



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 85 - mai – juin 2023

CAHIER **Mon
exercice**

- NUMÉRIQUE :
LA FEUILLE DE ROUTE
 - RÉGLEMENT ARBITRAL
 - DISPOSITIF LANCEUR
D'ALERTE
- P. 23

FIN DE VIE

Droits et autonomie des patients : une législation renforcée

P. 16

LE POINT SUR

PDSA : tendances renforcées et difficultés persistantes

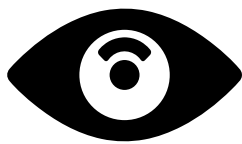
P. 8

RÉFLEXIONS

La sécurité des médecins en danger ?

P. 12

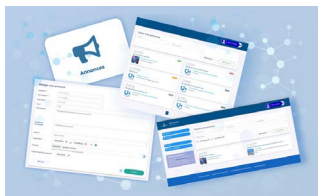
VU SUR LE WEB



WEBZINE « HANDICAP : FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS »

Le dernier webzine de l'Ordre, qui vient d'être publié, est consacré à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Au sommaire notamment : les chiffres et mots clés pour comprendre les différents enjeux, l'interview de Geneviève Darrieussecq, ministre déléguée chargée des Personnes handicapées, des reportages sur des dispositifs visant à faciliter l'accès aux soins, les points de vue et témoignages de professionnels...
[Retrouver le webzine ici](#)

Des annonces dans Mon Espace médecin



Un nouveau service est disponible dans votre Espace médecin : un espace d'annonces. Vous pourrez y lire des annonces ou en déposer une en quelques clics. Par exemple pour un poste de remplaçant, de collaborateur, pour trouver un successeur... Les contenus sont modérés par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ce nouvel outil est gratuit et conforme au Règlement général sur la protection des données.

<https://monespace.medecin.fr/user/login>

TIQUE HYALOMMA : L'ANSES APPELLE À LA SURVEILLANCE

Début juin, l'Anses a alerté sur le risque d'émergence de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC). Depuis plusieurs années, la tique Hyalomma, originaire d'Afrique et d'Asie, est présente dans le sud de la France. Et elle pourrait continuer à se répandre, du fait du dérèglement climatique. Or cet acarien peut transmettre la FHCC. Si aucun cas autochtone n'a été enregistré en France, plusieurs sont détectés chaque année en Espagne. L'Anses appelle donc à mettre en place une surveillance de la tique Hyalomma sur l'ensemble du territoire.

<https://www.anses.fr/fr/content/fievre-hemorragique-crimée-congo-une-emergence-en-france-possible>



#Violences

À la suite des événements tragiques survenus hier au @CHUdeReims, toutes nos pensées accompagnent la famille et l'entourage de l'infirmière décédée. Nous exprimons à nouveau toute notre consternation et notre indignation face à ces violences qui ne peuvent être tolérées.
https://twitter.com/ordre_medecins/status/1660942003708780545



@ordre_medecins • mai 2023

#Bilan

Entre rétrospective de l'année écoulée et perspectives d'avenir, François Arnault, président de l'[@ordre_medecins](#), répond aux questions de [@whatsupdoc_mag](#), le journal des #JeunesMédecins. Pour découvrir cette interview, c'est [par ici](#)
https://twitter.com/ordre_medecins/status/1662103850386350080



@ordre_medecins • mai 2023



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web :
conseil-national.medecin.fr
sur LinkedIn : Conseil national de l'Ordre des médecins
sur Twitter : @ordre_medecins
par mail :
conseil.national@ordre.medecin.fr
Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins
4, rue Léon-Jost / 75855 cedex 17

Retrouvez le **bulletin**, le **webzine** et la **newsletter** de l'Ordre sur :

conseil-national.medecin.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au RGPD, les personnes concernées disposent de droits concernant leurs données, qu'elles peuvent exercer par courrier ou courriel.

Directeur de la publication : Dr Pierre Maurice - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon-Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil.national@ordre.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** P' Stéphane Oustric - **Rédacteur en chef adjoint :** Dr Jean-Marcel Mourgues - **Coordination :** Isabelle Marinier - **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS - 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris - **Responsable d'édition :** Hortense Lasbleis - **Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Nathalie Wegener - **Secrétariat de rédaction :** Christine Ferreri - **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Gettyimages - **Impression :** Imprimerie Vincent, 32, avenue Thérèse Voisin, 37000 Tours - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



D^r François Arnault

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

A

u terme d'une première année de mandat à la présidence du Cnom, mon intention n'est pas d'établir un premier bilan, mais davantage de continuer à mobiliser les énergies et les soutiens à notre profession.

Profession en difficulté, agressée, mais qui, nous le ressentons, garde la confiance des patients et c'est le plus important.

Une année essentielle pendant laquelle nous avons affirmé nos convictions, que ce soit dans le contexte de l'évolution de la loi sur la fin de vie ou encore dans le combat pour conforter la place centrale du médecin au sein des équipes de soins territoriales.

Combat également pour protéger les patients et la qualité des soins contre la tentation mercantile de sociétés privées de télémédecine qui veulent détourner cet acte médical complémentaire en faisant un mésusage de cette technique sans examen clinique et en dehors du parcours de soins.

Poursuivons notre action inlassablement pour faire évoluer notre profession, la transformer, la moderniser. C'est également le rôle de l'Ordre de veiller à la qualité des soins et de permettre à chaque patient d'avoir accès à une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle organisée autour du médecin.

BUDGET

Présentation des comptes 2022

2022 est l'année du retour à la normale, après une diminution des frais de déplacements et de réception liée à la crise sanitaire.



D^r PIERRE JOUAN,
trésorier

L'année 2022 a été marquée par une augmentation des recettes, mais également des charges, conduisant à une diminution du résultat. Ce dernier s'élève à +716 575 €, en baisse de 46 % par rapport à 2021. Pour rappel, concernant les dépenses, les dotations sont attribuées aux conseils régionaux et aux conseils départementaux sur la base des budgets transmis et après retraitements éventuels.

Des charges en hausse

Les charges sont en augmentation de 2 % par rapport à 2021 : +1723 k€. Cette hausse était budgétée.

Le principal facteur concerne les charges de personnel, avec +1222 k€ (liés à 4 CDI, 10 CDD et des augmentations générales et individuelles). Les frais de déplacement et de réception, eux, ont augmenté de 800 k€ par rapport à l'année précédente, marquée par une diminution de ce poste du fait de la crise de la Covid-19. Autres éléments en progression : la sous-traitance (+560 k€), les coûts de licences (+520 k€) et la maintenance (+410 k€).

Les charges de fonctionnement s'élèvent à 32 378 k€ (hors amortissements, provisions et dotations), dont 45 % de charges de personnel et 38 % de charges externes.

En ce qui concerne les charges non prévues :

- Une subvention exceptionnelle a été versée à l'Association médicale mondiale en faveur de l'Ukraine (150 k€).
- Un avenant a été voté en juin pour le traitement des dossiers de qualification (120 k€).

BILAN 2022

ACTIF	31-12-2022
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	0 €
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	55 563 848 €
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	9 721 117 €
CRÉANCES	6 398 528 €
DISPONIBILITÉS	27 512 099 €
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	1 062 796 €
TOTAL GÉNÉRAL	100 258 388 €
PASSIF	
CAPITAL	65 931 629 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	716 575 €
DETTES	33 610 184 €
TOTAL GÉNÉRAL	100 258 388 €

Recettes et économies

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a enregistré 1121 k€ de recettes supplémentaires par rapport à 2021. Cette augmentation s'explique en grande partie par la progression du nombre d'inscrits. Le montant de la cotisation est resté inchangé par rapport à l'année précédente (335 euros pour une cotisation entière, et 95 euros pour les retraités).

Par ailleurs, des économies ont été réalisées sur les postes de communication, de publication et d'affranchissement (-800 k€), ainsi que sur les dotations octroyées (-119 k€). Enfin, le non-renouvellement sur 2022 du financement d'un niveau de trésorerie de 10 mois a minima a permis d'enregistrer -840 k€.

COMPTE DE RÉSULTAT 2022

PRODUITS D'EXPLOITATION	90 070 896 €
AUTRES PRODUITS D'EXPLOITATION	345 821 €
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION	90 416 717 €
ACHATS ET CHARGES EXTERNES	12 523 684 €
AIDES FINANCIÈRES	53 367 005 €
IMPÔTS ET TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 791 632 €
SALAIRES, TRAITEMENTS ET CHARGES SOCIALES	14 506 332 €
INDEMNISATIONS DES ÉLUS	2 446 764 €
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET DÉPRÉCIATIONS	3 137 372 €
AUTRES CHARGES DE GESTION	1 506 092 €
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION	89 278 881 €
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	1 137 836 €
PRODUITS FINANCIERS	78 852 €
CHARGES FINANCIÈRES	467 461 €
RÉSULTAT FINANCIER	-388 609 €
PRODUITS EXCEPTIONNELS	192 633 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES	211 480 €
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL	-18 847 €
IMPÔTS SUR LES BÉNÉFICES	13 807 €
TOTAL DES PRODUITS	90 688 203 €
TOTAL DES CHARGES	89 971 628 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	716 575 €

PRISE DE PAROLE

Communiqué sur les actes à visée esthétique

L'Ordre des médecins est favorable à la création d'une pratique réglementée des actes médicaux à visée esthétique. Ces derniers sont en plein essor. Or, s'ils peuvent constituer un avantage pour les patients, ils présentent également de véritables risques. Les complications pouvant être générées par ces pratiques conduisent parfois à des séquelles définitives. L'Ordre appelle donc à la création d'une formation interuniversitaire ouverte aux seuls médecins et permettant la pratique réglementée des actes médicaux à visée esthétique. Il demande également à ce que la délivrance des produits de comblement soit réservée aux seuls médecins.

+ D'INFOS

Pour lire le communiqué, cliquez [ici](#)

PRISE DE PAROLE COMMUNE

Un classement remis en cause

Fin avril, le journal *Le Point* a publié un « palmarès des médecins experts », recensant 1000 médecins présentés comme les meilleurs dans leur spécialité. Un classement contesté par l'Ordre et d'autres organisations médicales. Un communiqué commun a ainsi été publié par la Conférence des doyens de médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins, le Conseil national des universités de santé, les Conférences des présidents de CME-CHU et des directeurs de CHU. Le texte dénonce « une publication qui porte atteinte de manière grave à la déontologie médicale et risque d'induire en erreur les patients ». Parmi les reproches adressés à ce palmarès : sa non-représentativité et ses critères de classement non pertinents, quasi uniquement basés sur les publications.

+ D'INFOS

Pour lire le communiqué, cliquez [ici](#)

PUBLICATION

Parution du rapport annuel



Le rapport d'activité 2022 est désormais disponible. Cette année encore, l'Ordre était engagé auprès des médecins afin de garantir l'accès aux soins.

Vous pourrez retrouver dans ce rapport :

- L'édito du président : « Plus que jamais, la profession de médecin a besoin d'un Ordre fort. »
- L'année du secrétaire général : « Nous

avons collaboré étroitement avec tous les conseils départementaux pour les sensibiliser à la cybersécurité. »

- Les actualités qui ont marqué l'année, comme les élections, la défense du parcours de soins, ou encore les 20 ans de la loi Kouchner.
- La représentation et l'accompagnement des médecins par l'Ordre.
- Le bilan financier et juridique.

+ D'INFOS Consultez le rapport d'activité 2022

CULTURE



La prescription du...

DR FRANÇOISE STOVEN, conseillère nationale



2041 : l'odyssée de la médecine, de Jean-Emmanuel Bibault

Une intelligence artificielle présente dans quasiment toutes les disciplines médicales et en passe de remplacer les médecins. C'est ainsi que nous la présente Jean-Emmanuel Bibault, médecin chercheuse en cancérologie à Paris, ancien étudiant à Standford, et geek de la première heure. Dans son essai, il interroge les enjeux et aléas

potentiels de ce domaine scientifique. L'intelligence artificielle ne risque-t-elle pas de priver le médecin d'une nécessaire liberté ? De s'immiscer dans le secret médical ? Et quelle utilisation fera-t-elle des données de santé ? Il y a de nombreuses raisons d'espérer l'évolution de la médecine à l'aune de l'intelligence artificielle... mais tout autant de la craindre.

2041 : l'odyssée de la médecine
Jean-Emmanuel Bibault
Éditions des Équateurs



VIOLENCE

Coordination européenne contre les violences envers les médecins



DR PHILIPPE CATHALA,
délégué général
aux affaires européennes
et internationales

« Les données de 2022 de l'Observatoire de la sécurité des médecins montrent une augmentation sans précédent du nombre de violences perpétrées à l'encontre des médecins depuis sa création, il y a 20 ans (lire p. 12). 1244 incidents et agressions ont été signalés, et nous sommes conscients qu'il ne s'agit là que de la "partie émergée de l'iceberg". Si nous voulons faire baisser ces chiffres, qui sont en hausse partout en Europe, nous devons nous coordonner avec nos partenaires pour mener une action au niveau européen. Nous mettons tout en œuvre au sein du Conseil Européen des Ordres des médecins (CEOM)

pour favoriser l'élaboration d'un formulaire unifié visant à collecter des données sur la violence. Un formulaire commun, inspiré de nos procédures nationales (France, Espagne, Portugal, Italie et Belgique...) qui sera utilisé par les ordres membres du CEOM. L'analyse des informations collectées à partir de cette base commune nous permettra, j'en suis convaincu, d'adapter notre réponse face à ce fléau et de renforcer notre engagement en faveur de la protection des médecins. Ce document devrait être adopté lors de la prochaine assemblée plénière du CEOM qui aura lieu à Paris, au Cnom, le 24 novembre 2023. »

Une académie pour renforcer le leadership médical dans les hôpitaux

L'Association européenne des médecins hospitaliers (AEMH), dont le Cnom est membre, défend le renforcement du leadership médical dans la gestion des structures hospitalières. Cette expression désigne la capacité des médecins à organiser et à gérer des hôpitaux et des structures de soins. En se basant sur des études, l'AEMH s'est forgé la conviction que la nomination de médecins à des postes de direction garantit une meilleure performance – y compris financière – et de meilleurs soins. Afin de favoriser ces nominations, l'association a mis en place l'Académie européenne de leadership clinique (EACL), en partenariat avec l'Union européenne des médecins spécialistes

(UEMS) et avec le soutien de plusieurs associations médicales européennes. L'objectif du programme : permettre aux candidats d'acquérir les connaissances, les compétences et les méthodes nécessaires pour occuper des postes requérant à la fois un haut niveau de connaissances scientifiques et médicales et des compétences en matière de gestion clinique. Les inscriptions pour postuler à une bourse EACL sont ouvertes jusqu'au 1^{er} août.

+ D'INFOS

Pour en savoir plus sur l'Académie et connaître les démarches à effectuer, rendez-vous [ici](#)

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

En 2022, tendances renforcées et difficultés persistantes

Dans sa 20^e enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoires, le Cnom confirme les pistes d'amélioration du dispositif, qui rencontre toujours des difficultés de fonctionnement.

Le point de vue de l'ordre



DR JEAN-LUC FONTENOY,
président de la commission
PDSA

«Nous voyons que les médecins sont investis dans la PDSA et que cette dernière répond dans l'ensemble à son objet. Il reste des pistes d'amélioration qui évoluent et progressent chaque année en se rapprochant toujours d'un meilleur service vis-à-vis de la population. Les CPTS et le SAS peuvent aussi progressivement jouer un rôle en tant qu'acteurs de proximité et permettre de diminuer les déséquilibres territoriaux parfois ressentis.»

Le Cnom vient de publier son rapport annuel sur l'état des lieux de la permanence des soins, élaboré à partir des remontées des conseils départementaux (CDOM).

Il témoigne d'une quasi-stabilité de la participation des médecins au dispositif grâce au concours des médecins salariés, retraités et étudiants. Deux tendances principales, déjà observées, se confirment : le développement des sites dédiés et la baisse de l'âge des volontaires.

Des changements notables

En 2022, 86 % des départements ont connu des modifications dans l'organisation de la PDSA (46 % en 2021), par exemple concernant les plages horaires, les rémunérations ou encore les sites dédiés.

Ces derniers ont augmenté de 6,8 % par rapport à l'année précédente. Les forfaits d'astreinte d'effectif ont été revalorisés, passant à 180 € minimum pour 12 heures, contre 150 € auparavant. Dans de nombreux départements, le tarif horaire de la régulation est désormais à 100 €.

La visiorégulation, qui permet au médecin de passer un appel en visio avec le patient pour évaluer la situation, se développe. Elle est actuellement mise en place dans 15 départements.

Des évolutions qui se font attendre

La prise en charge des résidents en Ehpad continue d'être problématique. Elle fait l'objet d'initiatives locales dans certains départements, mais il n'existe pas de dispositif au niveau national. Seuls 9 CDOM ont déclaré l'existence d'un dispositif spécifique avec, par exemple, une convention entre SOS Médecins et certains Ehpad ou la mise en place de téléconsultations assistées en filière gériatrique.

Par ailleurs, la prise en charge de certains actes médico-administratifs, comme la rédaction de certificats de décès, n'est toujours pas suffisante. Le Cnom a donc demandé l'extension du forfait dédié à l'établissement de ce genre de documents pour toutes les tranches horaires, ainsi que son extension aux médecins salariés et hospitaliers.

Les pistes d'amélioration des CDOM

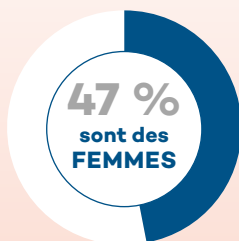
Les CDOM avancent eux aussi des recommandations, qui varient selon les territoires.

Le rapport évoque ainsi les incitations financières, comme l'augmentation des forfaits d'astreinte ou l'élargissement de la défiscalisation. Inciter les étudiants et les salariés à participer, renforcer la sécurité, développer des transports et des sites dédiés, mettre en place des actions de communication sont autant de pistes remontées du terrain et présentées dans le rapport.

Le bilan 2022 de la PDSA

+2,7 % C'est la hausse du nombre de médecins participant à la régulation médicale par rapport à 2021 (+4,1% par rapport à 2020)

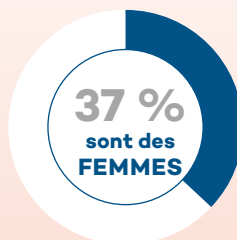
MÉDECINS POUR L'EFFECTION



contre 38 % en 2018



MÉDECINS POUR LA RÉGULATION



contre 30 % en 2018

45,8



ÂGE MOYEN DES EFFECTEURS, CONTRE 47,4 ANS EN 2018



88 % des participants à la PDSA étaient des **MÉDECINS LIBÉRAUX** en cabinet



+34 ↗

C'EST LA HAUSSE DU NOMBRE DE sites dédiés à la PDSA par rapport à 2021



DONT **12** bénéficient d'un système de transport des patients vers ledit site



6 %

C'est la part des départements dans lesquels la **téléconsultation** a été utilisée par les médecins effecteurs



76 % des territoires

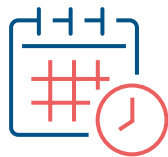
NE SONT PAS COUVERTS EN « NUIT PROFONDE » (-1 %).

5 % SONT DES

« ZONES BLANCHES »

LES WEEK-ENDS ET JOURS FÉRIÉS (+1 %).

Ces zones sont couvertes par l'AMU et la prise en soins est assurée.



59 % DES CDOM

SONT FAVORABLES À UNE EXTENSION DES HORAIRES DE LA PDSA AU SAMEDI MATIN.



60 % DES CDOM

EN DIFFICULTÉ ESTIMENT QU'UN SYSTÈME PERMETTANT DE TRANSPORTER LES PATIENTS VERS UN SITE DÉDIÉ PERMETTRAIT D'AMÉLIORER LA SITUATION.



À ANNECY, LA MAISON MÉDICALE DE GARDE FACILITE L'ACCÈS AUX SOINS

Texte : **Éric Allermoz** | Photos : **Gilles Piel Andia**

Accolée aux urgences du centre hospitalier d'Annecy, la maison médicale de garde accueille chaque année toujours plus de patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine de ville. Une bonne nouvelle ? Pas si sûr.

I est presque 21 heures. Dans une salle de consultation étroite, le D^r Maxime Duliege, la trentaine, ausculte Lenny, petit garçon de 4 ans qui souffre des oreilles et affiche 39,5 de température. « Son pédiatre est malade, une amie m'a parlé de cette consultation en soirée », glisse Sandrine, sans lâcher la main de son fils.

Quelques minutes plus tard, le diagnostic tombe : une « belle » otite. Le médecin de garde prescrit des antibiotiques avant d'enchaîner avec le patient suivant. « Nous ne sommes pas leur médecin traitant. Notre priorité, c'est une prise en charge rapide, efficace, centrée uniquement sur le problème de santé qui les amène ici. On n'oriente pas vers un spécialiste, on ne renouvelle pas les ordonnances », rappelle Maxime Duliege, qui exerce dans le centre-ville d'Annecy et assure en moyenne deux gardes par mois.

Jusqu'à 60 patients le week-end

Créée en 2012, la maison médicale de garde d'Annecy participe à la permanence des soins dans le bassin annécien. Accolée aux urgences du centre hospitalier, elle accueille chaque soir entre une dizaine et une vingtaine de patients. Parfois davantage. « Aux pics épidémiques de l'hiver, ils étaient près de 60 le week-end. La fréquentation augmente chaque année : en 2022, nous avons vu 6814 patients, soit une hausse de 25 % par rapport à 2021 », confirme le D^r Thomas Desmarchelier, coordinateur de la permanence de soins à Annecy. Retour en salle de consultation. Maxime Duliege est aux

côtés d'un jeune de 21 ans, au dos bloqué et douloureux, sans médecin traitant. « Les patients sont adressés par la régulation du Samu ou les urgences. Mais ils viennent aussi directement grâce au bouche-à-oreille », détaille le docteur. Les médecins voient surtout des enfants. Ils font des soins urgents mais non vitaux qui ne nécessitent pas le recours au plateau technique de l'hôpital, des sutures, de la petite traumatologie, des urgences psychiatriques. La plupart des patients n'ont pas réussi à obtenir un rendez-vous avec leur médecin dans la journée. « Tous viennent pour une bonne raison. Près d'un patient sur dix est d'ailleurs orienté vers les urgences », complète Thomas Desmarchelier.

Un précieux service

On compte de plus en plus de sites dédiés à la permanence des soins en France (535 en 2022 : 34 de plus qu'en 2021). À l'évidence, la maison médicale de garde d'Annecy rend un précieux service à ses usagers. « C'est une consultation rapide, sans rendez-vous. Ça me permet de rentrer chez moi soulagée pour mon fils, sans attendre aux urgences », confirme Sandrine, la mère de Lenny en quittant les lieux. Au total, une trentaine de médecins libéraux se relaient pour assurer les gardes à Annecy, et dans une « annexe » à Frangy, à une trentaine de kilomètres de là, en territoire rural. Elle est ouverte uniquement le week-end. Ces structures constituent un maillon essentiel de l'accès aux soins et un moyen de désengorger les urgences. Mais ce « succès » ne doit pas cacher une autre réalité, selon Thomas Desmarchelier, généraliste à Épagney, près d'Annecy : « Nous manquons cruellement de médecins installés, trop de patients ne peuvent pas consulter leur médecin traitant pour des soins non programmés car les cabinets sont surchargés. »

+ D'INFOS <https://www.youtube.com/watch?v=VG6v4WBqIXs>





Depuis mars 2022, la maison médicale de garde est située juste à côté des urgences afin d'accueillir les patients qui ne nécessitent pas le recours au plateau technique de l'hôpital.

Soulagement pour Lenny et sa mère qui repartent avec une ordonnance et des médicaments pour passer la nuit.



Les patients sont adressés par le Samu ou les urgences, mais aussi de plus en plus par le «bouche-à-oreille».



La priorité pour le Dr Maxime Duliege ? Une prise en charge rapide, centrée sur un problème de santé précis.



Une maison ouverte quand les cabinets ferment leurs portes

La maison médicale de garde d'Annecy est ouverte tous les soirs, de 20 h à 22 h. Les samedis de 12 h à 22 h, les dimanches et jours fériés de 8 h à 22 h.



La sécurité des médecins en danger ?

La 20^e édition de l'Observatoire de la sécurité des médecins vient de paraître et elle fait état d'une progression inquiétante du nombre d'incidents. Que se cache-t-il derrière les chiffres ? Et que fait l'Ordre face à ce phénomène grandissant ?

Texte : Dominique Fidel | Photos : DR

Avec...



D^R JEAN-JACQUES AVRANE,
conseiller national
de l'Ordre et délégué
de l'Observatoire
de la sécurité



D^R STÉPHANE DONNADIEU,
réfèrent sécurité
du CDOM 75



D^R MATHIEU HERMANN,
médecin associé
à SOS Médecins
Mulhouse

L'ESSENTIEL

- Avec 1244 incidents signalés en 2022 et un nombre de déclarations en forte augmentation dans toutes les régions, la sécurité des médecins se dégrade de manière importante.
- Banalisation de la violence, « stress post-traumatique » lié à la crise sanitaire, ubérisation de la médecine, système de soins au bord de la rupture... Les raisons de ce phénomène sont multiples.
- Face à cette situation, l'Ordre des médecins se mobilise à tous les niveaux : travail de fonds avec les partenaires institutionnels pour le Conseil national, prévention et accompagnement de proximité des victimes pour les conseils départementaux.

+ D'INFOS Lire le rapport complet [ici](#)

D^r Hermann

Médecin de SOS Médecins à Mulhouse, j'ai pu observer une bascule très nette, survenue au cours de la crise liée à la Covid, dont notre ville a été, un temps, un épicerie très médiatisé. **En quelques mois, nous sommes ainsi passés pour certains du statut de « héros » qu'on applaudit à celui de « complice » d'un pouvoir oppresseur. Depuis lors, la colère n'est jamais vraiment retombée** et on entend plus régulièrement parler d'altercations et de voies de fait. Les agressions physiques demeurent heureusement exceptionnelles et il faut tout de même souligner que la très grande majorité des consultations se déroule sans anicroche. Pour ma part, en août dernier, je me suis fait tirer dessus lors d'une consultation au domicile d'une patiente. Heureusement, l'arme de mon agresseur était un fusil d'assaut factice, de type airsoft, et je m'en suis tiré avec un bel hématome sur la cuisse.

L'Observatoire de la sécurité des médecins note une forte hausse des actes de violence. Quelle est votre perception de ce phénomène ?

D^r Donnadieu

Je suis le référent sécurité pour le Conseil départemental de l'Ordre de Paris

et à ce titre, je reçois toutes les déclarations des médecins parisiens. Depuis quelques années, j'enregistre environ deux déclarations par semaine, essentiellement pour des faits d'agressions verbales lors des consultations, mais aussi lors d'interactions indirectes, par téléphone, par SMS ou par mail.

J'ai nettement l'impression que les moyens de communication actuels libèrent la parole et facilitent les propos haineux. D'ailleurs, on constate parallèlement une accélération des attaques à la réputation des médecins via les avis en ligne. Ces faits n'entrent pas dans les statistiques de l'Observatoire, mais ce sont souvent des événements douloureux pour les personnes concernées. Comme à Mulhouse, les déclarations de violences physiques sont rares à Paris, mais j'en recense tout de même trois ou quatre par an. Je tiens, enfin, à souligner que **nous avons une large zone d'ombre en ce qui concerne le secteur hospitalier. Les faits rapportés officiellement y sont peu nombreux** mais j'y vois davantage un phénomène de tabou et de non-dit que le signe d'un climat paisible.

D^r Avrane

Cette année, l'Observatoire de la sécurité des médecins souffle sa 20^e bougie et le moins que l'on puisse dire, c'est que

le bilan 2022 n'est pas le cadeau dont nous rêvions... En effet, nous avons reçu 1244 déclarations d'incidents contre 1009 l'an dernier. C'est le chiffre le plus élevé jamais noté. Si on observe les résultats avec attention, on remarque de fortes disparités régionales, avec un top quatre qui se détache nettement : Hauts-de-France, Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, PACA. Un classement en partie lié au nombre de médecins inscrits dans chaque département. Autre fait notable : la forte prévalence dans les milieux urbains.

On remarque aussi que **près de trois quarts des déclarations proviennent de médecins généralistes, qui ne représentent que 43 % de la population médicale**. Il y a un phénomène général de sous-déclaration des incidents, qui est plus marqué dans les centres hospitaliers. En outre, 56 % des victimes sont des femmes alors que la structure de la démographie médicale est à parité. Quant aux faits remontés, ce sont à 80 % des atteintes aux personnes (agressions verbales, menaces et, dans une moindre mesure, agressions physiques), le reste étant constitué de vols, de tentatives de vol et d'actes de vandalisme.

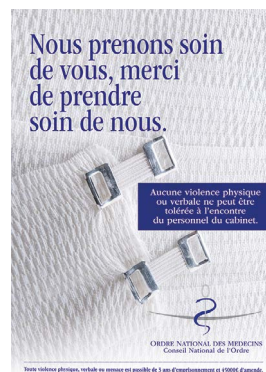
D^r Avrane

Il me semble d'abord que notre société devient de plus en plus violente. Les insultes, violences verbales et autres comportements brutaux se sont largement banalisés. Désormais, tous ceux qui sont assimilés à «l'institution» peuvent potentiellement faire figure d'ennemis désignés pour une partie de la population, alors même qu'ils œuvrent pour la santé ou la sécurité de nos concitoyens. C'est le cas des pompiers, mais aussi des soignants à l'hôpital et des médecins. De plus, **les tensions sur le système de soins contribuent à dégrader l'image des professionnels de santé** qui sont trop souvent jugés responsables d'une situation dont ils subissent eux aussi les effets délétères.

D^r Hermann

J'ai l'impression que pendant la crise sanitaire, le corps médical est peu à peu devenu

le symbole de l'enfermement de la société et des contraintes imposées aux individus. Les angoisses liées à la maladie puis les confinements successifs ont pu susciter chez certains un stress post-traumatique dont les effets ne sont sans doute pas estompés, et le climat anxieux de ces derniers mois n'arrange rien. Quand on entend parler en permanence de déserts médicaux et d'hôpital en faillite, on est moins serein vis-à-vis du système de santé et de tous ceux qui le représentent. Cela dit, ce n'est pas dans les quartiers défavorisés, où pourtant le système de santé est souvent encore plus fragile qu'ailleurs, que nous sommes les plus exposés aux incivilités... Par ailleurs, je remarque aussi que **notre société est devenue très impatiente. La digitalisation des modes de consommation a sans doute des effets indirects sur notre profession.** Quand on commande une pizza en ligne, elle arrive dans la demi-heure, pourquoi n'en irait-il pas de même avec le médecin? Au niveau de SOS Médecins Mulhouse, ces derniers mois, nous avons d'ailleurs recensé plusieurs incidents déclenchés par des retards perçus ou par des refus d'accéder aux demandes des patients. En ce qui me concerne, c'est une simple erreur d'étage qui a déclenché la colère de mon agresseur...



L'Ordre met à disposition cette affiche sur son site pour sensibiliser les patients.

+ D'INFOS Téléchargez l'affiche

Selon vous, qu'est-ce qui explique une telle hausse ?

D^r Donnadieu

Je partage les points de vue de mes confrères. Je constate également que la violence est devenue un mode d'expression comme un autre. Et je remarque aussi que la digitalisation/distanciation de la médecine accélérée par la crise sanitaire pousse certains à assimiler la médecine à une prestation comme une autre. **Les liens entre les praticiens et leurs patients se distendent, encourageant des relations tournées vers l'efficacité et la rapidité.** Toutefois, je pense qu'une partie de la hausse que nous observons dans le bilan de l'Observatoire de la sécurité des médecins est liée au fait que les médecins sont peut-être plus enclins à déclarer les faits de violences dont ils sont victimes qu'auparavant, même s'il y a encore une très large sous-déclaration.

De quelle façon l'Ordre, et notamment les conseils départementaux, agissent-ils auprès des médecins pour tenter de prévenir les agressions, et pour les accompagner lorsque celles-ci ont lieu ?

D^r Donnadieu

À Paris, comme dans tous les ordres départementaux, le référent sécurité est alerté très rapidement à chaque fois qu'une fiche de déclaration est enregistrée. En général, nous prenons contact avec la victime dans la journée. Pour ma part, je suis une procédure bien rodée : lorsque j'appelle mon confrère, je commence par un temps d'écoute qui me permet d'apprécier le retentissement que l'événement peut avoir dans sa vie, sachant que certains sont parfois si choqués qu'ils sont tentés d'arrêter la médecine. Je donne ensuite quelques conseils qui visent à systématiser le dépôt de plainte (et pas la simple main courante). En fonction de la situation, j'explique que l'Ordre peut se porter partie civile et je rappelle que les peines sont systématiquement aggravées quand la victime est un professionnel de santé. Si besoin, je suggère également des pistes pour renforcer sa sécurité à l'avenir, qu'il s'agisse d'installer une caméra dans la salle d'attente ou de refuser les patients inconnus le soir quand on est seul au cabinet... Il peut, dans certains cas, m'arriver de mobiliser ensuite le service d'entraide pour apporter une réponse psychologique, médicale ou financière.

D^r Avrane

Au niveau national, nous améliorons en permanence le dispositif de prévention et d'intervention d'urgence. La fiche de déclaration est régulièrement revue

afin d'être toujours plus simple à remplir mais aussi la plus informative possible pour nos travaux de veille. Dans les prochaines semaines, j'organise trois séminaires avec tous les référents sécurité pour envisager de nouvelles évolutions. Parallèlement, nous nous efforçons de médiatiser les résultats de l'Observatoire afin de sensibiliser davantage nos partenaires institutionnels qui sont les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur. Cela a déjà permis à une large partie des conseils départementaux de signer des conventions «santé sécurité justice» qui ont pour but de faciliter le dépôt de plainte, d'accompagner les médecins victimes, voire de mettre en place des visites de prévention dans les cabinets. Les choses avancent également du côté du ministère de la Santé. Ainsi, Agnès Firmin-Le Bodo, la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, a récemment lancé une mission sur la thématique de la sécurité des professionnels de santé et l'Ordre est partie prenante de ces réflexions.

P^r Hermann

Après mon agression, j'ai bénéficié d'un grand soutien de la part de la communauté médicale,

à commencer par l'Ordre qui s'est mobilisé très vite. Une demi-heure après avoir fait part de mon agression sur le groupe WhatsApp de SOS Médecins Mulhouse, notre président, le D^r Frédéric Trynieszewski, m'avait rejoint au commissariat. Trois heures après, l'avocat de l'Ordre m'appelaient pour me dire qu'il allait m'accompagner tout au long du périple judiciaire (qui s'est achevé par une condamnation à 5 ans de prison ferme, l'agresseur étant multirécidiviste). Le D^r Cerfon, président du CDOM 68, et le D^r Avrane, du Conseil national, ont également appelé pour prendre de mes nouvelles. Malgré cette solidarité, cette mésaventure a laissé des traces et j'ai souhaité avoir recours à un suivi psychologique pour apprivoiser mon anxiété. Aujourd'hui, je vais bien, mais j'ai traversé une période difficile. Pour finir, je voudrais faire part d'un regret : celui de n'avoir jamais été formé pour faire face aux tensions qui peuvent survenir avec les patients ou leur entourage. Je pense qu'il y aurait là matière à réflexion pour les futures maquettes des études de médecine.

Depuis près de 25 ans, les textes de loi renforcent l'autonomie des patients et le devoir des soignants de les accompagner. Les patients acquièrent de nouveaux droits qui modifient l'approche de la fin de vie.

Texte : Fanny Napolier
Photos : DR, Getty

DROITS ET AUTONOMIE DES PATIENTS : UNE LÉGISLATION RENFORCÉE



→ **Loi du 9 juin 1999.** Pour la première fois, les soins palliatifs sont reconnus dans la loi : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. » Ils sont définis comme des « soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

→ **Loi du 4 mars 2002.** Dite aussi « loi Kouchner », elle établit la notion juridique de « droit des malades ». La personne malade devient l'acteur principal de sa santé et doit être informée de son état de santé. Son consentement « libre et éclairé » doit être recueilli avant toute investigation ou traitement. Le droit au refus de traitement est reconnu.

→ **Loi du 22 avril 2005.** Dite « loi Leonetti », c'est la première à être spécifique à la fin de vie. Le patient peut s'opposer à un traitement qu'il perçoit comme une « obstination déraisonnable ». « Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade », indique l'article 2. Le texte introduit les directives anticipées et le recours à une personne de confiance. Il pose aussi le principe de collégialité dans la décision d'arrêt des traitements.

→ **Loi du 2 février 2016.** C'est la loi en vigueur, dite « Claeys-Leonetti ». Elle met en place la possibilité d'une sédation profonde et continue, jusqu'au décès, en cas de pronostic vital engagé à court terme, même si elle a pour effet d'abrèger la vie. La décision doit être collégiale. L'hydratation et la nutrition artificielles sont des traitements qui peuvent être arrêtés. Les directives anticipées n'ont plus de condition de durée et s'imposent au médecin, sauf cas exceptionnel.

Au fil des évolutions, l'Ordre des médecins a rappelé un principe fondamental : le médecin a le devoir d'accompagner les souffrances, mais il ne peut donner la mort. En 2016, l'institution s'est félicitée d'avoir été entendue sur le respect des convictions du patient exprimées ou anticipées et sur la collégialité des procédures.



LÉGALISATION D'UNE AIDE ACTIVE À MOURIR : CE QUI SE PRÉPARE

Une aide active à mourir pourrait-elle être légalisée en France dans les prochains mois ? Après un avis du Conseil consultatif national d'éthique et les travaux de la Convention citoyenne, Emmanuel Macron a annoncé un projet de loi sur le sujet avant la fin de l'été.

« **J**e vous donne un avis personnel, je suis favorable à ce qu'on évolue vers le modèle belge », indiquait Emmanuel Macron en avril 2022, pendant la campagne présidentielle, au sujet de la dépénalisation d'une aide active à mourir. Ce sera finalement un modèle « à la française », a récemment fait savoir le gouvernement, sans que l'on sache encore précisément ce que cela signifie. Un projet de loi composé de trois blocs – aide active à mourir, soins palliatifs et droits des patients – devrait voir le jour « avant la fin de l'été », a précisé fin avril la ministre déléguée aux professions de santé, Agnès Firmin-Le Bodo.

Entre-temps, plusieurs éléments sont venus alimenter le débat public. Le Conseil consultatif national d'éthique a rendu son avis 139, « Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité », qui repose sur deux piliers : le renforcement des soins palliatifs et l'ouverture, sous

strictes conditions, d'une aide active à mourir. « Le CCNE constate une zone d'ombre corrélative aux progrès de la médecine : la possibilité d'être confronté à sa propre finitude, pendant plusieurs mois, explique le professeur Régis Aubry, membre du CCNE, corapporteur de l'avis 139 et chef de service des soins palliatifs du CHU de Besançon (Doubs). Pour ces nouveaux cas de figure, qui confrontent la personne à sa fin de vie à moyen terme, le droit actuel ne semble pas adapté. Je pense notamment à la sédation profonde et continue. Une évolution apparaît donc nécessaire. »

Des fortes réserves...

Le 2 avril dernier, les membres de la Convention citoyenne sur la fin de vie ont remis leurs conclusions. Ils devaient dire si la loi actuelle (lire p. 16) répond à toutes les situations et si des changements doivent être envisagés. Après 27 journées de travail, la Convention s'est prononcée en faveur de la légalisation d'une aide active à mourir. « C'est un rassemblement sérieux de 184 citoyens français qui ont comme caractéristique commune d'aller bien. Et donc de réfléchir à

la question ainsi que des gens qui vont bien peuvent le faire, souligne Olivier de Margerie, président de la Fédération Jalmalv (Jusqu'à la mort accompagner la vie), qui accompagne des personnes en fin de vie. Mais ce que notre proximité avec des personnes en fin de vie nous montre, c'est que celles qui sont confrontées à une mort prochaine changent beaucoup d'avis. Elles ne sont pas dans la même position que 184 citoyens en bonne santé qui réfléchissent au sujet. » Et d'exprimer ses réserves quant à une évolution législative en faveur d'une aide active à mourir : « Nous serions plutôt enclins à recommander un aménagement au sein de la loi Claeys-Leonetti, pour proposer une solution par exception et appréciée par un juge, par exemple aux personnes qui ne peuvent pas bénéficier de l'actuelle sédation profonde et continue jusqu'au décès. »

... partagées par les médecins

Des réserves qu'expriment aussi de nombreux médecins, notamment par la voix de l'Ordre. Le 1^{er} avril dernier, le Cnom a publié les premiers résultats de la consultation interne menée entre juillet 2022



témoignage

DR RÉGIS AUBRY

membre du CCNE et chef
du service de soins palliatifs
de Besançon

« Il y a une ambivalence ultime à absorber un produit létal »

« Le suicide assisté et l'euthanasie nous semblent avoir un sous-bassement éthique assez différent.

Nous avons analysé les expériences dans les pays qui ont dépénalisé l'assistance au suicide, en particulier dans l'Oregon, aux États-Unis.

Au moins un tiers des personnes ne vont finalement pas chercher le produit létal ou ne l'absorbent pas. Selon nous, cela témoigne de l'ambivalence ultime à absorber un produit létal. D'autres travaux de recherche montrent que plus les personnes avancent dans le cours de leur maladie, plus elles ont une forme d'hésitation dans leur demande qui était ferme au départ.

Par ailleurs, l'implication du tiers diffère. Quand une demande d'assistance au suicide est adressée à un médecin, ce dernier accompagne cette demande, qui est l'expression d'une forme de souffrance existentielle, et tente d'y répondre. In fine, la personne absorbe elle-même le produit, avec ou sans la présence du médecin.

Dans le cas de l'euthanasie, c'est très différent : on demande à un tiers d'être celui qui administre le produit létal. Cela interroge ce que soigner veut dire. »

et mars 2023. Un « bilan d'étape » avant de connaître les concours plus précis de la future loi. « Il apparaît que la loi Claeys-Leonetti est en mesure de répondre à la plupart des situations de fin de vie, rapporte le Dr Anne-Marie Trarieux, présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom. Malgré tout, certains ne trouvent pas de réponse dans cette loi, notamment des personnes atteintes de pathologies avec un pronostic d'incurabilité à moyen terme, qui peuvent formuler des demandes d'euthanasie. Il s'agit de situations à la marge, mais elles existent. »

« Le fait majoritaire dominant porté par l'Ordre n'est pas favorable à une évolution de la loi, en particulier vers l'euthanasie et l'implication active du médecin dans ce processus », précise le Dr Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Cnom en charge de la communication. Cependant, et puisque le scénario qui se dessine semble être celui d'une dépénalisation d'une aide active à

21

C'EST LE NOMBRE de départements français qui restent dépourvus d'unité de soins palliatifs (sur 101 départements). En 2022, on recensait 9 500 lits de soins palliatifs dans l'ensemble des établissements.

3 %

C'EST LE NOMBRE de patients, admis en service de soins palliatifs, qui expriment une demande d'euthanasie. Ce chiffre est tiré d'une étude² de 2014 portant sur 2 157 dossiers médicaux.

2. Guirimand, F., Dubois, E., Laporte, L. et al. Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital: an analysis of patients files. *BMC Palliat Care* 13, 53 (2014). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-53>



la consultation de l'ordre

DR JEAN-MARCEL

MOURGUES, vice-président
du Cnom en charge
de la communication

« 95 % des conseils ont répondu, c'est considérable »

Nous avons mené une consultation en deux temps. Il y a eu une consultation en ligne, #soignerdemain, fin 2021. Elle portait essentiellement sur la gestion de la pandémie de Covid-19 et l'analyse du système de santé par les médecins. Mais nous avons aussi posé quelques questions sur la fin de vie. Si la majorité des médecins ne souhaite pas que l'on aille vers une aide active à mourir, une frange significative est favorable à une évolution. Ensuite, il y a eu la consultation interne. Nous avons envoyé une vingtaine de questions aux conseils départementaux, régionaux et interrégionaux. 95 % des conseils ont répondu, c'est considérable. Cela nous fait une base robuste. Nous avons aussi réalisé des auditions de conseils nationaux professionnels, de figures telles que le Dr Jean-François Delfraissy, président du CCNE, ou le député Alain Claeys, des séminaires et des journées de travail, afin d'élaborer l'avis qui a été présenté en assemblée générale.



mourir, l'Ordre a tenu à tracer des lignes rouges : clause de conscience spécifique, collégialité des décisions, exclusion des personnes n'étant pas en capacité d'exprimer leur volonté et des mineurs... Malgré tout, « l'Ordre étant légaliste, en cas de légalisation vers une aide active à mourir, quel qu'en soit le périmètre, la loi s'appliquera ».

Pour une meilleure application

Mais est-il pertinent d'envisager un nouveau texte, moins de dix ans après le dernier, quand celui-ci est encore mal connu et mal appliqué ? « Une évolution législative vers une aide active à mourir serait d'abord et avant tout le résultat de l'échec de l'application de la loi de 2016 », tranche le D^r Frédéric Guirimand, ancien professeur

associé de médecine palliative et ancien chef de service du département Recherche, enseignement, formation de la maison médicale Jeanne-Garnier. « La loi actuelle est très bonne. Dans les lieux où elle est appliquée, elle permet de répondre à la très grande majorité des situations. Mais, malheureusement, la médecine n'a pas toujours compris et intégré les enjeux des évolutions sociétales que ce texte traduisait. La future loi ne résoudra rien si on ne s'attaque pas aux raisons de l'échec de celle de 2016 », ajoute le D^r Guirimand.

Ces raisons ? Manque de culture palliative chez les soignants dans leur ensemble, défaut de formation des professionnels, connaissance insuffisante de la loi par les Français... « C'est difficile et cela prend

du temps, car il s'agit d'une vraie révolution culturelle », souligne Olivier de Margerie. « Il est prouvé que la démarche palliative peut améliorer la qualité de vie quand elle est initiée de façon précoce. Nous constatons qu'un parcours médical imposé et subi fait le lit des demandes d'euthanasie. Les demandes d'euthanasie sont d'abord un cri d'appel à la reconnaissance de l'insupportable souffrance du patient », rappelle le D^r Guirimand, auteur d'une étude sur les raisons qui poussent les patients à demander une euthanasie, pourtant illégale. « On assiste à une tendance accrue à la médicalisation de la fin de vie. Osons nous interroger, par exemple, sur le nombre de patients qui reçoivent une chimiothérapie dans le dernier mois de vie et quel



témoignage

DR FRÉDÉRIC GUIRIMAND, ancien professeur associé de médecine palliative et ancien chef de service du département Recherche, enseignement, formation de la maison médicale Jeanne-Garnier.

« La question de la demande de mort est d'abord clinique »

«Ce sujet me paraît tellement complexe après plus de 20 ans de pratique de médecine palliative que je ne vois pas comment une Convention citoyenne peut, en 27 jours, faire le tour de la question pour émettre un avis. Elle n'a probablement pas vu tous les enjeux qu'il peut y avoir derrière ce questionnement.

Pour un soignant, la question de la demande de mort est d'abord clinique : il s'agit d'écouter, d'analyser et de comprendre cette demande afin d'accompagner au mieux la personne.

Autrement dit, il faut dissocier le fait d'être favorable à une dépénalisation de l'aide active à mourir et le fait de formuler une demande d'euthanasie à un médecin.

La Convention citoyenne a débattu sur la pertinence d'une évolution législative, mais n'a pas pu approfondir la question fondamentale : qu'est-ce qui motive une personne à demander, en phase avancée d'une maladie grave, une euthanasie ou une assistance au suicide ? Comme si la question se résumait à : "Faut-il accéder à cette demande ?" sans même avoir analysé et compris ce qui pouvait la motiver.»

sens cela a ! Tant que l'on n'aura pas valorisé la dimension humaine de la relation de soin, le "non-acte", alors la médicalisation sera renforcée avec un risque d'obstination déraisonnable», alerte-t-il.

Enfin évoluer sur les soins palliatifs

Afin de répondre à la nécessité du développement d'une culture palliative, Emmanuel Macron a annoncé un « plan décennal national pour la prise en charge de la douleur et pour les soins palliatifs ». Cette stratégie, confiée à la ministre déléguée aux Professions de santé Agnès Firmin-Le Bodo, débutera en 2024. Elle fait suite à cinq plans de quatre ans sur le même sujet. Son contenu sera scruté attentivement par les acteurs, qui attendent des mesures fortes. « Il serait extrêmement dangereux qu'en raison d'une demande parlementaire et d'une forte pression de l'opinion, on fasse évoluer le droit dans le cadre d'une loi sèche, qui ne s'accompagnerait pas d'une politique solidaire des personnes en situation de vulnérabilité. On en est au cinquième plan sur les soins palliatifs. C'est quand même étrange que l'on se pose encore les mêmes questions que lors du premier ! », note le Pr Régis Aubry. Pour autant, il veut croire que la stratégie décennale qui s'annonce pourra être l'occasion d'une



témoignage

OLIVIER DE MARGERIE, président de la fondation Jalmar

« Une question de société qui n'est pas posée par le débat actuel »

« Je perçois une ambiguïté entre le débat actuel et les attentes des Français. J'entends souvent chez ces derniers une forte demande pour avoir le choix de mettre fin à leur existence quand ils le décident. Souvent parce qu'ils ont vu des proches mourir dans des conditions très difficiles. C'est une autre demande que celle dont on débat actuellement : pouvoir mourir en bonne santé, tant qu'on a ses moyens, qu'on n'est pas une charge, qu'on a toute sa tête. La société française doit-elle reconnaître aux personnes le droit de mourir quand elles l'ont décidé ? Ce n'est plus une question médicale, mais une question de société, celle du suicide. Et elle n'est pas posée par Emmanuel Macron ni par le débat actuel. Il ne faudrait pas qu'à l'occasion du problème particulier des fins de vie et des maladies incurables, il y ait la tentation de mettre dans des articles de loi des éléments qui élargissent à la possibilité en général de choisir le moment de sa mort. Je crois que ce sont deux questions qu'il est très dangereux de mélanger. »



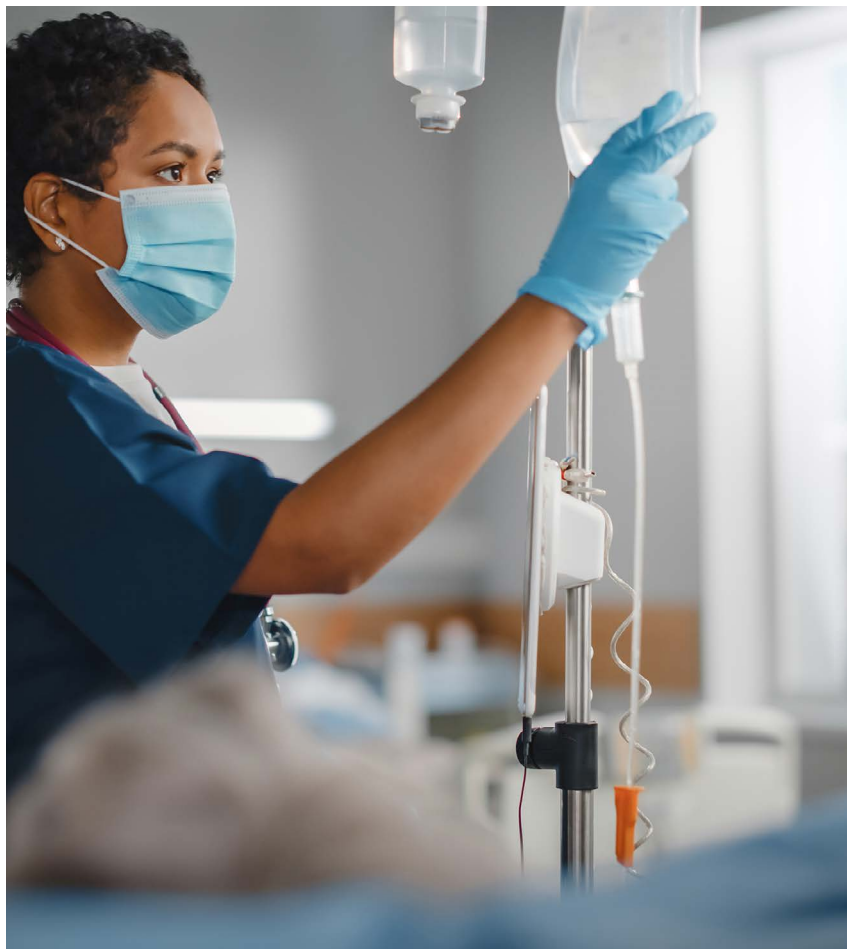
la position de l'ordre

DR ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la section
Éthique et déontologie

« Nous portons la revendication d'une clause de conscience spécifique en cas d'évolution de la loi »

Nous faisons un rappel très clair et ferme sur l'importance des soins palliatifs et de la mise en œuvre effective de la loi Claeys-Leonetti, tout en ayant conscience des fragilités du système de soins. Ensuite, un cadre clair a été tracé : l'Ordre est défavorable à la mise en place d'une aide active à mourir pour les mineurs et les personnes hors d'état de manifester leur volonté.

En cas d'évolution, l'Ordre fait valoir que le médecin ne peut délibérément provoquer la mort par l'administration d'un produit létal. L'Ordre s'est alors penché sur l'hypothèse du suicide assisté. La décision d'éligibilité de la mise en œuvre doit être collégiale et en aucun cas prise de façon isolée. Également, nous portons la revendication d'une clause de conscience spécifique en cas d'évolution de la loi. Celle-ci doit pouvoir être mise en œuvre à tout moment de la procédure. Par ailleurs, la décision doit être collégiale et en aucun cas prise de façon isolée.



réelle avancée. « Il y a lieu d'espérer que sur dix ans, on soit capable de construire quelque chose qui soit chargé de sens, note le P^r Aubry. On verra quand même la façon dont tout cela est mis en place : les financements, les bouleversements qu'on est capable de faire dans la formation des professionnels de santé... » La ministre a déjà annoncé qu'une « filière médicale » sera créée. Le cancérologue Franck Chauvin devrait proposer une feuille de route de cette stratégie décennale d'ici à la fin de l'année. •

70 %

DES FRANÇAIS

sont favorables à la légalisation d'une aide active à mourir. En cas de maladie extrêmement douloureuse et incurable, 69 % préféreraient être soulagés par des médicaments et des traitements plutôt que de recourir à une euthanasie (55 %). (Sondage IFOP, avril 2023)

3. <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie-ifop-journal-du-dimanche/>

CAHIER **Mon** exercice

24 E-SANTÉ

- 2023-2027 – Feuille de route numérique en santé
- Mon Espace Santé : quel bilan pour ce jeune service ?

26-27 DÉCRYPTAGE

- Médecine libérale : les dispositions du règlement arbitral

28-29 DÉCRYPTAGE

- La « loi Rist » définitivement adoptée

30 QUESTIONS-RÉPONSE

Un nouveau dispositif pour les lanceurs d'alerte

31 DÉCRYPTAGE

L'encadrement des relations médecins-industrie

31 ÉLECTIONS

VACCINATION HPV : LE RÔLE ESSENTIEL DES MÉDECINS

Une campagne de vaccination contre les HPV devrait avoir lieu à la rentrée, dans les collèges, pour les élèves de 5^e.

Une mesure essentielle, puisque la vaccination permet d'éviter jusqu'à 90 % des infections à l'origine des cancers HPV induits. Mais elle suscite également des interrogations chez de nombreux parents, souligne l'Institut national du cancer.

L'INCa a publié fin avril un communiqué rappelant « *le rôle clé des professionnels de santé* ».

Il met à la disposition de ces derniers une [page listant les arguments](#) pour répondre aux principales questions que les patients sont susceptibles de leur poser. Par ailleurs, l'organisme a développé une campagne d'information à destination des patients pour être diffusée dans les cabinets médicaux et sur les réseaux sociaux.

Son message : « On ne les protège jamais trop. » Elle renvoie vers différentes sources d'information, dont le médecin est la première référence. L'objectif global est d'atteindre 80 % de couverture vaccinale d'ici à 2030.

PARU AU JO

ARRÊTÉ DU 11 AVRIL 2023
modifiant l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif à l'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle d'approche communautaire et fixant la liste des établissements expérimentateurs

ARRÊTÉ DU 27 AVRIL 2023
modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 relatif aux mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la Covid-19

DÉCRET N° 2023-299 DU 21 AVRIL 2023
relatif aux institutions compétentes en matière de protection de l'enfance, d'adoption et d'accès aux origines personnelles

2023-2027

FEUILLE DE ROUTE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

La nouvelle feuille de route du numérique en santé pour 2023-2027 s'appuie sur le socle construit depuis 2019 et s'articule autour de quatre axes essentiels pour mettre le numérique au service de la santé.

MA SANTÉ 2022 PAR ET POUR LES CITOYENS

La première feuille de route sur le numérique en santé, « Ma santé 2022 », a posé les bases de ce que sera l'e-santé : mise en ligne des services et des plateformes numériques, lancement du Conseil du numérique en santé, constitution d'un cadre éthique. Cette seconde feuille de route consolide ces bases. Mise en concertation de décembre 2022 à mars 2023, elle a recueilli les propositions des acteurs et usagers de la santé.



LES 4 AXES DE CETTE FEUILLE DE ROUTE

1 → PRÉVENTION

- Faire entrer Mon espace santé dans nos vies quotidiennes.
- Développer une prévention personnalisée.
- Rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données.
- Accompagner tous les citoyens pour qu'ils s'approprient la santé numérique, en particulier les plus fragiles et les plus vulnérables.
- Faire bénéficier tous les citoyens des innovations en santé numérique.

2 → PRISE EN CHARGE

- Permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge.
- Simplifier et sécuriser l'accès des professionnels aux services numériques depuis leurs logiciels métier et en mobilité.
- Aider la montée en puissance des nouvelles organisations territoriales des professionnels avec une offre régionale clarifiée et des messengeries

instantanées interopérables.

- Renforcer l'accompagnement de proximité et la formation des professionnels de santé, du médico-social et du social vis-à-vis du numérique.

3 → ACCÈS À LA SANTÉ

- Renforcer l'information des patients et des professionnels sur la santé et l'offre de santé dans les territoires.
- Développer l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique.
- Promouvoir et articuler entre elles les plateformes numériques professionnelles de régulation médicale et de prise en charge urgente.
- Diffuser largement l'application carte Vitale.

4 → CADRE PROPICE

- Élaborer et mettre en œuvre un nouveau plan pluriannuel sur le renforcement massif de la cybersécurité pour tous les acteurs de santé et

notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux.

- Systématiser la coconstruction de référentiels d'exigence pour les services numériques en santé, secteur par secteur, en sécurisant leur application effective par les acteurs de santé et les entreprises qui les fournissent.
- Accroître la transparence du numérique en santé en publiant un observatoire de la maturité numérique des acteurs de santé français et des pays européens, ainsi que des entreprises du numérique en santé.
- Attirer des talents du numérique vers la santé.
- Développer la recherche en santé numérique, et en particulier l'utilisation secondaire des données de santé.

+ D'INFOS Le projet de feuille de route au complet



MON ESPACE SANTÉ : QUEL BILAN POUR CE JEUNE SERVICE ?

Le 3 février 2022, Mon Espace Santé devenait accessible à tous les usagers, après une phase pilote. L'objectif : proposer un outil qui facilite la circulation dans le système de soins et qui rende le patient « maître de ses données ».



PR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général aux Données
de santé et au Numérique
au Cnom

UN DÉMARRAGE EN DOUCEUR

Près de 66 millions de comptes ont été créés depuis le lancement de Mon Espace Santé. En février – date du dernier bilan dressé par l'Assurance maladie (AM) et l'Agence du numérique en santé (ANS) –, 7,9 millions d'usagers avaient activé le service. Parmi eux, 3,2 millions avaient ajouté au moins un élément à leur profil médical, et 10 % visitaient leur profil d'un mois sur l'autre. Un démarrage en douceur nuancé par l'AM et l'ANS qui constataient une augmentation du nombre d'activation. Elles en ont dénombré 220 000 en décembre 2022 et janvier 2023.

Par ailleurs, l'application Mon Espace Santé, lancée en mai 2022, a été téléchargée plus de 700 000 fois.

UN OUTIL DE PARTAGE

Le carnet de santé numérique permet de transmettre des documents. En un an, plus de 45 millions ont été envoyés. Une étude de l'ANS distingue trois cas principaux d'utilisation de cet outil :

- Après une prise en charge ou une consultation : les documents liés à une fin d'hospitalisation, les lettres de liaison, les comptes-rendus (opératoires, de biologie...), etc.

- Les échanges d'informations médico-administratives, telles que les confirmations de rendez-vous, par exemple.
- Les documents liés au suivi médical, comme des photos de plaie ou des éléments liés à un suivi postopératoire.

UN CATALOGUE DE SERVICES

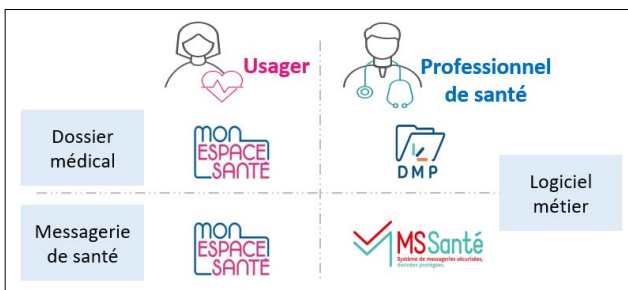
Quelques mois après son lancement, en novembre, Mon Espace Santé s'est enrichi d'un catalogue de services. L'objectif : « Permettre aux usagers d'identifier les services de qualité et aux professionnels de santé de les conseiller sur ceux à utiliser. »

Les patients ont accès à une liste de sites Internet, de services, d'applications permettant, par exemple, de prendre des rendez-vous médicaux, de suivre leur maladie chronique ou encore de disposer d'informations sur la santé de l'enfant. 150 critères ont été définis pour s'assurer de la sécurité, de l'éthique ou encore de la technique de ces services.

À terme, l'objectif est que l'utilisateur puisse, s'il le souhaite, partager ses données avec certains de ces services, de la façon la plus simple et sécurisée possible.

DES AMBASSADEURS POUR LES PLUS ÉLOIGNÉS DU NUMÉRIQUE

La fracture numérique est une réalité et elle ne doit pas empêcher les patients d'accéder aux soins. Aussi un dispositif d'ambassadeurs a-t-il été mis en place afin d'accompagner les personnes les plus éloignées du numérique. En février 2023, ces ambassadeurs étaient au nombre de 1000, répartis dans toutes les régions. Leur objectif est de faire connaître Mon Espace Santé à travers diverses actions. Par exemple : tenir un stand dans un établissement de santé ou organiser des ateliers de présentation. En Occitanie, ce dispositif a permis de sensibiliser plus de 13 000 personnes. Résultat ? Près de 1 500 comptes ont été créés.



+ D'INFOS Retrouvez les informations dédiées
aux professionnels [ici](#)

MÉDECINE LIBÉRALE : LES DISPOSITIONS DU RÈGLEMENT ARBITRAL

Rédigé par Annick Morel, le règlement arbitral a été publié au Journal officiel fin avril, après l'échec des négociations entre l'Assurance maladie et les syndicats. Le point sur les différentes dispositions de ce texte.



**D^r RENÉ-PIERRE
LABARRIÈRE,**

président de la section Exercice
professionnel du Cnom

Les négociations entre l'Assurance maladie et les syndicats n'ont pas abouti (lire ci-contre). Le Code de la Sécurité sociale prévoit, dans ce cas de figure, le recours à un arbitre afin d'élaborer un texte faisant office de convention. Annick Morel a été chargée de rédiger ce règlement arbitral. Ce dernier reconduit une grande partie de la convention de 2016, et ses neuf avenants, mais met également en place d'autres dispositions.

LES NOUVEAUX TARIFS DE CONSULTATION

Des revalorisations sont prévues par le règlement arbitral. Leur montant est faible par rapport à ce que demandaient les syndicats : +1,50 € en métropole et +1,80 € pour les outre-mer. Ces nouveaux tarifs s'appliqueront à partir du 1^{er} novembre.

Les principales revalorisations :

- Consultations et visites de référence des médecins généralistes : 26,50 € pour les plus de 6 ans (au lieu de 25 €); 31,50 € pour les moins de 6 ans (au lieu de 30 €).
- Avis ponctuel de consultant : 56,50 € (au lieu de 55 €); 64 € pour les psychiatres, neuropsychiatres, neurologues (au lieu de 62,50 €).
- Consultations complexes : 47,50 € (au lieu de 46 €).

L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS FRAGILES

Plusieurs mesures du règlement visent à améliorer l'accès aux soins des patients les plus fragiles.

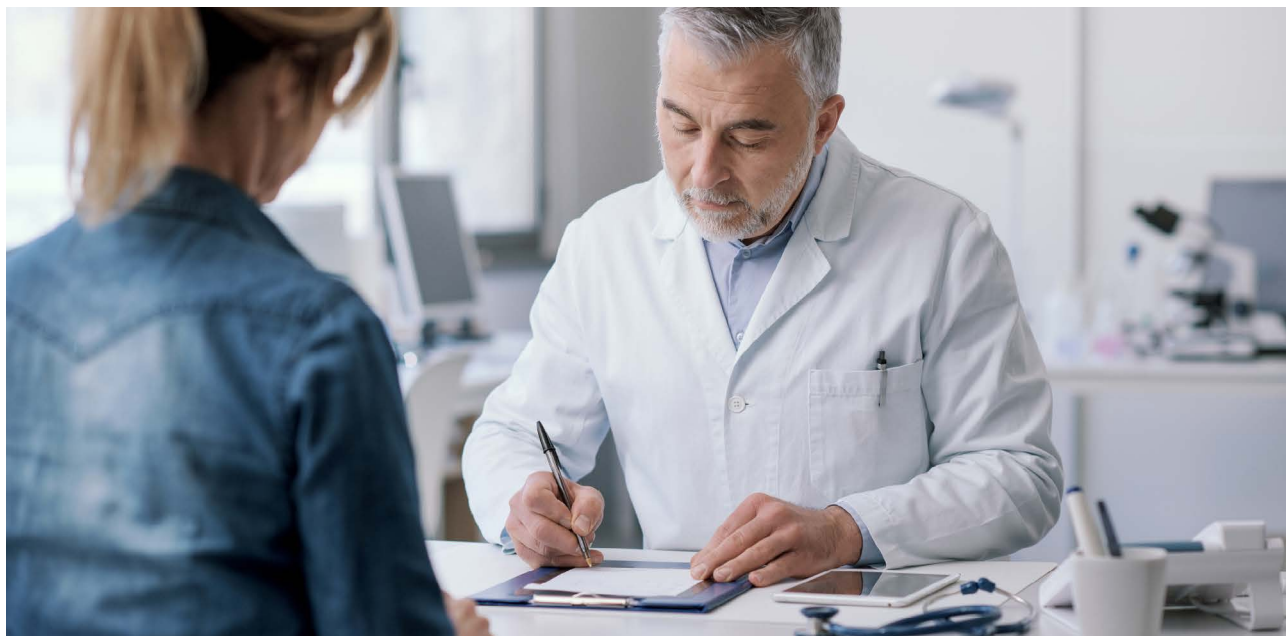
- Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) pour les personnes de plus de 80 ans ou en ALD passe à 46 € (contre 42 €). Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2024.
- Les visites auprès de patients en soins palliatifs par les médecins traitants sont déplafonnées. Elles étaient limitées à 4 par année civile. Ces visites très complexes sont facturées 60 €.
- Une « consultation spécifique pour l'inscription d'un nouveau patient en ALD dans la patientèle du médecin traitant » est créée, avec un règlement à 60 €. Une dérogation permet la mise en place immédiate de cette mesure.

ASSISTANTS MÉDICAUX

Les conditions d'embauche d'un assistant médical sont assouplies par le règlement. La quasi-totalité des spécialistes exerçant en secteur 1 ou adhérent à l'Optam peuvent en bénéficier. De plus, il n'y a plus d'obligation d'exercice coordonné, d'exercice regroupé ou dans une zone sous-dense pour pouvoir bénéficier de l'aide de l'Assurance maladie. Le montant de cette aide varie selon que la personne recrutée travaille à temps plein ou à mi-temps. Il est dégressif les deux premières années, puis varie entre 10500 € et 36000 €, selon les objectifs d'augmentation de patientèle atteints par le médecin.

LES SOINS URGENTS

Les médecins qui acceptent des patients hors patientèle dans les 48 heures de l'adressage par le médecin régulateur du service d'accès aux soins (avec un maximum de 20 actes par semaine) bénéficient d'une majoration



de 15 €. Cette mesure, mise en place à l'été 2022, est pérennisée par le règlement arbitral. Quant à la rémunération forfaitaire horaire pour les médecins participant à la régulation de la PDSA, elle est maintenue à 100 €.

DES EXIGENCES MOINDRES

Certains indicateurs du volet 2 du forfait structure (l'aide financière liée à l'organisation et à l'informatisation du cabinet) ont été revus à la baisse afin de «tenir compte

d'une montée en charge plus progressive que prévu de certains outils numériques», a indiqué Annick Morel.

La transmission électronique de plusieurs documents devra représenter une part moins importante des envois totaux, par rapport à la convention de 2016 :

- les demandes de prise en charge des patients en ALD : 80 % (vs 90 %);
- les prescriptions de transport : 20 % (vs 30 %);
- les déclarations simplifiées de grossesse : 10 % (vs 30 %);
- les ordonnances : 30 % (vs 50 %).

LA CHRONOLOGIE DU RÈGLEMENT ARBITRAL

En novembre se sont ouvertes les négociations sur la convention médicale. Elles ont duré plusieurs mois mais les deux parties n'ont pas trouvé de terrain d'entente. Fin février, les syndicats ont refusé de signer le texte proposé par l'Assurance maladie et que soutenait le gouvernement.

Face à l'échec des négociations, Annick Morel, ancienne inspectrice générale des Affaires sociales, a été désignée par l'Assurance maladie comme arbitre, ce que les syndicats ont accepté.

Le 24 avril, le texte a été dévoilé aux médecins libéraux. L'arrêté portant approbation du règlement a été publié quelques jours plus tard, le 30 avril, au *Journal officiel*.

Le règlement est valable pour 5 ans maximum, durée pendant laquelle de nouvelles négociations doivent avoir lieu.

Mi-mai, le directeur général de la Cnam Thomas Fatôme insistait sur la «*détermination de l'Assurance maladie*» à «*reprendre ces négociations en faisant le maximum pour réunir les conditions d'un succès*».

La dernière fois que la situation avait nécessité le recours à un règlement arbitral, c'était en 2010.

LA «LOI RIST» DÉFINITIVEMENT ADOPTÉE

La proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite «loi Rist», a été adoptée le 10 mai. Le point sur les dispositions contenues dans le texte.



D^R RENÉ-PIERRE LABARRIÈRE,
président de la section
Exercice professionnel du Cnom

C'est par 226 voix pour et 1 voix contre que la «loi Rist», du nom de la députée qui l'a portée, a été adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 mai, après plusieurs mois de discussions parlementaires. Ce vote définitif du Parlement a accepté le texte modifié par la commission mixte paritaire, qui s'était tenue début avril.

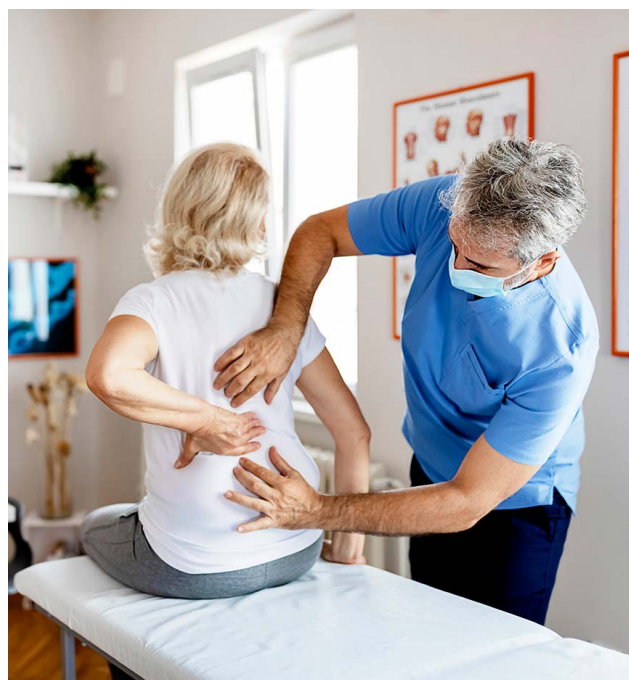
UN ACCÈS DIRECT MAIS ENCADRÉ

La mesure phare de la loi était l'accès direct des patients à certaines professions paramédicales, telles les IPA ou les kinésithérapeutes. C'était également la plus controversée. En effet, une telle disposition risquait de faire advenir un système à deux vitesses, en privant une partie de la population du diagnostic établi par le médecin. Ces inquiétudes exprimées par l'Ordre et de nombreux syndicats semblent avoir été entendues puisque la loi encadre finalement cet accès direct.

Ainsi, seuls les IPA exerçant en maison de santé, dans un centre de santé, ou au sein d'une équipe de soins primaires ou spécialisés coordonnée par un médecin, pourront être consultés directement par les patients.

La même restriction s'applique aux kinésithérapeutes, qui voient également leur nombre de séances en accès direct limité à 8 (contre 10 dans le texte initial).

La loi exclut donc de l'accès direct les IPA et kinésithérapeutes qui pratiquent en CPTS, contrairement à ce qui était prévu initialement. Sauf dans six départements (dont deux d'outre-mer) où une expérimentation sera menée pour cinq ans. Un décret doit en préciser les modalités, après avis de la Haute Autorité de santé. Les territoires où elle se déroulera devraient être connus «rapidement», a assuré la députée Rist.



L'accès direct est moins restreint pour les orthophonistes puisqu'il concerne également les professionnels exerçant en CPTS.

Enfin, la loi prévoit qu'un compte-rendu des soins effectués par ces paramédicaux soit transmis au médecin traitant du patient et déposé dans le DMP de ce dernier.

DES COMPÉTENCES ÉLARGIES

Un autre pan du texte concerne l'attribution de nouvelles compétences à certaines professions de santé. Ainsi, les IPA pourront désormais délivrer les primoprescriptions de certains produits et prestations de santé. Leur liste sera fixée par décret, là encore après avis de la HAS. Les compétences des infirmiers exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle ou en centre de santé sont elles aussi élargies. Ils pourront «prendre en charge la prévention et le traitement de plaies», mais également «prescrire des examens

« Si, au départ, nous avons pu formuler des inquiétudes quant à l'orientation initiale de ce texte, nous nous réjouissons que la loi adoptée soit davantage équilibrée. »

L'ORDRE DES MÉDECINS

complémentaires et des produits de santé». « Les résultats des interventions de l'infirmier sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé », précise la loi, afin de garantir une bonne information du médecin traitant au sujet de son patient.

Quant aux pharmaciens, ils sont désormais autorisés à renouveler pour un mois, et à trois reprises, une ordonnance expirée pour le traitement d'une maladie chronique.

Les assistants dentaires peuvent, « sous réserve d'avoir obtenu un titre de formation complémentaire [...], contribuer aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins postchirurgicaux ». Afin d'éviter toute dérive, le nombre d'assistants dentaires sur un site ne peut excéder celui des chirurgiens-dentistes – ou médecins exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire.

La loi fixe également de nouvelles compétences pour les opticiens-lunetiers puisqu'ils peuvent désormais « lors de la première délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact suivant la prescription, adapter cette prescription ». À condition de disposer de « l'accord écrit du praticien prescripteur ».

Les préparateurs en pharmacie pourront administrer certains vaccins, fixés par arrêté, et sous la supervision du pharmacien.

Par ailleurs, les pharmaciens biologistes sont autorisés à pratiquer des prélèvements dans le cadre du dépistage du cancer de l'utérus – une disposition initialement prévue à titre expérimental.

UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE

La loi porte également sur la permanence des soins dont doivent bénéficier les usagers, selon le Code de la santé publique. Elle en élargit la responsabilité en indiquant : « Les établissements de santé [...] ainsi que les médecins, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins. » Le Parlement n'a finalement pas retenu la notion de « valorisation de l'engagement territorial » des méde-

cins pour l'accès aux soins. Peu précise dans le texte, elle aurait pu conduire, selon les modalités finalement adoptées, à forcer les médecins à accepter plus de patients, à faire des gardes ou à exercer dans un désert médical.

+ D'INFOS Lire le communiqué

RETROUVEZ LE NUMÉRO SPÉCIAL SUR LE PARCOURS DE SOINS

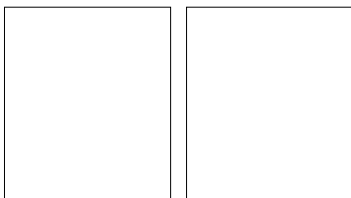


Dans un contexte de débat suscité par la loi Rist, l'Ordre des médecins a publié un numéro spécial de Médecins. Il porte sur une thématique unique et très riche : l'offre de soins et le parcours de santé territorial. Interviews, reportage, analyses...

cette publication montre la place incontournable des médecins et les enjeux de la coordination interprofessionnelle. Retrouvez ce numéro sur le [site de l'Ordre](#).

UN DISPOSITIF POUR LES LANCEURS D'ALERTE

Depuis la loi du 21 mars 2022 (n° 2022-401), le Cnom est considéré comme une « autorité externe » à laquelle les lanceurs d'alerte peuvent s'adresser. L'institution a donc mis en place une procédure pour recueillir leurs signalements.



COMMENT SIGNALER ?

Il est conseillé d'éviter les signalements anonymes afin de faciliter l'analyse du signalement, notamment si des informations complémentaires sont nécessaires à son traitement.

Plusieurs options existent pour adresser un signalement :

- Par voie électronique à lanceur.alerte@ordre.medecin.fr
- Par courrier, sous double enveloppe (afin de garantir la confidentialité) :

- Sur l'enveloppe intérieure doit figurer exclusivement la mention « signalement d'une alerte »

- Sur l'enveloppe extérieure uniquement, l'adresse d'expédition : Cnom – 4, rue Léon-Jost – 75017 Paris

- Par téléphone : 01 53 89 33 30

Il vous est demandé de préciser si un signalement a également été transmis par la voie interne.

ÊTES-VOUS CONCERNÉ ?

Oui, si vous correspondez à la définition donnée par la loi, à savoir « une personne physique qui signale ou divulgue, sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des informations » concernant toute violation grave d'une loi ou d'un règlement ou toute menace grave à l'intérêt général. Attention, il ne s'agit pas ici de porter plainte contre un médecin : cela relève d'une autre procédure.

QUELLES SONT LES GARANTIES APPORTÉES AU LANCEUR D'ALERTE ?

La procédure mise en place par le Cnom assure le strict respect de la confidentialité de votre identité et des informations recueillies.

Par ailleurs, si le signalement porte atteinte à un secret protégé par la loi, vous bénéficiez d'une irresponsabilité pénale à condition que la divulgation soit nécessaire et proportionnée à la sauvegarde des intérêts en cause.

La loi prévoit également l'impossibilité pour l'employeur de sanctionner, licencier ou prendre une mesure discriminatoire envers le salarié qui a signalé une alerte dans le respect de la loi.

La protection du lanceur d'alerte, prévue par les textes, est applicable en cas d'utilisation de bonne foi du dispositif, même si les faits s'avèrent par la suite inexacts ou ne donnent lieu à aucune suite.

À l'inverse, la dénonciation de faits inexacts en toute connaissance de cause peut vous exposer à d'éventuelles poursuites judiciaires, administratives ou disciplinaires.

QUEL TRAITEMENT DU SIGNALEMENT ?

Vous recevrez un accusé de réception de votre signalement dans un délai de 7 jours ouvrés.

Vous êtes également informé si votre signalement ne relève pas de la procédure « lanceur d'alerte », et êtes réorienté si besoin.

Vous êtes averti, dans un délai de 3 à 6 mois (selon la complexité de l'affaire), de la recevabilité de votre signalement, ainsi que des suites données. Le résultat final des diligences mises en œuvre est transmis par écrit.

Pour toute question sur le statut des lanceurs d'alerte, vous pouvez contacter le Défenseur des droits, en charge de coordonner l'action des autorités externes en matière de signalement de lanceurs d'alerte :

- par téléphone au 09 69 39 00 00;
- par voie électronique : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/lanceurs-dalerte>;
- par courrier gratuit sans affranchissement à : Défenseur des droits - Libre réponse 71120 - 75342 Paris CEDEX 07

+ D'INFOS La page dédiée sur le site

L'ENCADREMENT DES RELATIONS MÉDECINS-INDUSTRIE



L'Ordre a publié mi-avril son premier rapport d'évaluation de la commission Relations médecins-industrie (RMI) pour la période 2020-2022. En effet, le Cnom a été chargé d'une mission de service public en lien avec le dispositif «Encadrement des avantages». Il contrôle les avantages procurés à des médecins par les entreprises du médicament et celles du dispositif médical. Pour rappel, lorsqu'un médecin est missionné par un industriel dans le cadre d'une action, une convention doit être signée entre les deux parties. Elle précise :

- l'objet de la mission, qui doit être clairement défini et respecter le code de la déontologie médicale;
- les conditions de réalisation de la mission;
- les références juridiques;
- les avantages.

Le décret n° 2020-730 du 15 juin 2021 prévoit l'obligation pour les industriels de soumettre leurs dossiers par téléprocédure, via l'application Idahe, mise en place par le Cnom. Sauf certaines exceptions, l'envoi doit se faire dans les deux mois précédant l'événement. En fonction du montant des avantages offerts aux médecins, la législation a prévu deux régimes de sou-

mission de dossiers :

- Les recommandations (convention inférieure à 2000 €) : le Cnom examine le dossier et peut émettre des observations sur la convention que l'industriel est tenu de prendre en compte lors de la soumission de nouveaux dossiers.
- Les autorisations (convention supérieure à 2000 €) : le Cnom autorise ou refuse la convention établie entre un industriel et un médecin. La convention ne peut pas être mise en œuvre avant la décision du Cnom. Les décisions sont prises après instruction des dossiers au sein de la commission RMI. En parallèle, celle-ci soumet au Cnom les lignes directrices destinées à guider la prise des décisions individuelles et des recommandations.

Le rapport de la commission RMI conclut à la pertinence du dispositif d'encadrement, en ce qu'il permet de préciser les relations entre les médecins et l'industrie des médicaments et des dispositifs médicaux. Il contribue également à garantir l'indépendance professionnelle des médecins.

+ D'INFOS Lire le rapport complet

RÉSULTATS D'ÉLECTIONS

À la suite d'une élection complémentaire à la Chambre disciplinaire de première instance de La Réunion-Mayotte le 13 avril 2023, a été élu :

- Pierre-Jean Chaumont – suppléant

À la suite d'une élection complémentaire au Conseil régional de La Réunion-Mayotte de l'Ordre des médecins le 13 avril 2023, a été élu :

- Patrick Labat – département de La Réunion

À la suite d'une élection complémentaire au Conseil départemental de Mayotte de l'Ordre des médecins le 23 mars 2023, a été élue :

- Sophie Fouchard-Lelaure – titulaire

À la suite d'une élection complémentaire au Conseil régional

des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins le 16 mars 2023, ont été élus :

- Dorothee Douchement – département du Nord
- Jean-Pierre Pruvo – département du Nord

À la suite d'une élection complémentaire au Conseil régional d'Île-de-France de l'Ordre des médecins le 6 mars 2023, ont été élus :

- Isabelle Luck – département des Yvelines
- Julien Bullet – département des Yvelines

À la suite d'une élection complémentaire au Conseil régional du Grand Est de l'Ordre des médecins le 7 mars 2023, ont été élus :

- Laurent DAP – département de la Moselle
- Isabelle Renkes – département de la Moselle



« S’occuper de la santé de la population est le fil rouge de ma carrière »

D^r Caroline Semaille

Médecin en santé publique et infectiologue
Nouvelle directrice de Santé publique France

« **T**rès tôt déjà, je m’imaginai médecin. La première fois que j’y ai pensé, j’avais 10 ans. Adolescente, je me voyais travailler à l’Organisation mondiale de la santé (OMS). Plus tard, dans les années 1990, j’ai effectué mon internat dans les grands services de maladies infectieuses des hôpitaux parisiens, où j’ai lutté contre l’épidémie du VIH-Sida qui flambait. Depuis, j’ai été de tous les combats épidémiques : SRAS en 2003, grippe H1N1 en 2009, MERS-CoV en 2013, Ebola en 2014 et bien sûr, la Covid-19.

J’exerce depuis plus de 20 ans au sein des agences sanitaires françaises, et depuis dix ans à des postes de direction. S’occuper de la santé de la population est le fil rouge de ma carrière.

Ces deux dernières années, j’étais directrice générale adjointe de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Mais depuis février, je suis de retour “à la maison”. Avant d’en prendre la tête, j’ai passé treize années à Santé publique France (SPF), la plus importante structure de sécurité sanitaire en France avec la direction générale de la santé. Cette agence occupe une place particulière dans mon parcours et dans l’écosystème sanitaire.

À la tête de SPF, ma feuille de route est dense. L’Agence assure la surveillance et la protection de l’état de santé de 67 millions de Français ! Ce travail aide à définir les politiques de santé les plus adaptées. Sans compter que SPF est à un moment charnière. L’Agence a été particulièrement exposée – et critiquée – ces dernières années, en raison de son rôle important dans le suivi de l’épidémie de Covid.

Mais je suis une adepte du dialogue, combative – j’ai longtemps pratiqué la boxe et le taekwondo. Je souhaite donner un nouvel élan à l’Agence, fédérer les équipes. L’enjeu est d’envergure, à l’heure où les risques infectieux (comme l’épidémie de Covid-19 l’a rappelé) et environnementaux (la canicule, par exemple) sont légion. Pour atteindre cet objectif, je compte sur les médecins. Ce sont des partenaires évidents de la santé publique qui surveillent au quotidien l’état de santé des Français. SPF met à leur disposition de nombreux outils (bulletins épidémiologiques, campagnes de communication, lignes d’écoute, etc.) car ils sont des acteurs importants de la prévention.»

PARCOURS

1993

Mission humanitaire au nord du Cambodge pour Médecins du Monde.

1995-1998

Cheffe de clinique des Universités – Assistante

des Hôpitaux (CCA) – Centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges.

2000-2002

Médecin épidémiologiste programme EuroHIV à l’Institut national de veille sanitaire.

2002-2013

Responsable de la surveillance du VIH-sida, des infections sexuellement transmissibles (IST) et des hépatites à l’Institut national de veille sanitaire (agence qui a précédé Santé publique France).

2014-2019

Directrice produits en charge des vaccins, des thérapies géniques, des médicaments utilisés en maladies infectieuses ou dans les maladies rares à l’Agence nationale de sécurité du médicament

et des produits de santé (ANSM).

2019-2021

Directrice générale déléguée en charge du pôle produits réglementés à l’Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses).