



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 89 - janvier - février 2024

CAHIER **Mon**
exercice

• DÉCRYPTAGE
DE LA LFSS
• ÉLECTIONS
P. 25

REPORTAGE

**CHU de Poitiers :
mieux traiter
l'endométriose**

P. 12

RÉFLEXIONS


**L'humanisme
médical
est-il en crise ?**

P. 14

**Médicaments
innovants :
quels enjeux
éthiques ?**

P. 18





VU SUR LE WEB



UN DON POUR L'ENTRAIDE ORDINALE

Le Dr Jean-Claude Régi, ancien conseiller ordinal, a remis un don à l'entraide ordinale et à l'AFEM en présence sa vice-présidente, Dr Françoise Guize, et du président du Cnom, Dr François Arnault. Alors que l'Union syndicale des médecins des Alpes maritimes (USMAM) vient de fermer ses portes, le Dr Régi, ancien président, et son conseil d'administration ont décidé à l'unanimité de verser l'intégralité du produit de la vente de leur local à l'entraide nationale et à l'AFEM. Ce don profitera à l'ensemble des médecins, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou salariés, et à leurs familles.

[En savoir plus sur l'entraide ordinale](#)



Rapport sur les patients partenaires

La Corap, la Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers, vient de publier *Le patient partenaire*. Le point de départ de ce travail est un constat : « *L'écart entre une mise en place visiblement bien avancée des patients partenaires sur le terrain – quoique de façon hétérogène – et la méconnaissance qu'en a le corps médical dans son ensemble.* » Ce document vise donc à « *faire connaître le patient partenaire aux médecins.* »

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

**RENDEZ-VOUS
LE 10 AVRIL**



« Demain, quel système de santé ? »

C'est le thème du prochain débat de l'Ordre, le 10 avril, qui sera décliné en quatre tables rondes :

- Du soin vers un parcours en santé, que voulons-nous ?
- Comment optimiser l'appréciation des besoins de formation initiale des différents professionnels de santé pour le système de santé de demain ?
- Rôles et missions des acteurs institutionnels sur une refonte du système de santé
- La financiarisation de la santé

[Plus d'informations à venir sur le site du Cnom](#)



#Voeux

L'Ordre des médecins souhaite une bonne année 2024 à tous les médecins et les acteurs de la santé en France.

Une nouvelle année toujours aux côtés des Français pour défendre l'accès aux soins et construire la santé de demain !
https://twitter.com/ordre_medecins/status/1742516633581523120



@ordre_medecins • janvier 2024

#Dérives

La désinformation, un fléau pour la santé que nous ne pouvons laisser passer ! Le Cnom réaffirme donc son soutien au renforcement de la lutte contre les dérives sectaires avec notamment l'introduction d'un délit de sujétion. #fakenews

https://twitter.com/ordre_medecins/status/1750466166777114850



@ordre_medecins • janvier 2024



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web :
conseil-national.medecin.fr

sur Twitter : @ordre_medecins

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 :

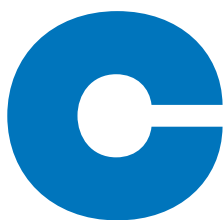
conseil-national.medecin.fr

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.



Dr François Arnault

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins



chers confrères, chers confrères,

L'Ordre des médecins poursuit son action sans relâche en soutien à notre profession. Nous avons pu constater, lors de sa conférence de presse, que le président de la République a fait de la situation du système de santé l'un des points forts de son intervention. Il a également donné la place qui doit être la sienne à la profession de médecin, rendant hommage au rôle essentiel des étudiants en médecine, des internes, à la compétence des médecins, soulignant la difficulté de nos études et leur longueur pour parvenir à la qualification dans une spécialité. Je souhaite le souligner et je pense que ce n'est que justice. Il persiste cependant que la situation de l'offre de soin est très tendue et que nous, médecins, devons être les acteurs d'une reconstruction territoriale de celle-ci. Le rôle central, que nous assumons depuis toujours auprès des patients au sein des équipes de soins, n'est plus contesté. Il apparaît en revanche évident que de nombreuses spécialités sont en perte d'attractivité, pour des raisons essentiellement dues à leur modèle économique, et probablement à une conception trop rigide des filières.

Vous trouverez dans ce numéro les cinq propositions de l'Ordre pour réformer et améliorer l'attractivité de notre profession.

Nous avons par ailleurs l'ambition d'agir contre les dérives sectaires, contre la désinformation de certains influenceurs sur les réseaux sociaux et, enfin, nous souhaitons intervenir auprès du législateur pour que les médecins qui signalent des faits de violence soient protégés par la loi s'ils agissent de bonne foi. Ce fléau social que représentent les violences intrafamiliales doit être combattu et les médecins qui sont aux côtés des victimes doivent avoir les moyens de mieux aider à les protéger.

Vous le voyez, notre ambition est multiple, professionnelle, sociétale, mais notre ambition est en priorité de redonner au médecin sa place incontestable dans la société au bénéfice de la population.

POSITION DE L'ORDRE

Cinq propositions pour améliorer l'accès aux soins



DR FRANÇOIS ARNAULD,
président du
Cnom

Mobilisé auprès des médecins dans l'intérêt des patients, l'Ordre des médecins

entend pleinement contribuer aux enjeux de la situation actuelle de l'offre de soins.

C'est pourquoi l'Ordre a transmis aux pouvoirs publics cinq propositions innovantes, modernes et simples à mettre en œuvre afin d'apporter plus de souplesse, pour élargir l'offre de soins et accroître l'attractivité de la profession de médecin. Pleinement conscient que les médecins assument leurs missions et leurs responsabilités dans des conditions parfois difficiles et qu'ils souhaitent légitimement évoluer dans leur exercice professionnel, nous réclamons de laisser la possibilité aux médecins de diversifier leurs pratiques professionnelles pour le bien-être de la profession, son attractivité et ainsi améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble de la population, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins.

1. RÉTABLIR LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Pour les médecins dont les compétences peuvent être avérées et certifiées, le rétablissement de la VAE Ordinale

est primordial afin de pouvoir reconnaître un droit d'exercice complémentaire, notamment en cancérologie, mais aussi en médecine palliative, en addictologie, en médecine de la douleur... Cette proposition répond à une demande pressante de la profession, certains médecins étant aujourd'hui bloqués dans leur exercice, depuis la non-reconduction de cette possibilité en 2021.

2. DÉBLOQUER LE VEROU DE L'EXERCICE EXCLUSIF D'UNE SPÉCIALITÉ

Actuellement, si un médecin peut être titulaire de plusieurs spécialités, il peut être inscrit au Tableau de l'Ordre mais n'exercer qu'une seule spécialité. Il devrait être possible d'exercer plusieurs spécialités de manière simultanée en fonction des compétences acquises. Cette ouverture a une implication majeure dans les perspectives d'évolutions professionnelles et d'attractivité des carrières.

3. PERMETTRE UN EXERCICE COMPLÉMENTAIRE EN DEHORS DE LA SPÉCIALITÉ D'INSCRIPTION

Les médecins ayant des compétences identifiées, actualisées et certifiées devraient pouvoir prétendre à un exercice complémentaire qui ne relève pas de leur spécialité, sur une activité déterminée. Un médecin pourrait ainsi exercer en dehors de son plateau technique habituel dans le cadre d'un projet professionnel en s'appuyant sur des compétences et des formations universitaires reconnues.

4. LIBÉRER LA PRESCRIPTION DES MÉDECINS

Les limites contraignantes actuelles ne permettent pas de répondre aux besoins alors que les médecins ont une compétence attestée dans leur exercice. C'est pourquoi, le médecin qui justifie d'une expérience et d'une formation assurant toutes les garanties de compétences devrait pouvoir prescrire au-delà de sa spécialité.

Il est incompréhensible que l'on permette à des professionnels de santé non-médecins de faire des prescriptions sans diagnostic préalable et qu'on le refuse aux médecins qui ont été formés à la clinique, au diagnostic et aux prescriptions lors des études de médecine.

5. RÉGULER L'EXERCICE DE LA « MÉDECINE ESTHÉTIQUE »

Une régulation de la médecine esthétique s'impose aux regards des complications et de certaines dérives. Il est nécessaire de mettre en place, d'une part, une formation universitaire ouverte aux seuls médecins, au-delà des médecins dont la spécialité comprend d'ores et déjà une formation et qui permet cet exercice ; et, d'autre part, une validation des acquis de l'expérience qui pourra reconnaître le droit de poursuivre cette activité.

La place et le rôle du médecin est primordial dans le soin, son exercice doit être reconnu, tant sur son évolution professionnelle que dans le champ de son exercice.

PUBLICATION

Fixation du montant de la cotisation 2024



D^R PIERRE MAURICE,
secrétaire
général du Cnom

Lors de la session budgétaire du 14 décembre 2023, conformément aux dispositions de l'article L. 4122-2 du code de la santé publique, **le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé de fixer le montant de la cotisation annuelle pour 2024 à 353 €**, soit une hausse de 3,82 %, inférieure à l'inflation de 4,9 %.

La cotisation des médecins retraités n'ayant plus aucune activité médicale rémunérée est fixée à 101 €. Celle de la Liste spéciale est fixée à 140 €.

Pour la catégorie Société civile professionnelle

(SCP) / Société d'exercice libérale (SEL) / Société de participation financière des professions libérales (SPFPL), la cotisation est entière, soit 353 €.

Les cotisants s'acquittent d'une demi-cotisation **la première année** de leur inscription.

Les exonérations, totales ou de la moitié de la cotisation, relèvent de la décision du conseil départemental.

La cotisation sert à faire fonctionner l'ensemble de l'Institution : les conseils départementaux, régionaux, le conseil national. Elle permet à l'Ordre d'assurer l'ensemble des ses missions et de continuer sa modernisation, notamment en accélérant la numérisation des dossiers des médecins dans les conseils départementaux ou encore en mettant en place des actions pour renforcer la sécurité informatique. Elle contribue à l'accompagnement des médecins tout au long de leur carrière à tous les échelons ordinaires, à la défense de la profession et à l'entraide.

CULTURE



La prescription du...

D^R BRUNO MELLET, conseiller national



Pénurie de soignants L'enquête choc!

du D^r Murielle Mollo (éd. Anfortas)

Cet essai se veut un cri d'alarme. Le D^r Murielle Mollo dresse le constat d'une situation catastrophique, dont notre système de santé n'est pas près de sortir si rien de concret n'est entrepris

rapidement. Le constat ? Six millions de Français sans médecin traitant, dont 600 000 en ALD, des actes chirurgicaux reportés, voire annulés, des délais de rendez-vous de plusieurs mois, des services entiers qui ferment...

Les propositions de la loi Ségur de 2020 sont largement insuffisantes et aucune solution efficace n'a été mise en place jusqu'à présent par les ministres de la santé successifs. De multiples défaillances ont conduit à

l'effondrement de notre système de santé, détaille le D^r Mollo dans son essai.

Parce qu'il n'existe pas de solution miracle à court terme pour résoudre la pénurie de soignants, l'auteure propose des solutions palliatives, issues de la réalité du terrain, qu'elle nomme « les 5 R » : rationner, rationaliser, responsabiliser, revaloriser et réconcilier. L'objectif est de rendre les professions de santé plus attractives, autant à l'hôpital que dans le privé. Pour appuyer ce travail, la parole est donnée aux acteurs du système de santé, soignants et usagers, à travers 25 témoignages forts, parfois émouvants, toujours pertinents. Cet essai est également basé sur une bibliographie de plus de 70 références. L'auteure a voulu effectuer un travail de vulgarisation en s'adressant à tous les publics afin d'alerter sur la catastrophe sanitaire annoncée et d'inciter à la mobilisation.

Ce livre a été récompensé par le Prix Litttré de l'essai 2023, décerné par le Groupement des écrivains médecins.

TOUR D'EUROPE DES ORDRES MÉDICAUX

L'Ordre fédéral des médecins

La Bundesärztekammer-BÄK

Fondée en 1947 et basée à Berlin, elle fédère 17 ordres des médecins régionaux (Landesärztekammern) auxquels les médecins allemands doivent obligatoirement être inscrits.



DR KLAUS REINHARDT, président de l'Ordre fédéral des médecins en Allemagne (Bundesärztekammer)

« La relation avec le Cnom repose sur une confiance mutuelle »

« Les crises qui sévissent dans le monde entier, comme le changement climatique, ont des répercussions considérables sur les systèmes de santé en Europe. Il est, par conséquent, nécessaire que les chambres médicales d'Europe travaillent en étroite collaboration. J'attache une importance particulière à la relation que nous entretenons avec le Cnom, qui repose sur une véritable confiance mutuelle. Cela se reflète également dans les valeurs que nous défendons au sein du Comité permanent des Médecins européens (CPME) et de l'Association Médicale Mondiale (AMM). Le maintien d'une étroite collaboration franco-allemande est essentiel pour les médecins de France, d'Allemagne et d'Europe. »

Ses missions

- Coordonne et facilite la cohérence des activités entre les chambres régionales.
- Veille à la qualité des soins au niveau fédéral.
- Encourage et maintient la solidarité et la confraternité entre médecins.
- Conseille et informe les médecins sur les sujets importants relevant des soins de santé.
- Instaure des règles uniformes pour les obligations professionnelles et l'activité médicale dans tous les domaines.
- Établit le code professionnel type et des règlements types

sur les formations spécialisées.

- Dialogue avec les pouvoirs publics.
- Collabore avec la communauté scientifique.
- Coopère avec les associations médicales étrangères : aux côtés du Cnom, l'Ordre fédéral des médecins allemand siège au sein du CPME et de l'AMM, et coordonne le réseau européen des autorités compétentes européennes (ENMCA) chargées de la reconnaissance des qualifications médicales, conformément à la directive 2005/36/CE.

Les 17 chambres régionales (Ordres des médecins des Länder)

- Défendent la profession.
- Enregistrent les médecins (tenue du Tableau).
- Garantissent les normes éthiques et scientifiques les plus élevées.
- Élaborent le code professionnel et veillent à son respect.
- Organisent et réglementent l'enseignement médical postuniversitaire.
- Pour les formations spécialisées : élaborent des règlements, définissent le contenu (en coopération avec les conseils scientifiques), organisent des examens, et délivrent des diplômes.
- Réglementent et organisent la formation continue.



- Des commissions d'experts et comités d'arbitrage y règlent les conflits entre patients-médecins.

Adhésion obligatoire pour tous les médecins : cotisation d'adhésion indexée sur les revenus professionnels médicaux des médecins (environ 0,6 %).



en Allemagne



Caractéristiques principales du système de santé

UN SYSTÈME BISMARCKIEN

Le système de protection sociale repose sur cinq principes :

- **L'Assurance obligatoire.** Toute la population est soumise à une obligation générale d'affiliation au régime légal d'assurance maladie ou à une assurance maladie privée.

Assurance maladie publique - obligatoire : 89 %

Assurance privée : 11 %

- **Le financement par cotisation.** Les caisses publiques et privées sont financées par les cotisations de leurs membres. Le montant de la cotisation à une caisse publique est calculé en fonction du revenu de l'assuré(e), tandis que les cotisations à une caisse privée dépendent de l'état de santé, de l'âge et du risque individuel de l'assuré.

- **La solidarité**

- **Le tiers payant.** Les assurés auprès d'une caisse publique reçoivent des soins médicaux sans avancer les frais.

- **L'autogestion.** L'État fixe des conditions cadres, définit des tâches en matière de soins médicaux et adopte des lois et règlements permettant leur mise en œuvre. L'organisation ainsi que la conception du système, en particulier le choix des traitements médicaux, les opérations, les thérapies et médicaments pris en charge ou non par les caisses d'assurance maladie, font l'objet de décisions prises au sein même du système de santé. Cette autogestion conjointe du système de santé est assurée par des représentants des professions médicales, des hôpitaux, des caisses d'assurance maladie et des assurés.

Le Comité mixte fédéral (G-BA) est le principal organe d'autogestion conjointe du système de santé. Sa tâche principale consiste à définir le contenu des soins de santé au moyen de directives contraignantes et à déterminer les prestations couvertes par l'assurance maladie publique.

ORGANISATION DES SOINS

Comme en France, l'offre de soins est divisée principalement en deux domaines : **les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.**

L'accès aux soins se fait selon le principe « *d'abord l'ambulatoire, ensuite l'hospitalier* ». Certains spécialistes comme les pédiatres, les gynécologues, les ophtalmologues et les médecins urgentistes peuvent

toujours être consultés sans avoir à consulter un médecin généraliste au préalable. Dans le cadre de l'assurance maladie publique, les assurés bénéficient d'incitations pour consulter un médecin généraliste avant un spécialiste.

Le secteur ambulatoire relève de la responsabilité des associations de médecins de l'assurance maladie obligatoire.

Il existe un **système strict de régulation de l'installation**. Ce système est largement accepté par les médecins, car ils contribuent eux-mêmes à l'évolution de ce dispositif.

La rémunération des médecins exerçant en cabinet privé (lorsqu'ils sont liés par contrat à l'association des médecins de l'assurance maladie obligatoire) repose sur un système de capitation : un montant fixe par patient payé chaque trimestre + une rémunération à l'acte qui est dégressive en fonction du nombre d'actes (plus il y a d'actes, moins le montant est élevé).

Les patients sont libres de choisir

leur médecin. Les affiliés au système d'assurance obligatoire ont un accès libre à 96 % de tous les médecins ambulatoires. Les 4 % restants traitent uniquement des patients qui sont assurés à titre privé ou qui paient eux-mêmes.

LES GRANDS DÉFIS

- **La pénurie de main-d'œuvre qualifiée :**

- vieillissement de la population médicale ;
- un nombre limité de places dans les universités allemandes (système de *numerus clausus* pour les personnes intéressées par des études de médecine dans les universités d'État).
- une forte dépendance à l'égard des médecins étrangers.

- **La numérisation du système de santé :**

- une utilisation sûre des données de santé, la mise en œuvre d'ordonnances électroniques, de dossiers électroniques des patients, etc.

- **Les pénuries de médicaments.**

- **La planification hospitalière,** avec la réforme du financement des hôpitaux.

Les soins de santé en chiffres

DÉPENSES DE SANTÉ

5 298 € par habitant, soit **12,8 % du PIB** - 441 milliards € par an

En France : 11,9 % du PIB

SOINS MÉDICAUX HOSPITALIERS

1 903 hôpitaux, soit 776 lits pour 100 000 habitants en 2021

PROFIL DES MÉDECINS

557 500 médecins en 2022, dont 421 300 actifs :

- **52 %** (217 400) d'**hospitaliers**
- **39 %** (165 600) d'**ambulatoires**, dont 110 100 libéraux et 55 600 salariés
- **9 %** autre (travaillant dans la recherche, les entreprises pharmaceutiques, l'auto-administration des médecins, etc.)

Médecine interne : 60 546

Médecine générale : 44 612

Chirurgie : 40 766

Anesthésie : 27 010

Gynécologie : 19 388

206 527 femmes médecins en activité soit 49 %

18,8 % de médecins de moins de 35 ans (en 2022)

En France : 197 417 médecins actifs réguliers au 1^{er} janvier 2023

La proportion des femmes est de 51,1 % ; celles des moins de 35 ans : 15,2 %

MÉDECINS ÉTRANGERS ACTIFS ET INACTIFS

26 853 médecins européens d'UE
13 617 médecins européens hors UE (Albanie, Andorre, Bosnie, etc.)

Nombre de médecins hors Europe :

- **Afrique :** 5 625
- **Amérique (Nord et Sud) :** 2 905
- **Asie :** 17 152

En France, 26 364 médecins en activité régulière ont obtenu leur diplôme à l'étranger (1^{er} janvier 2023), dont :

- 14 731 en dehors de l'UE
- 11 633 au sein de l'UE (hors France)



MODE D'EMPLOI

Sport et certificats médicaux : ce qu'il faut savoir

L'activité physique est bonne pour la santé, mais elle n'est pas sans risque. Certains clubs réclament donc à leurs adhérents un certificat médical pour pouvoir pratiquer. Le point sur les obligations et précautions à prendre face à une telle demande.



QUEL TYPE DE CERTIFICAT PEUT RÉCLAMER UN CLUB ?

Les patients ne peuvent pas vous demander un certificat d'aptitude à la pratique de l'activité physique et sportive, et vous ne devez pas leur en fournir. En effet, seul un certificat attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive peut être réclamé par un club.

DANS QUEL CAS UN CLUB PEUT-IL RÉCLAMER UN CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION À UN MAJEUR ?

En cas de sport « à contrainte particulière », un tel certificat médical est obligatoire. Il doit dater de moins d'un an et exige des examens approfondis. Pour les autres sports, cela dépend du club. S'il est affilié à une fédération, c'est elle qui fixe les règles : certaines réclament un certificat, d'autres non. S'il n'est pas affilié, c'est le règlement du club qui détermine la nécessité ou non de demander un certificat. Notons que si la licence délivrée induit une participation à des compétitions, un certificat peut être requis. N'hésitez pas à informer vos patients de ces différentes modalités pour éviter toute demande non justifiée de leur part.

LES MINEURS DOIVENT-ILS FOURNIR UN CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION ?

Non, sauf pour les sports « à contrainte particulière ». En effet, pour les autres sports, depuis 2021, un questionnaire rempli par les parents suffit pour s'inscrire dans un club.

QUELS SONT LES SPORTS « À CONTRAINTES PARTICULIÈRES » ?

Ce sont les pratiques qui présentent des spécificités liées notamment à l'environnement ou au matériel utilisé. En 2023, afin de libérer du temps médical, le nombre de ces sports a été réduit, passant de 9 à 5. Voici les disciplines concernées : la plongée subaquatique; la boxe et autres sports de combat pouvant entraîner un KO; les activités utilisant des armes à feu ou à air comprimé; les sports auto et moto pratiqués en compétitions; les disciplines motonautiques.

COMMENT SE DÉROULE LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION ?

Avant de rédiger le certificat, il convient de procéder à l'examen médical de son patient : interrogatoire, examens

cardiovasculaire, respiratoire, morphologique et ostéoarticulaire. La téléconsultation est donc exclue. Notons que les examens doivent être adaptés au sport envisagé, au niveau et à la fréquence de la pratique sportive, mais aussi aux antécédents du sportif, à son mode de vie et à ses caractéristiques (âge, sexe, poids, taille).

QUELLES SONT LES CONTRAINTES FORMELLES DU CERTIFICAT ?

Le certificat peut être rédigé sur papier libre à en-tête ou sur un formulaire prévu. Pour être valable, il doit dans tous les cas :

- mentionner l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance);
- préciser la date du jour de l'examen;
- certifier de l'absence d'une contre-indication apparente à la pratique du sport concerné;
- mentionner si le sport sera pratiqué ou non en compétition ;
- être signé par le médecin.

Il arrive que le praticien identifie les contre-indications « relatives », c'est-à-dire qui ne concernent que certains sports, certains gestes ou une certaine fréquence. De telles indications doivent être rédigées en toutes lettres sur le certificat médical.

INTERVIEW

« Apporter mon expérience du haut niveau »

D^r Pierre Sébastien

médecin généraliste et ancien médecin de l'équipe de France de handball

Après 17 années aux côtés de l'équipe de France de handball, le D^r Pierre Sébastien, 64 ans, met son expérience du très haut niveau au service des athlètes français en quête de médailles olympiques.

Vous rejoindrez, du 26 juillet au 11 août, la nouvelle Maison de la performance, située aux abords du village olympique de Saint-Denis. De quoi s'agit-il ?

Gérée par l'Agence nationale du sport et installée dans le lycée Marcel-Cachin de Saint-Ouen, cette structure inédite vise à mettre un maximum d'atouts du côté des 550 sportifs français. Au sein de la Maison de la performance, ils bénéficieront de zones d'entraînement et de récupération (avec des bains froids, des saunas), d'espaces médicaux et paramédicaux, de lieux de convivialité...

Quel sera votre rôle au sein de cette structure ?

Je serai consultant médical et j'interviendrai en soutien des équipes de chaque athlète. Nous serons trois médecins, trois kinés, des préparateurs mentaux, etc. J'apporterai mon expérience du haut niveau dans la médecine du sport.

Depuis plusieurs mois, je participe également à une cellule de soutien et de performance, animée par Claude Onesta, ancien sélectionneur de l'équipe de France de handball.

Nous rencontrons les sportifs médaillables engagés aux Jeux Olympiques et leurs coaches, sur leurs lieux d'entraînement. Nous leur proposons un accompagnement médical, physique et mental, un suivi des datas



et statistiques. Nous sommes aussi aux côtés des athlètes paralympiques.

Vous connaissez bien les exigences du sport de haut niveau...

En effet, entre 2004 et 2021, j'ai été le médecin de l'équipe de France de handball. Ensemble, nous avons remporté toutes les médailles possibles : championnats d'Europe, championnats du monde, Jeux Olympiques. Pourtant, je devais initialement n'y passer qu'une semaine ! En 2004, j'étais installé en tant que médecin généraliste à Toulouse, avec mon diplôme de médecin du sport en poche. J'étais d'ailleurs le médecin des Fenix, le club de handball de Toulouse. Finalement, cette aventure sportive et humaine, riche en titres et en rencontres, a duré 17 ans.

Pourquoi avoir accepté cette nouvelle mission olympique ?

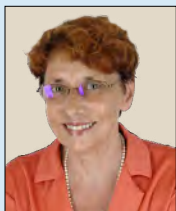
Justement car il s'agit des Jeux Olympiques ! C'est une compétition incomparable. J'ai eu la chance de vivre déjà quatre olympiades. Cette édition « à domicile » est encore plus spéciale. C'est même le plus grand événement sportif depuis un siècle en France. Je ne pouvais pas rater ça ! Et forcément, je surveillerai de près les résultats de l'équipe de France de handball.

Le don d'organes et de tissus en France

Texte : Hortense Lasbleis

Nous sommes cette année à mi-chemin du plan greffe 2022-2026, dont l'un des objectifs est d'augmenter le nombre de prélèvements d'organes et de tissus. Quelle est la situation à mi-parcours ?

Le point de vue de l'ordre



D^R ANNE-MARIE TRARIEUX, présidente de la section Éthique et déontologie

La priorité en matière de don d'organes a longtemps été l'information des patients, des donneurs potentiels. Malgré les efforts d'information, les campagnes incitatives et les résultats obtenus, des freins persistent et la liste d'attente active augmente pour les patients en attente de greffe. Le taux d'opposition reste stable.

L'objectif aujourd'hui serait de non seulement encourager la connaissance de la loi, mais favoriser l'adhésion au don d'organes et de tissus post portem, d'inciter à faire part à ses proches de son engagement en faveur du don d'organes ou de sa non opposition en cas de décès. Il s'agirait de faire en sorte qu'il n'y ait plus d'opposition de prudence de la famille dans les cas où le défunt ne s'est pas opposé au don d'organe en attestant de sa volonté sur le registre prévu en cas de refus.

Le médecin a un rôle à jouer pour inciter ses patients à en parler avec leurs proches.

Après une baisse liée à la crise sanitaire, les prélèvements d'organes et de tissus sont repartis à la hausse en 2022 en France. Mais toujours pas suffisamment pour couvrir les besoins : cette année-là, un millier de personnes sont décédées faute de greffon reçu à temps.

Tous donneurs potentiels

En France, les lois de bioéthiques régissent les dons d'organes et de tissus. Ces derniers reposent sur trois grands

principes : le consentement présumé (chacun est donneur sauf s'il a exprimé son refus); la gratuité du don; son anonymat (le nom du donneur ne peut pas être communiqué au receveur, et inversement).

Si une personne ne souhaite pas donner ses organes ou ses tissus, elle doit le faire savoir. Ce refus peut être total ou ne concerner que quelques organes ou tissus. En 2017, un décret a précisé les trois modalités d'opposition au don :

- s'inscrire sur le registre national des refus, ce qui peut se faire en ligne;
- faire valoir son opposition par écrit et confier ce document daté et signé à un proche;
- communiquer oralement son refus à ses proches, qui en attesteront ensuite auprès de l'équipe médicale.

Fin 2017, 300 000 personnes étaient inscrites sur le registre national des refus. Et moins de la moitié des Français ont parlé de leur position à leurs proches. « Dans le doute, ces derniers sont donc amenés, comme le rappellent les coordinations hospitalières, à se replier sur une position de prudence en rapportant une éventuelle opposition, ce qui interdit de fait le prélèvement », explique l'Agence nationale de biomédecine, qui gère notamment la liste des personnes en attente de greffe et le registre des refus.

Le rôle du médecin

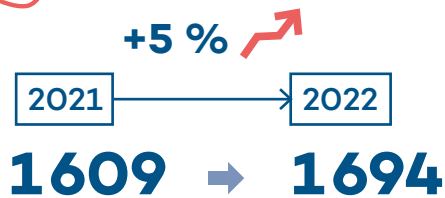
Il est donc essentiel qu'un nombre plus important de Français fassent connaître leur choix à leurs proches. Pour ce faire, il convient d'augmenter leur niveau d'information à ce sujet. Cela peut passer par de grandes campagnes nationales de communication. Mais les médecins ont également leur rôle à jouer. En effet, le médecin traitant est un interlocuteur privilégié avec lequel l'on peut parler de sujets que l'on n'ose pas aborder avec son entourage. D'ailleurs, l'article R. 1211-50 du code de la santé publique indique : « Tout médecin traitant qui suit un patient âgé d'au moins 16 ans s'assure, à un moment qu'il juge opportun, de sa connaissance de la possibilité du don d'organes à des fins de greffe ainsi que des modalités de consentement à ce don. [...] Le médecin précise au patient les sources d'information disponibles émanant de l'Agence de biomédecine, notamment l'existence de son site Internet. Il répond, le cas échéant, aux demandes d'information complémentaires. » L'Agence précise : « Les médecins de l'éducation nationale et de médecine préventive des établissements d'enseignement supérieur sont un relais supplémentaire d'information auprès des 16-25 ans, selon les mêmes modalités que celles prévues pour le médecin traitant. »

+ D'INFOS Le site de l'Agence de la biomédecine sur le don d'organes

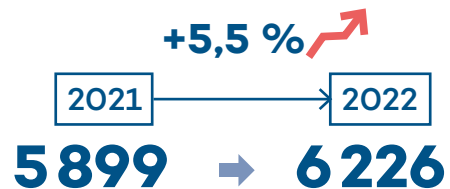
Le don et les greffes d'organes et de tissus



Nombre de prélèvements d'organes sur donneurs décédés :



Nombre de prélèvements de tissus sur donneurs décédés :



Évolution du nombre de greffes d'organes



10 810 patients étaient en liste d'attente active de greffe au 1^{er} janvier 2023.



57 ans

C'EST L'ÂGE MOYEN DES DONNEURS EN 2022, CONTRE 57,7 ANS EN 2021.



33 %

C'est le taux d'opposition

brut global des patients en mort encéphalique en 2022.



40,9 % DES PATIENTS en morts encéphaliques prélevés en 2022 avaient PLUS DE 65 ANS, contre **41,7 %** en 2021.



80 % des Français sont favorables au don de leurs organes après leur mort

MAIS

seuls **54 %** se sentent concernés par le don d'organes.

47 % seulement en ont parlé à leurs proches*.



*Chiffres de début 2023

Sources : Agence nationale de biomédecine



CHU DE POITIERS : MIEUX TRAITER L'ENDOMÉTRIOSE

Texte : Aude Borel | Photos : Pauline Pauget

Depuis janvier 2023, le centre hospitalier universitaire de Poitiers compte parmi les 16 centres labellisés par l'Agence régionale de santé pour la prise en charge de l'endométriose. Une équipe pluridisciplinaire se mobilise pour apaiser le quotidien des patientes.

Regard placide et voix posée, Donatella dresse la liste des symptômes : **« Des coups de poignard, des contractions violentes, des vomissements, des pertes de connaissance, une irradiation dans les jambes et cette sensation qu'on me broie le bassin. »** À 26 ans, une cœlioscopie lui diagnostique une endométriose profonde et sévère de stade 4. Il lui aura fallu 15 ans pour mettre un mot sur ses maux. En France, 1 femme sur 10 est touchée par cette pathologie chronique. **« La maladie est définie par le fait que la muqueuse est localisée en dehors de l'utérus, qu'elle va saigner et se développer en dehors des règles »,** explique le Pr Xavier Fritel, chirurgien gynécologue au CHU de Poitiers. Deux manifestations principales : l'infertilité et la douleur. **« La compréhension de la douleur chronique est récente. Les médecins apprennent la maladie au fur et à mesure qu'ils la soignent »,** précise-t-il. Pour soulager les symptômes, les algologues du CHU disposent d'un panel de solutions : médicaments, techniques non médicamenteuses, électrostimulation ou encore hypnose. **« Nous ne pouvons pas standardiser notre prise en charge. Je ne traite pas un organe, je traite une personne, avec son mode de vie, ses valeurs, ses attentes »,** souligne le Dr Élodie Charrier, médecin de la douleur. Le parcours de soins dépendra aussi de la gravité des lésions, des antécédents médicaux, du traitement jugé acceptable par la patiente et du risque chirurgical qu'elle est prête à prendre.

Une maladie hétérogène

Dans cette unité, tous les dossiers sont étudiés lors de réunions staff. **« Le label de centre de référence est une reconnaissance de plusieurs spécialités qui dialoguent ensemble pour adapter individuellement la prise en charge »,** souligne le Pr Fritel. Car cette pathologie peut toucher plusieurs organes. En 2019, l'endométriose de Donatella migre vers le côlon. À 40 ans, elle subit une anastomose colorectale. **« Cette maladie a un fort impact psychologique. Il faut apprendre à gérer son anxiété,**

prendre du recul et accepter de vivre avec », témoigne-t-elle. Deux ans plus tard, les crises persistent malgré les traitements hormonaux. Une nouvelle intervention est programmée : une hystérectomie avec ablation de l'ovaire gauche. L'opération dure sept heures. Elle est douloureuse pour la patiente et délicate pour les médecins. **« La difficulté, c'est que je dois enlever l'endométriose et préserver le fonctionnement des organes, »** indique le Pr Fritel. **De nombreux progrès ont été faits : dans l'immense majorité des cas, cette chirurgie est faite sans stomie, mais ce sont des chirurgies complexes. »**

Un accompagnement sur la durée

Aujourd'hui, Donatella n'a plus d'utérus. Elle ne subit plus de crises violentes mais vit avec des douleurs neuropathiques et ligamentaires. Quand les crises résistent, la prise en charge au long cours vise à atténuer la douleur au quotidien. **« Les femmes ont besoin de reprendre la maîtrise de leur corps. Nous sommes en train de vivre une révolution : avoir mal est désormais une interrogation légitime »,** estime Xavier Fritel. Pour compléter sa prise en charge, le CHU développe un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'endométriose au sein de La Villa Santé. Son objectif ? Aider les patientes à développer des ressources personnelles pour mieux vivre avec la maladie. En 2024, Donatella animera des ateliers autour de l'alimentation, du sommeil, de l'activité physique et de la relaxation.



+ D'INFOS <https://www.youtube.com/watch?v=6UERVTMqIXo>



←
Le CHU de Poitiers est labellisé centre multidisciplinaire référent pour l'endométriose depuis janvier 2023.

Chirurgiens gynécologues, médecins de la douleur et spécialistes de la reproduction travaillent de façon collégiale pour adapter au mieux la prise en charge des patientes souffrant d'endométriose.
 ↓



↑
Donatella a subi quatre opérations au total. Prise en charge par le P^r Fritel depuis la fin 2018, elle collabore désormais avec l'équipe médicale pour développer un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'endométriose.

Si les praticiens s'appuient sur les progrès de l'imagerie médicale pour comprendre la maladie, c'est avant tout la parole de la patiente qui est prise en compte pour déclencher le soin.
 →





L'humanisme médical est-il en crise ?

En moins d'un siècle, la médecine a effectué de formidables progrès. Le numérique et l'intelligence artificielle en promettent encore davantage dans les années à venir. Mais paradoxalement, les patients se plaignent d'un manque d'empathie, d'écoute et de dialogue avec les soignants. Autrement dit, d'une médecine en perte d'humanité.

Texte : **Éric Allermoz** | Photos : **Getty Images**

Avec...



D^R ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la
section Éthique et
déontologie du Cnom



DOMINIQUE PELJAK,
directeur général
du centre hospitalier
régional de Metz-
Thionville, auteur
de l'article « Humanisme
médical : un oxymore
du XXI^e siècle ? »



D^R CHRISTIAN GHASAROSSIAN,
professeur des universités,
médecin généraliste,
directeur du département
de médecine générale
de l'Université Paris-Cité

L'ESSENTIEL

- Concept fondateur de la profession, la médecine humaniste fait appel aux capacités d'écoute et d'empathie, de dialogue et de compassion des médecins.
- Plusieurs évolutions sont à noter, qui risquent de mettre à mal la relation soignant-soigné : davantage de patients pour les médecins, donc moins de temps à leur consacrer; des patients « consommateurs » de soins; la montée en puissance du numérique comme intermédiaire entre les malades et les médecins.
- Des solutions existent pour maintenir un lien de qualité avec les patients, notamment du côté de la formation. Il est également indispensable de redonner du temps médical aux médecins pour laisser davantage de place à l'écoute.

Anne-Marie
Trarieux

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, garant de la déontologie et de l'éthique médicale,

fait référence de façon récurrente à une pratique humaniste de la médecine. De quoi parle-t-on exactement ? De confiance et de bienveillance.

Celles-ci s'expriment dans la relation médecin-patient. **Plus que jamais, ce lien humaniste avec le patient s'impose comme l'un des principaux leviers du soin.** C'est une exigence, un devoir pour une profession pas comme les autres, qui touche à l'intime.

Aujourd'hui, cet humanisme médical est questionné par les grands bouleversements de la médecine du XXI^e siècle : révolution numérique, consumérisme médical, des soins toujours plus pointus, spécialisés, efficaces. L'autonomie accrue du patient peut le conduire à un isolement face à l'épreuve de la maladie. Des tensions émergent entre les patients et les soignants, suscitant une perte de confiance, voire une remise en question des compétences des professionnels de santé. Il est régulièrement reproché aux médecins de perdre de vue cet humanisme, de se préoccuper davantage de la maladie que du malade. Rappelons qu'ils vivent des situations de surcharge, d'exigences contradictoires, d'épuisement professionnel. Ils ont de plus en plus de patients, de moins en moins de temps à leur consacrer. Faire preuve d'humanisme, c'est aussi entendre leurs difficultés.

Qu'est-ce que l'humanisme médical ? Est-il aujourd'hui remis en cause ?

Dominique
Peljak

J'aime me référer à l'Académie nationale de médecine pour définir l'humanisme médical :

une pratique de la médecine et des soins, absolument

respectueuse à tous égards de la personne humaine, dans toutes ses dimensions physiques et métaphysiques.

Cette idée fait appel aux capacités d'empathie et de compassion, de dialogue et d'écoute.

La très grande majorité des professionnels de santé fait preuve de ces qualités professionnelles.

Est-il légitime d'affirmer que la médecine s'est déshumanisée au cours des dernières décennies ?

Il est vrai que des obstacles perturbent la relation soignants-patients : technicisation croissante, difficultés budgétaires de certains établissements hospitaliers, déserts médicaux, manque de personnels soignants, etc.

À ces difficultés, j'oppose les nombreuses avancées et conquêtes en faveur de la place des patients dans notre système de santé. La loi

n'a cessé de rappeler que l'hôpital est au service de tous les publics. La représentation des usagers

a également progressé. La prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, l'éducation

thérapeutique sont d'autres exemples marquants.

Le rapport soignant-soigné a évolué en faveur de ce dernier. L'humanisme se niche aussi dans cette meilleure prise en charge.

Pr Christian
Ghasarossian

D'après Michel Mignon, professeur des universités et médecin des hôpitaux de Paris,

« l'humanisme médical est le souci de conserver l'homme et pas seulement la maladie au centre de la pratique du médecin ».

En médecine générale, c'est avoir une relation et être en communication avec les patients, permettant une prise en charge globale, dans une approche centrée patient. Sir William Osler (1849-1919) disait : « Ne demandez pas quelle maladie a cette personne, mais quelle personne a cette maladie. » Un médecin humaniste est celui qui sait écouter, qui sait expliquer, être là quand il faut. Aujourd'hui, les soignants doivent prendre en considération de nombreuses recommandations (HAS, ANSM, etc.). Le risque est de canaliser leur attention sur la maladie. Les patients sont toujours plus nombreux. Ils sont plus âgés aussi, atteints de polyopathologies chroniques.

Dans leur cabinet, les généralistes passent parfois plus de temps à organiser le parcours de soins qu'à soigner.

Par ailleurs, on constate que plus les soins se spécialisent, plus l'indice de satisfaction des patients, des médecins et des étudiants diminue. Nombreux sont les malades qui regrettent qu'en entrant à l'hôpital, ils deviennent anonymes, ne rencontrent jamais le même interlocuteur, éprouvent par conséquent l'impression de n'avoir pas été écoutés.

Anne-Marie
Trarieux

Au Cnom, nous recevons de nombreux témoignages, souvent poignants, autour de l'insatisfaction des suivis proposés, de l'insuffisance du temps de rencontre avec le médecin, d'une discontinuité dans les prises en charge. Il ne s'agit pas de minimiser les difficultés dans lesquelles les médecins exercent aujourd'hui mais ces paroles fortes, ces ressentis, ces difficultés doivent être examinés ensemble pour trouver, au niveau du terrain, des réponses. Des témoignages issus de médecins eux-mêmes peuvent refléter ces difficultés.

Comment y remédier ? Il n'y a pas de recette bien évidemment. Nous devons en appeler à certaines des composantes de ce que l'on nomme l'art médical : faire preuve d'empathie, être à l'écoute d'une personne qui peut se confier, qui se sent respectée. Cela lui permet de croire, d'aller de l'avant, de faire que la résilience survienne. **C'est la fonction première de notre métier : intégrer ce principe d'humanité qui fait la différence dans le soin, qui en est une composante indispensable.**

Nous devons en avoir conscience et nous employer à consolider cette dimension essentielle de nos pratiques : une médecine qui doit constituer « un modèle d'humanisme », sans se réfugier dans la seule compétence technique. Car malgré les difficultés rencontrées, il ne faut pas perdre cet essentiel : l'attention à l'autre. La communauté médicale, en proie à une diminution du temps médical en même temps qu'elle bénéficie des prodigieuses avancées de la science, doit absolument préserver cette notion d'humanisme.

Dominique
Peljak

Plusieurs leviers doivent être activés pour améliorer la pratique de l'humanisme médical.

Le premier d'entre eux concerne la formation initiale des futurs médecins et le contenu des programmes.

Si l'enseignement de l'humanisme médical est prévu en faculté de médecine,

il demeure théorique et intervient tôt dans le cursus, alors que le futur médecin

est encore peu confronté à la pratique.

Les progrès de la médecine ont fait que l'enseignement des connaissances

médicales a augmenté. Il n'y a pas eu de développement parallèle

de l'enseignement de ce qui doit entourer le soin, c'est-à-dire l'humanité.

Il est important de renforcer l'enseignement de l'éthique et de la déontologie afin de

mieux préparer les étudiants à la dimension émotionnelle et relationnelle,

donc humaniste, de leur futur métier.

La transmission du comportement humaniste

par le chef de service ou le médecin senior

devrait commencer dès que l'étudiant porte lui aussi la blouse blanche.

C'est à partir de ce premier jour d'hôpital que l'ensemble de l'équipe soignante doit témoigner

à l'étudiant sa préoccupation d'humanisme, une forme d'enseignement continu

tout au long des études de médecine. Enfin, après avoir réalisé d'indéniables progrès

dans l'amélioration de l'humanisme médical, leurs administrations doivent désormais

l'institutionnaliser dans leurs unités de soins.

Comment maintenir une relation de qualité malgré les difficultés rencontrées par les professionnels de santé ?

P^r Christian
Ghasarossian

Il est indispensable de redonner du temps médical aux médecins pour laisser davantage de place à l'écoute, au dialogue. Le médecin est pressé par l'organisation du système de soins.

C'est fondamental de ménager le temps d'une conversation qui fasse de la consultation une véritable rencontre.

Pour y parvenir, il faut par exemple les décharger des tâches administratives. Prenons un exemple concret :

à l'hôpital, les urgentistes passent parfois davantage

de temps à chercher un lit dans les services

qu'à la prise en charge et au soin donné au patient.

Pour maintenir une relation de qualité, l'acte médical doit également être revalorisé. Justement pour que la question

du temps passé auprès de son patient ne soit pas un problème pour le médecin. Si le médecin est sous pression,

stressé, il ne peut pas prendre soin de son patient. L'essor des patients experts, de plus en plus présents

dans les programmes des facultés de médecine, est aussi un signe positif : ils portent dans leurs témoignages

une conception humaniste des soins, considérant le patient comme une personne qui ressent

des symptômes, qui vit des émotions négatives et positives. Les modèles de rôle que sont les maîtres

de stage durant la formation initiale en situation authentique de soins ont un impact majeur

dans l'acquisition des compétences des étudiants en médecine, pour une pratique humaniste.

Anne-Marie
Trariéux

Nous devons laisser la place au progrès scientifique et technique,

notamment au développement du numérique, de la télémédecine, de l'intelligence artificielle. Le numérique donne plus de connaissances, de compétences aux patients. Mais il les tient aussi à distance, dans une relation aseptisée. Dans ce contexte, oui, il existe des risques de dérive, d'atteinte au dialogue, de glisser dans la facilité du numérique. Il faut à tout prix éviter de laisser le patient seul face à ses décisions : l'autonomie que le législateur a voulue pour lui ne peut conduire à son isolement, le patient est acteur de sa santé aux côtés du médecin.

Si le patient a évidemment besoin de compétences dans une situation de vulnérabilité liée à la maladie, il souhaite aussi une rencontre, une alliance avec son médecin. Il a besoin de confiance pour affronter la maladie. C'est l'humanisme du médecin qui est en jeu ici, pour prendre en compte la singularité du patient. Dans un rapport de 2021 intitulé *Un humanisme médical pour notre temps*, l'Académie nationale de médecine rappelle que les évolutions fructueuses et étonnamment rapides de la médecine du XXI^e siècle ne dispensent en aucune façon d'une clinique humaniste, au contraire, elles la requièrent.

Dominique
Peljak

Nous n'en sommes aujourd'hui qu'aux balbutiements de l'intelligence artificielle et du numérique dans le soin.

Il n'est pas souhaitable de priver les patients des avancées médicales portées par ces technologies. En revanche, elles doivent rester un outil au service des médecins et des patients. Par exemple, réaliser une IRM n'est ni plus ni moins important que de dialoguer pour la commenter et en tirer les conséquences. La téléconsultation améliore l'accès aux soins à court terme. Mais à un moment, les patients devront rencontrer un médecin, discuter, passer par une palpation.

Le risque principal est que le soignant délègue le soin à l'intelligence artificielle, s'efface derrière la technologie.

L'humanisme médical doit vivre avec son temps et un contexte de hautes technologies ne s'oppose pas à la clinique ni n'en dispense. Mais il faut réguler les risques juridiques et mettre en place des garde-fous éthiques. Face au développement des sciences et des techniques, il est nécessaire d'adopter un supplément d'humanité.

Le numérique éloigne-t-il vraiment les médecins de leurs patients ?

Pr Christian
Ghasarossian

Quand les ordinateurs ont équipé nos cabinets il y a une vingtaine d'années,

lorsque le dossier médical partagé a été déployé ou à l'arrivée de la télémédecine, nous avons eu des craintes qui ont été vite balayées. Les nouveaux dispositifs technologiques constituent un progrès pour l'accès aux soins, des diagnostics plus précis, des examens moins invasifs. L'usage du numérique peut aussi constituer un gain de temps précieux pour les médecins, pour les décharger des tâches répétitives, fluidifier les échanges avec les autres professionnels de santé.

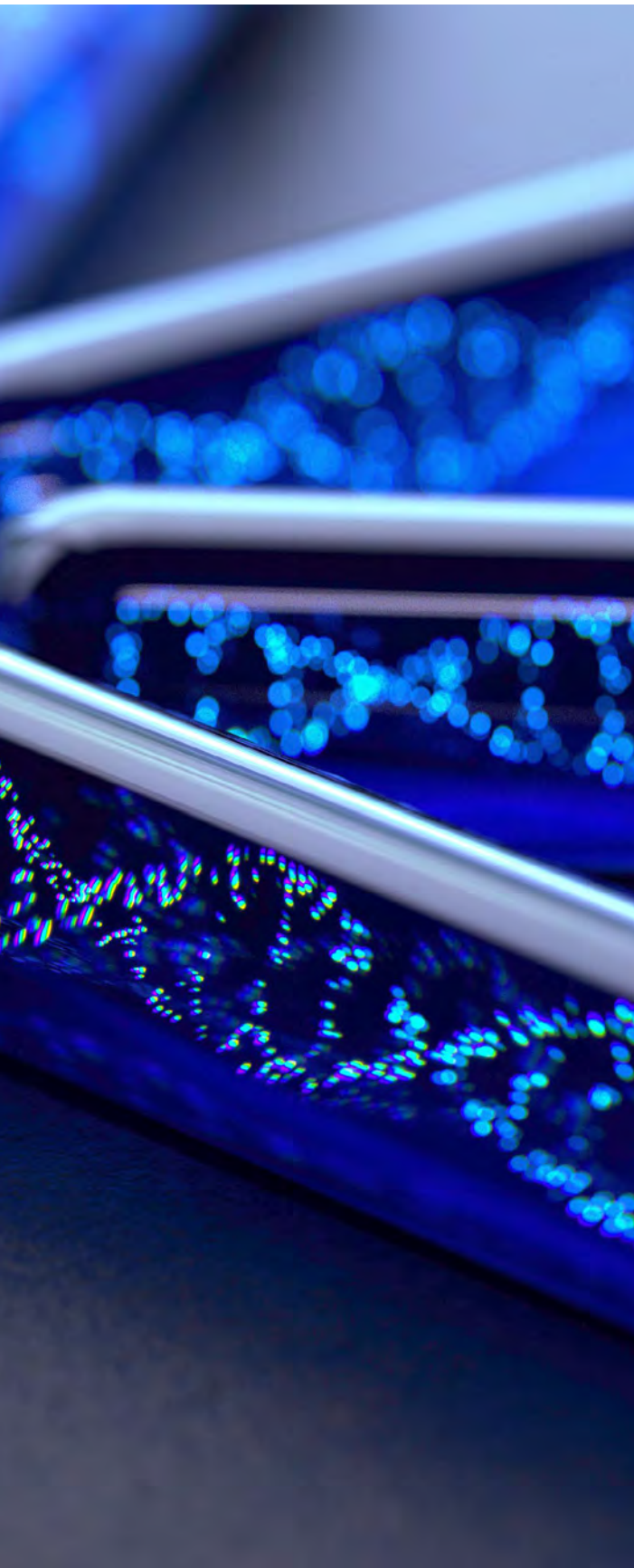
Nous devons en revanche rester vigilants à ce que ces technologies ne se traduisent pas par une anonymisation des soins.

Veiller à ce qu'elles ne remplacent pas durablement l'acte de soin et ne soient, finalement, qu'un palliatif du déficit de médecins. Les outils numériques sont au service du médecin dans son exercice et sa relation avec les patients. Ils ne remplaceront jamais notre capacité à accompagner nos patients, de façon globale et tout au long de leur parcours de santé, avec humanité et empathie.

Face à l'arrivée d'innovations thérapeutiques à haute valeur ajoutée, l'enthousiasme est de mise. Mais l'espoir que ces traitements de rupture représentent pour de nombreux malades ne doit pas détourner le regard des questions éthiques qui jalonnent des parcours de recherche et développement complexes, coûteux et parfois soumis à des intérêts divergents.

Texte : Dominique Fidel
Photos : DR, Getty

MÉDICAMENTS INNOVANTS : QUELS ENJEUX ÉTHIQUES ?



C

es dernières années, les progrès réalisés par la recherche thérapeutique ont ouvert la voie à l'arrivée de nouveaux traitements médicamenteux prometteurs. Certains permettent de

prolonger la vie des patients dont le pronostic vital était jusque récemment engagé, tandis que d'autres visent la guérison de pathologies graves et notamment de certains cancers. Depuis dix ans, de grandes avancées ont ainsi été réalisées : immunothérapies, antiviraux directs contre l'hépatite C, anti-PD-1 contre le lymphome de Hodgkin ou le cancer du rein, thérapies CAR contre la leucémie, nouveau facteur VIII recombinant pour les personnes atteintes d'hémophilies... Toutefois, ce que l'on appelle «traitements innovants» constitue une grande nébuleuse qui n'a rien d'homogène. On y trouve bien sûr les médicaments de thérapies innovantes (MTI), une classe créée par un règlement européen de 2007 qui regroupe essentiellement des traitements issus de la thérapie génique, de la thérapie cellulaire somatique et de l'ingénierie tissulaire. Aux côtés de ces quelques «stars» – une quinzaine ont été autorisées sur le marché français depuis 2007 –, la grande famille des traitements innovants comporte aussi de nombreuses nouveautés plus modestes qui n'améliorent parfois le service médical rendu qu'à la marge. En dépit de ces disparités, ces thérapies portent toutes l'espoir d'une médecine plus individualisée et efficace... mais elles soulèvent également des enjeux éthiques et ce, à deux étapes clés de leur développement.

La première est la phase des essais cliniques qui pose, à elle seule, plusieurs questions relatives à la protection des participants vis-à-vis des risques encourus, mais aussi au consentement à la recherche ainsi qu'aux conditions d'accès aux essais de phase précoce qui remettent en cause la distinction traditionnelle entre la recherche et le soin. L'autre étape cruciale se situe au niveau de la négociation des prix avec le laboratoire, soulevant des problématiques importantes en matière de transparence des coûts, d'égalité de traitement pour les patients et d'allocation des ressources au sein même de l'ensemble du système de santé. • →

ESSAIS CLINIQUES : UN LONG PARCOURS JALONNÉ DE QUESTIONNEMENTS

En 2022, la communauté européenne a approuvé la mise sur le marché de 89 médicaments dont 41 contenaient un

nouveau principe actif. Ce nombre modeste cache en réalité une masse considérable de projets de recherche et d'innovation engagés. En effet, selon le LEEM, syndicat du milieu pharmaceutique, sur 10 000 molécules criblées, 100 seront testées lors d'études précliniques, 10 seulement feront l'objet d'un dépôt de brevet et une seule deviendra un médicament à l'issue du circuit. Un parcours du combattant complexe, coûteux et particulièrement long puisqu'il dure en moyenne 12 ans. Environ la moitié de ce périple est dédiée à l'étape de recherche clinique préalable à l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Elle est constituée d'une succession d'essais menés sur des échantillons de population de taille croissante, structurée en trois phases. La phase 1 évalue la toxicité et la tolérance du produit; elle est en général menée auprès d'un petit nombre de volontaires sains, sauf en oncologie. La phase 2 mesure l'efficacité du nouveau traitement tandis que la phase 3 permet de tester à grande échelle l'intérêt thérapeutique, comparé à un traitement de référence ou à un placebo.

Les comités de protection des personnes

L'ensemble des étapes de recherche clinique, lorsqu'elle se déroule en France, est encadré



Accès précoces

Plus de lisibilité pour les acteurs, une meilleure soutenabilité financière pour notre système de santé et surtout un accès plus rapide à l'innovation pour les patients... tels étaient les objectifs de la réforme de 2021 du dispositif réglementaire d'accès dérogatoire. Cela s'est traduit, entre autres, par la création d'un nouveau régime d'accès précoce permettant aux patients de bénéficier de médicaments présumés innovants n'ayant pas encore obtenu l'AMM ou en attente de la fixation de leur prix. Un premier bilan mené à l'été 2023 par la HAS et l'ANSM montre que le nouveau dispositif a rapidement trouvé sa place auprès des industriels puisque près de 250 demandes d'accès précoce ont été déposées en deux ans avec 78 % de décisions favorables. Plus de 100 000 patients en situation d'impasse thérapeutique auraient ainsi pu bénéficier d'un accès précoce et certains d'entre eux ont pu être traités avant tout autre patient européen, quasiment en même temps que les patients américains.

508 JOURS

C'EST, EN MOYENNE, la durée qui s'écoule en France entre le moment où un nouveau médicament obtient une autorisation de mise sur le marché et celui où la négociation sur son prix s'achève, donnant le top départ à sa commercialisation effective.

Source : Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques (avril 2023).

74 MÉDICAMENTS

ont été évalués en 2022 par la Commission de la transparence de la HAS en vue de leur remboursement. 66 d'entre eux ont reçu un avis favorable.



JEAN-PIERRE THIERRY,
conseiller médical
de France Assos Santé

« C'est un sujet où la France ne pourra pas avancer toute seule »

« En matière d'innovation thérapeutique, il nous faudra impérativement trouver un équilibre entre une rémunération juste des industriels et les priorités nombreuses du système de santé, en particulier sur le plan des ressources humaines. C'est un sujet où la France ne pourra pas avancer toute seule. En effet, nous ne représentons que 3 % du marché médicamenteux mondial : c'est trop peu pour faire plier les ténors des "big pharma" qui ont déjà prouvé qu'ils étaient capables de renoncer à la commercialisation dans un pays récalcitrant. Sur ce plan, nous devons jouer la carte de la solidarité européenne! »

par l'ANSM qui délivre l'autorisation d'engager les essais cliniques sur le territoire français. « Dans ce cadre, notre protocole d'évaluation s'intéresse tout particulièrement à la sécurité et à la qualité des produits utilisés au cours de l'essai ainsi qu'à la sécurité des personnes participant à ces recherches », indique Valérie Denux, directrice Europe et Innovation de l'ANSM. Les questions éthiques sont abordées dès cette séquence initiale par l'un des 39 comités de protection des personnes (CPP) répartis sur le territoire français dont l'avis est décisif pour l'avenir du projet. Dans un délai de 45 jours, ses membres doivent s'assurer que le projet de recherche est pertinent et que le rapport bénéfice/risque du projet est satisfaisant, ainsi que le prévoit l'article L. 1123-7 du code de la santé publique. Les comités de protection des personnes sont également chargés d'évaluer les conditions dans lesquelles les promoteurs du projet entendent assurer la protection des personnes, et notamment des participants. Pour cela, ils s'intéressent tout particulièrement à la qualité de l'information préalable

transmise, aux modalités de recueil du consentement, à la transparence du processus de recrutement des volontaires. « Depuis l'entrée en vigueur du nouveau règlement européen relatif aux essais cliniques en 2022, plusieurs mesures ont été mises en œuvre pour améliorer la sécurité des essais et le respect des règles éthiques, poursuit Valérie Denux. Cela s'est notamment traduit par la mise en place d'une nouvelle coordination afin que les évaluations scientifique et éthique soient menées en parallèle, avec des relations plus étroites entre l'ANSM et les CPP, ce qui permet une meilleure articulation entre les enjeux de la recherche au nom de la collectivité et ceux de la protection de chaque citoyen. »

Du consentement éclairé à l'autonomie

« Dans l'activité des CPP, un sujet crucial est évidemment celui du consentement des participants sujets, remarque Philippe Amiel, sociologue, juriste de la santé, président du collège de déontologie de l'Inserm et du comité éthique et cancer. Traditionnellement, la

recherche commandée par l'intention de prouver se différencie nettement de la prise en charge médicale qui considère – à l'exclusion de toute autre préoccupation – l'intérêt individuel, personnel, du patient. Mais dans certains domaines comme la cancérologie, la frontière entre recherche et soins habituels se brouille. Les essais "ciblés" testent des molécules préidentifiées comme susceptibles d'agir sur les mutations génétiques responsables de tel petit groupe de tumeurs préalablement génotypées. Dans ces essais, qui sont souvent de première administration chez l'être humain, la participation des malades peut constituer une alternative crédible à certains traitements standards peu efficaces. Ils sont de ce fait parfois proposés au tout début de la prise en charge. C'est un changement de paradigme radical. » Mais la moindre des choses reste « que le malade soit informé du caractère particulier de la situation à laquelle on lui propose de participer et qu'il y consente pleinement, souligne-t-il. Et un consentement éclairé suppose une information →

de qualité; la balance bénéfices/risques, en particulier, devrait être discutée en toute transparence avec le patient, sans paternalisme, sans lui dénier le droit à l'autonomie, au risque choisi en connaissance de cause».

Inégalités d'accès

Dans un contexte où la distinction entre soin et recherche est de plus en plus floue, une autre question se pose avec insistance : qu'en est-il de l'égalité d'accès aux essais précoces (phases 1 et 2) quand ceux-ci sont menés sur des patients qui, souvent, n'ont plus d'option thérapeutique ? « Sur ce point, force est de constater que tous les malades ne sont pas égaux, pointe Philippe Amiel. Si vous êtes suivi dans un petit hôpital, la probabilité que vous soyez admis dans une étude est moindre que si vous êtes hospitalisé dans un grand centre qui héberge une unité dédiée aux essais précoces. Et si vous parvenez malgré tout jusqu'aux médecins investigateurs qui sont responsables du recrutement, c'est souvent plus tard dans

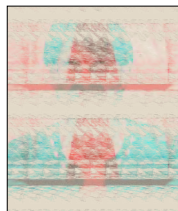


VALÉRIE DENUX,
directrice Europe et Innovation
de l'ANSM

« Nous impliquons les usagers du système de santé »

« Le dialogue et le partage de l'information avec les patients sont depuis toujours au cœur des missions de l'ANSM. Il y a cinq ans, nous avons décidé d'impliquer systématiquement les usagers du système de santé dans nos instances consultatives d'expertise. En outre, un comité d'interface avec les associations de patients nous permet de partager la connaissance sur la recherche clinique dans un esprit de transparence. Le portail CTIS déployé par l'agence européenne des médicaments représente une avancée supplémentaire en matière d'information grâce à son espace grand public qui comporte des informations détaillées sur tous les essais cliniques lancés dans l'Union européenne. »

la maladie, avec moins de chances, par conséquent, d'être inclus dans l'essai. » Toutefois, la situation pourrait évoluer avec l'application du règlement européen de 2022 évoqué plus haut. « Ce dernier s'est déjà traduit par la mise en place d'une plateforme numérique recensant tous les essais menés en Europe, accessible au grand public dans un souci d'information des patients et de transparence », explique Valérie Denux. Il prévoit également le déploiement d'essais cliniques décentralisés « dans une logique "d'aller vers" ». Une mesure qui pourrait bénéficier à la recherche dans la mesure où 70 % des patients vivent à plus de deux heures des centres investigateurs et où 80 % des études cliniques sont retardées en raison de difficultés de recrutement. •



CLAIRE SIRET,
présidente de la section
Santé publique du Cnom

« Des décisions à discuter à l'échelle sociétale »

« La financiarisation galopante du secteur pharmaceutique nous place désormais dans une posture très difficile qui consiste à choisir entre des patients et d'autres, c'est une situation qui se rapproche de la médecine de guerre ! Il y a là des décisions capitales à prendre qui doivent être discutées à l'échelle sociétale en ayant en ligne de mire la survie à terme de notre système solidaire. Je pense que nous devons collectivement nous poser la question de l'innovation "raisonnable" et étudier tous les leviers possibles pour résister aux pressions financières des laboratoires. »



PHILIPPE AMIEL,
sociologue, juriste de la santé,
président du collège
de déontologie de l'Inserm
et du comité Éthique et cancer

« Le droit de participer à un essai est encore juridiquement impensé »

« La question de l'égalité d'accès à l'innovation, en particulier lors des phases cliniques précoces, achoppe encore sur notre culture médicale. En France, nous partons du postulat que la participation à un essai est, par défaut, un risque dont il faut protéger la population. Le droit de refuser un essai est un droit fondamental consacré par les textes. En revanche, le droit de participer à un essai auquel on est éligible est encore juridiquement impensé : on n'imagine pas qu'une personne sensée revendique le droit de s'exposer à un tel risque. Et pourtant, les associations de patients revendiquent de plus en plus de pouvoir participer aux essais cliniques les concernant sans dépendre uniquement du bon vouloir des médecins investigateurs. Avec des arguments politiques et éthiques, mais aussi médicaux et scientifiques de plus en plus solides. »

TRÈS CHÈRE INNOVATION

En 2014, l'arrivée en Europe des médicaments antiviraux à action directe contre l'hépatite C, dont le Sofosbuvir, est tonitruante. Pour

les 230 000 malades français, c'est enfin la sortie du tunnel, l'espoir d'une guérison définitive et sans effet secondaire. Las, pour beaucoup d'entre eux, la joie sera de courte durée. En cause, un coût de 41 000 euros par patient pour une cure de trois semaines, ce qui représente au total une dépense de 9 milliards d'euros pour l'Assurance maladie. L'année suivante, le coupe-ret tombe : le ministère de la Santé limite à 700 millions d'euros l'enveloppe dédiée à ces traitements et

réserve ces derniers aux patients les plus gravement atteints. Le monde associatif fait aussitôt part de son indignation, évoquant le viol du principe fondateur d'égalité d'accès à la santé. Le ministère de la Santé entend la colère et commence alors un long travail de négociation avec le laboratoire qui finira par porter ses fruits avec un prix ramené à 25 000 euros, synonyme d'une prescription possible pour tous ceux qui en ont besoin.

Des coûts conséquents

« Le cas du Sofosbuvir n'a rien d'isolé, remarque Jean-Pierre Thierry, conseiller médical de France Assos Santé. Les dix dernières années ont en effet été marquées par des tarifs records appliqués par les laboratoires qui les justifient par des

dépenses de recherche et développement toujours plus élevées, mais qui semblent avant tout préoccupés par leur rentabilité financière, qui se porte d'ailleurs très bien. » Dans un avis publié en 2020, le Comité consultatif national d'éthique s'alarme ainsi du coût des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires pour certains cancers (75 000 euros par an et par patient), d'un médicament contre la mucoviscidose, traitement par thérapie génique de l'amyotrophie spinale (270 000 euros) ou encore de la thérapie génique de l'amyotrophie spinale annoncée à 1,8 million d'euros. En décembre dernier, un nouveau cap a été franchi avec l'approbation par l'agence européenne du premier traitement conçu à partir du système d'édition



du génome Crispr et destiné aux formes graves de drépanocytose ou de bêta-thalassémie. Son prix aux États-Unis : 2,2 millions de dollars par malade.

Le résultat d'une négociation

«Heureusement, le tarif américain ne présage pas entièrement de ce qu'il va se passer en Europe, remarque Jean-Pierre Thierry. Aux États-Unis, les laboratoires sont libres de fixer leurs prix, ce qui leur permet d'amortir leurs investissements rapidement, mais les autres pays s'efforcent de faire pression pour contenir leurs ambitions. Et surtout éviter l'émergence d'une médecine à deux vitesses telle que la connaissent les citoyens américains pour qui la maladie est devenue la première cause de faillite individuelle.» En France, cela se passe au niveau de la Commission de la transparence, une instance de la HAS constituée de professionnels de santé et d'associations de patients. C'est elle qui juge le service médical rendu (le traitement a-t-il un intérêt clinique?) et l'amé-

lioration du service médical rendu (est-ce un progrès par rapport aux traitements existants?) des médicaments candidats au remboursement par la Sécurité sociale. Sa notation conditionne en partie la négociation qui se tient ensuite entre le laboratoire et le Comité économique des produits de santé. «Négociation dont il est impossible de connaître réellement l'issue en raison d'un mécanisme de remises couvert par le secret des affaires, qui se traduit par une différence sans doute non négligeable entre le prix public du médicament et son prix réel, indique le D^r Claire Siret, présidente de la section Santé publique du Cnom. Sur le plan éthique, ce manque de transparence pose un problème majeur.»

Des arbitrages sensibles

Hélas, ce n'est pas le seul lorsque l'on s'intéresse de près au coût de l'innovation. «La première problématique, c'est l'impact que ces prix élevés peuvent avoir en matière d'égalité des soins, poursuit Claire Siret. On l'a vu avec le

traitement contre l'hépatite C : notre sacro-sainte solidarité nationale est mise à mal quand les dépenses risquent de s'envoler. On peut craindre que la situation se présente à nouveau et conduise encore à des restrictions, privant des malades de soins.» Mais alors que faire? Satisfaire les besoins des patients et les attentes des laboratoires à travers une régulation favorable aux prix? «Ce serait déséquilibrer tout le système de santé et nous placer face à des dilemmes douloureux quant à l'allocation des ressources, remarque Jean-Pierre Thierry. Est-on prêt à choisir entre quelques mois de survie hypothétique pour un patient ou le financement de deux postes d'infirmières?» Accentuer la pression sur les laboratoires au cours des négociations? C'est risquer de voir les industriels faire l'impasse sur le marché français et pénaliser nos concitoyens par rapport aux habitants des pays voisins. Autant d'arbitrages en cascade, très sensibles sur le plan éthique, qu'il faudrait pourtant aborder sans attendre. •

CAHIER **Mon** exercice

26-28 DÉCRYPTAGE

Comprendre la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

29-31 ÉLECTIONS

- Élections complémentaires au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte
- Élections complémentaires à la chambre disciplinaire de première instance de La Réunion-Mayotte de l'Ordre des médecins

PARU AU JO

DÉCRET N° 2023-1222
DU 20 DÉCEMBRE
relatif à la prescription électronique.

LOI N° 2023-1268
DU 27 DÉCEMBRE 2023
visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

ARRÊTÉ DU 28 DÉCEMBRE 2023
fixant le modèle de formulaire de prescription d'une activité physique adaptée.

RÉAFFIRMATION DE L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN SALARIÉ

La cour d'appel d'Aix-en-Provence a récemment réaffirmé l'indépendance professionnelle du médecin salarié vis-à-vis de son employeur.

Pour pouvoir fonctionner, un service en santé au travail doit être agréé par le directeur régional de l'Économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, après avis du médecin inspecteur du travail. Dans le dossier de demande ou de renouvellement d'agrément, il doit figurer l'avis des médecins du travail du service sur cette demande. Des médecins ont été sanctionnés d'un avertissement par leur employeur pour avoir donné un avis défavorable à la demande de renouvellement d'agrément du service en santé au travail dans lequel ils exerçaient. La cour d'appel d'Aix-en-Provence a confirmé le jugement du conseil de prud'hommes annulant la sanction infligée aux médecins du travail par leur employeur au motif que «un médecin du travail exerce en toute indépendance conformément à sa déontologie» et que «les termes employés par M. X dans le commentaire assortissant son avis défavorable ne contiennent aucun propos injurieux, diffamatoire ou excessif. Ils ne comportent pas d'accusations portées avec l'intention de nuire à l'employeur caractérisant un manquement à la loyauté contractuelle. Ils ne caractérisent pas un abus de la liberté d'expression du salarié».

COMPRENDRE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

La loi de financement de la Sécurité sociale 2024 a été publiée le 27 décembre 2023. Le Cnom avait été auditionné par l'Assemblée nationale et le Sénat et avait déposé des propositions d'amendement. Mais aucune n'a été retenue. De façon globale, les conditions de l'examen du texte et l'engagement de la responsabilité du gouvernement ont conduit à écarter la quasi-totalité des amendements déposés par les parlementaires sur ce texte.

DR RENÉ-PIERRE LABARRIÈRE,
(président de la section Exercice
professionnel du Cnom) avec
FRANCISCO JORNET,
(directeur des services juridiques)

PARCOURS COORDONNÉS RENFORCÉS

La loi crée un cadre législatif générique permettant de pérenniser des expérimentations qui ont permis la mise en place de parcours coordonnés renforcés grâce à un financement collectif d'une équipe, afin d'être adaptables aux besoins des patients. L'entrée dans le droit commun des expérimentations ayant démontré leur intérêt se fera au fur et à mesure à partir de l'année prochaine.

«Le parcours est organisé par une structure responsable de la coordination désignée parmi des catégories de structures, énoncées par décret, au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins, indique la loi. Cette structure coordonne les interventions des professionnels du parcours et s'assure du respect de l'arrêté mentionné au second alinéa du I du présent article par l'ensemble des professionnels intervenant au sein du parcours. Elle est responsable des actions qu'elle conduit à ce titre.»

La structure responsable de la coordination détermine la part du forfait due à chaque professionnel au titre de son activité au sein du parcours ainsi que celle correspondant aux missions de coordination qu'elle assure sur la base des prestations décrites dans le projet de parcours. L'organisme local d'Assurance maladie verse les sommes correspondantes à chaque professionnel ou, le cas échéant, à la structure qui l'emploie ainsi qu'à la structure responsable de la coordination.

Le Cnom avait demandé que la loi rappelle la place du médecin dans la coordination de la prise en charge du patient.

ÉLARGISSEMENT DES COMPÉTENCES DES PHARMACIENS

La loi permet aux pharmaciens d'officine de réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) en cas de suspicion d'angine ou de cystite chez un patient et de prescrire des antibiotiques en cas de test positif, confirmant l'infection.

Elle précise que les premiers avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) nécessaires à la publication de l'arrêté listant les médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance devront porter prioritairement sur les situations des personnes se présentant à l'officine pour odynophagie ou brûlures mictionnelles. Ils doivent être rendus avant le 1^{er} février 2024.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur d'un avenant à la convention pharmaceutique, la loi autorise les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale à fixer par arrêté, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam), le tarif associé à la réalisation d'un TROD suivie, le cas échéant, d'une délivrance sans ordonnance.

La loi nécessite un décret d'application et le Cnom a demandé que ce dispositif fasse l'objet d'une évaluation.

DIMINUTION DES ARRÊTS DE TRAVAIL NON JUSTIFIÉS

La loi prévoyait qu'en cas de contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, concluant à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou de sa durée ou faisant état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, l'organisme local d'Assurance maladie suspende le versement des indemnités journalières. Cette disposition a été jugée contraire au principe constitutionnel de protection de la sécurité matérielle



des personnes en incapacité de travailler pour les motifs que nous reprendrons in extenso : « *En premier lieu, d'une part, si le service du contrôle médical est tenu de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré lorsque l'arrêt de travail est en lien avec une affection de longue durée, dans tous les autres cas, en revanche, la réalisation d'un nouvel examen est laissée à l'appréciation de ce service au seul vu du rapport établi par le médecin diligenté par l'employeur. En l'absence d'un tel examen, la suspension du versement des indemnités journalières s'applique automatiquement. D'autre part, si l'assuré a la possibilité de demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical, qui est alors tenu de procéder à un nouvel examen de sa situation, cette saisine ne met pas fin à la suspension du versement des indemnités journalières.* »

En second lieu, l'examen de la situation de l'assuré auquel procède le service du contrôle médical, saisi d'office ou à la demande de l'assuré, peut se limiter à un examen administratif et n'implique pas nécessairement la réalisation d'un nouvel examen médical. Ainsi, la suspension du versement des indemnités journalières peut être maintenue sur le fondement de l'examen médical de l'assuré réalisé par le médecin diligenté par l'employeur ayant conclu à l'absence de justification de l'arrêt de travail prescrit par le médecin de l'assuré.»

DÉLÉGATION DES MISSIONS DES PRATICIENS CONSEILS

Les missions du service du contrôle médical sont exercées par des praticiens conseils. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de cer-

tains actes et de certaines activités au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique.

« *Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux rendent des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans le cadre d'un protocole écrit* », précise encore la loi.

Le Cnom avait demandé la suppression de cette dernière phrase qui permet à un professionnel de santé qui ne dispose pas des mêmes compétences qu'un médecin de mettre en cause sa décision thérapeutique.

LIMITATION DES PRESCRIPTIONS EN TÉLÉCONSULTATION

La loi renforce l'encadrement de la téléconsultation. Elle dispose, en effet, que tout arrêt de travail de plus de trois jours ou tout renouvellement d'arrêt de travail doit être prescrit dans le cadre d'une consultation permettant un examen physique du patient, sauf exceptions précisées par décret en Conseil d'État.

Il prévoit en outre que les prescriptions délivrées à l'occasion d'une activité de téléconsultation ou de télésoin ne peuvent être prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire que si la consultation à l'origine de cette prescription a lieu dans le cadre d'un échange téléphonique ou en vidéo transmission avec le patient.

« LOI VALLETOUX » : LES PRINCIPALES DISPOSITIONS

La loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite «loi Valletoux», a été promulguée le 27 décembre 2023. On relèvera tout d'abord le retrait d'un point unanimement critiqué par les représentants des professionnels de santé, à savoir l'adhésion automatique des professionnels de santé à une CPTS.

D^R RENÉ-PIERRE LABARRIÈRE, (président de la section Exercice professionnel du Cnom) avec **FRANCISCO JORNET**, (directeur des services juridiques)



Restrictions du recours à l'intérim médical

Le texte ne permet aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux (Ehpad...) et aux laboratoires de biologie de recruter en qualité d'intérimaire des médecins qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre que celui de l'intérim pendant une durée minimale appréciée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Certificats de décès par les infirmiers

L'expérimentation de la signature des certificats de décès par les infirmiers est étendue à toute la France (contre six régions aujourd'hui).

Cumul emploi-retraite à l'hôpital public

La loi prévoit le recul à 75 ans de la limite d'âge du cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé travaillant dans un hôpital public ou dans un centre de santé de droit public. Elle prévoit également l'obligation pour les médecins, sages-femmes et dentistes conventionnés souhaitant cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent de prévenir au plus

tard six mois avant l'ARS et leur Conseil de l'Ordre, sauf exceptions prévues par décret.

Médecin coordonnateur d'Ehpad

La loi consacre la possibilité pour le médecin coordonnateur en Ehpad d'assurer le suivi médical des résidents et de devenir leur médecin traitant

Permanence des soins en établissement de santé

Les établissements de santé sont responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins.

En cas de carences persistantes et après concertation avec les établissements et les représentants des professionnels de santé, le DGARS peut désigner les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée au même premier alinéa ou d'y contribuer. Les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé désignés au titre du présent alinéa participent à la mise en œuvre de cette mission.

ÉLECTIONS COMPLÉMENTAIRES AU CONSEIL INTERRÉGIONAL DE LA RÉUNION-MAYOTTE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le conseil interrégional de La Réunion-Mayotte de l'Ordre des médecins va procéder, en application de l'article D. 4132-2 du code de la santé publique, à des élections complémentaires le jeudi 18 avril 2024.

Est à pourvoir :

- 1 siège (femme) pour le département de Mayotte dans la moitié du conseil sortante en 2028.

Conformément à l'article L. 4132-12 du code de la santé publique (CSP), les membres des conseils de l'Ordre sont élus au scrutin binominal majoritaire à un tour et chaque binôme est composé de candidats de sexe différent.

Par conséquent, lorsqu'un membre d'un conseil vient à cesser ses fonctions pour quelque cause que ce soit, bien qu'il n'y ait qu'un seul siège à pourvoir, la candidature pour le poste ne peut être présentée qu'en binôme.

Ainsi, ne sera élu dans ce binôme que le candidat du même sexe que le membre ayant cessé ses fonctions.

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du CSP, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la Sécurité sociale (CSS), les médecins :

- inscrits au tableau de l'un des conseils départementaux situé dans le ressort de l'interrégion concernée par l'élection (article R. 4125-3 du CSP). En l'espèce, les médecins doivent être inscrits au tableau du conseil départemental de Mayotte de l'Ordre des médecins. Les deux membres du binôme doivent être inscrits au tableau du même conseil départemental;

- âgés de moins de 71 ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature (article L. 4125-8 du CSP);
- de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (article L. 4125-9 du CSP);

- à jour de leurs cotisations ordinales (article R. 4125-3 du CSP) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du CSP, L. 145-2 et L. 145-2-1 du CSS :

- pendant trois années, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales;

- à titre définitif, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

DÉPÔT DE CANDIDATURE

En application des dispositions de l'article R. 4125-6 du CSP, la déclaration de candidature doit être adressée trente jours calendaires au moins avant le jour du scrutin, **par lettre recommandée avec demande d'avis de réception**, au président du conseil interrégional (5, résidence Laura - 4, rue Milius - 97400 Saint-Denis) ou déposée, dans ce même délai, au siège du conseil contre récépissé.

Ainsi, la date limite de dépôt des candidatures est fixée au **mardi 19 mars 2024 à 16 heures**.

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable et **le cachet de La Poste ne sera pas pris en considération**.

Les candidats devront donc tenir compte du délai d'acheminement du courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne

sont pas admises, même si elles parviennent au conseil interrégional dans les délais requis. Les textes réglementaires ne mentionnent que le courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège du conseil.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site Internet du Conseil national (www.conseil-national.medecin.fr) ou sur papier libre.

Elle peut être faite :

- soit de façon conjointe par les deux candidats du binôme qui doivent y apposer chacun leur signature;
- soit de façon individuelle par chaque candidat du binôme. Dans ce cas, la déclaration de candidature doit mentionner expressément l'autre candidat du binôme et doit être accompagnée de l'acceptation de ce dernier rédigée sur un document distinct de la déclaration de candidature. Chaque déclaration de candidature individuelle doit être revêtue de la signature de son auteur.

Attention, la déclaration de candidature individuelle doit nécessairement être complétée par la déclaration de candidature individuelle de l'autre candidat du binôme.

Chaque candidat du binôme doit indiquer ses nom et prénoms, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et, le cas échéant, ses fonctions ordinaires ou dans les organismes professionnels, actuelles et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du CSP).

On ne peut se déclarer candidat que dans un seul binôme.

Chaque candidat devra également indiquer le conseil interrégional et le département pour lequel il se présente.

PROFESSION DE FOI

Chaque binôme a la possibilité de rédiger, à l'attention des électeurs, une seule profession de foi (article R. 4125-7 du CSP) avec ou sans photographie au format identité, dont la rédaction peut être commune ou séparée.

Elle doit être rédigée en français sur une seule page (210 x 297 mm, format A4) en noir et blanc.

Elle doit être rédigée sur une feuille séparée de l'acte de candidature.

Elle doit mentionner les nom et prénoms des candidats du binôme.

Elle sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le conseil interrégional fera parvenir aux électeurs.

Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation des candidats du binôme au nom desquels elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du CSP.

La profession de foi ne peut renvoyer dans son contenu à aucun support numérique.

La profession de foi du binôme devra parvenir au siège du conseil interrégional de l'Ordre des médecins, au plus tard le mardi 19 mars 2024 à 16 heures.

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature par un binôme de candidats ou l'un des membres du

binôme ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi du matériel de vote.

Il est notifié au conseil interrégional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du CSP).

Le retrait de candidature d'un seul des membres du binôme entraîne le retrait de la candidature de l'ensemble du binôme.

ÉLECTEURS

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de l'interrégion concernée par l'élection (article L. 4124-11 IV du CSP).

Ainsi, sont électeurs les membres titulaires du conseil départemental de Mayotte de l'Ordre des médecins.

Pendant les deux mois qui précèdent le scrutin, **soit au plus tard à partir du 18 février 2024**, la liste des électeurs peut être consultée au siège du conseil interrégional. Dans les huit jours qui suivent la mise en consultation de la liste, les électeurs peuvent présenter des réclamations contre les inscriptions ou omissions (article R. 4125-4 du CSP).

Le Président statue sur ces réclamations dans les six jours et la décision du Président peut être contestée devant le tribunal judiciaire dans les trois jours suivant sa réception.

La liste est définitivement close au plus tard trois jours avant la date du scrutin.

VOTE

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du conseil interrégional de l'Ordre des médecins. Il peut également y être déposé.

Il prendra fin le jour de l'élection, soit le **jeudi 18 avril 2024 à 13 heures**.

Tout bulletin parvenu après 13 heures ne sera pas valable (article R. 4125-11 du CSP).

DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans désenvelopper au siège du conseil interrégional de l'Ordre des médecins le **jeudi 18 avril 2024 à 13 h 01**.

Le binôme de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera déclaré élu mais ne sera retenue que la femme du binôme.

En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article R. 4125-17 du CSP).

DÉLAI DE RECOURS

Les élections peuvent être déférées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif.

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection et, pour le directeur général de l'Agence régionale de santé ou le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection (article R. 4125-21 du CSP).

ÉLECTIONS COMPLÉMENTAIRES À LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIÈRE INSTANCE DE LA RÉUNION- MAYOTTE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le conseil interrégional de La Réunion-Mayotte de l'Ordre des médecins va procéder à une élection complémentaire le :

Jeudi 18 avril 2024 aux fins de pourvoir au remplacement d'un siège de suppléant pour le département de Mayotte dans la moitié de la chambre sortante en 2028.

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique (CSP), L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la Sécurité sociale

(CSS), les médecins :

- inscrits au tableau du conseil départemental de Mayotte de l'Ordre des médecins (article R. 4132-4 du CSP);
- âgés de moins de 71 ans à la date de clôture de réception des déclarations de

- candidature (article L. 4125-8 du CSP);
- de nationalité française (article L. 4124-7 du CSP);
- à jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du CSP) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du CSP, L. 145-2 et L. 145-2-1 du CSS :

- pendant trois années, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales;
- à titre définitif, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

DÉPÔT DE CANDIDATURE

En application des dispositions de l'article R. 4125-6 du code de la santé publique, la déclaration de candidature doit être adressée trente jours calendaires au moins avant le jour du scrutin, **par lettre recommandée avec demande d'avis de réception**, au président du conseil interrégional ou déposée, dans ce même délai, au siège du conseil contre récépissé.

Ainsi, la date limite de dépôt des candidatures est fixée au **mardi 19 mars 2024 à 16 heures**

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable et le cachet de La Poste ne sera pas pris en considération.

Les candidats devront donc tenir compte du délai d'acheminement du courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au conseil interrégional dans les délais requis. Les textes réglementaires ne mentionnent que le courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège du conseil.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site Internet du Conseil national (www.conseil-national.medecin.fr) ou sur papier libre.

Elle doit être **revêtue de la signature du candidat.**

Le candidat doit indiquer ses nom et prénoms, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et, le cas échéant, ses fonctions ordinales ou dans les orga-



nismes professionnels, actuelles et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du CSP).

La fonction d'assesseur d'une chambre disciplinaire de 1^{re} instance ne peut être cumulée avec celle d'assesseur de la chambre disciplinaire nationale (article L. 4124-7 III alinéa 2 du CSP). Les fonctions de président et de secrétaire général d'un conseil sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{re} instance (article L. 4124-7 III alinéa 3 du CSP).

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin.

Il est notifié au conseil interrégional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du CSP).

ÉLECTEURS

Sont électeurs, les membres élus du conseil interrégional présents le jour du scrutin (article R. 4125-2 du CSP).

VOTE

Il aura lieu à bulletin secret, le **jeudi 18 avril 2024 à 13 heures 30 au siège du conseil interrégional de La Réunion-Mayotte (5, résidence Laura - 4, rue Milius - 97400 Saint-Denis).**

DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans désenvelopper à l'issue du scrutin au siège du conseil interrégional de l'Ordre des médecins le **jeudi 18 avril 2024.**

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera élu suppléant de la moitié de la chambre sortante en 2028.

En cas d'égalité des voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu (article R. 4125-17 du CSP).

La durée de fonction du membre suppléant ainsi élu est celle qui restait à courir jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat de celui qu'il remplace.

DÉLAI DE RECOURS

Les élections peuvent être déférées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif.

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection, et, pour les directeurs généraux des Agences régionales de santé ou le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection (article R. 4125-21 du CSP).



« L'accès aux soins constitue le fil rouge de mon action »

Dr Raphaël Dachicourt

Médecin généraliste
Président du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR)

« **M**a mère raconte que depuis ma plus tendre enfance, j'ai toujours dit que je serai médecin. Je ne m'explique pas pourquoi, car je n'avais pas de modèle dans mon entourage, hormis mon médecin traitant. C'est en tout cas la première chose qui a résonné en moi. Au départ, j'avais une certaine curiosité pour le fonctionnement du corps humain. Prendre soin des gens, c'est venu durant mes études.

Lors de mon premier stage, j'ai rapidement constaté que l'exercice hospitalier n'était pas fait pour moi. J'ai trouvé que la médecine de spécialité était trop fragmentaire, trop hiérarchique aussi, et qu'on ne faisait pas de suivi global à long terme. Mon stage de 5^e année en médecine générale a confirmé mon choix. Je me vois comme un omnipraticien, qui peut toucher à tout, et comme médecin de famille. Je suis le clinicien le plus proche des patients, leur premier contact, leur référent et je peux les accompagner au long cours en développant une relation de confiance.

C'est aussi durant mes études que j'ai découvert l'action syndicale. Je me suis d'abord impliqué à l'Anemf puis, quelques années après, je suis devenu vice-président de l'Isnar-IMG. J'ai vite pris goût aux échanges, à défendre les droits des internes, à élaborer une vision politique de santé. Je suis un éternel râleur, mais je n'aime pas râler dans mon coin. Je veux sublimer mes frustrations

par l'action en étant force de proposition et de solution. C'est ma ligne de conduite depuis mon élection à la présidence de ReAGJIR, en juin dernier.

L'accès aux soins constitue le fil rouge de mon action. C'est une expression qui peut sembler un peu valise. Mais à travers l'accessibilité aux soins, on aborde les difficultés de la profession, les conditions de travail et de disponibilité des médecins, etc. Nous avons une stratégie globale qui se décline en trois volets. Elle s'articule autour de l'offre de soins – répondre aux enjeux de formation, d'attractivité et d'exercice de la médecine de famille –, de la lutte contre les faux besoins – 15 à 20 % des consultations sont inutiles sur certaines périodes –, et de l'organisation de la pratique en interprofessionnalité sur un territoire donné. Pour chacun des trois, nous avons des propositions et des solutions concrètes.

Je souhaite par ailleurs rétablir la vérité sur le remplacement. Il n'y a que très peu de remplaçants à vie et ce ne sont pas des mercenaires. Ils jouent un rôle invisible et indispensable dans le système de santé puisqu'ils assurent la continuité des soins à chaque période de vacances. Nous demandons donc leur conventionnement pour officialiser leur rôle et créer un premier lien avec la Sécurité sociale, ce qui facilitera ensuite leur transition vers l'installation.»

PARCOURS

2012	2015-2016	2018	2020-2021	Mars 2023
Première année à la Faculté de médecine de l'Université Paris-Cité.	Membre du bureau de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf).	Internat en médecine générale à l'Université de Lille.	Vice-président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG).	Installation comme médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle à Croix, dans le Nord.