



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 87 - sept. - oct. 2023

CAHIER **Mon
exercice**
• CYBERSÉCURITÉ :
UN ENJEU CRUCIAL
• NOUVELLES MESURES
POUR LES CENTRES
DE SANTÉ
P. 25



REPORTAGE

**À Toulouse,
une clinique
très spatiale**
P. 10

RÉFLEXIONS

**Pédiatrie :
un état des lieux
préoccupant**
P. 12

**Les médecins
face au
changement
climatique**
P. 16



Élections
ordinales
2024

Relation médecin-patient, exercice interprofessionnel,
éthique et déontologie, nouvelles technologies, accès
aux soins, démographie médicale, sécurité...

C'est le moment de faire avancer vos idées !

Devenez conseillers départementaux

Modalités sur conseil-national.medecin.fr



Conseil National
de l'Ordre des Médecins

Directeur de la publication : D^r Pierre Maurice - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon-Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. – **Rédacteur en chef :** P^r Stéphane Oustric – **Rédacteur en chef adjoint :** D^r Jean-Marcel Mourgues – **Coordination :** Isabelle Marinier – **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS – 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris – **Responsable d'édition :** Hortense Lasbleis – **Direction artistique :** David Corvaisier – **Maquette :** Nathalie Wegener – **Secrétariat de rédaction :** Christine Ferreri – **Couverture :** Gettyimages – **Dépôt légal :** à parution – n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

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

Avant tout, je souhaite assurer tous les médecins, hospitaliers, libéraux et salariés, du soutien inconditionnel de l'Ordre dans leurs combats pour la défense de leurs conditions d'exercice professionnel, de leur rémunération et de la sauvegarde des compétences propres au métier de médecin.

Je martèle chaque jour auprès de chacun de mes interlocuteurs, qu'ils soient ministres, parlementaires ou professionnels de santé, le rôle fondamental du médecin dans la prise en charge de chaque patient.

Ne laissons personne s'interposer entre le médecin et les patients. Protégeons et assumons ce rôle si particulier qu'est celui du médecin dans ce colloque singulier.

Vous constaterez en lisant ce numéro de *Médecins* que votre Ordre ne se satisfait nullement des conditions d'exercice actuelles.

Si nous devons préserver nos missions essentielles, nous avons aussi celles d'accompagner les évolutions nécessaires pour rester concentrés sur les transformations sociétales et surtout sur les contextes professionnels qui se modifient et doivent conduire les médecins à s'adapter. Intelligence artificielle, financiarisation brutale des sociétés d'exercice libéral, démographie médicale en souffrance, engouement du public pour des pratiques non validées scientifiquement, dérèglement climatique et ses conséquences sur notre exercice et la santé des patients sont autant de sujets que nous devons prendre en compte.

L'Ordre poursuivra ses missions et surtout sera force de réflexion et de propositions pour que l'exercice de notre profession demeure ambitieux, moderne et toujours attentif à l'intérêt supérieur du patient.

ENGAGEMENTS

L'Ordre des médecins a tenu son assemblée générale

Le 30 septembre dernier, l'assemblée générale de l'Ordre a eu lieu à Paris, en présence des ministres Aurélien Rousseau et Agnès Firmin Le Bodo. L'occasion de réaffirmer les positions et engagements de l'institution.

L'Ordre des médecins a réuni les présidents, secrétaires généraux et trésoriers de ses conseils départementaux et régionaux pour son assemblée générale, le 30 septembre dernier, à Paris. À cette occasion, l'Ordre a reçu Aurélien Rousseau, ministre de la Santé et de la Prévention, et Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé.

Le président François Arnault a tenu à les «alerter sur une situation très préoccupante dans un climat de grand désarroi de la profession». Il a rappelé les «énormes difficultés territoriales», constatées notamment par les présidents, secrétaires généraux et trésoriers des conseils départementaux et régionaux, «les premiers acteurs de notre Ordre». Une situation à l'origine d'une «grande souffrance» pour les médecins «qui, au fil du temps, se traduit inexorablement par un désengagement de beaucoup d'entre eux».

Face à ce constat, la réponse n'est pas à rechercher dans un désengagement du médecin dans le parcours de soins des patients. «Oui à la coordination autour du médecin, mais non à la désorganisation de l'accès libre à toutes les professions de santé», a insisté le D^r Arnault.



Le président a rappelé les propositions de l'Ordre sur l'organisation des soins dans les territoires, avec des équipes pluriprofessionnelles articulées autour du médecin.

Autre sujet abordé lors de l'assemblée générale : les violences envers les médecins, contre lesquelles l'Ordre se mobilise, à l'échelle nationale et départementale. Dans le contexte actuel, le plan en trois objectifs et 42 mesures annoncé par le ministère de la Santé et de la Prévention est le bienvenu.

Le D^r Arnault a également évoqué les prises de position de l'Ordre sur

l'évolution à venir de la législation sur la fin de vie et rappelé que d'autres sujets amèneront réflexions et propositions dans les prochains mois : bon usage de la télémédecine, intelligence artificielle, place du patient... Des thématiques qui seront l'objet d'un travail collectif au niveau des échelons départementaux, régionaux et national.

Le président a rappelé la volonté de l'Ordre d'être, sur ces sujets comme sur d'autres, un partenaire de confiance.

+ D'INFOS

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

SOCIÉTÉS D'EXERCICE LIBÉRAL

Financiarisation de la médecine



D^R ELISABETH GORMAND,
conseillère nationale

avec la collaboration
de **FRANCISCO JORNET,**
directeur des services juridiques



La financiarisation des activités médicales est en marche, avec l'entrée d'investisseurs au sein des sociétés d'exercice libéral de médecins (SEL).

Jusqu'à présent, elles étaient, dans l'écrasante majorité des cas, exclusivement détenues par des associés exerçants.

Ce phénomène est particulièrement visible dans certaines spécialités (imagerie médicale, ophtalmologie...) mais pourrait à terme toucher beaucoup d'autres spécialités de premier et de second recours.

La situation actuelle a été rendue possible par la réglementation des SEL qui permet à des tiers de détenir 25 % de leur capital social. Des médecins non exerçants dans la société peuvent également détenir une part du capital de la société mais dans toutes les hypothèses, la majorité des droits de vote doit être détenue par les médecins qui exercent dans la société. Ce garde-fou s'est révélé insuffisant pour garantir que les médecins exerçants assurent le contrôle effectif de la SEL.

Le rôle de l'Ordre des médecins

Il appartient aux conseils départementaux de s'opposer à ces montages en refusant d'inscrire ces sociétés à l'Ordre ou encore de radier les sociétés dans lesquelles ces montages se mettent en place.

Rappelons que les SEL doivent obligatoirement être inscrites à l'Ordre des médecins, qui exerce un contrôle préalable sur leurs statuts et sur tous les documents qui peuvent y être associés (pactes d'associés, conventions d'exercice, engagements contractés par la société vis-à-vis de tiers...). Tous les documents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la société doivent être obligatoirement communiqués. Le contrôle ordinal est ardu mais indispensable à la préservation de l'indépendance professionnelle des médecins.

Les indices de la perte de contrôle des professionnels

Des décisions du Conseil d'État en date du 10 juillet 2023 viennent précisément conforter l'action ordinale dans ce domaine et illustrent des éléments qui permettent de conclure à la perte de contrôle des professionnels au profit des tiers. Elles

concernent des sociétés vétérinaires, ce qui permet de souligner que le processus de financiarisation s'étend largement au-delà du monde médical.

Le Conseil d'État a pointé que le principe de la majorité des droits de vote aux exerçants était battu en brèche par des dispositions statutaires ou du pacte d'associés prévoyant que certaines décisions devaient être prises à l'unanimité.

Il y a **perte de contrôle des professionnels de santé lorsque :**

- le tiers non exerçant contrôle, via un conseil de surveillance, l'ordre du jour des assemblées;
- la nomination et la révocation du président de la société (qui est en vertu de la loi un professionnel) dépendent de ce comité de surveillance;
- le comité peut limiter les pouvoirs du président par des autorisations, notamment en cas de recrutement de professionnels ou de prises de participations;
- les associés exerçants doivent s'engager à céder leurs actions au tiers investisseur.

Le Conseil d'État relève également que les actionnaires vétérinaires, alors même qu'ils sont majoritaires, n'ont droit qu'à 1 % du montant des bénéfices distribués. C'est sur la base de ces constatations que le Conseil d'État a estimé que les associés vétérinaires, quoique détenant la majorité du capital et des droits de vote, ne sont pas en mesure de contrôler effectivement la société et il en a conclu que l'Ordre vétérinaire avait à bon droit radié la société de son tableau.

Un certain nombre de dossiers portés à la connaissance de l'Ordre des médecins contiennent des dispositions similaires ou qui sont de même nature. Nous vous assurons que l'Ordre s'en saisit pour prendre les décisions qui s'imposent.

DÉRIVES SECTAIRES EN SANTÉ

La Miviludes et le Cnom renouvellent leur partenariat

Mieux informer les médecins et les patients sur les dérives

sectaires et améliorer la prise en charge des victimes.

C'est l'objectif de la nouvelle convention de partenariat signée, fin septembre, par Étienne Apaire, secrétaire général du Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (SG-CIPDR), président de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), et François Arnault, président du Cnom.

Compte tenu de l'engouement du public envers des pratiques thérapeutiques non validées scientifiquement, la recherche de bien-être et de développement personnel, et en raison de l'essor de formations délivrant des diplômes non reconnus par l'État, des patients peuvent se voir abusés ou exposés à des dérives thérapeutiques, notamment sectaires.

La mission de la Miviludes est justement d'observer et d'analyser le phénomène sectaire, de coordonner l'action préventive et répressive des pouvoirs publics à l'encontre des dérives sectaires, et d'informer le public sur les risques et les dangers auxquels il est exposé. Quant à l'Ordre des médecins, il est chargé par la loi de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine



et au respect, par tous les médecins, des principes du code de déontologie médicale. Il est garant de la qualité des soins offerts à la population.

Trois axes prioritaires

Ce renouvellement de convention a donc témoigné de l'engagement des deux institutions en faveur de la prévention, de la lutte contre les dérives sectaires en santé, ainsi que pour l'information juste du patient et la qualité de leur prise en charge médicale.

Trois axes prioritaires ont été fixés :

- L'échange d'informations portant sur le nombre, la nature et les caractéristiques des signalements de situations

à risque reçues par chacune des parties et portant sur des dérives sectaires dans le domaine de la santé.

- Sur le plan judiciaire, dans le cadre de signalements ou plaintes reçus par le Cnom, l'apport d'expertise de la Miviludes sur des cas individuels, afin de documenter et mettre en place une action concertée, dans la mesure du possible, avant la saisine du procureur de la République.

- L'élaboration commune de messages d'informations et de fiches pratiques sur tous supports de communication (réseaux sociaux, communiqués de presse...) destinés aux médecins et au grand public.



MÉDICAMENTS

Révision de la législation pharmaceutique de l'Union européenne



DR PHILIPPE CATHALA,
délégué général
aux Affaires
européennes
et internationales

Une nouvelle directive et un nouveau règlement sont proposés par la Commission européenne pour adapter la législation pharmaceutique de l'UE aux besoins d'aujourd'hui et créer un marché unique des médicaments.

I s'agit de la première révision majeure de la législation pharmaceutique de 2004. Ses principaux objectifs :

- Passer d'un système unique d'incitations à un système modulé récompensant les entreprises pharmaceutiques qui remplissent d'importants objectifs de santé publique.
- Accélérer la disponibilité des médicaments génériques ou biosimilaires.
- Accélérer les procédures d'autorisations de mise sur le marché (AMM).
- Soutenir la recherche pharmaceutique, l'innovation et la compétitivité.

- Rendre les médicaments plus durables.
- Lutter contre la résistance aux antimicrobiens.

La réforme a pour ambition de « créer un marché unique des médicaments pour faire en sorte que l'ensemble des patients, partout dans l'UE, aient un accès rapide et équitable à des médicaments sûrs, efficaces et abordables ».

Il s'agit également de prévenir les « ruptures de stock », grâce au travail de l'Agence européenne du médicament, qui sera restructurée, mais également par l'implication des entreprises pharmaceutiques, qui devront remédier aux pénuries

et rendre compte de leurs actions. Dans le cadre de cette révision, l'Ordre sera vigilant sur plusieurs points parmi lesquels : la notification en cas de retrait d'AMM d'un médicament, l'information rapide sur les pénuries réelles de médicaments et sur les alternatives disponibles.

Les propositions de la Commission doivent désormais être examinées par le Parlement européen et le Conseil qui devront, dans un temps réduit, s'entendre sur des règles soutenant la recherche et la production pharmaceutiques dans l'intérêt supérieur des patients.

+ D'INFOS En savoir plus sur la réforme

STATISTIQUES

Combien de médecins en Europe ?

Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne (UE), a publié ses dernières données sur le nombre de médecins dans l'UE, l'Espace économique européen (UE + Islande, Liechtenstein, Norvège) et les pays voisins. En 2021, l'UE enregistre environ 1,82 million de médecins en exercice. Les pays où l'on en compte le plus sont l'Allemagne (377 000), l'Italie (243 000), la France (216 000 - en activité régulière) et l'Espagne (213 000). En matière de ratio médecins par habitant, la Grèce et le Portugal se placent en première position (629,2 et 562 médecins pour 100 000 habitants). La France, la Belgique et la Hongrie affichent les ratios les plus faibles (318,3 ; 324,8 ; 329,8 pour 100 000 habitants). Dans l'ensemble, les médecins spécialistes sont plus nombreux que les généralistes. C'est en France qu'il y en

a le plus (94 000), mais les pays où la proportion de spécialistes dans la profession est la plus élevée sont l'Irlande (58 %), le Portugal (53 %) et les Pays-Bas (47 %). L'étude met également en lumière des tendances générales sur la féminisation et le vieillissement de la profession et sur l'augmentation générale (sauf en Autriche) du nombre d'étudiants en médecine. Afin de bénéficier de chiffres plus précis et de permettre une analyse efficace des flux, l'Institution ordinaire souhaite redynamiser l'Observatoire européen de la démographie médicale, créé à son initiative au sein du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) en 2010.

+ D'INFOS L'étude d'Eurostat

Le défi urbain de l'accès aux soins

Souvent pensée comme un problème spécifique des territoires ruraux, la désertification médicale touche aussi les villes. Une situation particulièrement criante en médecine générale.

Le point de vue de l'ordre



DR JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président

Au regard de ces constats, une profonde réforme du système de santé est attendue. Elle devra poser la question de la juste allocation des ressources. Poser le débat du maillage territorial, c'est aussi poser la question du maintien dans l'installation et de la mobilité des médecins généralistes, au-delà de la seule vision pragmatique de recherche de gain d'efficience.

L'état de santé des populations dépend de nombreux déterminants propres aux individus, mais aussi de l'environnement dans lequel ils évoluent. De façon générale, l'offre médicale en exercice libéral et mixte se raréfie, sans être compensée par l'exercice salarié. Cette baisse est encore plus marquée pour la médecine générale, alors même que le vieillissement de la population accroît ses besoins.

Des inégalités territoriales fortes

De plus, cette baisse de l'offre de médecine générale en soins primaires se double d'une aggravation de l'inégale répartition des médecins. Ces difficultés

concernent dorénavant de nombreux types de territoires (villes et espaces périurbains) et continuent de fragiliser des zones déjà sous-dotées, notamment dans l'espace rural.

La raréfaction de l'offre médicale vient se greffer sur des inégalités anciennes et persistantes dans la répartition géographique des médecins, et conduit à amplifier des difficultés dans les territoires déjà en tension en matière d'accès aux soins comme les zones rurales. Le rapport interdécile entre les 10 % des territoires les plus denses en médecins et les 10 % les plus défavorisés s'est ainsi accru. Toutes spécialités confondues, ce rapport a augmenté de 14,6 % et même de 19,6 % en médecine générale.

Une problématique urbaine

Les agences régionales de santé (ARS) déterminent des zones prioritaires pour l'implantation de médecins généralistes, définies à partir de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin, qui estime un nombre de consultations potentielles par habitant et par an. Un territoire est considéré comme prioritaire lorsque cet indicateur est inférieur à 2,5. Entre 2,5 et 4, les ARS arbitrent selon leur connaissance des situations locales. Les zones prioritaires concernent toutes les régions ainsi que des territoires urbains et ruraux. Le Centre-Val de Loire, les marges de l'Île-de-France et la Bourgogne-Franche-Comté sont particulièrement concernés. Au sein des grandes villes ou métropoles, comme en Île-de-France, des quartiers entiers apparaissent comme prioritaires, à l'instar des arrondissements du nord-est parisien.

Les quartiers prioritaires de la ville (QPV) se caractérisent par la concentration des populations vivant en dessous du seuil de pauvreté (60 % du revenu médian). Ils bénéficient généralement d'une offre médicale inférieure au reste du territoire, alors même que leurs habitants cumulent des difficultés sociales et économiques qui ont déjà un impact sur leur santé. Un logement dégradé, une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, une pénibilité au travail, autant de facteurs qui augmentent les risques sanitaires.

Évolution et inégalités territoriales : médecins en activité

Moins d'offre libérale, plus de besoins



-2,2 %

C'EST LA BAISSSE DE L'OFFRE
LIBÉRALE ET MIXTE DEPUIS 2019,
TOUTES SPÉCIALITÉS
CONFONDUES

-4,5 %

C'EST LA BAISSSE DE L'OFFRE
LIBÉRALE ET MIXTE EN
MÉDECINE GÉNÉRALE
DEPUIS 2019



1914

C'EST LE NOMBRE
de généralistes en moins
en 5 ANS

Part des 60 % et +
dans la population

26 % en 2019
24 % en 2013

Les inégalités territoriales

2,5

**CONSULTATIONS
PAR HABITANT
ET PAR AN :**

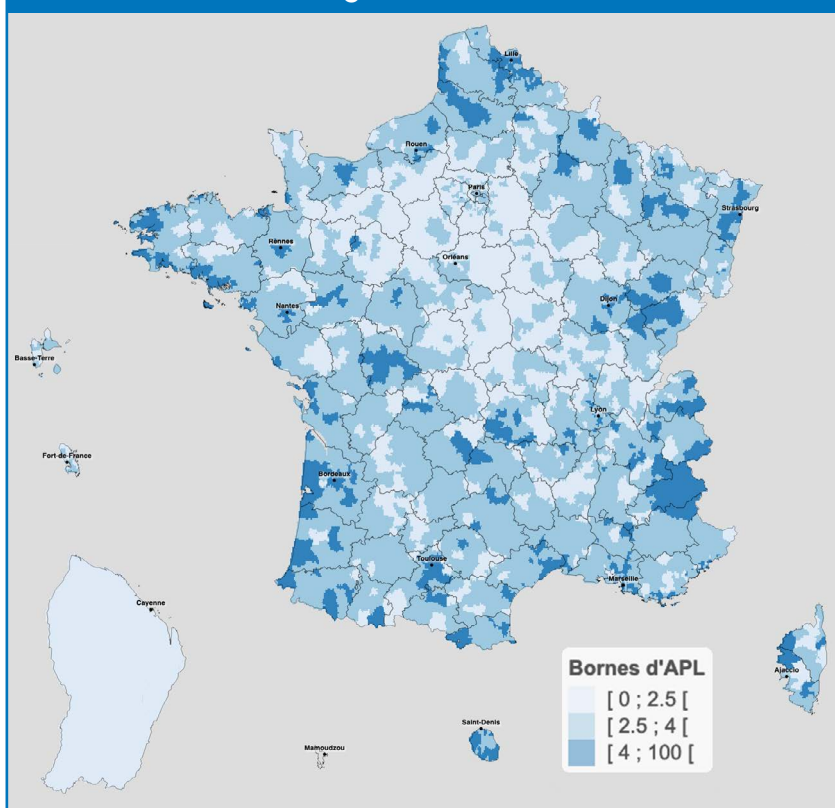
SEUIL D'APL* AU-DESSOUS
DUQUEL UN TERRITOIRE
EST CONSIDÉRÉ
COMME PRIORITAIRE

Entre **2,5**
et **4**

**CONSULTATIONS
PAR HABITANT
ET PAR AN :**

SPECTRE D'APL DANS LEQUEL
UN TERRITOIRE PEUT ÊTRE
CONSIDÉRÉ COMME
PRIORITAIRE

APL* aux médecins généralistes de 65 ans et moins



*APL : indicateur d'accessibilité potentielle localisée, il estime le nombre de consultations potentielles par habitant et par an.



À TOULOUSE, UNE CLINIQUE TRÈS SPATIALE

Texte : **Éric Allermoz** | Photos : **Max Bauwens**

Au cœur du CHU de Toulouse, la clinique spatiale développe une expertise internationale dans la simulation au sol des effets de l'apesanteur. Des travaux originaux qui consistent à préparer au mieux les futurs vols longue durée dans l'espace.

Dans les couloirs de la clinique spatiale, pas de brancards ni de chirurgiens prêts à opérer. Dans une grande salle d'examen, Cyprien est bardé de capteurs en tous genres. Le trentenaire monte sur un vélo et enchaîne les coups de pédale. Plus loin, Christophe, ex-militaire de 27 ans, saute et teste son équilibre sous le regard rassuré d'une médecin.

Les deux volontaires réalisent cette batterie d'examen après avoir participé à *Brace**, une étude coordonnée par la clinique spatiale pour l'Agence spatiale européenne (ESA) et le Centre national des études spatiales (CNES).

Entre avril et juillet derniers, 12 hommes sont restés allongés 60 jours, 24 heures sur 24, légèrement inclinés (la tête plus basse que les pieds). Cette position reproduit les conséquences de l'apesanteur sur le corps humain. «*Étant donné le peu d'opportunités de vols spatiaux, cette expérience permet d'étudier les réactions de l'organisme en l'absence de gravité, comme lors de séjours dans l'espace*», décrypte Marie-Pierre Bareille, responsable de la clinique spatiale.

Au total, près de 100 personnes (soignants, chercheurs...) sont mobilisées pour cette étude. Pour Christophe, «*les 60 jours sont passés bien plus vite que ce que je pensais. La conquête de l'espace me passionne, c'est une vraie opportunité de contribuer à l'avancée de la recherche spatiale*».

Deux modèles de simulation

Créée en 1996 et installée au CHU de Toulouse, la clinique spatiale est une infrastructure unique en France et rare en Europe – on compte deux établissements similaires en Allemagne et Slovaquie. Elle fait partie de l'Institut de médecine et de physiologie spatiales, le Medes.

Ses équipes réalisent des études cliniques pour la recherche spatiale et la santé terrestre.

Deux modèles de simulation sont utilisés : l'alitement prolongé et l'immersion sèche. «*Nous sommes le bras santé du CNES. Le but est de tester des moyens préventifs qui atténuent les effets de l'apesanteur pour préparer les futurs vols spatiaux habités*», précise Marie-Pierre Bareille. Dans ce contexte, le rôle des médecins et des professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, physiologistes, etc.) est primordial. «*Nous coordonnons l'aspect médical, suivons les volontaires tout au long du process, pratiquons les examens et prenons en charge les éventuels effets secondaires*», explique le docteur Louis Desvernay, qui a encadré les 12 volontaires de *Brace*.

Des applications terrestres multiples

La recherche menée à la clinique spatiale ne se cantonne pas à l'espace. Elle vise aussi à mieux comprendre des problématiques de santé terrestre pouvant avoir un impact dans le quotidien des Français. «*Les astronautes sont parfois confrontés aux mêmes problèmes que les personnes âgées, les patients alités ou les personnes au mode de vie beaucoup trop sédentaire. Les longs séjours en orbite affectent leurs muscles et leurs os*», détaille Marie-Pierre Bareille.

Les résultats des études peuvent ainsi être utiles pour les traitements de l'obésité, du diabète, de l'ostéoporose, pour la musculature des personnes âgées ou alitées... Une preuve que de l'espace à la santé terrestre, il n'y a qu'un pas.

+ D'INFOS <https://www.youtube.com/watch?v=4DCHJNdw50>



* Bed Rest with Artificial gravity and Cycling Exercise.



← Les volontaires sont suivis de près une fois l'étude **Brace** achevée. Cyprien est scruté par une équipe de l'Université du sport de Cologne, en Allemagne, qui gère le protocole avec le Vélo SpaceBike.

Christophe est l'un des **12 élus** parmi plus de **2000 candidats** qui ont postulé à cette recherche de grande envergure. ↓

Cyprien passe sa jambe sous les rayons d'un scanner **Xtreme CT**. La clinique spatiale est pourvue de machines de pointe, nécessaires à la réalisation d'études, et peut compter sur le plateau des équipements biomédicaux du CHU de Toulouse. ↓





Pédiatrie : un état des lieux préoccupant

Comme en automne 2022 avec la bronchiolite, les maladies hivernales mettent en lumière les difficultés traversées par la pédiatrie en France. Des prises en charge de plus en plus complexes se heurtent, dans certains départements, à une pénurie de pédiatres : un état des lieux préoccupant qui appelle à un renforcement de la coordination entre tous les acteurs de santé.

Texte : Guillaume Tixier | Photos : DR

Avec...



D^R JACQUES CLAVERIE,
représentant titulaire
de l'Ordre des
médecins au Conseil
national professionnel
de pédiatrie



D^R BRIGITTE VIREY,
présidente du Syndicat
national des pédiatres
français



**D^R CATHERINE
QUINTOLI-CENTURI,**
membre de la section
Exercice professionnel
au Conseil national
de l'Ordre des médecins

L'ESSENTIEL

- La France compte aujourd'hui **8774 pédiatres, soit 20,8 % de plus qu'en 2010**. Le nombre de pédiatres libéraux reste assez stable, autour de 2600.
- La pédiatrie regroupe la médecine du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les pédiatres font partie des spécialistes **consultables en accès direct**.
- **85 % des consultations pédiatriques de ville se font chez un médecin généraliste.**

D^r Jacques Claverie

La crise sanitaire de la Covid-19 a marqué un tournant. Le rapport au travail, les liens familiaux ont été durablement modifiés. La relation au médecin et la confiance en la science ont été remises en cause. On constate un regain de la contestation de vaccination et un recours accru à l'autodiagnostic, voire à l'automédication, ce qui est néfaste. Avec près de 750 000 naissances par an, la population pédiatrique reste stable et le suivi des nourrissons évolue peu. **Certaines maladies chroniques, comme le diabète de l'enfant, sont plus fréquentes qu'il y a 20 ans.** L'obésité qui, ces dernières décennies, a été un sujet de préoccupation a bien été prise en charge, au point qu'on observe maintenant davantage d'enfants en insuffisance pondérale.

La typologie des patients reçus par les pédiatres a-t-elle évolué ? Les cas sont-ils plus complexes ?

D^r Brigitte Virey

Aujourd'hui, on fait moins de suivi systématique.

Or, ce suivi longitudinal est indispensable pour déceler précocement les anomalies du développement de l'enfant, comme des troubles du spectre de l'autisme, et favoriser une prise en charge rapide par les bons professionnels. À l'inverse, on voit arriver tardivement des enfants qui n'ont pas été suivis par un généraliste ou un pédiatre et qui présentent des retards de développement, vaccinaux, des asthmes non stabilisés. Les réticences à la vaccination sont revenues. Il faut convaincre. **La crise de la Covid-19 a été une rupture. Les jeunes enfants entre 2 et 4 ans, ont mis longtemps à revenir dans les cabinets** : il aura fallu une maladie ou une naissance dans la fratrie pour les retrouver et reprendre le suivi. On constate aussi davantage de troubles psychologiques chez les adolescents, mais aussi chez les 9-10 ans. Ce sont des consultations qui prennent davantage de temps.

D^r Catherine Guintoli-Centuri

La typologie de patients varie selon plusieurs facteurs

tels que la zone géographique, le contexte social. Elle évolue également avec les avancées médicales et les changements de mode de vie. Par exemple, une plus grande sédentarisation des enfants associée à une alimentation peu équilibrée a eu des impacts sur leur santé avec une augmentation des cas d'obésité ou de diabète de type 2. **Des pathologies cardiovasculaires apparaissent de plus en plus précocement, y compris chez des adolescents.** Les progrès importants réalisés en matière de néonatalité se traduisent également par une prise en charge plus importante de ces enfants chez les pédiatres, avec une augmentation de la complexité des cas.

D^r Jacques Claverie

Sur les 44 spécialités médicales, une seule concerne les enfants, de leur naissance à leur majorité : la pédiatrie. Mais le nombre de pédiatres, autour de 8000, est largement insuffisant pour traiter 20 % de la population française, ou même simplement les 2 millions d'enfants de moins de 1000 jours.

La plupart des consultations se font donc chez les médecins généralistes, 10 fois plus nombreux. Or, ceux-ci font de la médecine de l'enfant, pas de la pédiatrie, qui nécessite cinq années d'études spécialisées. Les généralistes devraient orienter vers un pédiatre référent comme ils orientent vers un dermatologue ou un cardiologue référent. Cependant, aujourd'hui, **des départements entiers se retrouvent sans offre de soins pédiatriques : les médecins généralistes doivent y suppléer.** Ils peuvent gagner en compétence au moyen de formations complémentaires. Néanmoins, de manière générale, l'offre de médecine de proximité est largement insuffisante et toutes les spécialités sont en déficit d'effectifs.

D^r Brigitte Virey

La complémentarité entre le généraliste et le pédiatre est indispensable.

Elle est cependant très variable, d'un médecin à un autre, d'un lieu à un autre. En réalité, il y a très peu d'adressage et les médecins généralistes, qui n'auront que trois mois de cours sur la médecine de l'enfant dans la nouvelle maquette, sont insuffisamment formés. **Il faut renforcer les liens entre généralistes et pédiatres, mais aussi entre pédiatres et professionnels de santé :**

sages-femmes ou orthophonistes par exemple. Dans certains départements, la situation est dramatique : la Nièvre ne compte que deux pédiatres de ville ! Pour remédier à cette pénurie, des équipes de soin spécialisées (ESS), constituées, à l'échelle régionale ou départementale, de pédiatres généralistes et spécialisés peuvent répondre aux questions des généralistes ou des hôpitaux, et procéder à des consultations, à distance ou en présentiel, ou télé-expertise. Mais ces ESS ne peuvent pas tout. Pour le suivi des nouveau-nés à risque ou l'évaluation et la prise en charge des troubles du développement, il est crucial de former davantage de pédiatres. En attendant, il est nécessaire d'améliorer la relation entre généralistes et pédiatres, pour mieux répartir le travail, au bénéfice des patients. En fait, la coordination peut être améliorée à tous les niveaux : quand un enseignant repère un trouble chez un enfant, il doit avoir le réflexe de l'adresser d'abord à un médecin, généraliste ou pédiatre, plutôt que chez un orthophoniste pour lequel il y a 6 à 12 mois d'attente pour un rendez-vous. C'est le seul moyen d'éviter que les enfants ne perdent une année scolaire.

Dans quelle mesure la médecine générale et la pédiatrie sont-elles complémentaires ?

D^r Catherine Guintoli-Centuri

Au vu de la démographie actuelle, et du manque aigu de pédiatres dans certaines régions, il faudrait que les pédiatres se concentrent sur les enfants les plus vulnérables et que les suivis des enfants sans facteur de risque particulier soient laissés aux généralistes.

Le pédiatre doit être considéré comme un recours pour le généraliste. Or, à ce que je vois en Occitanie par exemple, beaucoup de pédiatres font du tout-venant, ce qui est un peu un gâchis de compétence. Ils devraient se consacrer aux pathologies les plus complexes ou au suivi des maladies chroniques, comme cela se fait par exemple au sein du réseau Réppop, dédié à la prévention et à la prise en charge de l'obésité pédiatrique, et d'Occitadys, consacré aux troubles du neurodéveloppement et des apprentissages, qui oriente vers les généralistes qui choisissent ou non d'adresser aux pédiatres. Le pédiatre de ville devrait avoir un rôle de recours et d'expertise. De manière générale, la coordination des acteurs de santé est insuffisante et gagnerait à être renforcée.

D^r Brigitte Virey

Beaucoup d'enfants arrivent tardivement dans nos consultations : leur parcours de santé a été une errance auprès de professionnels de santé aux pratiques douteuses, ou de non-professionnels encore plus à risque. Ce retard dans la prise en charge constitue une perte de chance. Dans le cas de troubles précoces de la relation parent/enfant, les premiers mots, les premiers ressentis sont importants. Quand une maman déprimée est passée par une succession de « coachs » en tout genre et de pseudo-thérapeutes avant d'arriver chez le pédiatre pour demander un traitement de reflux gastrique pour son bébé, la prise en charge est plus compliquée. **On constate aussi un regain des pratiques non conventionnelles dans le cas des troubles déficitaires de l'attention, avec ou sans hyperactivité,** qui profitent de la souffrance des parents et retardent, là encore, la prise en charge des enfants.

D^r Catherine Guintoli-Centuri

De plus en plus de parents s'orientent vers des pratiques qu'ils perçoivent comme plus « naturelles » ou plus « douces » que la médecine conventionnelle, en particulier pour le soin de troubles fonctionnels de leurs enfants : allergies ou troubles du sommeil par exemple. Mais qu'il s'agisse d'homéopathie, de naturopathie ou d'acupuncture, ces pratiques, pour citer les plus répandues, ne reposent sur aucune preuve scientifique solide et n'ont pas d'efficacité avérée. La prudence est donc de mise. Comme les adultes, les enfants disposent d'un médecin traitant. Celui-ci doit être consulté avant de recourir à ce type de pratique. La plupart des médecins sont ouverts et tous sont en mesure d'apporter un avis médical éclairé. **Trop souvent, le recours à ces pratiques aboutit à un retard de prise en charge et voit inutilement se prolonger les symptômes et leur pénibilité pour l'enfant.**

D^r Jacques Clavier

Les PSNC profitent de la défiance envers la science. La médecine qui se base sur des preuves est très protocolisée. Les protocoles de soin sont régulièrement mis à jour, les recommandations et les pratiques évoluent constamment. C'est le propre de la science que de se remettre sans arrêt en question, de bouger. Et ce n'est pas toujours bien compris. La population peut se sentir dépassée et se tourner vers des pratiques non conventionnelles traditionnelles précisément « parce qu'on a toujours fait comme ça ». Ou parce qu'elle ne comprend pas que le traitement qui avait marché pour l'aîné ne soit pas celui qui est prescrit au cadet. **Les évolutions des préconisations, qui reflètent des progrès de la connaissance ou des avancées scientifiques, sont déstabilisantes.** Ainsi, pour la bronchiolite, la kinésithérapie respiratoire, autrefois quasi systématique, est désormais réservée à des situations très particulières : enfants qui souffrent d'une pathologie respiratoire chronique ou d'une maladie neuromusculaire. Depuis septembre, un traitement préventif par injection d'anticorps aux enfants de moins de 6 mois est disponible. Si la population adhère à cette proposition, l'épidémiologie de la bronchiolite sera totalement différente. Pour en revenir aux PSNC, certaines sont plus dangereuses que d'autres – ainsi, les manipulations du rachis ou de la tête des nouveau-nés sont interdites. Mais toutes représentent une perte de chance pour le patient lorsqu'elles se substituent à un traitement mis en place pour une maladie chronique.

L'Ordre a récemment alerté sur les pratiques de soins non conventionnelles (PSNC). La hausse de celles-ci est-elle également visible pour les enfants ? Les risques liés à ces pratiques sont-ils accrus pour les plus jeunes ?

La Terre se réchauffe, et la médecine est en première ligne : le dérèglement climatique a des effets sur la santé humaine. Certains sont déjà visibles, d'autres sont à venir. Face à cette situation, il est possible d'agir.

Texte : Fanny Napolier
Photos : DR., Getty

A hand is shown holding a glowing globe of the Earth. The globe is overlaid with a network of white dots and lines, suggesting a digital or interconnected theme. The background is a soft, out-of-focus green, and the hand is in the foreground, holding the globe from the bottom. The overall aesthetic is clean and modern, with a focus on environmental and medical themes.

LES MÉDECINS FACE AU CHANGEMENT CLIMATIQUE

DÉRÈGLEMENT CLIMATIQUE : QUELS EFFETS SUR LA SANTÉ HUMAINE ?

Vagues de chaleur, sécheresse, pollution de l'air, événements climatiques extrêmes... Toutes les déclinaisons du dérèglement climatique ont des conséquences, parfois multifactorielles, sur la santé humaine.

La crise climatique nous tue. Elle nuit non seulement à la santé de notre planète, mais aussi à celle de tous ses habitants», rappelait le secrétaire

général de l'ONU, Antonio Guterres, au lendemain de la publication d'une étude du *Lancet* en octobre 2022. Dans la dernière édition de ce rapport, intitulé «Compte à rebours sur la santé et le changement climatique», 99 scientifiques ont mesuré les effets du changement climatique sur la santé humaine.

La première des conséquences du dérèglement climatique est les vagues de chaleur et les épisodes de canicule. Alors que l'été 2022 a été le plus chaud jamais enregistré en Europe, les scientifiques du *Lancet* évaluent que les décès liés à la chaleur ont augmenté de 68 % entre 2000-2004 et 2017-2021. «Le réchauffement est une dimension essentielle du dérèglement climatique, mais elle n'est pas la seule. Il y a aussi d'autres facteurs de ce dérèglement qui jouent sur la santé», rappelle le D^r Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

«C'est la raison pour laquelle l'Ordre se saisit du sujet, note le D^r Claire Siret, présidente de la section Santé publique du Cnom. Il est clair, par exemple, que l'on note une augmentation des symptômes liés à l'asthme dans nos cabinets.» De fait, la concentration de particules fines dans les logements dépassait de 30 fois en moyenne les recommandations de l'OMS en 2020, dans les 62 pays évalués, rapporte le *Lancet*. «Le changement climatique augmente la pollution de l'air, ce qui influe sur les pathologies comme l'asthme, les allergies, les maladies cardiovasculaires», ajoute le D^r Marine Sarfati, responsable Enseignement santé environnement →



D^R CLAIRE SIRET,
présidente
de la section
Santé publique
du Cnom

« Il est important que la population se mobilise »

« J'ai envie d'être optimiste. Face aux grandes puissances, aux grands groupes, et aux grands intérêts du monde, il est important que la population se mobilise. J'espère que ce sera suffisant. On est toujours effarés de voir que les intérêts de certains l'emportent toujours sur l'intérêt mondial. Il faut que les autorités et les États prennent conscience des problèmes. Il ne s'agit pas que de se rencontrer et de signer des papiers. Il faut prendre des décisions, mais surtout les mettre en pratique. »

à l'université Claude-Bernard de Lyon. Selon une étude de Santé publique France, la pollution de l'air ambiant aux particules fines est responsable de 40 000 décès chaque année en France. Le confinement du printemps 2020 en France et la moindre exposition à la pollution de l'air ambiant a aussi permis d'éviter 2300 décès, relève l'agence. « Une action volontariste sur la réduction des émissions de polluants dans l'air se traduit par une diminution sensible de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé, et la mortalité en particulier », ajoute-t-elle.

Le changement climatique entraîne aussi une augmentation des maladies vectorielles. « Le changement climatique, associé à la globalisation, l'urbanisation et la déforestation, contribue à l'augmentation de la transmission des maladies à transmission vectorielle, en particulier transmise par le moustique *Aedes albopictus*, aussi appelé

14,5 M

C'EST LE NOMBRE DE TONNES DE CO₂ liées à l'achat de médicaments en France par an. Ce poste représente 29 % des émissions totales du secteur de la santé.

moustique tigre, explique Santé publique France. *Ce moustique se propage depuis plusieurs années en Europe et en France. Il peut transmettre les virus de la dengue du chikungunya et du zika.*

« Il y a aussi des conséquences sur la santé mentale, souligne le D^r Sarfati. Il a été prouvé que durant les vagues de chaleur, on augmente la décompensation des maladies mentales. Tous les événements

climatiques extrêmes, comme les feux de forêt ou les ouragans, sont anxiogènes et peuvent faire décompenser les patients. » En effet, selon un rapport du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) publié en 2022, l'accélération des changements climatiques constitue une menace pour la santé mentale, entraînant une augmentation des symptômes de détresse psychologique, anxiété, dépression et conduites suicidaires. Selon une étude publiée en 2018 dans la revue *Nature Climate Change* par des chercheurs de Stanford, le nombre de suicides augmente pendant les périodes de fortes chaleurs.

Enfin, notait encore le *Lancet* dans son étude de 2022, le dérèglement climatique fragilise de plus en plus l'alimentation de tous. En 2020, 98 millions de personnes supplémentaires souffraient d'insécurité alimentaire par rapport à la période 1981-2010. •

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE AU PROGRAMME DES FUTURS MÉDECINS

Dès cette année, les étudiants en médecine suivront un module obligatoire de six heures sur la santé environnementale, dispensé au cours du premier cycle.

Enfin!», disent de nombreux acteurs du secteur.

Une étude menée en 2021 montrait que 84 % des 3000 étudiants interrogés étaient en demande de formation sur la santé environnementale. Jusqu'à présent, certains modules, de santé publique ou de gynécologie par exemple, pouvaient consacrer quelques heures à la santé environnementale. Mais rien d'individualisé ni d'obligatoire. «On sait que 80 % des déterminants de la santé ne sont ni héréditaires ni génétiques, et donc environnementaux au sens large», explique le D^r Marine Sarfati, cocréatrice du module et responsable Enseignement santé environnement à l'université Claude-Bernard de Lyon. Si la notion de santé environnementale naît au milieu du XX^e siècle, avec la prise en compte des effets du tabac, de l'alcool ou encore du travail sur la santé, ce n'est qu'à la fin des années 1990 qu'elle commence à intégrer les conséquences du dérèglement climatique sur la santé humaine. Lors de la conférence d'Helsinki en 1994, l'OMS définit alors la santé environnementale comme comprenant «les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déter-

minés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures». «Les jeunes générations ont le terrain pour être sensibilisées, maintenant il faut les former», note le D^r Sarfati. Avec le soutien de la Conférence des doyens, et notamment du P^r Jean Sibilia, alors pré-

sident, et du P^r Gilles Rode, doyen de la faculté de médecine Lyon-Est, le D^r Marine Sarfati a mis sur pied ce module dense et court, au format numérique. Avec l'aide de sept étudiants de Lyon et de Paris, une soixantaine de vidéos ont été tournées, toutes en libre accès sur Internet. «Le module est divisé en quatre blocs, détaille le D^r Sarfati. Le premier est consacré aux approches de la santé. L'idée est de faire comprendre aux étudiants ce qu'est une approche non anthropocentrée et la pertinence d'intégrer les écosystèmes animaux →



D^r MARINE SARFATI,
cocréatrice
du module Santé
environnement

« La première marche, c'est celle de la prise de conscience »

«Nous ne sommes qu'au début de l'aventure. Le module va permettre d'introduire la thématique de la santé environnementale, de faire prendre conscience aux étudiants de l'importance d'adopter une approche non anthropocentrée. Et pour moi, la première marche, c'est celle de la prise de conscience. Pour les étudiants, mais aussi pour les enseignants. Bien sûr, dans l'idéal, quand l'ensemble du corps enseignant et étudiant se sera emparé du sujet, notre module sera rendu obsolète puisqu'il sera directement intégré aux enseignements. Il faut espérer que cela arrive dans quelques années!»



8 %

DES GAZ À EFFET DE SERRE
en France sont causés par le secteur
de la santé.

Source : feuille de route Planification
écologique du système de santé

et environnementaux dans la prise en charge de la santé humaine. Le deuxième bloc vise à montrer que le dépassement des limites planétaires a un impact sur la santé humaine. Le troisième est intitulé "Environnement, santé, société". On y parle de philosophie de l'environnement, de notre rapport aux technologies... Le dernier bloc, particulièrement demandé par les étudiants, est consacré aux leviers d'action. La conclusion porte sur les freins neurocognitifs au changement face à la crise environnementale.» •



D^R ADELINE MARQUET,
médecin généraliste et créatrice
du site Doc-durable.fr

« Je suis assez optimiste »

« La majorité des médecins a envie de contribuer à améliorer les choses. Je suis assez optimiste. Quand j'ai fait ma thèse, c'était la troisième sur le sujet. Maintenant, il y a pléthore de thèses qui traitent des pratiques écoresponsables des médecins et de la santé planétaire. Le sujet est de plus en plus abordé dans les congrès, il intéresse de plus en plus les médecins. »



D^R JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président du Cnom

« Ce qui compte, c'est être acteur du changement »

« Il y a une appropriation du problème depuis une vingtaine d'années par les professionnels de santé. Est-ce que, pour autant, ils en tirent tous les conséquences ? J'en suis moins sûr. Ils sont plus sensibilisés. Mais ce qui compte vraiment, c'est être acteur du changement nécessaire. On peut encore faire en sorte que l'aggravation, au lieu d'être considérable, soit modérée. Il faut prévenir ce qui peut encore l'être. La santé est un bien supérieur et sera la première impactée. »

RÉDUIRE L'EMPREINTE CARBONE : CE QUE LES MÉDECINS PEUVENT FAIRE

De nombreux médecins sont conscients de l'urgence d'agir pour freiner le dérèglement climatique, sans savoir par où commencer ni comment. Quelques pistes pour une pratique plus écoresponsable.

En 2023, le *think tank* The Shift Project relevait que les émissions de gaz à effet de serre produites par le secteur de la santé représentaient autour de 8 % de l'empreinte carbone de la France, soit près de 50 millions de tonnes de CO₂. Cette étude chiffrée montre notamment que l'offre de soins constitue environ 45 % de ces 50 millions de tonnes et que les médicaments et dispositifs médicaux engendrent les 55 % restants. «*Le secteur sanitaire et médicosocial, à l'image de tous les autres, doit faire sa part dans la nécessaire baisse des émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an jusqu'en 2050 afin de respecter l'engagement national français de rester sous la barre des +1,5 % supplémentaires*», rappelait le ministère de la Santé en mai dernier.

«*La première chose à faire, pour un médecin qui voudrait diminuer son empreinte carbone, n'est pas facile. C'est de prescrire moins de médicaments*», explique le D^r Adeline Marquet, généraliste et créatrice du site Doc-durable.fr qui propose aux médecins des conseils concrets pour une pratique plus vertueuse. «*C'est un changement d'habitude qui peut être long. Il faut prendre le temps de l'expliquer aux patients.* »

C'est au cours d'un stage chez un généraliste qui utilisait du papier recyclé pour ses ordonnances que le D^r Adeline Marquet s'est demandé comment faire pour diminuer l'empreinte carbone d'un cabinet médical. Après avoir consacré sa thèse au sujet, elle lance Doc-durable.fr qui propose aux médecins en cabinet d'évaluer leur pratique et donne des idées d'actions pour s'améliorer. Elle remarque que si beaucoup de médecins ont des gestes vertueux dans leur vie personnelle, beaucoup ne savent pas ce qu'ils peuvent faire au plan professionnel. «*Il faut commencer par des gestes abordables. À l'échelle d'un cabinet de médecine générale, on peut covoiturer pour les visites à domicile, y aller à pied ou à vélo. Concernant les déchets, on peut collecter les papiers confidentiels et les faire broyer et recycler par un organisme habilité. Les masques chirurgicaux peuvent aussi suivre une filière de recyclage adaptée.* »

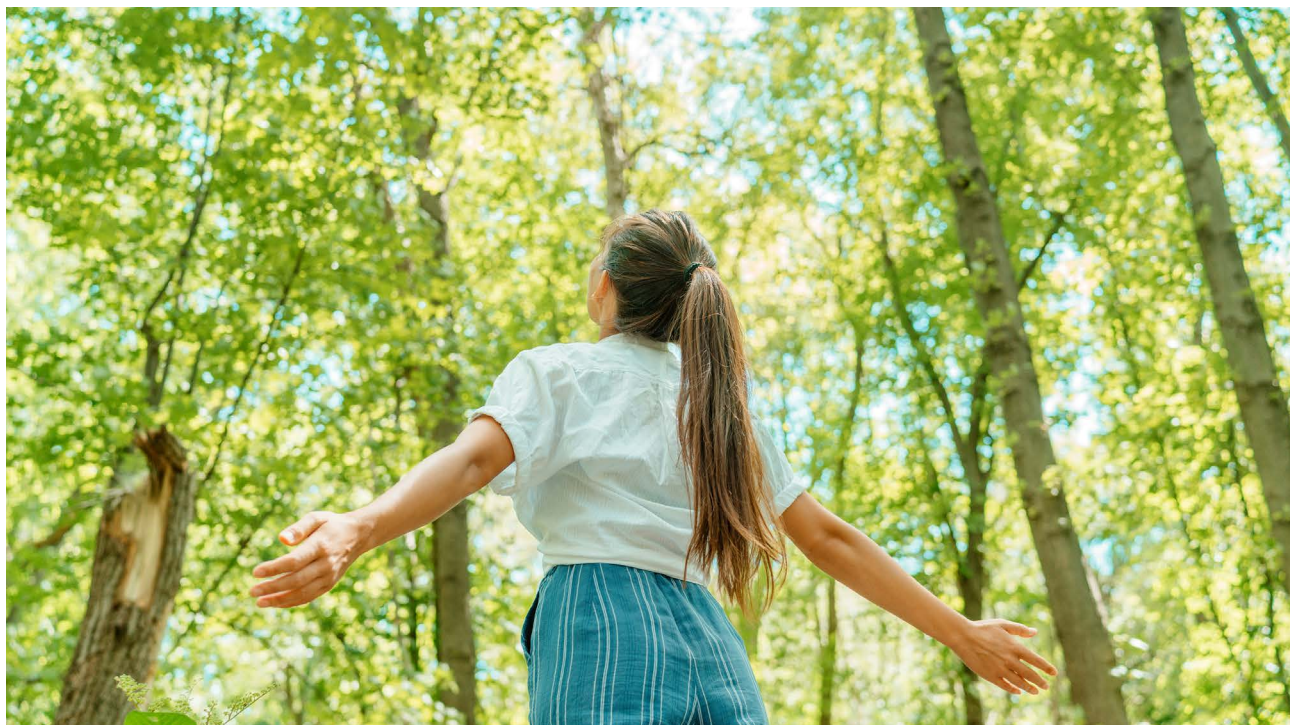
20 %

DES DÉCÈS en Europe sont dus à des facteurs environnementaux, selon l'OMS. Qualité de l'air, de l'eau, alimentation... sont responsables de nombreuses pathologies d'origine souvent plurifactorielle.

Les spéculums auriculaires peuvent être réutilisés en suivant un protocole d'hygiène adapté. Concernant les appareils électriques, on peut les éteindre le soir ou utiliser une prise programmable mécanique pour les débrancher automatiquement», liste le D^r Marquet. «*Les médecins ont aussi un rôle d'éducation des patients en conseillant des actions qui font appel au cobénéfice, c'est-à-dire des actions qui profitent à la fois à la santé des patients et à la planète : limiter les aliments ultra-transformés, la consommation de viande rouge, favoriser les déplacements à pied ou à vélo*», ajoute la généraliste.

Des messages qui ont d'autant plus de poids auprès des patients qu'ils sont prononcés par leur médecin généraliste. En 2019, la Wonca (Organisation mondiale des médecins de famille) appelait «*les médecins généralistes du monde entier à agir en faveur de la santé planétaire*». Et ajoutait : «*Les médecins généralistes sont régulièrement classés comme l'une des sources d'information les plus fiables. Ils ont une capacité remarquable à comprendre et à transmettre les informations concernant l'évolution des défis de la santé planétaire et les stratégies que les individus peuvent adopter pour protéger simultanément leur santé et celle de l'environnement.* »

Pour autant, les médecins ne peuvent pas porter individuellement la charge de ces indispensables →



évolutions. « *On veut bien faire mieux, mais il faut qu'on nous dise comment. Il y a peut-être un manque d'information, un manque de temps mais je crois que beaucoup de mesures relèvent de l'État, et non des médecins à titre individuel* », plaide le D^r Claire Siret, présidente de la section Santé publique du Cnom. « *Selon moi, le changement doit venir du système*, abonde le D^r Marine Sarfati. *Les médecins ne peuvent pas porter ces changements sans le soutien des institutions. Les changements les plus conséquents seront structurels et cela nécessite de changer la façon dont on conçoit la médecine. Par exemple, faire plus de médecine préventive, avoir une approche non anthropocentrée et reconsidérer le bénéfice des interventions non médicamenteuses pour la prise en charge de certaines maladies chroniques comme les lombalgies ou l'obésité.* »

En mai 2023, la ministre déléguée chargée des Professions de santé Agnès Firmin Le Bodo a présidé un comité de pilotage inédit chargé de maîtriser les impacts environnementaux du secteur de la santé et d'assurer la transformation écolo-

gique du secteur sur le long terme. Ce comité, qui s'inscrit dans le cadre du 4^e Plan national santé environnement (PNSE), associe plusieurs ministères, mais aussi des institutions telles que la Cnam, l'ANSM, la HAS ainsi que des fédérations de professionnels et d'usagers. Avant la fin de l'année 2023, les partenaires devraient signer une convention de planification écologique avec des engagements dans les sept domaines suivants : bâtiment et maîtrise de l'énergie, achats durables, soins écoresponsables, déchets du secteur, formation et recherche en transformation écologique, mobilités durables, impact environnemental du numérique. Ainsi, le Comité prévoit, par exemple, de réduire l'usage des gaz médicaux, à fort effet de serre, de réfléchir au retraitement des dispositifs médicaux à usage unique ou encore de mieux informer les professionnels sur les bonnes pratiques en matière de soins écoresponsables et de prescriptions plus sobres. « *L'éco-conception des soins permet d'évaluer l'impact environnemental de nos procédures pour la réduire secondairement. C'est un levier d'action pour les soignants* », se félicite le D^r Marine Sarfati. C'est en 2011 qu'est réalisée

la première étude sur l'impact environnemental d'un dispositif médical en France. Elle porte sur la chirurgie de la cataracte. Il est établi qu'avec 650 000 interventions annuelles, cet acte représente autant d'émissions carbone qu'un avion faisant 400 fois le tour de la Terre.

« *Les soignants ont un devoir d'ingérence sur les questions climatiques, parce que cela concerne en premier chef la santé des habitants et notre exercice* », martèle le D^r Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins. « *Nous, soignants, devons prendre une part active dans la discussion et dans l'écriture de mesures qui soient ambitieuses*, ajoute-t-il. *Si nous nous contentons de dire, comme chaque année, qu'il faut mettre les personnes fragiles dans des pièces climatisées et prendre des nouvelles de personnes isolées, alors nous aurons échoué. Toutes les projections faites ces dernières années sur le changement climatique se sont réalisées. L'obscurantisme et le négationnisme n'ont pas leur place. Il faut prendre le taureau par les cornes, sans procrastiner. Il faut que les soignants prennent toute leur responsabilité dans le débat.* » •

CAHIER **Mon** exercice

24-25 E-SANTÉ

Cybersécurité :
un enjeu crucial

26 DÉCRYPTAGE

De nouvelles mesures
pour les centres de santé

27 DÉCRYPTAGE

Actualisation des
maladies à signalement
obligatoire

28-29 QUESTIONS-RÉPONSES

L'inscription des SISA
au tableau des ordres
professionnels

30-31 DÉCRYPTAGE

Répertoire partagé
des professionnels
intervenant dans le
système de santé : quelles
données enregistrées

RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET EXERCICE PROFESSIONNEL

**S'il est un sujet à ne pas négliger lorsque l'on est médecin,
c'est bien celui de la responsabilité.**

**Le Cnom organise une journée débat à ce sujet
le 14 novembre.**

Les thèmes abordés seront :

- Évolutions depuis la loi du 4 mars 2002.
- La responsabilité du médecin à l'heure des coopérations interprofessionnelles.
- La responsabilité à l'aune du numérique et de l'IA.
- La RCP et le choix de la spécialité et du mode d'exercice des futurs médecins.

+ D'INFOS

Pour en savoir plus et vous inscrire à ces tables rondes

Un numéro spécial sur le sujet est également à paraître.

PARU AU JO

ARRÊTÉ DU 31 AOÛT 2023
portant sur la période de
consultation publique de la
stratégie nationale santé
2023-2033.

ARRÊTÉ DU 24 JUILLET
2023
portant modification
de l'arrêté du 8 avril 2013
relatif au régime des
études en vue du premier
et du deuxième cycle
des études médicales.

DÉCRET N° 2023-829
du 29 août 2023 portant
création de l'Office mineurs
(OFMIN).

CYBERSÉCURITÉ : UN ENJEU CRUCIAL

La cybermalveillance monte en puissance ces dernières années et concerne tous les secteurs, y compris celui de la santé. L'Ordre se mobilise pour assurer sa cybersécurité et accompagner les médecins.



D^r LEÏLA OURACI,
secrétaire générale adjointe

en collaboration avec **KEMAL OZCAN**, responsable sécurité des systèmes d'information



Au printemps dernier, le directeur adjoint de la CISA, l'équivalent américain de l'Anssi, alertait : la période est « très inquiétante » pour la sécurité informatique du secteur de la santé. Une situation qui nécessite une mobilisation importante. Au niveau mondial, on constate une augmentation des actes de piratage informatique de 38 % entre 2021 et 2022. En France, en trois ans, le nombre d'enquêtes ouvertes pour cyberattaque a été multiplié par 10 !

Un secteur particulièrement exposé

Concernant le secteur de la santé, la hausse des actes de piratage entre 2021 et 2022 est bien plus importante : +74 %. Cela s'explique par de multiples raisons, comme l'externalisation des services informatiques et numériques, leur obsolescence et leur vulnérabilité, l'importante surface d'exposition, mais aussi le manque de formation et de sensibilisation.

Le mode opératoire principal est le ransomware, ou rançongiciel. Ces programmes bloquent l'accès aux données. Une rançon est exigée pour les récupérer... mais cette récupération n'est pas garantie. C'est pourquoi il ne faut jamais accepter de payer la somme demandée. Les données personnelles sont également une cible privilégiée des hackers, ce qui peut conduire à de nombreuses usurpations d'identité. Plus rares, certaines cyberattaques sont menées pour des raisons idéologiques, avec comme objectif une perturbation de fonctionnement.

Des conséquences concrètes

En 2022 et 2023, de nombreux établissements de santé ont subi des cyberat-

taques, avec des conséquences variées. Des rançons ont ainsi été demandées, jusqu'à 1,2 million d'euros, ce qui constitue un manque à gagner conséquent pour des établissements souvent déjà en difficulté. D'autres attaques ont conduit à des fuites de données à caractère personnel, particulièrement dommageables pour les patients.

Les conséquences touchent aussi directement la santé des personnes hospitalisées, empêchant par exemple le transfert d'information lorsqu'une messagerie est coupée, bloquant des examens comme l'imagerie, ou même limitant l'accueil aux urgences. Certains patients ont vu leur accès à Internet coupé et donc la communication avec leurs proches fortement entravée.

Les actions de l'Ordre

L'Ordre a parfaitement conscience des conséquences s'il subissait une cyberattaque. Pour s'en prémunir, il met en place un certain nombre de mesures. Certaines sont de nature technique, comme des applications sécurisées ou bien la protection des e-mails et des identités. En effet, 90 % des cyberattaques passent par des e-mails. En 2022, sur les 16,8 millions d'e-mails reçus au sein de l'Ordre, seuls 20 % étaient légitimes. Les 80 % restants étaient des attaques ou des fraudes, qui ont été bloquées par les solutions de protection. Le Cnom collabore étroitement avec les conseils départementaux afin de les sensibiliser à la cybersécurité. Le moment de l'inscription des médecins, notamment, doit susciter une grande vigilance pour éviter toute usurpation d'identité.

1^{er}

LA FRANCE EST LE 1^{ER} PAYS D'EUROPE en matière d'incidents de cybersécurité en santé (janvier 2021-mars 2023).

ADOPTER LES BONS GESTES POUR SE PROTÉGER

En médecine comme dans le domaine informatique, l'hygiène est la clé de la sécurité. Voici les 12 règles simples à appliquer au quotidien. Elles sont proposées par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information dans son *Guide des bonnes pratiques de l'informatique*.

1. CHOISIR AVEC SOIN SES MOTS DE PASSE

Idéalement, il faut un mot de passe pour chaque usage. Il doit être composé de 12 caractères de types différents, sans lien avec vous (ex. : date de naissance) et ne figurant pas dans le dictionnaire.

2. METTRE RÉGULIÈREMENT À JOUR SES LOGICIELS

Les mises à jour comblent les failles de sécurité. La vulnérabilité d'un logiciel est donc plus importante s'il n'est pas mis à jour.

3. BIEN CONNAÎTRE SES UTILISATEURS ET PRESTATAIRES

Il importe de connaître tous les utilisateurs d'un appareil et de réserver la session « administrateur » aux interventions sur le fonctionnement global de l'ordinateur.

4. EFFECTUER DES SAUVEGARDES RÉGULIÈRES

Cela vous permettra de récupérer vos données en cas d'attaque ou même de dysfonctionnement.

5. SÉCURISER SON ACCÈS WI-FI

Mal protégé, un réseau Wi-Fi peut être intégré par des personnes malveillantes pour intercepter des données ou participer à des cyberattaques.

6. ÊTRE PRUDENT AUSSI AVEC SON SMARTPHONE OU SA TABLETTE

Utilisez des codes de verrouillage, n'installez que les applications nécessaires et vérifiez les données auxquelles elles demandent accès.

7. PROTÉGER SES DONNÉES LORS DE SES DÉPLACEMENTS

Lorsque vous vous déplacez, votre appareil ne doit contenir que les données nécessaires qui doivent être sauvegardées par ailleurs. Surveillez votre appareil et évitez l'utilisation de Wi-Fi public.



8. ÊTRE PRUDENT LORS DE L'UTILISATION DE SA MESSAGERIE

Désactivez l'ouverture automatique de pièce jointe, ne cliquez pas sur un lien si vous n'êtes pas sûr à 100 % de l'adresse, ne répondez jamais à une demande de données confidentielles...

9. TÉLÉCHARGER SES PROGRAMMES SUR LES SITES OFFICIELS DES ÉDITEURS

Soyez vigilant au site sur lequel vous téléchargez vos logiciels (le premier résultat de recherche n'est pas forcément le bon), décochez les cases proposant l'installation de programmes complémentaires.

10. ÊTRE VIGILANT LORS D'UN PAIEMENT SUR INTERNET

Vérifiez la sécurité du site : cadenas, https://, orthographe de l'URL...

11. SÉPARER LES USAGES PERSONNELS ET PROFESSIONNELS

Il est tentant d'utiliser ses appareils personnels pour un usage professionnel. Or, ceux-ci sont souvent moins sécurisés.

12. PRENDRE SOIN DE SES INFORMATIONS PERSONNELLES, PROFESSIONNELLES ET DE SON IDENTITÉ NUMÉRIQUE

Vos données personnelles peuvent être utilisées pour vous nuire. Renseignez le minimum, vérifiez vos paramètres de sécurité, n'en dites pas trop sur les réseaux...

Nous rappelons aux médecins l'intérêt de l'utilisation de la messagerie sécurisée de leur espace médecin pour communiquer avec leur Ordre : <https://messagerie.ordre.medecin.fr>

DE NOUVELLES MESURES POUR LES CENTRES DE SANTÉ

Un nouveau texte a été publié sur les centres de santé, notamment pour tenter de faire face à d'éventuelles dérives. Le point sur les principales dispositions.



**DR RENÉ-PIERRE
LABARRIÈRE**, président
de la section Exercice
professionnel

Les pouvoirs publics cherchent à lutter contre d'éventuelles dérives des centres de santé. La loi n° 023-378 du 19 mai 2023 durcit ainsi leur encadrement. Certaines dispositions concernent uniquement les centres à activité ophtalmologique. D'autres s'appliquent à tous les centres de santé, et de façon immédiate.

REPÈRES HISTORIQUES

En 2009, l'obligation d'obtenir un agrément délivré par l'autorité administrative avant toute ouverture d'un centre de santé a été supprimée. L'objectif était de renforcer l'accessibilité de l'offre de soins. Face au développement de pratiques contraires à la réglementation, l'ordonnance du 12 janvier 2018 ainsi que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 ont apporté plusieurs évolutions. La fin du conventionnement d'office pour les centres de santé a ainsi été instaurée. Le directeur général de l'ARS a vu ses pouvoirs de sanction renforcés avec la création d'une amende administrative d'un montant de 150 000 euros, assortie d'une astreinte de 1 000 euros par jour en cas de manquement à la réglementation.

L'article 2 dispose ainsi que le centre de santé est responsable de la conservation du dossier médical du patient. En cas de fermeture prolongée ou définitive, la structure doit informer sans délai le conseil départemental de l'Ordre compétent des dispositions prises afin d'assurer la conservation des dossiers médicaux, et l'accès des patients à ceux-ci.

L'article 3 précise qu'un centre de santé ne peut être dirigé par une personne ayant un lien direct ou indirect avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à la structure.

L'article 6 concerne l'information autour du centre. Le gestionnaire doit ainsi afficher de manière visible l'identité et les fonctions de l'ensemble des médecins qui y exercent, y compris à temps partiel ou pour des activités de remplacement. Cette communication doit se faire dans les locaux de la structure et de ses antennes, ainsi que sur son site Internet et sur les plateformes de communication numériques utilisées. L'identification du médecin réalisant la consultation doit être garantie dès la prise de rendez-vous. Il convient d'avoir un règlement intérieur prévoyant le port d'un badge nominatif indiquant la fonction du professionnel de santé.

13

**CENTRES DE SANTÉ
OPHTHALMOLOGIQUES**
ont été déconventionnés
à l'été 2023.

L'article 11 indique que le directeur général de l'Agence régionale de santé informe les instances ordinales compétentes de tout manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins.

+ D'INFOS Retrouvez le texte de loi [ici](#)

ACTUALISATION DES MALADIES À SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

Du fait de leur caractère particulier, certaines maladies doivent être signalées aux ARS ou à Santé publique France. La liste de ces pathologies a été actualisée cet été.



DR CLAIRE SIRET,
présidente de la section
Santé publique

38 maladies doivent faire l'objet d'un signalement obligatoire de la part des médecins et des biologistes. Leur liste a été fixée par décret le 2 août dernier, en application de l'article L. 3113 du Code de la santé publique. Le signalement se justifie par la nécessité d'une **intervention urgente** locale, nationale ou internationale, ou d'une **surveillance particulière** pour la protection de la santé de la population.

Les destinataires de ces données sont les Agences régionales de santé ou l'Agence nationale de santé publique, Santé publique France, afin :

- d'exercer une surveillance épidémiologique;
- de mettre en place des mesures de prévention individuelles et collectives;
- de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Parmi les maladies répertoriées, 33 nécessitent à la fois une intervention urgente locale, nationale ou internationale, et une surveillance pour la conduite et l'évaluation des politiques publiques. Elles doivent donc être signalées à la fois à l'ARS et à Santé publique France.

Pour chaque maladie, un arrêté du ministre de la Santé fixe la liste des données que doivent comporter les signalements. Dans ce cas, le droit d'opposition à la transmission des données ne s'applique pas. Les patients doivent simplement être informés des modalités de traitement des données à caractère personnel les concernant et de leurs droits.

+ D'INFOS Les fiches de déclarations pour chacune des maladies

LISTE DES MALADIES À SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

Maladies nécessitant une intervention urgente et une surveillance (ARS + SPF)

- **Maladies infectieuses :**
 - Botulisme
 - Brucellose
 - Charbon
 - Chikungunya
 - Choléra
 - Dengue
 - Diphthérie
 - Fièvres hémorragiques africaines
 - Fièvre jaune
 - Fièvre typhoïde et paratyphoïde
 - Hépatite aiguë A
 - Infection à virus de l'encéphalite à tiques
 - Infection à virus du Nil occidental
 - Infection invasive à méningocoque
 - Légionellose
 - Leptospirose
 - Listériose
 - Orthopoxviroses, dont la variole
 - Paludisme autochtone
 - Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
 - Peste
 - Poliomyélite
 - Rage
 - Rougeole
 - Rubéole
 - Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone
 - Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
 - Toxi-infections alimentaires collectives
 - Tuberculose
 - Tularémie
 - Typhus exanthématique
 - Zika
- **Autre maladie :**
 - Saturnisme chez les enfants mineurs

Maladies nécessitant uniquement une surveillance (SPF)

- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), **quel que soit le stade**
- Tétanos
- Mésothéliomes
- Covid-19 : **seuls les responsables d'un service ou d'un laboratoire de biologie médicale, privé ou public, sont tenus de procéder au signalement via l'outil LABOé-SI.**

L'INSCRIPTION DES SISA AU TABLEAU DES ORDRES PROFESSIONNELS

Le décret définissant les conditions et les modalités d'inscription des Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) au tableau des ordres professionnels a été publié en juillet. Ne sont concernées que les SISA qui comptent salarier un professionnel de santé pour des activités de soins.



**D^r RENÉ-PIERRE
LABARRIÈRE,**
président de la section
Exercice professionnel

COMMENT PROCÉDER À L'INSCRIPTION ?

Elle doit être adressée par un mandataire commun désigné par les associés dans les statuts de la société ou par un acte distinct. Par simplicité, il conviendrait qu'il soit désigné lors de l'assemblée qui doit délibérer sur la modification des statuts.

Les pièces obligatoires à fournir sont les suivantes :

- un exemplaire des statuts de la société et de ses annexes;
- un exemplaire de l'extrait K-bis de la société;
- l'acte désignant le mandataire commun si ce dernier n'est pas désigné dans les statuts.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE DÉPÔT DU DOSSIER ?

Les CDOM contrôlent la complétude du dossier, ainsi que le respect par les statuts et leurs annexes des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Ils donnent leur réponse dans un délai de deux mois à partir de la réception du dossier complet – ils doivent d'ailleurs prévenir le mandataire unique s'il manque des pièces.

La décision d'inscription ou de refus d'inscription doit être notifiée sans délai au mandataire unique, au directeur général de l'ARS et aux organismes d'assurance maladie du régime général et de la mutualité sociale agricole ayant compétence dans le département.

Dans un souci d'accompagnement, la notification pourra rappeler au mandataire commun qu'il dispose d'un délai de 15 jours pour informer les autres conseils des ordres saisis d'une demande d'inscription.

À QUEL ORDRE PROFESSIONNEL DOIT ÊTRE INSCRITE UNE SISA ?

La SISA doit s'inscrire auprès de l'ordre professionnel dont relève le salarié. Si c'est un médecin, ce sera donc auprès de l'Ordre des médecins. Plus précisément : auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins du lieu où est installé le siège social de la SISA. Notons qu'il devrait être possible pour la SISA d'être inscrite à plusieurs ordres.

À QUEL MOMENT FAIRE LA DÉMARCHÉ ?

Au préalable, les statuts doivent être modifiés pour mentionner expressément dans l'objet social : « l'exercice, par des professionnels de santé salariés par la société, d'activités de soins ». Il faut donc qu'une assemblée soit organisée et que le changement soit adopté par une majorité des trois-quarts.

Une fois la modification statutaire adoptée, la demande d'inscription doit être faite lorsque la société souhaite salarier un professionnel de santé relevant d'un ordre.



QUE FAIRE EN CAS DE REFUS D'INSCRIPTION ?

Il n'existe pas de règle spéciale prévoyant un recours devant le CROM et sa formation restreinte. Il faut donc appliquer le droit commun. Celui-ci donne compétence pour ce type de décision au tribunal administratif dans le ressort duquel se trouve la SISA. La notification de refus doit mentionner la possibilité d'effectuer un recours devant ledit tribunal administratif dans un délai de deux mois. Ce recours n'a pas d'effet suspensif.

QUAND COMMUNIQUER LE CONTRAT DE TRAVAIL ?

En l'absence de précision dans le décret sur cette question, il convient d'appliquer les règles habituelles de communication des contrats aux différents ordres. Pour l'Ordre des médecins, l'article L. 4113-9 du code de la santé publique prévoit une communication au conseil départemental dans le mois suivant la conclusion du contrat.

REPÈRES

Le 12 mai 2021, l'ordonnance n° 2021-584 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé a été publiée. Elle prévoit que les SISA puissent exercer des activités de soins, ainsi que d'autres activités contribuant à la mise en œuvre du projet de santé, par l'intermédiaire

À noter : l'avis donné sur le contrat proposé au médecin est sans incidence sur l'inscription préalable de la SISA à l'Ordre ; tout comme la fin de contrat.

QUELLES RÈGLES POUR LE PAIEMENT DE LA COTISATION ?

Dès lors qu'elle remplit la condition nécessaire pour son inscription à l'Ordre, une SISA est redevable de la cotisation. Le versement de celle-ci n'exonère pas chaque médecin salarié ou associé de la SISA du règlement de sa cotisation personnelle, qui doit être acquittée séparément. Seules les sociétés inscrites au cours du dernier trimestre sont exonérées de la cotisation pour l'année en cours.

La SISA peut effectuer le paiement de sa cotisation soit par carte bancaire, en ligne, sur le site du Cnom, après identification sur l'espace médecin, soit au conseil départemental, par chèque ou espèce. Ce dernier moyen doit être privilégié dans un premier temps.

+ D'INFOS [Pour lire le décret, cliquez ici](#)

de professionnels de santé qu'elle salarie. Le gouvernement a en effet estimé que le salariat des professionnels de santé pouvait permettre de développer l'exercice coordonné, mais il a souhaité conserver le caractère libéral de l'activité en SISA. Par conséquent, le nombre de professionnels de santé exerçant des activités de soins salariés doit être inférieur à celui des professionnels libéraux associés.

RÉPERTOIRE PARTAGÉ DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ : QUELLES SONT LES DONNÉES ENREGISTRÉES ?

Parmi les missions du Cnom, il y a l'enregistrement dans le RPPS des médecins, internes et docteurs juniors. Le point sur les informations recueillies.

En application de l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS), le Conseil national de l'Ordre des médecins est chargé d'enregistrer dans le RPPS les professionnels relevant de sa compétence (médecins, internes et docteurs juniors). Cet enregistrement se fait en lien avec l'Agence du numérique en santé (ANS) qui met en œuvre le RPPS dans le cadre de la mission d'intérêt public dont elle est investie, conformément à l'article 6§1 e) du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le RPPS a pour finalité le partage d'informations de référence entre l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire, social ou médico-social, dès lors qu'ils interviennent ou sont susceptibles d'intervenir dans le système de santé.

À cette fin, les catégories de données personnelles collectées par l'Ordre et transmises à l'ANS sont les suivantes :

- données d'identification;
- données de contact;
- données relatives aux titres liés à l'exercice professionnel;
- données relatives à l'exercice professionnel;
- données sur les activités professionnelles.

L'ensemble de ces données est accessible aux acteurs déterminés à l'article 6 de l'arrêté susvisé :

1. Les services du ministère chargé des Solidarités et de la Santé.
2. Les agences régionales de santé.
3. Le service de santé des armées et les autres autorités employeurs des professionnels mentionnés aux articles [L. 4112-6](#) et [L. 4222-7](#) du Code de la santé publique.
4. Les conseils des ordres professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers.
5. Les autorités chargées de la santé ainsi que les représentants de l'État dans les collectivités d'outre-mer.
6. La Caisse nationale d'assurance maladie et, pour les professionnels relevant du ressort territorial de ces collectivités, les organismes en charge du régime d'assurance maladie des collectivités d'outre-mer.
7. Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article [L. 1111-24 du Code de la santé publique](#).
8. Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de Sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.
9. Les services de l'État, autres que ceux mentionnés au 1°.
10. Les établissements publics, groupements et autres organismes créés par la loi ou le règlement dans les domaines sanitaire, médico-social et social.
11. Les organismes et établissements scientifiques ayant pour mission d'agir pour le développement et la diffusion des connaissances dans les domaines sanitaires, médico-social et social.



En revanche, seules les données suivantes sont mises à la disposition du public par l'ANS :

- numéro RPPS;
- civilité;
- nom et prénom d'exercice;
- profession;
- civilité d'exercice;
- catégorie d'exercice;
- diplôme ou autre titre ou autorisation d'exercice;
- qualification de spécialiste et discipline;
- section d'appartenance, le cas échéant;
- fonction ou rôle du professionnel dans la structure d'activité;
- genre d'activité;
- mode d'exercice;
- données relatives à la structure d'activité.

L'ensemble des données sont conservées pendant une durée de **20 ans à compter de la radiation ou de la fin d'activité du professionnel.**

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées disposent sur leurs données d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit à la limitation du traitement. En revanche, le droit d'opposition prévu à l'article 21 du RGPD ne s'applique pas.

Pour exercer ces droits, les médecins, internes et docteurs juniors peuvent contacter la déléguée à la protection des données du Conseil national de l'Ordre des médecins par courrier électronique à l'adresse suivante : dpo.cn@ordre.medecin.fr

Si vous estimez, après avoir contacté la déléguée à la protection des données, que la réponse apportée à votre demande n'est pas satisfaisante ou si vous n'avez pas obtenu de réponse dans le délai d'un mois à compter de votre demande, vous disposez de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés.



« **Ce qui m’a toujours animée, c’est la joie collective du progrès** »

Catherine Barthélémy

pédopsychiatre et première femme présidente de l’Académie nationale de médecine en 2024

« **M**a vocation est née dès l’enfance. À l’âge de 5 ans, j’ai eu la chance de rencontrer une amie de mes parents, médecin scolaire. Cette femme m’a expliqué avec enthousiasme son métier : la visite médicale des écoliers, l’éducation à la santé, la vaccination qui permettait de prévenir des maladies graves et mortelles... Après mon bac, j’ai poursuivi mon rêve, malgré l’avis de mon père qui jugeait qu’une femme ne pouvait guère embrasser ce genre de carrière. Aujourd’hui, l’université compte bien plus d’étudiantes que d’étudiants en médecine, mais dans les années 1960, nous n’étions que quelques-unes. C’est ensuite grâce au professeur Gilbert Lelord que je me suis orientée vers la pédiatrie, la psychiatrie et la physiologie, qui sont devenues mes disciplines de prédilection.

Il m’a encouragée à suivre des stages à l’hôpital psychiatrique de Tours auprès d’enfants qui présentaient des troubles du comportement, notamment autistiques. Je ne les ai plus quittés pendant près de 50 ans. L’amélioration de leur prise en charge a été une priorité dans ma carrière. C’est pour cette raison que nous avons créé

l’association Arapi (Association de professionnels et de familles pour la recherche sur l’autisme et la prévention des inadaptations), en 1983, et que j’ai souhaité transmettre mes connaissances en tant que professeure à l’université de médecine de Tours et dans les universités partenaires.

Dans la dernière partie de ma carrière, je me suis également impliquée dans des actions gouvernementales pour développer des services les plus adaptés aux personnes autistes et à leur famille. C’est dans cette continuité que j’ai déposé ma candidature à la présidence de l’Académie nationale de médecine. Je souhaite aussi faire découvrir cette belle institution au plus grand nombre.

Je crois que ce qui m’a animée toute ma carrière, c’est la joie collective du progrès. Même chez un enfant en situation de handicap, où il n’est pas question de “guérison”, le médecin saisit l’envie d’y arriver. Il est là pour le soutenir dans son effort. Et chaque avancée, pas à pas, est extraordinaire.»

PARCOURS

1966

Lauréate au concours d’externat des hôpitaux de Tours

1976

Nommée médecin assistant, service des enfants en psychiatrie CHU de Tours, premières consultations

1992

Professeure de médecine, cheffe de service, responsable de l’équipe « autisme » - Unité Inserm 316

2016

Prix d’honneur de l’Inserm pour l’ensemble de sa carrière

2023

Vice-présidence de l’Académie nationale de médecine

2024

Présidente de l’Académie nationale de médecine