %	13

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

SOURCES

1. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
2. Décret d'application du 8 juin 2020.



© GETTY IMAGES





Médecins Correspondants de SAMU (MCS) : une réponse aux urgences en zone isolée

Les MCS sont des collaborateurs occasionnels du service public. Médecins généralistes volontaires installés à plus de 30 minutes des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), ils interviennent sur des urgences vitales. Focus sur le rôle de ces médecins de premier recours avec le Dr Marie-Annick Hidoux, présidente de MCS France.

DR MARIE-ANNICK HIDOUX, PRÉSIDENTE DE MCS FRANCE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET URGENTISTE, RÉGULATION AU SAMU CENTRE 15 DES HAUTES ALPES, DIRECTEUR MÉDICAL DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE (CESU) ET DU SIMULSANTÉ 05, COORDINATRICE DES RÉSEAUX MCS EN RÉGION PACA

➤ Quel est l'historique des MCS ?

• Le MCS : un véritable lien ville/hôpital

Dans la majorité des cas, le MCS est d'abord et avant tout un médecin généraliste volontaire installé à plus de 30 minutes des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le MCS est formé et équipé pour assurer ses missions, qui sont toujours en lien avec le SAMU Centre 15. Son rôle est d'assurer des soins urgents optimaux dans ces zones éloignées en garantissant une qualité et une sécurité des soins égale pour tout citoyen.

Il est un véritable lien ville/hôpital. Médecin de premier recours, il intervient sur des urgences vitales ou potentiellement vitales en attendant les SMUR.

Il arrive en moyenne en 11 mn sur les lieux d'intervention, quand les SMUR mettent entre 35 et 55 mn pour atteindre ces zones isolées.

• Mobilisation des médecins de territoires isolés : la notion de MCS est née

C'est sous l'impulsion de médecins généralistes dans les territoires isolés qu'est née la notion de MCS.

Dans les années 50, on voit déjà apparaître des médecins de montagne et dans les années 90 des

médecins généralistes d'autres territoires (la Moselle en particulier) se sont mobilisés pour participer à la gestion des urgences en amont de l'hôpital.

Il faudra attendre les modifications du Code de la santé publique de 2006 pour finalement voir paraître un arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS avec cette notion d'intervention de médecin à plus de 30 mn des SMUR.

En 2012, le Pacte territoire santé, qui devait permettre l'égalité d'accès aux soins urgents et le recul de la désertification médicale, prévoyait dans son engagement n° 9 la promotion et le développement

des réseaux de MCS sur tout le territoire ; l'objectif était d'atteindre au moins 700 MCS dans les territoires isolés d'ici 2017.

« Le MCS est un médecin généraliste volontaire installé à plus de 30 minutes des SMUR. »

En 2013, le train est en marche au niveau national. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) édite un guide de déploiement des MCS.

Et très récemment, au mois de juin 2021, les premiers référentiels nationaux MCS sont sortis grâce au travail mené par MCS France et les sociétés savantes, notamment la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), le SAMU Urgences De France (SUDF), le Collège des enseignants de médecine générale, l'Association Nationale des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (ANCESU).





➤ **Quel est le nombre de MCS en France, et comment sont-ils répartis ?**

Actuellement, on dénombre entre 500 et 600 MCS inégalement répartis sur le territoire.

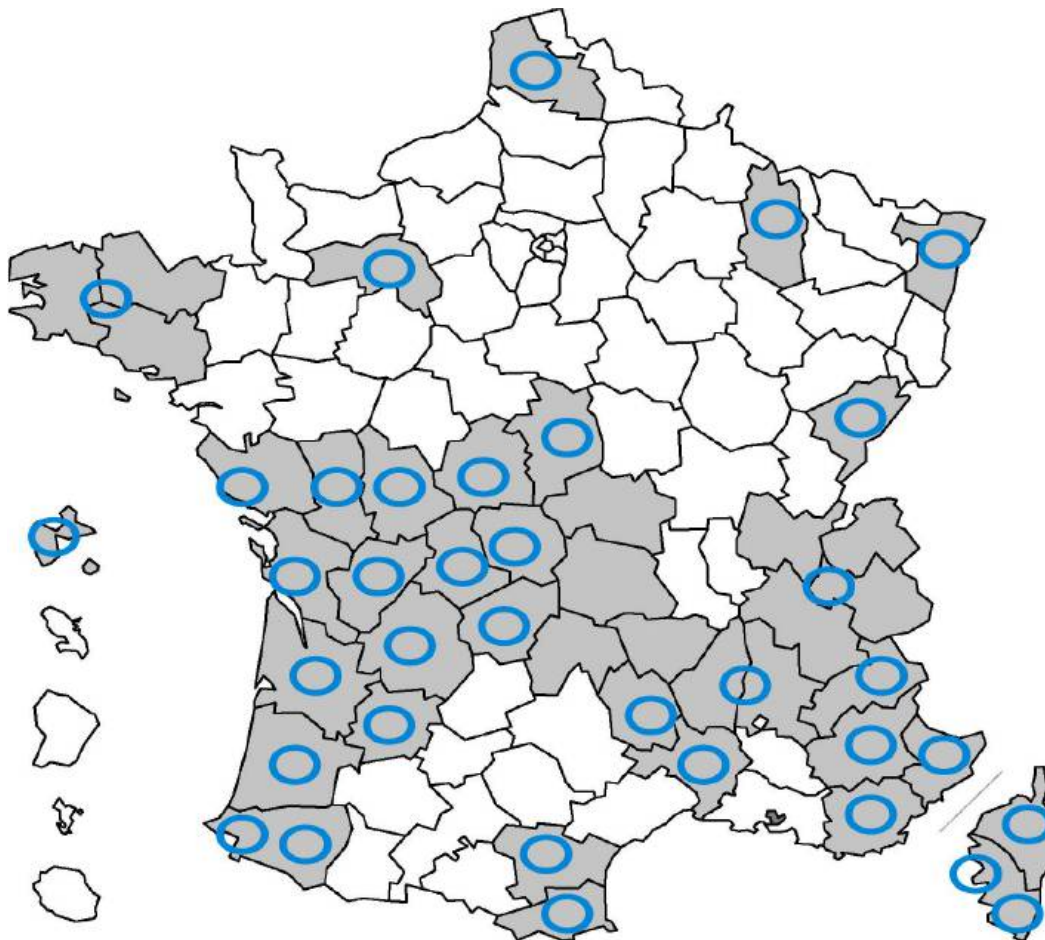
Les deux régions qui affichent le meilleur taux de répartition sont le Grand Sud (300 MCS) et la région PACA (70 MCS). D'autres régions ont très peu, voire aucun MCS (les Hauts-de-France, une partie de l'Occitanie, le Grand Est, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Île-de-France), alors que des médecins généralistes installés à plus de 30 mn des SMUR sont bien présents dans ces zones-là.

• **Comment expliquez-vous cette inégalité géographique ? Les réseaux de MCS sont-ils amenés à se développer ?**

Les idées reçues y sont sans doute pour beaucoup.

Lorsqu'en région PACA, où nous avons beaucoup avancé sur le sujet, nous avons proposé de créer un réseau MCS dans les Bouches-du-Rhône, les acteurs du pré-hospitalier étaient dubitatifs et n'imaginaient pas que dans ce département il y avait des zones où les SMUR faisaient défaut. Et pourtant, ce n'est pas moins de 60 médecins généralistes installés à plus de 30 mn des SMUR qui ont été recensés !

**RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS MCS
EN 2020, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE
ET DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER (DROM)**





« Les premiers référentiels nationaux MCS sont sortis grâce au travail mené par MCS France et les sociétés savantes. »

Le besoin en MCS est donc bien fonction des zones d'installation des SMUR et les territoires montagneux ne sont pas les seuls à être touchés par la désertification médicale.

Le remède à cette inégalité est entre les mains de différents acteurs (les ARS, les regroupements de médecins généralistes, les SAMU, les CESU...) qui donneront l'impulsion de s'investir dans la création de nouveaux réseaux pour continuer à développer ce lien fort ville/hôpital.

C'est pour cela que MCS France a pour objectif de promouvoir les réseaux existants pour permettre des retours d'expérience concrets et de favoriser la création de nouveaux réseaux.

Ainsi, et à l'aide des récents référentiels nationaux, chaque territoire pourra s'approprier les outils nécessaires pour créer son propre modèle en fonction des spécificités et des besoins qui lui sont propres.

➤ Quel organisme dispense la formation des MCS, et en quoi consiste-t-elle ?

Il s'agit d'une formation obligatoire qui se décline en formation initiale et en formation continue. Elle porte sur la prise en charge des urgences vitales auxquelles les MCS sont confrontés.

C'est une formation qui se veut très pratique. Elle est assurée par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) et ce n'est pas par hasard ! Car il s'agit de structures départementales, dont les formateurs et les enseignants sont eux-mêmes en activité et issus de services d'urgences SAMU/SMUR, de réanimation, de bloc opératoire... une combinaison de professionnels de santé qui travaillent au quotidien côte à côte et qui participent au déploiement de compétences en totale cohérence avec la pratique des MCS.

Le médecin correspondant de SAMU est à la frontière entre la médecine générale et la médecine d'urgence... Il n'est pas question d'en faire des urgentistes ; le but est d'acquérir des compétences propres qu'ils puissent mettre en œuvre en intervention, dans l'attente des SMUR.

Les méthodes pédagogiques se déclinent en ateliers pratiques, en mises en situation dans des centres de simulation, en stages pratiques...





Les pathologies cardio-vasculaires (arrêt cardiaque, infarctus, œdème aigu du poumon...) sont ciblées en priorité, puis la traumatologie (le traumatisme sévère, l'analgésie/sédation...).

En région PACA, dans le cadre de la formation continue, la 1^{re} année est axée sur l'analyse des interventions réalisées avec un travail de débriefing extrêmement performant qui permet de monter en compétences sur les domaines où les MCS interviennent le plus.

• **Combien de temps dure cette formation, et est-elle délivrée dans tous les CESU ?**

La recommandation est qu'elle soit délivrée dans tous les CESU et c'est le cheval de bataille de MCS France et des sociétés savantes.

La formation dure 4 jours minimum, avec 2 à 3 jours de formation optionnelle.

En région PACA, elle a été rendue obligatoire à raison de 7 jours en formation initiale, puis à raison de 4 jours par an dans le cadre de la formation continue.

➤ **Quelle est la typologie des interventions ?**

Les MCS interviennent sur de l'urgence vitale ou potentiellement vitale. Ils sont des experts de 1^{er} recours dont les compétences sont une réelle plus-value.

Ils peuvent être appelés pour diverses raisons : pathologies cardio-vasculaires, traumatologie d'urgence, détresses respiratoires, problèmes neurologiques, voire même un accouchement inopiné...

Le matériel dont ils disposent leur permet de poser des voies veineuses, des intra-osseuses, de réaliser une défibrillation, de traiter une thrombose des syndromes coronariens...

• **Qui déclenche les interventions ?**

Ce sont les SAMU qui déclenchent les MCS.

Pour l'astreinte, cela dépend des réseaux. Dans tous les cas, les médecins sont contactés en fonction de leur zone d'installation.

Mais l'urgence, même vitale, n'est pas toujours régulée et le patient peut se présenter d'emblée dans le cabinet médical. Dans ce cas, le MCS peut aussi « s'auto-déclencher » et appeler la régulation, qui validera l'intervention.

• **Quel type de contrainte rencontre le MCS ?**

L'intervention d'un médecin correspondant de SAMU dure entre 60 et 80 mn dans les zones éloignées, à raison de 7 interventions en moyenne par an.

Mais il ne faut pas oublier que le MCS est avant tout un médecin généraliste. Pendant qu'il est en intervention, le MCS laisse des patients dans sa salle d'attente et il doit rattraper son retard à son retour.

Pour pallier cette contrainte, il peut être intéressant d'exercer au sein d'un cabinet de groupe.

• **Quel est le matériel spécifique dont disposent les médecins correspondants de SAMU ?**

Ils sont équipés d'un moniteur électrocardiogramme scope et défibrillateur semi-automatique. Ils ont un sac « SMUR light » qui contient des médicaments de 1^{re} urgence pour mettre en place le plus rapidement possible les traitements adaptés. Ils ont également des matériels biomédicaux, une perceuse (pose d'intra-osseuses), un appareil à dextro, de quoi ventiler, de quoi poser des voies veineuses périphériques, de quoi oxygéner, voire intuber...

Parallèlement, et pour assurer leur sécurité et celle des usagers de la route, ils disposent d'une plaque magnétique « Médecin correspondant de SAMU » à apposer sur leur véhicule, d'un Gyroled (sur autorisation préfectorale) et d'un gilet fluo

floqué « MCS » pour qu'ils puissent clairement être identifiés.

Tout ce matériel nécessite un rangement très particulier. Il a d'ailleurs été optimisé dans les Hautes-Alpes et les MCS ont été équipés d'un sac type dont le rangement efficace leur permet d'être plus opérationnel et de ne pas perdre de temps.

« MCS France a pour objectif de promouvoir les réseaux existants et de favoriser la création de nouveaux réseaux. »





SAC ADULTE MCS



© MCSF FRANCE

MCS France a diffusé également une affiche « Votre médecin est Médecin Correspondant du SAMU 05 (MCS) ! » à apposer en salle d'attente pour informer la patientèle.

➤ Qu'en est-il du statut et de la responsabilité du MCS en intervention ?

Le médecin correspondant de SAMU intervient en tant que collaborateur occasionnel du service public.

Il est donc assuré par l'établissement de santé, siège du SAMU, à compter du déclenchement par le régulateur jusqu'au retour au cabinet ou au domicile.

Pour ce faire, il signe une convention avec le directeur de l'établissement de santé ou de l'association qui coordonne les MCS.

➤ Quid de la ligne d'action de MCS France pour 2022 ?

MCS France aspire à continuer de fédérer les comités de pilotages des réseaux de MCS régionaux (financés et supervisés par les ARS) et de dynamiser les liens

avec les filières d'urgence pour une notion plurielle des acteurs, qui est fondamentale.

C'est élaborer des référentiels d'appui pour évaluer les réseaux par des indicateurs de suivi nationaux, optimiser, développer, créer, pérenniser, les organisations territoriales de MCS avec registres communs et, à terme, mutualiser via une plateforme numérique dédiée à la pratique de MCS en France.

« Les MCS sont des experts de 1^{er} recours dont les compétences sont une réelle plus-value. »

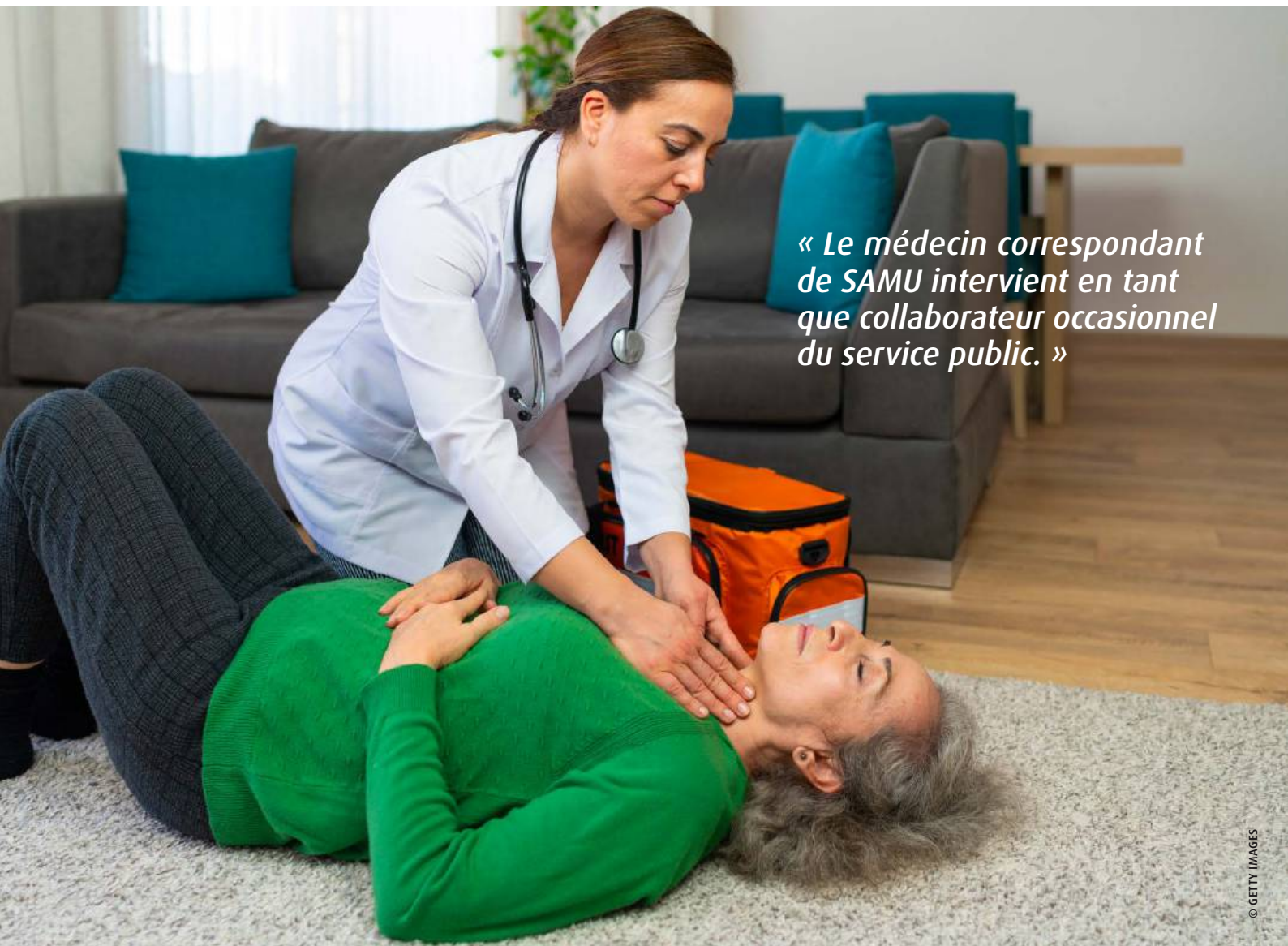
Les ambitions de l'association pour 2022 sont nombreuses :

- actualiser le recensement des MCS en France à plus de 30 mn des SMUR ;
- chiffrer avec exactitude les populations qui vivent dans les territoires isolés ;





- proposer une méthodologie pour filtrer efficacement et recruter de futurs médecins généralistes ;
- élaborer, avec les sociétés savantes, un référentiel de compétences intégré MCS (pour délimiter clairement la frontière entre l'exercice de la médecine générale et celui de la médecine d'urgence) ;
- poursuivre l'élaboration d'outils à partager dans tous les réseaux ;
- trouver des interlocuteurs en vue de la création des réseaux MCS ;
- valoriser les activités par des indicateurs de pertinence sur l'efficacité des réseaux ;
- trouver des financements (mécénat, sponsors, collectivités territoriales...) ;
- poursuivre nos travaux scientifiques ;
- promouvoir les travaux de l'association lors de congrès ;
- ... ■



« Le médecin correspondant de SAMU intervient en tant que collaborateur occasionnel du service public. »





Déserts médicaux et liberté d'installation des professionnels de santé : comment favoriser l'accès aux soins ?

La question des déserts médicaux – qu'il vaudrait mieux nommer les inégalités territoriales de santé – est intéressante car elle permet d'étudier la perception que les pouvoirs publics peuvent avoir de la liberté d'installation des professionnels de santé, spécialement des médecins, lorsqu'ils veulent favoriser l'accès aux soins. Si l'on tente de lutter contre ces inégalités, plusieurs dispositifs sont à la disposition des pouvoirs publics. Certains sont centrés sur l'incitation et préservent la liberté d'installation. Il s'agit de « faire venir » les professionnels de santé dans des zones déficitaires en offre de soins. Cela peut se traduire par des aides financières ou matérielles à travers la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés aux soins. D'autres dispositifs sont fondés sur la coercition et portent atteinte à la liberté d'installation. L'idée consiste à contraindre les professionnels à s'installer sur un territoire. Cela peut se manifester par un régime d'autorisation d'installation ou de conventionnement sélectif. Face à la variété de ces outils, il paraît utile de présenter plus en détails ces différentes possibilités dont le but est, toujours, de favoriser l'accès aux soins et la santé publique.

GUILLAUME ROUSSET, MAÎTRE DE CONFÉRENCE EN DROIT, HDR - UNIVERSITÉ JEAN-MOULIN-LYON-III

➤ Lutter contre les déserts médicaux en favorisant la liberté d'installation, des résultats nuancés

Par principe, les pouvoirs publics tentent de lutter contre les inégalités territoriales en préservant la liberté d'installation des professionnels de santé, laquelle est protégée par loi. C'est dans cet esprit que les instruments mis en place se fondent sur l'incitation dont le but est de favoriser l'installation des professionnels dans des zones déficitaires en offre de soins.

• Outils classiques

Historiquement, une grande diversité d'outils incitatifs a ainsi été mise en place. C'est le cas des aides à l'installation ou au maintien de l'exercice (exonérations sociale ou fiscale, majorations d'honoraires) ou bien par une attention accordée aux questions matérielles avec la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins

en contrepartie d'un exercice d'une certaine durée dans la même zone (mise à disposition de locaux professionnels, d'un logement, primes d'installation ou d'exercice).

Aussi bien intentionnés soient-ils, que penser de ces instruments ? Deux reproches peuvent être faits.

« Les pouvoirs publics tentent de lutter contre les inégalités territoriales en préservant la liberté d'installation des professionnels de santé. »

D'abord, ils paraissent d'une pertinence relative parce qu'ils se focalisent sur l'aspect financier, ne prenant pas en compte les déterminants sociaux et familiaux d'une installation. Or, il est net qu'un projet d'installation est influencé par des éléments

individuels et contextuels tant dans le choix de l'exercice libéral que dans celui du lieu et des conditions d'installation. Outre la maturation du projet professionnel, cela renvoie au mode de vie espéré, aux projets personnels et familiaux.





Ne tenter d'attirer de nouveaux professionnels qu'en axant l'incitation sur des éléments financiers est une réponse potentiellement inadaptée car partielle. Ce ne sont pas quelques milliers d'euros d'aides qui vont pousser un médecin à s'installer dans une zone dans laquelle son conjoint aura des difficultés à trouver un emploi et ses enfants des problèmes pour être scolarisés.

Le Commissariat général à l'égalité des territoires a pu, en effet, montrer que les facteurs d'attractivité majeurs sont la qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire (distance domicile-travail, type d'agglomération...), les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire ou l'existence de services à la population, ou les équipements et infrastructures présents sur le territoire (établissements scolaires ou de garde d'enfant, commerces...)¹.

Ensuite, ces mécanismes incitatifs sont d'une efficacité incertaine pour plusieurs raisons.

En premier lieu, la grande diversité des dispositifs favorise le manque de coordination, les rendant peu visibles et sous-utilisés.

En second lieu, un effet d'aubaine est souvent constaté, induisant le fait qu'avec ou sans incitation, le parcours personnel du médecin l'aurait fait s'installer de toute manière dans la zone sous-dense.

Tout cela cumulé, ce sont des résultats insuffisants pour lutter contre les inégalités territoriales de santé qui sont constatés au vu des investissements réalisés, tant par les autorités publiques comme la Cour des comptes, que par les auteurs étudiant la question².

Pourtant, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative au Patient, à la Santé et au Territoire (dite loi HPST), les pouvoirs publics ont poursuivi la mise en place d'instruments incitatifs. Parmi eux, il y a le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale, dit PTMG, aujourd'hui fusionné avec d'autres outils dans le contrat de début d'exercice. Il y a aussi le cas du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).

• CESP

Assurément, ce contrat est intéressant puisqu'il permet le versement aux étudiants à partir du deuxième cycle d'études en médecine ou en odontologie et aux Praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE) d'une allocation pendant toute la durée des études (1 200 € bruts/mois) en échange d'un engagement à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone sous-dotée ou dans une spécialité moins représentée, d'une durée équivalente à celle de versement.

Ce contrat présente de réels avantages puisqu'il a une utilité sociale en contribuant au financement de longues études et une utilité citoyenne en réduisant les inégalités territoriales.

Face à ces éléments, faut-il se féliciter de ce dispositif qui réussit à concilier lutte contre les inégalités

territoriales de santé et liberté d'installation ? Nous n'en sommes pas totalement certains pour plusieurs motifs.

Le premier est qu'il est encore peu appliqué selon les chiffres officiels puisque

seuls 466 contrats ont été proposés au titre de l'année universitaire 2020-2021³, même si ce nombre est en augmentation constante.

Le second motif se fonde sur trois considérations :

- d'abord, l'obligation de service que doit respecter le jeune professionnel installé est limitée dans le temps puisqu'elle doit correspondre à une durée égale à celle de versement de l'allocation avec un minimum de 2 ans ;
- ensuite, le régime juridique permet au professionnel de « racheter » les sommes versées pour se soustraire à l'obligation de service avant son terme ;
- enfin, les effets sont différés : la signature d'un contrat avec un étudiant n'aura de conséquences qu'une fois les études achevées et le projet d'installation lancé, soit un certain nombre d'années plus tard.

Cela ne signifie pas que ce contrat n'est pas utile, mais c'est un investissement pour l'avenir des installations et non pas une réalité immédiate d'action sur les inégalités territoriales.

« Le CESP présente de réels avantages en contribuant au financement de longues études et en réduisant les inégalités territoriales. »



- **Maisons de santé pluriprofessionnelles**

Un dernier outil semble bien plus intéressant : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Elles sont composées de différents types de professionnels de santé, qu'ils soient médicaux, par exemple médecins, éventuellement spécialistes, paramédicaux comme des infirmières ou des masseurs-kinésithérapeutes, et parfois même pharmaciens.

Ces soignants ont une activité de soins de premiers recours, sans hébergement.

Comme peuvent l'indiquer certains auteurs⁴, elles se différencient des cabinets de groupe car l'exercice

« Les MSP traduisent une attention accordée tant au patient qu'au professionnel de santé sur le fondement d'une logique de « gagnant-gagnant. »

y est pluriprofessionnel et en lien avec un projet local de santé, souvent initié ou soutenu par les pouvoirs publics municipaux, ce qui permet de bénéficier d'aides publiques.

Or, les MSP paraissent très pertinentes car elles traduisent une attention accordée tant au patient





qu'au professionnel de santé sur le fondement d'une logique de « gagnant-gagnant ».

- **Pour les patients**, la plus-value provient du fait que les soignants ainsi présents révèlent une diversité professionnelle importante, permettant la pluriprofessionnalité.

- **Pour le professionnel**, les avantages que procure un exercice au sein de maisons de santé sont réels car ce type d'exercice agit sur certaines des difficultés qui découragent les soignants à s'installer ou à rester en zones sous-denses : exercice en groupe et non plus isolé, mutualisation de moyens, meilleur équilibre entre vies professionnelle et personnelle...

➔ Lutter contre les déserts médicaux en restreignant la liberté d'installation : les pistes imaginées

Une tentative a été initiée, le contrat santé solidarité et deux pistes sont envisagées pour l'avenir : le conventionnement sélectif et le numerus clausus à l'installation.

• Contrat santé solidarité

Créé par la loi HPST, le Contrat santé solidarité s'orientait initialement vers une forme de coercition. Sur la base d'éventuelles zones sous-denses déterminées grâce à l'évaluation des résultats du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), le directeur général de l'ARS pouvait proposer aux médecins exerçant dans les zones très bien dotées d'adhérer à un contrat par lequel ils s'engageaient à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-dotées.

En cas de refus de signature ou, s'il y a signature, de violation des obligations, une contribution forfaitaire annuelle devait être versée.

« Le numerus clausus à l'installation consiste à soumettre l'installation des professionnels à une autorisation administrative. »

Ce contrat était audacieux parce qu'il constituait une violation de la liberté contractuelle et marquait une contrainte portée à la liberté d'installation traduisant, au final, une forme de coercition. Par voie de conséquence, la neutralisation de ce nouveau dispositif a été envisagée puis réalisée.

C'est ainsi que ce contrat a, d'abord, été enterré de fait lorsqu'en 2010, le ministre en charge de la Santé en exercice, Roselyne Bachelot, a annoncé qu'elle

ne prendrait jamais le décret d'application de cette disposition, la rendant inapplicable. Il a, ensuite, été enterré de droit par la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, laquelle a supprimé non pas le Contrat santé solidarité, mais la pénalité en cas de refus de signature du contrat ou de violation.

Sans son caractère coercitif, ce contrat perd son originalité comme son utilité, constituant donc une tentative avortée de coercition.

• Conventionnement sélectif

Le conventionnement sélectif est une piste sérieuse.

Le but est de permettre le conventionnement des professionnels s'installant dans des zones sur-dotées en le limitant au seul remplacement des professionnels qui cessent leur activité dans cette zone.

Ainsi, un médecin qui souhaite s'installer dans un territoire sur lequel l'offre est excédentaire en aurait tout à fait la possibilité technique, mais ne pourrait pas être conventionné s'il s'installe en plus – et non à la place – des professionnels déjà présents.

Ce mécanisme serait nouveau pour les médecins, mais il existe déjà pour deux autres professions de santé libérales.

Historiquement, ce sont les infirmières qui l'ont mis en place par l'avenant de 2008 à la Convention infirmière. Du fait des résultats intéressants, cette orientation a été développée avec la nouvelle convention, notamment en augmentant les zones sur-dotées soumises à conditions d'installation.

Ce concept a ensuite été repris par les masseurs-kinésithérapeutes en 2011-2012 (bien que cette disposition ait été annulée par le Conseil d'État dans un arrêt du 17 mars 2014, mais pour un motif de procédure).

Techniquement, cet outil ne porte pas directement atteinte à la liberté d'installation, puisque le professionnel a toujours la possibilité de s'installer dans la zone en question, même en n'étant pas conventionné.





Pour autant, bien entendu, lorsque l'on connaît l'importance économique du conventionnement pour un professionnel libéral, ce système restreint fortement la liberté d'installation. De ce fait, il risque de ne pas être très bien accueilli s'il est envisagé plus avant, plusieurs propositions de loi allant actuellement en ce sens⁵.

• Numerus clausus à l'installation

La seconde piste est le numerus clausus à l'installation⁶. Il consiste à soumettre l'installation des professionnels à une autorisation administrative. Est-ce pertinent ?

Le principe d'une autorisation administrative n'est pas choquant en soi puisque ce système existe déjà pour d'autres professions de santé. Le cas le plus emblématique est celui des pharmaciens officinaux, lesquels voient l'implantation de leur officine soumise à autorisation depuis une loi du 11 septembre 1941.

Cet exemple est d'autant plus marquant qu'il s'applique à une profession qui n'est pas libérale mais commerciale. Il ne serait donc pas incohérent de l'imaginer pour les médecins.

Malgré tout, une difficulté importante existe et pousse à se demander si la coercition est la solution aux inégalités territoriales de santé.

Certes, l'on peut penser que cette régulation est opportune lorsque l'on voit l'échec des mesures incitatives et le peu d'ambition des mesures actuelles. Mais, l'on peut aussi estimer, à l'inverse, que la coercition n'est pas la solution dans un contexte de désaffection croissante des étudiants pour la médecine libérale.

En contraignant ainsi les professionnels, ne risque-t-on pas de remplacer une complication (les inégalités territoriales de santé) par une autre (pénurie généralisée de médecins libéraux) ? Ne va-t-on pousser ces professionnels vers le salariat, aboutissant à un faible nombre de médecins libéraux en activité ?

La réponse n'est pas certaine mais la question mérite d'être posée. ■

NOTES

1. Commissariat général à l'égalité des territoires, *Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires*, Premier ministre, 2015.
2. Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, La Documentation française, 2011 ; Marié R., *La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question*, Droit social, 2012, p. 404.
3. Arrêté du 12 mai 2021 fixant le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés par les étudiants

- de deuxième et de troisième cycles des études de médecine et d'odontologie au titre de l'année universitaire 2020-2021, JORF n° 0112 du 15 mai 2021, texte n° 42.
4. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), *Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France*, DT n° 57, novembre 2013, 56 p. ; Dantonel-Cor N., « Les maisons de santé pluridisciplinaires : une solution à la désertification médicale territoriale ? », *Rev. Droit & Santé*, n° 52, mars 2013, p. 152.

5. Assemblée nationale, *Proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale*, n° 4589, 19 octobre 2021 ; Assemblée nationale, *Proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale*, n° 4735, 30 novembre 2021 ; Assemblée nationale, *Proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale*, n° 4784, 7 décembre 2021.
6. Assemblée nationale, *Proposition de loi n° 2597 visant à lutter contre les déserts médicaux*, 18 février 2015.

Interdiction légale du certificat de virginité

Lorsqu'un médecin est sollicité pour rédiger un certificat attestant de la virginité d'une femme ou d'une jeune fille, il doit opposer un refus. Tel est le principe posé par la loi n° 2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF



© GETTY IMAGES

➤ Une interdiction légale

La loi du 24 août 2021 insère dans le Code de la santé publique un article L. 1110-2-1 qui énonce un principe clair : « *Un professionnel de santé ne peut établir de certificat aux fins d'attester la virginité d'une personne* ».

L'article L. 1115-3 prévoit quant à lui que l'établissement d'un certificat en méconnaissance de cette interdiction est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

Enfin, l'article 225-4-12 du Code pénal énonce que « *Sans préjudice des cas dans lesquels ces faits constituent un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle, le fait de procéder à un examen visant à attester la virginité d'une personne est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. Lorsque la personne est mineure, les peines sont portées à un an d'emprisonnement et 30 000 € d'amende* ».

Le médecin peut donc faire l'objet de sanctions pénales :

- s'il pratique l'examen pour attester de la virginité d'une patiente ;
- s'il rédige un certificat attestant de la virginité d'une patiente.

À noter, la loi prévoit également des sanctions pénales (un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende) pour les personnes qui feraient à une femme des offres ou des promesses (dons, présents ou avantages quelconques) ou useraient contre elle de pressions ou de contraintes de toute nature afin qu'elle se soumette à un examen visant à attester sa virginité (article 225-4-11 du Code pénal). Lorsque la femme est mineure, les peines sont portées à un an d'emprisonnement et à 30 000 € d'amende.

➤ Que faire face à une demande de certificat de virginité ?

Au vu des dispositions de la loi du 24 août 2021, le médecin doit impérativement refuser de rédiger un certificat de virginité. Mais se « réfugier » derrière la loi ne suffira pas toujours, en particulier si le médecin

« UN EXAMEN VISANT À ATTESTER LA VIRGINITÉ D'UNE PERSONNE EST PUNI D'UN AN D'EMPRISONNEMENT ET DE 15 000 € D'AMENDE. »

décèle que la patiente peut se trouver dans une situation difficile ou faire l'objet de pressions.

La [documentation d'information*](#) à destination du médecin portant sur les certificats de virginité, adoptée par le Conseil de l'Ordre des médecins en décembre 2020, peut apporter une aide. À cette époque, et avant toute interdiction légale, le Conseil de l'Ordre s'était en effet déjà prononcé en faveur d'un refus à opposer par principe à toute demande de certificat de virginité, pour plusieurs raisons :

- il n'existe pas d'éléments permettant de certifier scientifiquement ou médicalement de la virginité d'une personne ;
- attester de la virginité d'une personne ne s'inscrit pas dans le rôle de soins et de protection des personnes. ■

NOTE

* Cette documentation est désormais obsolète, s'agissant des arguments à opposer à une demande puisque la loi du 24 août est intervenue entretemps. Mais elle comporte en revanche un certain nombre de ressources qui restent d'actualité et peuvent être mobilisées pour assurer au mieux la protection de la patiente, en l'orientant vers les professionnels *ad hoc* (Cellule de recueil des informations préoccupantes, associations de défense du droit des femmes, etc.).

UN RAPPEL GÉNÉRAL : ÉTABLIR UN CERTIFICAT EST UNE FACULTÉ, PAS UNE OBLIGATION !

- Hormis les cas où la rédaction d'un certificat est imposée par un texte légal ou réglementaire, **le médecin n'a jamais l'obligation de répondre favorablement aux demandes du patient** (article R. 127-76 du Code de la santé publique).

Cependant, en pratique, le praticien est souvent amené à rédiger des certificats, dans la mesure où ils s'inscrivent dans son rôle de soins et de protection des personnes.

- Quand il rédige un certificat, **le médecin doit s'engager à n'attester que de ce qu'il a pu médicalement et personnellement constater**. La jurisprudence, abondante en la matière, témoigne des difficultés d'appréciation qui peuvent déboucher sur une responsabilité du médecin.



Refus de soins en cardiologie interventionnelle : opération « Quai d'Orsay » !

Devant un danger imminent, le professionnel de santé doit tenter, par tous les moyens, de convaincre son patient d'adhérer aux soins nécessaires. Le Dr Cédric Gaultier partage une expérience rencontrée en cardiologie interventionnelle et nous livre ses réflexions aussi bien médicales que médico-légales.

DR CÉDRIC GAULTIER, CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL LIBÉRAL, CLINIQUE LA ROSERAIE ET HÔPITAL COCHIN, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF

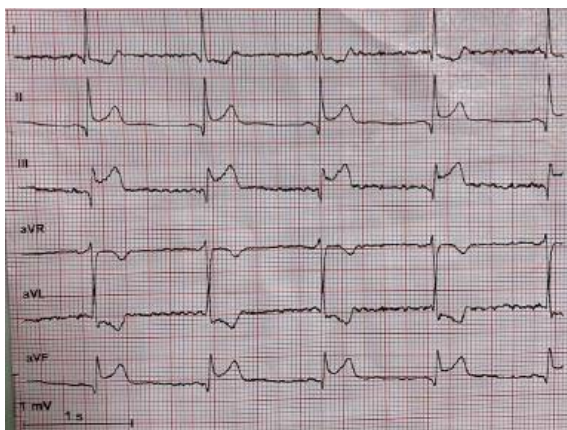
➤ Quand le patient refuse d'adhérer aux soins...

• Prise en charge d'un patient suite à des douleurs thoraciques

Il s'agit d'un jeune patient de 35 ans, coronarien connu, ayant déjà bénéficié d'une angioplastie de l'IVA, il y a quelques années dans un autre centre.

Au cours d'une dispute violente familiale, il ressent une douleur thoracique qu'il identifie aisément et pour laquelle il appelle les pompiers. Moins de 30 minutes après, le premier ECG montre clairement un sus-décalage dans le territoire inférieur (voir Fig. 1). Il sera administré de l'aspirine®, du ticagrelor, une héparine de bas poids moléculaire et le patient sera transféré pour une angioplastie primaire.

FIG. 1 - ECG À L'ARRIVÉE DU PATIENT : SUS DÉCALAGE DE ST EN INFÉRIEUR



« MON PATIENT SE REDRESSE ET M'ANNONCE QU'IL NE SOUHAITE PAS RESTER... JE TENTE DE LE RAISONNER. »

À peine installé sur la table de coronarographie – dans un timing idéal –, il se redresse et m'annonce qu'il ne souhaite pas rester (la douleur a dû s'estomper, mais le sus-décalage persiste sur le scope...) et qu'il reviendra plus tard...

Incrédule, je viens vers lui pour tenter de le raisonner !

• Phases de « négociations » pour convaincre le patient d'adhérer aux soins

Je demande tout d'abord diplomatiquement (notant une musculature entretenue, malgré la fermeture des salles de sport...) au patient de s'asseoir sur une chaise et de ne pas arracher sa perfusion.

Première phase de négociations :

- j'explique benoîtement au patient le risque vital qu'il court s'il refuse l'angioplastie ;
- j'explique que s'il n'en a que faire pour lui-même, il risque également de laisser sur terre une veuve (argument peut-être sans aucune portée dans ce contexte de dispute...) et surtout des orphelins ;
- je tente de le rassurer en lui rappelant les modalités de l'angioplastie qu'il connaît bien (dilatation par un référent en cardiologie interventionnelle). Nouvel échec !
- passant à une argumentation « marketing », j'essaye de le convaincre que plus vite on le soignera, plus vite il pourra sortir et retrouver ses enfants. Sans succès ;
- essai du ressort narcissique, voire égocentrique, je lui explique le concept « *time is muscle* » et qu'il risque de garder une séquelle ventriculaire importante qui lui feront perdre son autonomie et ses performances en salle de sport. Rien n'y fait...

- comme dans le célèbre jeu télévisé, je tente l'ultime « *téléphoner à un ami* ». Cette amie n'est autre que son épouse avec laquelle il vient de se fâcher : mauvaise pioche... et la connexion est mauvaise dans la salle de coronarographie, en sous-sol.

Un de mes confrères (plus junior...) me propose de lui faire signer une décharge.

Je lui rappelle que, devant un danger imminent, il faut s'astreindre par tous les moyens à essayer de convaincre, car en cas de mort subite ou autre complication, le patient ne sera plus là pour expliquer qu'il a pris sa décision en toute connaissance de cause. En cas de contestation judiciaire ou autre, la situation face au juge et à la famille risquerait d'être difficile.

De plus, nous avons vite compris, par l'attitude du patient et son agitation, que le déclenchement de cette dispute a été favorisé par une alcoolisation paraissant importante. La signature d'une décharge de responsabilité dans ce contexte, par quelqu'un qui n'est pas en possession de tous ses moyens, aurait en effet bien peu de valeur.

De guerre lasse, et commençant à perdre patience (j'ai raté mon dîner familial, ce n'est pas le premier, certes...), je lui rappelle que son saut d'humeur a tout de même mobilisé deux équipes de pompiers, dont une médicale, un anesthésiste, deux paramédicaux et moi-même, cardiologue interventionnel. Je lui explique que j'ai fait 25 minutes dans les embouteillages pour venir le soigner et finalement apprendre qu'il préfère sortir et probablement faire un arrêt cardiaque devant la clinique pour que je sois rappelé une deuxième fois.

Je lui laisse cinq minutes de réflexion pour s'allonger sur la table.

• **Importance de la traçabilité de la délivrance d'information au patient**

Par la persévérance de l'argumentation et une rumination obscure sur sa chaise, la magie a fini par jouer et le patient s'est allongé gentiment sur sa table d'examen !

Profitant de l'opportunité (et surtout de l'accord !) donnée par le patient, la sédation a été débutée avant qu'il ne change d'avis après avoir donné son consentement. Je peux enfin procéder à l'examen...

Craignant un revirement de situation, j'ai failli prendre directement le cathéter guide pour procéder à l'angioplastie de la coronaire droite suspectée sur l'ECG, sans explorer la gauche.

Le calme m'étant garanti par les premiers ronflements entendus, j'ai procédé finalement par l'exploration de la gauche. Face à une sub-occlusion de la droite (voir Fig. 2), j'ai pu mettre en place un stent de gros calibre avec un très bon résultat angiographique (voir Fig. 3). À la fin de la procédure, le patient s'est excusé de sa réaction initiale.

FIG. 2 - CORONAIRE DROITE AVANT ANGIOPLASTIE



FIG. 3 - CORONAIRE DROITE APRÈS MISE EN PLACE D'UN STENT DE 3,5 X 38 MM



« LA SIGNATURE D'UNE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ PAR QUELQU'UN QUI N'EST PAS EN POSSESSION DE TOUTS SES MOYENS, AURAIT EN EFFET BIEN PEU DE VALEUR. »

Après une nuit un peu agitée enUSIC, le patient a de nouveau demandé à sortir contre avis médical de bon matin. Mon confrère, utilisant probablement les mêmes arguments que moi quelques heures plus tôt, aura moins de poids dans la mesure où le patient sait désormais qu'il a un bon stent sur sa coronaire et n'a plus de douleur.

N'étant plus en état d'ébriété, il signera sa sortie contre avis médical, document contresigné par le médecin.

Mon confrère notera dans le dossier médical que toutes les explications ont été données au patient en présence des infirmières du service. Il a invité le patient à reprendre contact rapidement avec son cardiologue.

➤ Gestion du refus de soins sur le plan médico-légal

La question d'un refus de soins du patient, parfois dans des situations inattendues, n'est malheureusement pas une situation rare ni anodine...

Il importe que le médecin – confronté à cette situation – adopte les bons réflexes, notamment sur le plan médico-légal et juridique.

L'ensemble des recommandations peuvent aisément être consultées, notamment sur le site macsf.fr.

Pour les confrères s'interrogeant sur la délivrance d'ordonnance, en cas de refus de soins, le médecin (malgré son agacement...) se doit d'apporter des soins optimaux adaptés à chaque situation et à chaque patient. Faut-il le laisser sortir sans ordonnance (et espérer que la culpabilité le fasse revenir ?) et risquer la thrombose certaine de stent sans antiagrégants ?

Malgré le constat d'échec, il est important :

- de rappeler à son patient que la porte reste toujours ouverte si besoin ;
- il faut également avertir les médecins traitants, qui sont susceptibles d'être recontactés, ou qui, par une approche plus personnalisée, arriveront peut-être à convaincre le patient ;
- **avec l'accord du patient et en sa présence**, il peut être utile de chercher à entrer en contact avec sa famille proche afin d'expliquer la situation et partager la conduite à tenir. Au travers de cette démarche, on accroît la probabilité que le patient reprenne contact plus tôt que prévu afin de bénéficier d'une prise en charge cardiologique classique. ■

« LA QUESTION D'UN REFUS DE SOINS
DU PATIENT N'EST MALHEUREUSEMENT
PAS UNE SITUATION RARE NI ANODINE... »

|| QUELQUES TRUCS ET ASTUCES FACE À UN REFUS DE SOINS

- Faire preuve de persévérance, de conviction et de détermination afin de parvenir à un accord avec le patient.
- Évoquer clairement le risque de décès, mais également le risque de handicap.
- Mobiliser l'ensemble de l'équipe médicale (certains médecins plus diplomates que d'autres, langage moins technique et parfois plus « humain » des infirmiers).
- Mobiliser tous les ressorts psychologiques.
- Garder en mémoire que la sortie « *contre avis médical* » n'est pas une arme. C'est une « fausse garantie », surtout en cas de capacité de jugement altérée du patient.
- Tracer tous les éléments de la « négociation », des mesures choisies, mais également de l'information délivrée à la famille et aux médecins traitants.
- Remettre une ordonnance adaptée à la nouvelle situation, intégrant les conseils et la conduite à tenir en cas d'évolution (malheureusement) défavorable.
- Maintenir la porte ouverte en toutes circonstances.

Retard de diagnostic de méningite malgré des signes apparents : l'hôpital est responsable

Un centre hospitalier a été condamné pour retard de diagnostic d'une méningite chez un patient âgé, dans les suites d'infiltrations épidurales. La Cour administrative d'appel a considéré que, les signes étant apparents, le retard de diagnostic était fautif et a entraîné une perte de chance de 50 % d'échapper aux séquelles.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Un retard de diagnostic de méningite

Un patient de 76 ans souffrant d'une lombocruralgie gauche subit trois infiltrations épidurales par voie inter-épineuse, réalisées par un rhumatologue libéral.

Le lendemain de la troisième infiltration, il présente un état fébrile qui justifie son admission au service des urgences d'un centre hospitalier. Dès le lendemain de son hospitalisation, le patient présente des troubles sphinctériens, puis des troubles confusionnels, mnésiques et une désorientation.

Une IRM dorso-lombaire et une ponction lombaire réalisées neuf jours après l'admission permettent de poser le diagnostic de méningite purulente à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline, à l'origine d'un syndrome de la queue de cheval. Le patient reste atteint de troubles de la marche, de troubles sphinctériens sévères et d'une impuissance.

La Commission régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI), saisie par le patient, estime que le retard pris par le centre hospitalier dans le diagnostic de la méningite est constitutif d'une faute, à l'origine d'une perte de chance de 50 % d'éviter les séquelles.

Du fait du refus d'offre d'indemnisation opposé par l'assureur de l'hôpital, qui conteste l'avis rendu, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) s'y substitue et indemnise le patient.



© ADOBE STOCK

« LE RETARD PRIS PAR LE CENTRE HOSPITALIER DANS LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE EST CONSTITUTIF D'UNE FAUTE. »

Subrogé dans les droits de la victime, il assigne l'hôpital devant le tribunal administratif pour le voir condamné à rembourser l'indemnité versée.

Condamné par le tribunal, le centre hospitalier interjette appel devant la Cour administrative d'appel.

➤ Des signes apparents qui auraient dû alerter

La Cour administrative d'appel, par un arrêt du 25 février 2021, confirme la condamnation de première instance.



Les troubles sphinctériens, présents dès le lendemain de l'hospitalisation, ne pouvaient s'expliquer que par l'atteinte des racines de la queue de cheval, mais il n'en a pas été tenu compte dans l'établissement du diagnostic d'une méningo-radculite.

« LA SURVENUE D'UNE MÉNINGITE BACTÉRIENNE APRÈS UNE INJECTION ÉPIDURALE DE CORTICOÏDES EST UNE COMPLICATION TRÈS RARE SOUVENT MÉCONNUE DES RHUMATOLOGUES. »

Puis les troubles confusionnels et mnésiques répétés, ainsi que la désorientation, chez un sujet âgé, permettaient d'évoquer le diagnostic d'une méningite infectieuse, même en l'absence d'autres signes cliniques. Une ponction lombaire aurait donc dû être réalisée rapidement, mais elle ne l'a été que neuf jours après l'admission au centre hospitalier.

La survenue d'une méningite bactérienne après une injection épidurale de corticoïdes est, selon les experts, une complication très rare souvent méconnue des rhumatologues. Elle était de surcroît difficile à diagnostiquer car se manifestant souvent de manière

atypique chez le patient âgé. Néanmoins, une telle complication avait fait l'objet de plusieurs études médicales, citées par les experts et publiées en 1996, 2004 et 2005, dont il résultait que les signes neurologiques, et notamment les troubles de conscience survenant chez le patient âgé, doivent inciter à la réalisation rapide d'une ponction lombaire.

Ainsi, si le diagnostic était difficile à poser en raison de la rareté de cette complication et du caractère atypique des symptômes chez le sujet âgé, le délai de neuf jours après l'admission et de huit jours après l'apparition des premiers signes cliniques évocateurs est constitutif d'une faute.

➤ Une perte de chance importante

Ce retard fautif de diagnostic n'a pas permis l'administration précoce d'un traitement antibiotique, alors pourtant que la rapidité dans l'administration de ce traitement est un facteur essentiel du pronostic, particulièrement pour les méningites à *Staphylococcus aureus* grevées d'un fort taux de mortalité et d'un risque de séquelles chez les patients âgés. Ce retard a fait perdre une chance d'échapper aux séquelles.

Le retard dans le diagnostic et, par suite, dans l'administration du traitement adéquat,

a conduit à une perte de chance évaluée à 50 %.

Cette perte de chance incombe au centre hospitalier, sans qu'il lui soit possible de s'exonérer, même partiellement, de sa responsabilité en invoquant l'existence d'une faute commise par le rhumatologue à l'origine des injections épidurales. ■

⚠ ATTENTION

Une erreur de diagnostic n'est pas nécessairement fautive, le professionnel de santé ayant une obligation de moyen et non de résultat.

En revanche, il doit mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition, compte tenu de l'état des connaissances médicales et scientifiques, pour aboutir au bon diagnostic.

Selon les circonstances propres à chaque affaire qui lui est soumise, le juge examinera le tableau clinique présenté par le patient, l'état des connaissances scientifiques lors de la prise en charge, et la démarche diagnostique entreprise par le praticien. Il pourra notamment relever :

- le temps consacré à l'anamnèse, l'examen clinique ;
- la prescription d'examen complémentaires ;
- le caractère atypique du tableau présenté par le patient, susceptible d'induire le praticien en erreur, ou au contraire, le caractère courant ou apparent des signes ;
- avec le développement de la téléconsultation, d'autres éléments pourront être pris en compte : le praticien a-t-il correctement mené la consultation à distance ? Aurait-il dû y renoncer pour préférer une consultation en cabinet, compte tenu du tableau clinique ?



« LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DOIT METTRE EN ŒUVRE TOUS LES MOYENS À SA DISPOSITION POUR ABOUTIR AU BON DIAGNOSTIC. »

Absence de faute détachable du médecin : plainte ordinale irrecevable

La plainte déposée à l'encontre d'un médecin chargé d'une mission de service public devant le Conseil régional de l'Ordre des médecins, doit être déclarée irrecevable, dès lors que le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ne s'y est pas associé et que les faits incriminés ne sont pas détachables de la mission de service public.

La décision rendue le 10 juin 2021 par la Chambre disciplinaire de première instance des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins illustre ce principe.

GILLES RIVALLAN, JURISTE, MACSF

➤ Une mise en cause à la suite d'une mort in utero

Un praticien hospitalier a reçu en consultation une patiente à une unique consultation, au sein du centre hospitalier dans lequel il exerce. Elle était enceinte de son deuxième enfant et l'accouchement était prévu environ 2 mois plus tard.

Le médecin n'a relevé aucune anomalie lors de son examen : il a perçu des mouvements actifs du fœtus et a entendu les bruits de son cœur. Il a réalisé un prélèvement vaginal et a prescrit un pelviscanner en vue du pronostic obstétrical d'accouchement, et notamment afin d'éliminer le diagnostic d'un bassin rétréci. À l'issue de cette seule et unique consultation, il n'a jamais revu la patiente.

Un scanner a été réalisé par l'un de ses confrères moins de 2 mois après cet examen et la patiente a été admise aux

urgences 6 jours plus tard, après avoir ressenti une diminution des mouvements fœtaux depuis 24 heures. Le fœtus était mort in utero.

Les parents ont porté plainte devant le Conseil départemental de l'Oise de l'Ordre des médecins à l'encontre du praticien pour avoir « *mis fin à la vie* » de leur enfant à naître.

« LES PARENTS ONT PORTÉ PLAINTÉ DEVANT L'ORDRE DES MÉDECINS À L'ENCONTRE DU PRATICIEN POUR AVOIR "MIS FIN À LA VIE" DE LEUR ENFANT À NAÎTRE. »

Une réunion de conciliation a été organisée au cours de laquelle ils ont maintenu leur plainte.

Conformément aux dispositions de l'article L. 4123-2 du Code de la Santé Publique (CSP), le Conseil départemental de l'Oise de l'Ordre des médecins transmettait à la Chambre disciplinaire de première instance des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins la plainte des parents à l'encontre du praticien, sans toutefois s'y associer.



© GETTY IMAGES



➤ La solution

ARTICLE L. 4124-2 DU CSP

« Les médecins, (...) chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre ne peuvent être traduits devant la Chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'Agence régionale de santé, le procureur de la République, le Conseil national ou le Conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit (...). »

Il résulte des dispositions précitées du CSP que, par dérogation à la règle posée à l'article L. 4123-2 du CSP, les poursuites disciplinaires contre les médecins chargés d'une mission de service public ne peuvent être à l'initiative de plaignants autres que les autorités mentionnées à l'article L. 4124-2.

Ainsi, un Conseil départemental, lorsqu'il est saisi d'une plainte à l'encontre d'un médecin chargé d'une mission de service public et qu'il n'entend pas, au vu des éléments qui sont portés à sa connaissance dans la plainte, prendre l'initiative de saisir à titre propre la Chambre disciplinaire de première instance compétente, n'est pas tenu de transmettre la plainte dont il est saisi à ladite Chambre disciplinaire. La seule exception vise les faits détachables de la mission de service public du médecin incriminé.

La circonstance qu'un Conseil départemental, après avoir reçu une plainte à l'encontre d'un médecin de service public, décide de transmettre celle-ci à la Chambre disciplinaire ne saurait être regardée comme valant, de ce seul fait, décision dudit Conseil départemental de porter plainte à titre propre. Dans un tel cas, la plainte, faute de porter sur des faits détachables du service, ne peut qu'être déclarée irrecevable.

Il résulte de l'instruction que les parents ont porté plainte à l'encontre du praticien hospitalier spécialiste en gynécologie-obstétrique, pour des manquements dont il n'est pas contesté qu'ils seraient intervenus dans le cadre de son activité de médecin de service public et dont il n'est pas allégué ni démontré qu'ils seraient constitutifs d'une faute détachable du service.

La faute personnelle ou détachable du service est :

- soit totalement en dehors de l'activité professionnelle du fonctionnaire ;
- soit d'une gravité telle qu'elle sort de l'activité normale du service public.

C'est une faute qui révèle un manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique. Tel

n'était pas le cas ici. En conséquence, la requête a été jugée irrecevable.

➤ Que retenir de cette affaire ?

Cette décision est conforme à la jurisprudence du Conseil d'État*.

Le Conseil d'État juge que les dispositions de l'article L. 4124-2 du CSP ne portent pas atteinte au principe d'un recours effectif et n'interdisent pas de demander des comptes puisque le patient, « s'il ne peut saisir la juridiction disciplinaire, peut en revanche saisir la juridiction de droit commun pour obtenir réparation du préjudice dont le praticien serait responsable ou mettre en mouvement l'action publique dans le cadre d'une procédure pénale si les faits sont susceptibles de recevoir une qualification pénale ».

« UNE FAUTE DÉTACHABLE RÉVÈLE UN MANQUEMENT VOLONTAIRE ET INEXCUSABLE À DES OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES ET DÉONTOLOGIQUES. »

Il estime de ce fait que les plaignants « disposent d'autres moyens de droit » et que « l'article L. 4124-2 CSP ne porte pas une atteinte substantielle au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction ».

En outre, « le principe d'égalité n'impose pas », pour le Conseil d'État, « que les conditions de mise en œuvre des poursuites disciplinaires à l'égard des praticiens chargés d'un service public en leur qualité d'agents publics soient identiques à celles applicables aux autres praticiens ».

En effet, selon le Conseil d'État, l'article L. 4124-2 du CSP participe à « garantir l'indépendance des professionnels de santé poursuivant une mission de service public, qu'ils soient ou non agents publics » : « S'agissant des praticiens n'ayant pas la qualité d'agent public mais qui doivent être regardés, pour certains de leurs actes, comme chargés d'un service public en raison de l'intérêt général qui s'attache à leur mission et des prérogatives qui lui sont associées, les dispositions attaquées, en prévoyant que seules les autorités publiques ou ordinales peuvent mettre en cause leur responsabilité disciplinaire, poursuivent un objectif d'intérêt général de garantir l'indépendance de ces médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes dans l'accomplissement de ces missions de service public ; que, par suite, la différence de traitement introduite par le premier alinéa de l'article L. 4124-2 CSP, entre les médecins chargés d'un service public et les autres médecins, ne méconnaît pas les principes d'égalité devant la loi et d'égalité devant la justice garantis par les articles 6 et 16 de la Déclaration de 1789 ». ■

NOTE

* Conseil d'État, 23 décembre 2016, n° 392230, mentionné dans les tables du recueil Lebon ; Conseil d'État, 4^e-5^e chambres réunies, 2 octobre 2017, 409543, inédit au recueil Lebon.



“Je pratique la
téléconsultation.
Vous m’assurez ?,,

NOUS ASSURONS LA PRATIQUE
DE LA TÉLÉMÉDECINE.

**Nous innovons toujours
dans votre intérêt.**

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr