



MÉDECINS

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

cahier **Mon
exercice**

- TÉLÉ-EXPERTISE
ET DERMATOLOGIE
- ENTREPRISE
INDIVIDUELLE
- ÉLECTIONS
P. 23



**Dérives thérapeutiques :
la santé en danger ?**

P. 16

ACTUALITÉS

**Présentation
des comptes
combinés**

P. 4

LE POINT SUR

**La santé
des médecins**

P. 8

RÉFLEXIONS

**Que faut-il
attendre du débat
sur la fin de vie ?**

P. 12



« Dans la seringue », le podcast de l'AP-HP

La collection de podcasts « Dans la seringue », produite par l'AP-HP, offre à ses auditeurs une visite dans les coulisses du premier centre hospitalier universitaire d'Europe. Chaque épisode suit le quotidien des professionnels de santé et les étapes du parcours du soin dans différents services de l'AP-HP. Le 6^e épisode, publié en novembre, plonge l'auditeur dans le département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif.

www.aphp.fr/actualite/decouvrez-le-6eme-episode-du-podcast-de-lap-hp-vivre-avec-une-addiction-lhopital-paul

Lancement du Pandemic Fund



La Banque mondiale a annoncé le lancement du Pandemic Fund, le premier fonds financier dédié à la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies. Le fonds permettra d'accompagner les pays qui en ont le plus besoin et de les aider à se préparer à d'éventuelles nouvelles pandémies. La France y participera à hauteur de 50 millions d'euros.

www.worldbank.org/en/programs/financial-intermediary-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response-ppr-fit



COVID-19 : LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS

La section Santé publique de l'Ordre des médecins continue de mettre à jour « Covid-19 – la brève », qui recense les dernières recommandations des pouvoirs publics en termes de vaccination et parcours des patients touchés par la Covid-19. Retrouvez ici le dernier numéro :

www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/info_breve_covid/1sc7t5i/breve_covid_-_numero_27.pdf



NOTRE WEZINE « SANTÉ ET ENVIRONNEMENT »

Agir contre le réchauffement climatique, c'est agir pour notre santé. Dans le cadre de la COP27, qui s'est déroulée en Égypte en novembre, l'Ordre des médecins a rappelé les conséquences du dérèglement climatique sur notre santé. Retrouvez notre webzine consacré à la question :

www.youtube.com/watch?v=tpgFOxP3-gU



#International

Une délégation du Cnom conduite par le D^r Philippe Cathala participe à Prague à l'AG du @CPME_EUROPA. À l'ordre du jour : espace européen des données de santé, lutte contre la pénurie de médicaments, antibiorésistance et aide à l'Ukraine. https://twitter.com/ordre_medecins/status/1586284316174307328



@ordre_medecins • 29 octobre 22

#Endométriose

Le D^r Claire Siret alerte face aux médecines parallèles dont le #jeûne sur @franceinter : « Le jeûne n'a pas de place dans la prise en charge, quelle que soit la pathologie » @InvestigationRF @radiofrance



@ordre_medecins • 16 novembre 22



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web : conseil-national.medecin.fr

sur Twitter : @ordre_medecins

par mail : conseil.national@ordre.medecin.fr

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins, 4, rue Léon-Jost / 75855 Cedex 17

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

conseil-national.medecin.fr

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. E-mail : conseil.national@ordre.medecin.fr – **Rédacteur en chef :** P^r Stéphane Oustric – **Rédacteur en chef adjoint :** Dr Jean-Marcel Mourgues – **Coordination :** Isabelle Marinier – **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS – 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris – **Responsable d'édition :** Eva Jednak – **Direction artistique :** David Corvaisier – **Maquette :** Fabienne Laurent – **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy – **Fabrication :** Sylvie Esquer – **Couverture :** Gettyimages – **Impression :** Imprimerie Vincent, 32, avenue Thérèse Voisin, 37000 Tours – **Dépôt légal :** à parution – n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Imprimé sur du papier recyclé

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.

**D^r François Arnault**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Des décennies de décisions inadaptées ont amené notre pays dans la situation de

crise de l'accès aux soins que nous connaissons. Les médecins n'en sont nullement responsables. Cependant, ils sont directement impactés par cette situation. Le médecin, qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste, libéral, en exercice public ou encore salarié, est le seul à avoir la connaissance dans sa globalité de la santé de son patient. Il est le seul, par sa formation, à être à même de faire le diagnostic et ce qui en découle, c'est-à-dire les choix thérapeutiques. Mais tout patient a le droit de voir un médecin pour prendre en charge sa santé. Il s'agit d'une équité nécessaire et qui n'est pas négociable.

La conséquence de cela est la nécessité pour le médecin d'être aidé, assisté, par d'autres professionnels de santé dans le cadre d'une équipe de soin coordonnée. Ces coopérations doivent se faire dans le cadre des compétences de chacun pour garantir la sécurité des patients et l'absence de perte de chance. Le médecin doit s'organiser avec les autres professions de santé pour gagner du temps médical. C'est cette coordination avec gain de temps médical qui doit tendre à ne pas laisser en dehors de l'accès au médecin certains patients, et notamment les patients en ALD.

Votre Ordre est engagé auprès des médecins pour garantir aux patients l'accès aux soins en préservant la sécurité.

Chaque professionnel de santé ne peut être un acteur de soin en dehors de ses compétences et de sa formation.

PRÉSENTATION DES COMPTES COMBINÉS 2021



D^R PIERRE JOUAN,
trésorier du Cnom

Rappel du principe de combinaison des comptes

Depuis le 1^{er} janvier 2019, il est procédé à la combinaison des comptes de l'ensemble des conseils (article L.4122-2 du code de la santé publique).

Le Règlement de trésorerie précise que « cette opération consiste en une agrégation de tous les comptes des conseils, ligne comptable par ligne comptable, de

façon à faire apparaître dans un compte global la réalité de toutes les dépenses, de toutes les recettes et de l'état financier et patrimonial des conseils de l'Ordre pour en donner une image fidèle ». Les comptes combinés sont certifiés annuellement par le Commissaire aux comptes, au même titre que ceux du Conseil national. L'audit des comptes combinés a été mené par Grant Thornton, le Commissaire aux comptes du Cnom.

Le principe de combinaison des comptes consiste à :

- harmoniser et uniformiser les règles et les méthodes comptables;
- regrouper les états financiers de tous les conseils;
- produire un bilan et un compte de résultat unique et propre à l'institution;
- offrir une vision plus globale du patrimoine et de la situation financière de l'institution.

COMPTE DE RÉSULTAT COMBINÉ (EN MILLIERS D'EUROS)

	2021	2020	VARIATION
CHIFFRE D'AFFAIRES	88 920	87 525	1 395
AUTRES PRODUITS D'EXPLOITATION	1 286	2 297	- 1 011
ACHATS CONSOMMÉS	- 1 793	- 1 937	144
CHARGES DE PERSONNEL	- 49 140	- 46 133	- 3 007
AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION	- 26 437	- 24 858	- 1 579
IMPÔTS ET TAXES	- 4 572	- 4 390	- 182
DOTATIONS AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS	- 6 759	- 6 832	73
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	1 505	5 672	- 4 167
PRODUITS FINANCIERS	604	965	- 361
CHARGES FINANCIÈRES	- 564	- 733	169
RÉSULTAT FINANCIER	40	232	- 192
RÉSULTAT COURANT DES ENTITÉS COMBINÉES	1 545	5 904	- 4 359
PRODUITS ET CHARGES EXCEPTIONNELS	722	1 138	- 416
IMPÔTS SUR LES BÉNÉFICES	- 68	- 117	49
RÉSULTAT REVENANT À L'ENTREPRISE COMBINANTE	2 199	6 925	- 4 726

BILAN COMBINÉ (EN MILLIERS D'EUROS)

ACTIF	2021			2020	Variation
	Brut	Amort/ Prov	Net	Net	
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	2011	1975	36	56	- 20
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	180 414	57861	122553	117220	5333
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	9767	51	9716	9793	- 77
TOTAL ACTIF IMMOBILISÉ	192192	59887	132305	127069	5236
CLIENTS ET COMPTES RATTACHÉS	9 068	3846	5 222	5502	- 280
AUTRES CRÉANCES	4 363	8	4 355	1 016	3339
DISPONIBILITÉS	109 623	12	109 611	113 687	- 4 076
TOTAL ACTIF CIRCULANT	123054	3866	119188	120205	- 1017
CHARGES CONSTATÉES D'AVANCE	1 032	-	1 032	1 079	- 47
TOTAL ACTIF	316 278	63753	252 525	248 353	4 172

PASSIF	2021	2020	Variation
CAPITAL	-	-	
RÉSERVES	196 043	190 004	6 039
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	2 199	6 925	- 4 726
CAPITAUX PROPRES	198 242	196 929	1 313
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	4 565	4 468	97
EMPRUNTS ET DETTES FINANCIÈRES	33 360	34 346	- 986
FOURNISSEURS ET COMPTES RATTACHÉS	3 401	3 862	- 461
AUTRES DETTES	12 957	8 748	4 209
TOTAL DES DETTES	49 718	46 956	2 762
TOTAL PASSIF	252 525	248 353	4 172

Les résultats

Le résultat de + 2199 k€ (dont 1318 K€ pour le Cnom) est en diminution (- 68 %), due essentiellement à l'augmentation de la masse salariale (+ 1563 k€), des indemnités des élus (+ 1444 k€), à la diminution des produits financiers (- 380 k€), des produits exceptionnels (- 2504 k€) dont - 1800 k€ de reprise de provisions (cotisations, litiges prud'homme...) et à l'augmentation du montant global des cotisations (+ 1156 k€).

Les charges de fonctionnement s'élèvent à 77359 k€ dont 38 % pour le Cnom (hors dotations conseils départementaux et régionaux) et 62 % pour les conseils régionaux et départementaux.

54 conseils (45 conseils départementaux et 9 conseils régionaux) ont été audités.

Pour la clarté de l'exercice, nous vous rappelons que l'actif est ce que l'entreprise possède, que ces éléments soient matériels ou immatériels. Autrement dit, il s'agit des éléments utilisés par l'entreprise pour les besoins de son activité.

Les réserves sont des montants inscrits au passif du bilan d'une entreprise correspondant au cumul des bénéfices des exercices antérieurs (résultats nets de la période, soit bénéfices nets moins pertes nettes) qui n'ont été ni redistribués aux propriétaires de l'entreprise, ni intégrés dans son capital.

PLFSS : mode d'emploi

Comme chaque année à l'automne, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) fait l'objet d'un véritable débat national. [Le point pour tout comprendre à ce texte réglementaire.](#)



L'Ondam du PLFSS 2023 est fixé à

244
milliards
d'euros

Origines

Jusqu'en 1995, soit le cinquantième anniversaire de la Sécurité sociale, le Parlement ne disposait d'aucune forme d'action sur les dépenses et recettes de la Sécurité sociale. C'est en 1996, face aux nombreuses années déficitaires, à l'évolution des dépenses mais aussi en raison des contraintes budgétaires européennes liées à la création de la monnaie unique, que le plan Juppé créera la loi pour le financement de la Sécurité sociale par révision de la Constitution le 22 février 1996. Depuis, chaque année le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) est discuté à l'automne, en même temps que le projet de loi de finances (PLF).

Objectifs

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) fixe les grandes orientations de politique de santé du pays tout en les conciliant avec les impératifs de maîtrise des déficits sociaux et de redressement des comptes publics. Elle permet à l'État de contrôler les dépenses sociales en fonction des prévisions de recettes des différentes branches de la Sécurité sociale, parmi lesquelles les branches maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse, famille et autonomie. Les régimes complémentaires et l'assurance chômage sont exclus de la LFSS. Contrairement à la loi de finances, la LFSS n'a pas de portée budgétaire contraignante. Les objectifs qu'elle fixe ne sont donc pas des plafonds à ne pas dépasser, les remboursements des assurés ne pouvant cesser en cas de dépassement. L'une des principales mesures de la LFSS est celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

(dit Ondam) permettant de piloter les dépenses en matière de soins de ville, d'hospitalisation, mais aussi dans les centres médico-sociaux. Cette enveloppe budgétaire n'est pas contraignante mais son respect est suivi de près par le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. De 2010 à 2019, l'Ondam n'a ainsi pas été dépassé, une tendance interrompue par la crise sanitaire en 2020 et 2021.

Un calendrier strict

Avant de devenir une loi effective, la LFSS est un projet de loi. Ce dernier est élaboré à partir du printemps par la direction de la Sécurité sociale en collaboration avec la direction du Budget, les directions du ministère des Solidarités et de la Santé, et en lien avec la commission des comptes de la Sécurité sociale. Tous travaillent sur le texte dès le printemps à partir de documents techniques et bilans transmis par les organismes de Sécurité sociale. Une fois adopté par le Conseil des ministres, le projet de loi est déposé à l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre; le Parlement, dispose ensuite de 50 jours pour se prononcer. Avant sa promulgation, la LFSS est soumise à l'appréciation du Conseil constitutionnel.

DÉCRYPTAGE À VENIR

L'Ordre des médecins a suivi de près le PLFSS 2023 et a proposé de nombreux amendements. Un décriptage de la loi sera publié dans le prochain bulletin.

CARTE

Fin de vie : quelle législation chez nos voisins européens ?

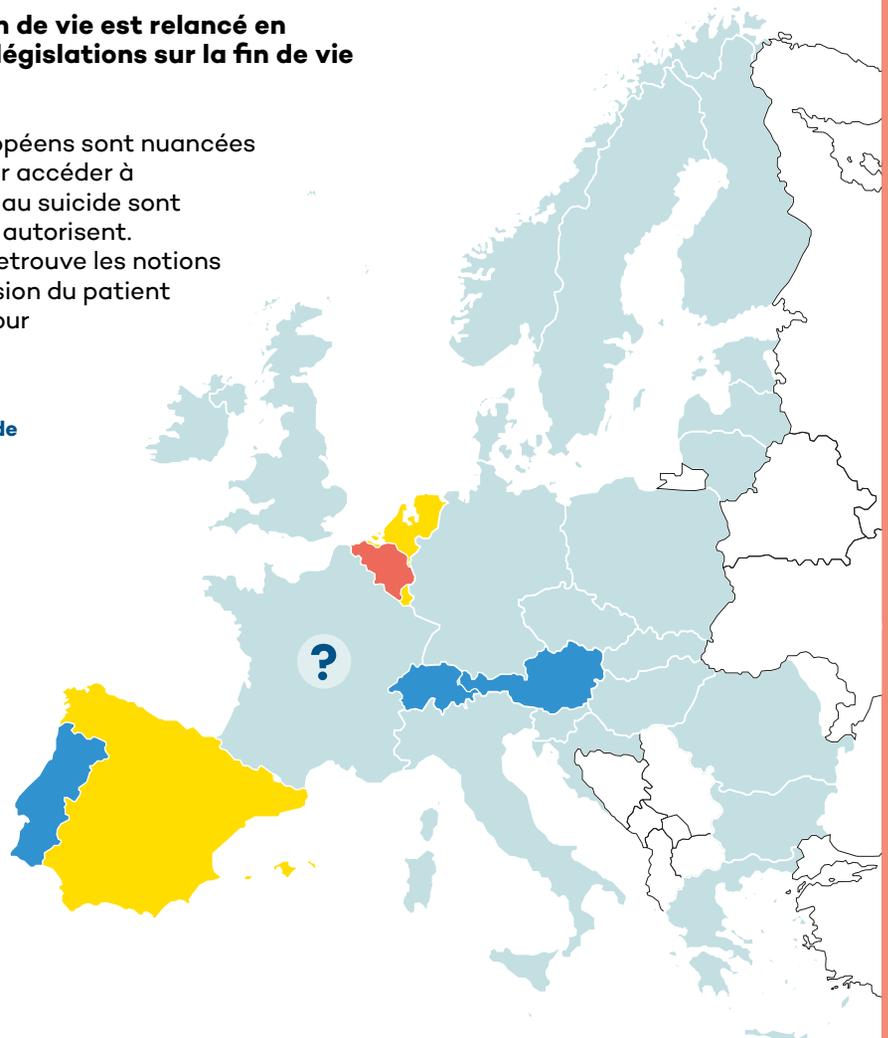
Alors que le débat sur la fin de vie est relancé en France, tour d'horizon des législations sur la fin de vie dans le reste de l'Europe.

Les législations des pays européens sont nuancées et les conditions requises pour accéder à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide sont diverses dans les pays qui les autorisent. Dans la majorité des cas, on retrouve les notions de maladie incurable, de décision du patient et de clause de conscience pour les médecins.

- Pays n'admettant ni le suicide assisté ni l'euthanasie
- Assistance au suicide
- Euthanasie
- Euthanasie et assistance

L'euthanasie active : abrégier intentionnellement les souffrances d'un patient en lui injectant une substance entraînant directement sa mort.

Assistance au suicide : apporter une aide à un patient conscient qui demande à mourir. C'est le patient lui-même qui déclenche volontairement sa mort.



Contexte mondial : sur 195 pays reconnus par l'ONU, seuls 11 ont une législation qui autorise l'aide active à mourir (euthanasie ou suicide assisté).



PUBLICATION

Un nouveau magazine pour le Comité permanent des médecins européens (CPME)

Ce premier numéro met à l'honneur la création et l'action du Fonds d'aide médicale, qui a permis à la communauté médicale mondiale d'unir ses efforts pour soutenir les soignants ukrainiens depuis le début de la guerre.

STRESS, FATIGUE, SURMENAGE : LA SANTÉ DES MÉDECINS À LA LOUPE

Plus d'un médecin sur trois ne se considère pas en bonne santé, révèle notamment la dernière enquête menée par la Commission nationale d'entraide de l'Ordre des médecins sur la santé des médecins. Et ce chiffre est même en augmentation de 9 points par rapport à l'étude précédente, réalisée en 2017.

Texte : Fanny Napolier

A fin de pouvoir appréhender l'état de santé des médecins et de saisir l'évolution de leur santé depuis cinq ans, la Commission nationale d'entraide du Cnom a lancé une vaste enquête au printemps dernier. Le questionnaire, adressé à 126 633 médecins, a été complété par 8 878 d'entre eux. Il fait écho à la pre-

mière étude du genre, menée en 2017, et permet une analyse comparative.

En 2022, plus d'un tiers des répondants estiment que leur santé est moyenne voire mauvaise, contre 27 % en 2017. Une détérioration qui peut s'expliquer par la fréquence élevée des situations stressantes vécues dans le cadre de leur activité professionnelle. En effet, 90 % des répondants indiquent avoir vécu une situation stressante au cours des trois derniers mois, et 20 % rencontrent ces situations de stress tous les jours.

De nombreux médecins soulignent que leur état de santé a été impacté par la Covid-19 et déplorent une « *aggravation de la pression psychologique depuis la Covid-19* » ou encore une « *augmentation des situations de souffrance au travail* ». Ainsi, les médecins souffrant d'épuisement professionnel sont plus nombreux qu'il y a cinq ans. Près des deux tiers des répondants déclarent avoir rencontré des signes d'épuisement émotionnel en 2022, contre 54 % en 2017.

LE POINT DE VUE DE L'ORDRE

DR VALÉRIE LACROIX,
présidente de la Commission
nationale d'entraide



« **Les médecins en difficulté doivent appeler notre numéro vert** »

L'étude a permis de quantifier des choses que l'on connaît, parce que nous connaissons le terrain, nous connaissons les médecins. Le fait d'avoir des chiffres va permettre à la Commission nationale d'entraide et aux commissions départementales d'agir plus efficacement. Nous devons aussi mieux faire connaître notre numéro vert. Les médecins en difficulté doivent l'appeler. Nous savons que beaucoup de médecins ne vont pas bien. Nous l'avons vu pendant la crise sanitaire. Le nombre d'appels a fortement augmenté en 2020 et 2021. Les appels concernaient des cabinets qui fermaient, des médecins malades, des remplaçants qui ne trouvaient plus de cabinets où travailler... Des gens que l'on n'aurait jamais eu à aider avant. Aujourd'hui, nous ne sommes plus dans l'extrême urgence et nous retrouvons un fonctionnement normal.

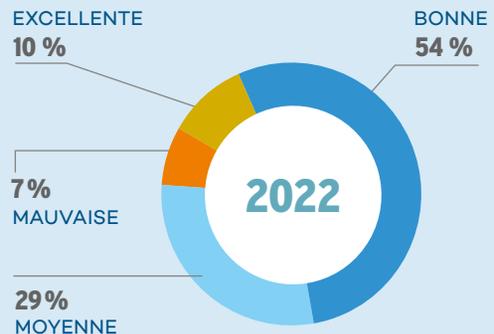
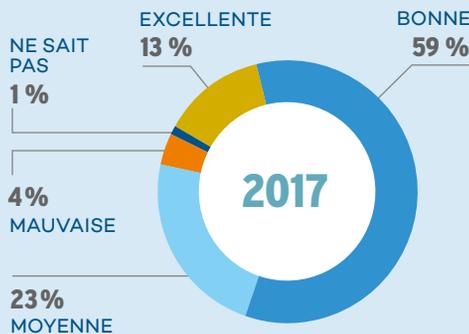
Malgré tout, un renoncement à suspendre l'activité

Dans le même temps, la consommation régulière d'alcool, de médicaments et de psychotropes a aussi augmenté. Cette santé altérée se traduit aussi par une augmentation des répondants ayant souffert d'au moins trois des pathologies citées dans le questionnaire. C'est le cas de plus de 38 % d'entre eux en 2022 contre 35 % en 2017. Enfin, même si les idées suicidaires concernent moins les répondants qu'en 2017, elles touchent encore près d'un médecin sur 10. Malgré une santé qui se détériore, les médecins sont plus nombreux à renoncer à suspendre leur activité alors que leur état le justifierait pourtant. Ces renoncements concernent plus d'un médecin sur deux en 2022, contre 46 % en 2017. L'impossibilité de se faire remplacer et la désorganisation des services sont les premières raisons avancées par les répondants. Par ailleurs, pour plus de 80 % des répondants, la vie familiale et la vie sociale sont affectées par le rythme de travail. De nombreux médecins soulignent ainsi des « *problèmes de temps pour s'occuper de sa propre santé et avoir une vie privée épanouie* », ou encore une « *surcharge de travail entraînant stress et fatigue [et] répercussion moyenne sur la vie privée* ».

Pour lutter contre l'épuisement, le développement de passerelles de requalification ou de reprofessionnalisation est plébiscité par plus de 80 % des médecins répondants.

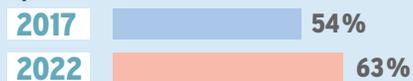
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SANTÉ DES MÉDECINS

De manière générale, diriez-vous que votre santé est :

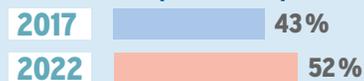


Avez-vous été touché par un des symptômes suivants :

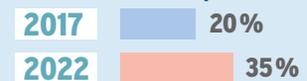
Épuisement émotionnel



Perte d'accomplissement personnel

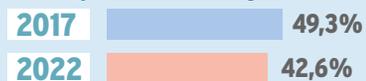


Dépersonnalisation des relations avec les patients

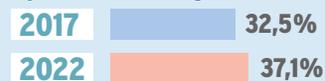


Répartition des répondants selon le nombre de produits addictogènes consommés tous les jours ou plusieurs fois par semaine

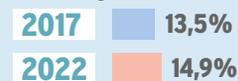
Aucun produit addictogène



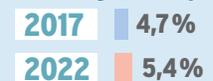
1 produit addictogène



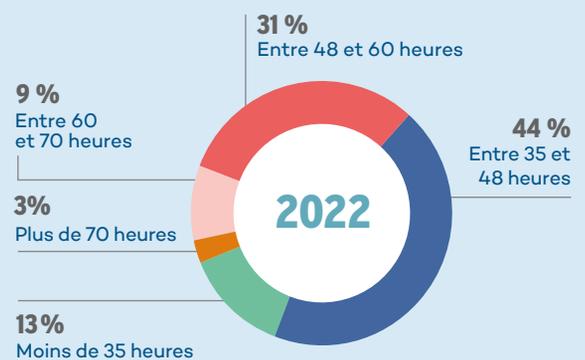
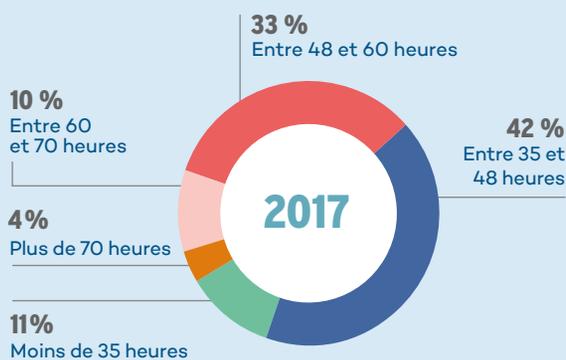
2 produits addictogènes



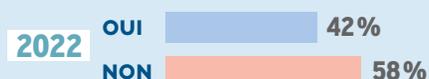
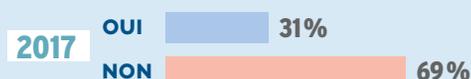
3 produits addictogènes ou plus



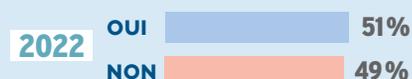
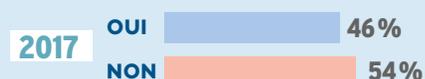
Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ?



Au cours des deux dernières années, votre état de santé vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité ?



Avez-vous renoncé à vous arrêter pour raison médicale alors que votre état de santé le justifiait ?



L'ENTRAIDE ORDINALE : CE QU'IL FAUT RETENIR

Pour venir en aide aux médecins en difficulté, l'Ordre des médecins dispose d'une Commission d'entraide, au niveau départemental et national. Elle peut être sollicitée par les médecins ou leurs familles et propose un soutien confraternel, quels que soient les problèmes rencontrés.

Qu'est-ce que c'est ?

« Les médecins se doivent assistance dans l'adversité », rappelle l'article 56 du code de déontologie. Les commissions d'entraide de l'Ordre des médecins mettent en œuvre cette assistance. Quelle que soit la nature des difficultés rencontrées par les médecins, l'entraide ordinale propose un soutien confraternel.

Pour qui ?

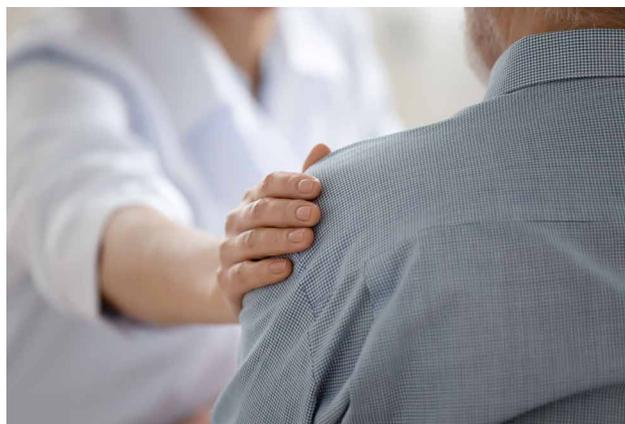
Tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, ainsi que leurs familles et ayants droit, peuvent faire appel au service d'entraide.

Pour quelles difficultés ?

L'entraide ordinale propose un soutien en cas de problèmes financiers, professionnels, juridiques mais aussi psychologiques. « Pour répondre à la demande des médecins qui souhaitent changer d'orientation professionnelle, nous proposons un service de bilan de compétence, indique le D^r Valérie Lacroix. Pour le moment, il n'est disponible qu'à Paris, mais nous allons le décliner sur tout le territoire pour que tout médecin, quel que soit son lieu de vie, puisse en bénéficier. »

Comment ?

- Via son conseil départemental : « Le premier interlocuteur doit être à l'échelon départemental, pour des raisons de proximité, explique le D^r Valérie Lacroix. Les départements doivent s'emparer de ces sujets, et nous allons les aider à le faire. »
- Via le Conseil national : « Quand il existe des problèmes relationnels entre les individus, les médecins peuvent s'adresser à la Commission nationale », indique le D^r Lacroix. Un formulaire est disponible en ligne, et sera prochainement simplifié pour faciliter les demandes et accélérer leur traitement.
- Via le **0800 288 038** : ce numéro vert est gratuit et anonyme, disponible 24h/24 et 7j/7. « La journée, ce



sont des assistantes sociales qui décrochent. Elles connaissent très bien les difficultés des médecins. En cas de problèmes sociaux ou financiers, elles s'occupent de la prise en charge. En cas de problèmes psychologiques, elles basculent l'appel vers un psychologue. La nuit, les appels sont directement pris par des psychologues », détaille le D^r Lacroix. En cas de problèmes complexes, les répondantes orientent vers les associations d'entraide (voir ci-dessous).

Quelles sont les autres voies ?

Des associations d'entraide de soignants : le Cnom a signé une charte de coopération avec un réseau d'associations de proximité, pour un soutien dans la durée

- ASRA, réseau d'aide aux soignants de Rhône-Alpes, www.reseau-asra.fr, 0805 62 01 33
- MOTS, Médecin Organisation Travail Santé, www.association-mots.org, 0 608 282 589
- IMHOTEP Normandie, association de prévention et de soins, 06 22 02 25 15

LA COMMISSION NATIONALE D'ENTRAIDE EN 2021

187 demandes ont été reçues et traitées
705 290 euros d'aide ont été accordés
970 appels ont été reçus au numéro vert et
140 personnes ont bénéficié de la permanence téléphonique des psychologues

LOI

La fin de vie

Le ministère des Solidarités et de la Santé définit la fin de vie comme désignant « les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/maladie grave et incurable ».

Deux grandes lois encadrent la fin de vie en France

- **La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti, dispose que les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une « *obstination déraisonnable* ». Elle rappelle le droit au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs. Cette loi a introduit la personne de confiance et les directives anticipées.

- **La loi n° 2016-87 du 2 février 2016** créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti, tend à développer les soins palliatifs et inclut dans la notion de traitement, la nutrition et l'hydratation artificielles. Elle rappelle le droit au refus d'un traitement et de respect de la volonté. Elle renforce le rôle de la personne de confiance et des directives anticipées. Dans certaines situations, elle permet le recours à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Les positions de l'Ordre

Dès 2012, l'Ordre des médecins a donné ses préconisations sur ce sujet difficile autour d'un principe fort : **le médecin a le devoir d'accompagner les souffrances mais il ne peut donner la mort.** Les préconisations de l'Ordre visent alors à empêcher l'obstination déraisonnable et à permettre à la médecine d'agir sur les souffrances, y compris par la sédation profonde et continue, en imposant dans le respect de la volonté exprimée une décision collégiale afin de protéger les patients et leurs familles d'une décision solitaire. L'ensemble des recommandations du Cnom sont alors prises en compte dans la loi Claeys-Leonetti.

La dernière position du Cnom sur la fin de vie est publiée à l'occasion de la révision de la loi bioéthique, en 2018. « Le devoir du médecin est de soigner, soulager, accompagner. **Le Cnom réitère donc sa position selon laquelle la décision d'euthanasie ou de suicide assisté sont des actes qui ne concernent ni les médecins, ni les soignants.** Il s'agit essentiellement d'un problème sociétal. Ce n'est pas le rôle



du médecin de provoquer délibérément la mort. Les principes rappelés à l'article R. 4127-38 du code de la santé publique doivent être maintenus. » Le Cnom portera une réflexion actualisée dans l'espace public au cours du 1^{er} semestre 2023 à 7 ans du vote de la loi Claeys-Leonetti.

+ D'INFOS

L'article R4127-38 du code de la santé publique
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912901



QUE FAUT-IL ATTENDRE DU DÉBAT SUR LA FIN DE VIE ?

Avec...



AGNÈS FIRMIN LE BODO,
ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé. La ministre est chargée de mener une partie des concertations nationales sur la fin de vie



DR CLAIRE FOURCADE,
présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)



DR JEAN LEONETTI,
maire d'Antibes et rapporteur de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005



DR JEAN-FRANÇOIS DELFRAISSY,
président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

Alors que la loi Claeys-Leonetti de 2016 reste encore largement méconnue des citoyens, le gouvernement lance une large consultation citoyenne sur la fin de vie, en vue d'un nouveau cadre légal d'ici à la fin 2023.

Texte : Dominique Fidel | Photos : Gettyimages, DR

L'ESSENTIEL

- **Outre la consultation citoyenne, le dispositif de concertation sur la fin de vie** prévoit des discussions parlementaires et des discussions avec les professionnels de santé, en tout premier lieu les équipes de soins palliatifs.
- **En octobre, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)** a rendu un avis qui suggère qu'« *il existe une "voie" vers une aide active à mourir* » sous certaines conditions strictes.
- **La plupart des acteurs du système de santé** plaident pour un développement accru de la médecine palliative et d'accompagnement.

DANS QUEL CONTEXTE S'INSCRIT L'AVIS RENDU PAR LE CCNE DÉBUT SEPTEMBRE ?

Jean-François Delfraissy

Au cours de son histoire, le CCNE a examiné à plusieurs reprises les questions éthiques relatives à la fin de vie, jusqu'à un dernier avis publié en 2013 qui précisait que la réflexion sur le sujet n'était pas close. Une dizaine d'années ont passé, au cours desquelles les contextes législatif et sociétal ont considérablement évolué. Le contexte médical aussi, avec une tendance accrue à la médicalisation de la fin de vie. Début 2021, une proposition de loi portée par plusieurs parlementaires visant à « affirmer le libre choix de la fin de vie et à assurer un accès universel aux soins palliatifs en France » a amené le CCNE à décider par auto-saisine d'approfondir les enjeux éthiques autour de deux axes : l'amélioration de la mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti et les modalités de la prise en charge des situations complexes pour lesquelles la loi pourrait ne pas suffire. Ce sont ces réflexions qui ont débouché sur l'avis rendu en septembre dernier qui entrebâille la porte sur une vision nouvelle, qui pourrait être une aide active à mourir, sous conditions strictement encadrées.

COMMENT VONT CONCRÈTEMENT SE DÉROULER LES CONCERTATIONS SUR LA FIN DE VIE ?

Agnès Firmin Le Bodo

Les concertations vont se construire autour de :

- la convention citoyenne organisée par le Conseil économique, social et environnemental (Cese). 150 citoyens vont réfléchir et présenter des préconisations;
- des temps d'information sur les territoires portés par les espaces éthiques régionaux. L'objectif est de sensibiliser nos concitoyens sur les soins palliatifs, les directives anticipées, la personne de confiance et l'accompagnement de la fin de vie;
- les travaux que je mène avec Olivier Véran, autour de concertations avec les parties prenantes ainsi que dans le cadre de deux groupes de travail composés de parlementaires et de professionnels de santé. Les sujets abordés concernent le développement de la culture palliative et des soins d'accompagnement à la fin de vie, l'anticipation et la sensibilisation de l'accompagnement des aidants, avant et après le décès de leurs proches, ainsi que l'organisation des funérailles.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS AUJOURD'HUI SUR LES DEUX LOIS QUI PORTENT VOTRE NOM ?

Jean Leonetti

Adoptés à l'unanimité en 2005 et 2016, les deux textes se fondent sur la même trilogie « non-abandon », « non-souffrance » et « non-obstination déraisonnable » et instaurent une distinction nette entre le traitement médical, qui peut être interrompu, et les soins, dont la poursuite est essentielle pour préserver la dignité du patient. Concrètement, ces lois ont permis aux patients de demander, dans un cadre défini, l'arrêt d'un traitement médical trop lourd, par le biais de directives anticipées ou par le recours à une personne de confiance. Dans le même temps, elles avaient vocation à accélérer le développement des soins palliatifs en France. La loi de 2016 a également introduit la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès pour soulager les souffrances vécues comme insupportables alors que la mort est imminente et inévitable.

VOUS ÊTES CONFRONTÉE TOUS LES JOURS À DES PATIENTS EN FIN DE VIE. COMMENT LES ACCOMPAGNEZ-VOUS, EN TANT QUE MÉDECIN ?

Claire Fourcade

Les soins palliatifs sont une médecine de l'inversion de la priorité, privilégiant la qualité de vie au soin. Notre premier rôle est de rendre les symptômes le plus discrets possible pour que la vie puisse être la meilleure possible le plus longtemps possible. C'est aussi une médecine pluridisciplinaire, parce que la souffrance est rarement seulement physique, impliquant souvent une prise en charge psychologique, spirituelle. Le médecin est alors le pivot d'une équipe éphémère, parfois à domicile. Si cette coordination se fait correctement, le patient pourra être accompagné où il le souhaite, dans les conditions qu'il a définies, dans un niveau de confort optimal. Ces dernières années, les soins palliatifs ont considérablement évolué... Mais nous n'avons fait qu'un bout du chemin, il nous reste un long trajet à accomplir. Il y a encore trop de gens qui meurent dans des conditions inacceptables en 2022.

POURQUOI ÉTAIT-IL NÉCESSAIRE DE RELANCER AUJOURD'HUI LE DÉBAT SUR LA FIN DE VIE ?

Claire Fourcade

Agnès Firmin Le Bodo

Jean-François Delfraissy

Je ne suis pas certaine qu'il serait nécessaire de le réouvrir si la loi actuelle n'était pas aussi mal connue et mal appliquée. Mais maintenant que la convention citoyenne s'apprête à engager ses travaux, c'est à nous d'en faire un moment qui soit utile à notre démocratie et à la réflexion collective. **Les craintes sur la fin de vie sont une préoccupation qui doit s'entendre. La loi actuelle ne répond pas à la question des gens qui veulent mourir.** On ne pourra pas l'ignorer et il ne faut pas l'ignorer, ça ne doit pas être un tabou. Mais il faut que ce soit un débat intelligent et respectueux de tous, y compris des soignants. C'est indispensable que la parole des soignants soit écoutée, en particulier celle des acteurs des soins palliatifs. Je voudrais dire et redire que la très grande majorité des patients nous demandent de l'aide pour vivre, pas pour mourir; le fait d'être accompagné et soulagé fait disparaître la quasi-totalité des demandes d'euthanasie.

Les questions relatives à la mort restent encore taboues en France. La crise Covid a sorti la fin de vie de la sphère de l'intime pour la projeter dans un cadre collectif et visible : de nombreuses personnes décédées n'ont pu être accompagnées par leurs proches, lesquels n'ont souvent pas pu organiser les funérailles. **Le Comité consultatif national d'éthique a rendu public son avis et beaucoup de Français s'interrogent sur la mort. Il est donc essentiel d'aborder le sujet, en veillant notamment à mieux faire connaître les soins palliatifs et à une véritable appréhension des droits ouverts par la loi Claeys-Leonetti.** Ce sont des sujets complexes, parce qu'ils s'accompagnent d'émotions diverses, qui seront susceptibles, au cours du débat, de susciter des craintes et mécanismes de protection. Toutefois, ces tensions éventuelles, qui concernent tout un chacun, ne doivent pas faire oublier l'attention, la solidarité, que nous devons aux plus vulnérables.

Même si elle n'est plus taboue dans notre société, la question de la fin de vie demeure des plus complexes, mêlant l'intime, la médecine et la morale collective. C'est un sujet qui ne saurait être évacué par une seule loi. **A ce titre je me réjouis de la tenue de la grande consultation, qui va permettre de donner la parole aux citoyens, aux acteurs du système de santé et aux représentants de l'ensemble des courants de pensée.** Dans cette perspective, les travaux du CCNE permettront de donner des éléments de repère en explorant en particulier l'articulation entre les principes de dignité, de solidarité envers les plus fragiles et de respect de l'autonomie de la personne. Des débats seront mis en place également sur tous les territoires par le biais des espaces éthiques régionaux.

Jean Leonetti

L'ouverture du débat me semble indispensable. Ne serait-ce que parce que nous avons là une possibilité offerte de faire de la pédagogie sur les lois existantes, qui font encore l'objet de nombreuses interprétations pour le moins fantaisistes. **Je crois surtout que le principal enjeu est de poser plus en profondeur la question de la fin de vie. Pour l'heure, force est de constater que les discussions se limitent peu ou prou à « oui ou non le suicide assisté ».** D'abord, cette question est un arbre qui cache la forêt, qui ne concerne finalement qu'une proportion infime de personnes. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas la poser, bien entendu. Mais personnellement, je pense que la légalisation de l'euthanasie et le suicide assisté seraient une transgression majeure pour notre société. Je pense par ailleurs qu'il faut profiter de ce temps de discussions pour élargir les questionnements en replaçant le sujet dans le champ plus large de la vulnérabilité, du grand âge, de la dépendance et du handicap...

Jean Leonetti

QU'EST-CE QUI EXPLIQUE, SELON VOUS, QUE LA LOI ACTUELLE SOIT MÉCONNUE ET SI MAL APPLIQUÉE ?

Aujourd'hui, certaines spécialités médicales se sont complètement approprié la loi. Je pense d'abord à tous ceux qui sont, de par leurs activités, plus en contact avec la mort que les autres, qu'ils soient urgentistes, réanimateurs, cancérologues, neurologues... **Malheureusement, je constate qu'il n'en va pas toujours de même pour les médecins généralistes, dont les patients décèdent de plus en plus à l'hôpital et qui demeurent très marqués par une culture du soin aigu, par une médecine prométhéenne de combat très loin de la médecine d'accompagnement et de la culture du soin chronique que la loi de 2016 suppose.** C'est un sujet de réflexion important pour notre profession, qui devrait être abordé plus en profondeur dans les cursus de formation. Bien sûr, la culture médicale ne fera pas tout : les insuffisances de la prise en charge à domicile demeurent criantes, sans parler des 26 départements sans unité de soins palliatifs ! Il faudrait à tout le moins encourager les hôpitaux à s'engager dans ce type de développements, au besoin en faisant de la présence des lits de soins un critère de labellisation...

Jean-François Delfraissy

Je le disais précédemment : ces dernières années ont été marquées par une plus grande médicalisation de la fin de vie. Mais cette médicalisation s'est doublée d'une séparation progressive entre la médecine de soins palliatifs et le reste de la communauté médicale, dans un contexte de tension hospitalière qui n'a rien arrangé. **Nous constatons que la loi Claeys-Leonetti demeure encore largement méconnue non seulement du grand public, mais aussi d'une part importante des soignants.** C'est ce qui explique pour partie le fait qu'il est encore difficile d'accompagner les fins de vie en Ehpad et quasi impossible de le faire au domicile. Je pense qu'une des priorités, dans les mesures qui vont être décidées, devrait être de restaurer un continuum tout au long du parcours des patients, jusqu'à l'ultime étape.

Agnès Firmin Le Bodo

Les professionnels de santé demeurent encore trop peu formés aux volets relatifs aux soins palliatifs et à la fin de vie : il convient d'adapter nos mesures de sensibilisation et de formation tant initiale que continue. **La transmission des informations relatives aux droits des personnes et aux conditions d'expression et de recueil de leurs volontés n'est pas encore assez connue et nécessite le développement d'une véritable culture palliative.** L'appropriation des sujets liés à la fin de vie par la société civile est également nécessaire pour mieux anticiper et pour renforcer l'autonomie décisionnelle de chaque citoyen. C'est dans cet objectif qu'une campagne de communication sera prochainement lancée avec l'appui du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

Claire Fourcade

Pour nous, acteurs du soin palliatif, c'est une loi du quotidien. Mais c'est en fait une loi assez complexe : c'est quoi, l'obstination déraisonnable ? À quel moment arrêter le traitement ? Quelles sont les pratiques sédatives à mettre en œuvre ? **Tout cela ne s'improvise pas : on ne peut pas se contenter du texte de loi et espérer qu'il soit appliqué. Par ailleurs, les moyens sont loin d'être à la hauteur des besoins : le plan de développement actuel des soins palliatifs fait état de 170 millions d'euros sur 4 ans, ça fait 2,50 euros par Français, c'est négligeable !** Et que dire des 7 heures de formation que reçoivent en moyenne les étudiants en médecine sur ce sujet ? Au printemps dernier, la SFAP a proposé à plusieurs sociétés savantes de mettre en place un travail commun de réflexion et de proposition pour proposer des mesures d'évolution pour l'accompagnement de la fin de vie. Nos propositions seront rendues d'ici à janvier pour alimenter les travaux de la convention citoyenne.

DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES : LA SANTÉ EN DANGER ?

Une médecine parallèle, avec ses propres théories, formations, praticiens et traitements, est-elle en train de se mettre en place ? Les cas de dérives thérapeutiques semblent se multiplier avec des risques multiples pour les patients, de la perte de chance à la mise en danger, en passant par l'escroquerie et l'emprise mentale.

Textes : Guillaume Tixier | Photos : Gettyimages, DR

L'ESSENTIEL

- 40 % des Français ont recours à des **pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique**. 25 % des saisines de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les **dérives sectaires** (Miviludes) en 2021 étaient liées au domaine de la santé et 70 % d'entre elles concernaient les pratiques de soins non conventionnelles.
- Il existe des centaines de pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.
- Non reconnues sur le plan scientifique, ces pratiques, dans leur grande majorité, échappent à tout encadrement et peuvent constituer des **dérives thérapeutiques, voire sectaires**. La lutte contre ces dérives qui peuvent aboutir à de sérieuses pertes de chances pour les patients est **un enjeu de santé publique**.

**Dr François Arnault**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Nous ne pouvons accepter que s'installent des pratiques déconnectées de la science »

La pandémie de Covid-19 a ébranlé la confiance des citoyens en la science, favorisant les dérives thérapeutiques, qu'elles soient le fait de quelques professionnels de santé ou, plus nombreux, de pseudo-thérapeutes sans scrupules.

Une offre pléthorique de formations à des pratiques de soins non conventionnelles, au mieux inefficaces, au pire dangereuses, est apparue. Pour l'endiguer, le Cnom a notamment contribué à la rédaction d'un guide à destination des agents ministériels du « pôle de la formation professionnelle », pour les aider à identifier les formations qui débouchent sur des impasses... ou sur l'exercice illégal de la médecine. Ce travail a été mené dès 2020, en collaboration avec la Drieets, l'organisme en charge de la formation professionnelle. La section Santé publique du Cnom travaille dans le même temps en étroite relation avec la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), qui dénombrait encore en 2021 près de 800 signalements liés à la santé.

Aujourd'hui, alors que notre système de santé est en grande difficulté, que plusieurs millions de nos concitoyens n'ont pas de médecin traitant et que l'hôpital traverse une crise sans précédent, nous ne pouvons accepter que s'installent de telles pratiques, déconnectées de la science et de tout encadrement structuré. Il en va de notre devoir déontologique de médecin, et de la santé de nos patients.



Décembre 2020 : la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de la région Auvergne-Rhône-Alpes, saisie par le Cnom, prononce la radiation du tableau de l'ordre d'un médecin généraliste qui prétendait guérir l'autisme à l'aide de médicaments homéopathiques.

Octobre 2021 : le tribunal correctionnel de Paris condamne à deux ans de prison avec sursis un naturopathe pour usurpation de la qualité de médecin et exercice illégal de la médecine. Deux de ses patients, atteints d'un cancer, sont morts en suivant ses recommandations. Le parquet a estimé qu'ils avaient été privés d'une chance de survie.

Le point commun de ces affaires ? Il s'agit dans les deux cas de dérives thérapeutiques. « On parle

« LES POSITIONS

DU CNOM ÉVOLUENT »

de dérive thérapeutique pour désigner, d'une part, les médecins dont les prescriptions ne sont pas conformes aux données acquises de la science. Le code de déontologie médicale rappelle que si

le médecin est libre de ses prescriptions, il ne peut proposer de traitement insuffisamment éprouvé ou illusoire. D'autre part, la dérive thérapeutique concerne également les non-médecins qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, caractérisé par l'établissement d'un diagnostic et une proposition de traitement, comme le spécifie l'article L. 4161.1 du code la santé publique », explique le D^r Claire Siret, présidente de la section Santé publique du Cnom.

Les PNCAVT

Si le cadre juridique est clair, ces dérives prospèrent néanmoins dans les zones de flou qui séparent la santé du bien-être, les prises en charge classiques des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT). « Celles-ci peuvent tout à fait légitimement constituer un outil pour un médecin lorsqu'elles reposent sur un diplôme interuniversitaire (DIU) autorisé par le Cnom », indique le D^r Siret. De fait, trois DIU peuvent figurer sur les plaques et ordonnances : l'acupuncture, la mésothérapie



et l'ostéopathie. « Les positions du Cnom évoluent, et nous réévaluons régulièrement les diplômes qui ouvrent un droit au titre », précise la présidente de la section Santé publique. Ainsi, par exemple, en octobre 2019, le Cnom décidait de mettre fin au titre actuel d'homéopathe pour les futurs médecins. La prescription de ces pratiques non conventionnelles par des médecins constitue-t-elle pour autant une dérive ?

Le D^r Bruno Falissard, psychiatre et professeur de santé publique, a conduit, pour l'Inserm, les revues de littérature médicale et scientifique pour évaluer ces pratiques de soins. Sa position est claire : « Efficaces ou non, ces soins complémentaires ont trouvé une place dans le monde de la médecine académique. Les patients y recourent largement, des centres de lutte contre le cancer proposent ces pratiques non conventionnelles aux côtés des traitements antitumoraux dans la prise en charge d'un cancer. Au-delà de la question de la conformité de ces soins aux données de la science, il faut regarder, au cas par cas, s'ils apportent ou non un mieux-être. » Le D^r Marc Baillargeat, médecin généraliste et président d'Ostéos de France, syndicat professionnel des médecins ostéopathes français, abonde : « L'ostéopathie a parfaitement sa place



en complément de la médecine générale ainsi qu'à certaines spécialités comme la rhumatologie ou la rééducation fonctionnelle. » Il admet toutefois que la situation est un peu étrange pour les patients qui ne savent pas toujours s'ils s'adressent à un professionnel de santé, à un médecin ou à un non-professionnel de santé lorsqu'ils consultent un ostéopathe. « D'autant qu'il existe des risques. Seuls les médecins sont autorisés à pratiquer certains gestes en ostéopathie tels que les touchers pelviens, les manipulations du rachis cervical ou encore les manipulations de nourrissons de moins de 6 mois. » De même, « seuls les médecins sont habilités à effectuer un diagnostic médical », précise le médecin ostéopathe.

Les ni-ni

C'est surtout lorsqu'elles sont pratiquées par des personnes qui ne sont ni médecins ni professionnels de santé que ces PNCAVT peuvent constituer des dérives et des risques. Pourtant, les offres de formation abondent. La jurisprudence est claire : alors que l'acupuncture ne peut être pratiquée que par des membres des professions médicales, médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, quelques clics sur Internet suffisent pour identi-

4

Français sur 10 ont recours aux médecines dites alternatives, dont 60 % parmi les malades du cancer.

TÉMOIGNAGE



DR MARC BAILLARGEAT, président d'Ostéos de France, syndicat professionnel des médecins ostéopathes français

« Nous nous efforçons d'agir sur la qualité des formations »

« Depuis 2002, le nombre d'ostéopathes a explosé, pour avoisiner aujourd'hui le chiffre de 37 000 praticiens en France, dont environ seulement 5 % sont des médecins. Il semble désormais difficile de restreindre cette pratique aux seuls médecins ou d'instaurer un *numerus clausus*, car les non-professionnels de santé ne sont pas remboursés. Nous nous efforçons, pour garantir la sécurité des patients, d'agir sur la qualité des formations. Nos travaux au sein de la commission nationale d'agrément ont permis de ramener à 30 le nombre d'établissements de formation agréés, c'est-à-dire de le diviser par plus de deux en dix ans. Nous souhaitons aussi que l'Igas effectue des contrôles sur site de ces établissements. »

fier des formations, accessibles dès le baccalauréat, dont certaines sont même relayées par Pôle emploi. « Malgré les demandes répétées du Cnom auprès du ministère de la Santé, le terme "médecine" n'est pas protégé dans le code de la santé publique, et n'importe qui peut proposer de la médecine chinoise, quantique, holistique... ou encore se prétendre quelquechosopathe », déplore Claire Siret. Une porte ouverte à tous les abus.

Des pratiques dangereuses

Les pratiques non conventionnelles non validées scientifiquement comme l'exercice illégal de la médecine peuvent avoir des conséquences sérieuses voire dangereuses pour les patients et



entraîner la perte de chance si elles remplacent les traitements de référence, la mise en danger par l'administration de traitements risqués mais aussi l'escroquerie ou la manipulation en vue d'emprise sectaire. Si tout le monde peut être victime d'une dérive thérapeutique, les plus vulnérables sont les plus exposés : « *Les jeunes parents déboussolés par l'arrivée d'un nouveau-né, les personnes atteintes d'une maladie chronique ou incurable, celles soumises à un traitement lourd sont des cibles de choix pour ceux qui promettent des miracles. Les discours ésotériques, mystico-religieux, se nourrissent de la peur de la mort* », pointe le Pr Bruno Falissard.

« DES CONSÉQUENCES SÉRIEUSES VOIRE DANGEREUSES POUR LES PATIENTS »

autoproclamés qui n'ont aucune formation et ne sont inscrits sur aucun registre. Or notre expérience démontre que leurs pratiques s'exercent le plus souvent au détriment de la médecine conventionnelle,

La dérive sectaire

En 2021, 25 % des signalements à la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) étaient liés au domaine de la santé et du bien-être. « *Il existe plusieurs milliers de pseudothérapeutes*

TÉMOIGNAGE



Pr BRUNO FALISSARD, psychiatre, professeur de santé publique et directeur du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations à l'Inserm

« Voyons ce qui est dangereux, ce qui est tolérable »

Nous manquons d'études sérieuses pour évaluer l'efficacité des pratiques de soins non conventionnelles telles que la mésothérapie, l'auriculothérapie... On en parle de plus en plus mais il est difficile d'évaluer leur réel succès auprès du public. Comme elles ne sont pas, ou très peu, encadrées, on ne sait ni qui fait quoi, ni qui consulte qui. Faut-il s'en alarmer ? En tant que psychiatre, je suis enclin à une vision assez pragmatique : voyons ce qui est dangereux, ce qui est tolérable. La plupart de ces soins non conventionnels s'exercent à la lisière de la maladie, dans une zone grise de souffrance à bas bruit qui ne relève pas nécessairement de la médecine. Tant que ces pratiques ne prétendent pas se substituer à celle-ci, elles ont sans doute leur place.

AU QUOTIDIEN



DR CLAIRE SIRET,
médecin généraliste et présidente
de la section Santé publique
du Cnom

COMMENT DÉFINISSEZ-VOUS, AU-DELÀ DU CADRE JURIDIQUE, LES DÉRIVES THÉRAPEUTIQUES ?

Une dérive thérapeutique est définie comme une pratique non fondée sur les données actuelles de la connaissance scientifique. Évidemment, ces dérives doivent être évitées. Mais ce concept interroge aussi sur nos pratiques. Car il nous arrive parfois de proposer un traitement complémentaire dans certaines situations. Je pense qu'il faut rester vigilant tout en faisant confiance aux médecins, qui doivent rester libres de prescrire ce qu'ils jugent le plus approprié selon les circonstances. En revanche, il n'est pas possible de laisser des pratiques non éprouvées scientifiquement se substituer à un traitement efficace.

COMMENT FIXER LA LIMITE ENTRE BIEN-ÊTRE ET SANTÉ ?

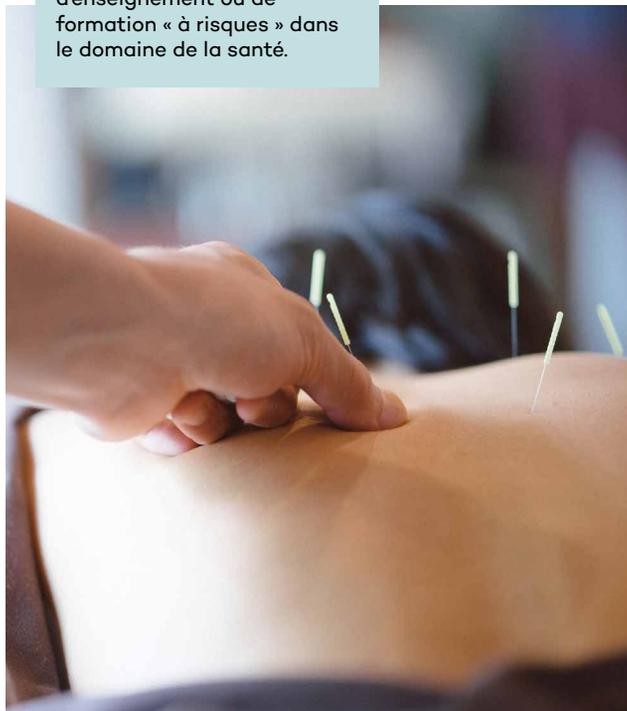
Les contours ne sont pas nets. Où s'arrête le bien-être, où commence la santé ? C'est la sémantique qui fait la dérive. Tout dépend en fait du but recherché et des allégations faites. C'est d'abord une question de langage. Si je recommande à un patient atteint d'un cancer d'aller faire des promenades en forêt ou de pratiquer le yoga, je peux effectivement lui faire du bien. Si je lui propose la même chose en substitution à sa chimiothérapie, je le condamne. Ce n'est ni le yoga ni la balade en forêt qui constituent une dérive, mais bien la place qu'on leur donne, le pouvoir qu'on leur attribue. Cela rend le délit d'exercice illégal de la médecine parfois difficile à caractériser.

COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS L'ENGOUEMENT POUR LES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES À VISÉE THÉRAPEUTIQUE ?

Je vois bien, en tant que médecin généraliste, que le temps de la consultation est de plus en plus réduit. Nous avons de moins en moins la possibilité de converser avec nos patients. Ils sont par ailleurs de plus en plus isolés, soumis à un flot d'informations et de désinformation continu. Internet a largement augmenté la visibilité des charlatans et des offres de traitement miraculeux. Par ailleurs, la pandémie de Covid-19, les débats qu'elle a suscités et le traitement de ces débats par les médias ont mis à mal la crédibilité du discours scientifique, ramené à une querelle d'opinion. Cela a conduit à une diabolisation de la science et de la médecine, et à une défiance vis-à-vis des médecins. Le rapport de la Miviludes qui vient de paraître confirme cet état de fait. Tout cela a donné un large espace à tous ceux qui proposent des solutions magiques. En tant que médecin, nous devons, malgré les difficultés que nous rencontrons tous, tâcher de retrouver l'écoute de nos patients.

1800

La Miviludes dénombre
1800 structures
d'enseignement ou de
formation « à risques » dans
le domaine de la santé.



TÉMOIGNAGE

CHANTAL GATIGNOL ET SAMIR KHALFAOUI,
conseillers santé à la Miviludes

**« Nous n'avons pas les moyens
de nos politiques »**

Nous manquons d'outils spécifiques pour chiffrer rigoureusement le phénomène, mais on estime généralement que 4 Français sur 10 ont recours aux médecines dites alternatives. Les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique se banalisent, portées par les médias mais aussi, parfois par les professionnels de santé eux-mêmes. Pour ces derniers, en cas de dérive, les sanctions tombent. Et nous échangeons plusieurs fois par semaine avec les instances ordinales. Mais les thérapeutes autoproclamés qui abusent des patients les plus vulnérables bénéficient d'une quasi-impunité. Nous n'avons pas les moyens de nos politiques. En 2020, les dérives sectaires dans le domaine de la santé représentaient près de 40 % de l'ensemble des signalements reçus à la Miviludes, contre 25 % il y a dix ans. Notre métier n'est pas d'être le gendarme des pratiques de soins, nous n'avons pas à juger les techniques utilisées mais à définir le danger d'emprise mentale. Le développement d'un marché parallèle de la santé accroît ce risque.

avec à la clé une perte de chance pour les patients et un risque d'emprise mentale », dénonce Samir Khalfaoui, conseiller santé à la Miviludes depuis plus d'une douzaine d'années. « J'ai le sentiment que ces pratiques gagnent du terrain. Quand des professionnels de santé deviennent perméables à des discours dénués de tout fondement scientifique ou prescrivent des traitements farfelus ou dangereux, ils se font généralement recadrer par leurs instances ordinales. Mais les multiples "dériveurs" passent le plus souvent entre les mailles du filet alors même qu'Internet amplifie leur propagande au service des dérives sectaires en matière de santé », déplore-t-il. Sa collègue Chantal Gatignol, conseillère santé à la Miviludes, tempère le propos : « Le fait que les médecins soient plus ouverts aux pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique leur permet de maintenir le dialogue avec les patients et d'être mieux à même d'identifier les dérives. »

Les recours

En cas de dérive thérapeutique, assortie ou non d'une dérive sectaire, tout particulier, tout médecin, tout conseil départemental de l'Ordre, peut porter plainte contre un médecin devant le Conseil de l'Ordre. L'Ordre des médecins peut aussi être saisi en cas de dérive d'un non-médecin dans le

cadre d'un exercice illégal : un signalement sera alors adressé au Procureur de la République en application des dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale. C'est uniquement dans les cas de dérives sectaires, que la MIVILUDES est alors saisie du dossier. Enfin, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) lance régulièrement des opérations de contrôles. Entre octobre 2021 et septembre 2022, elle a ainsi contrôlé 381 professionnels et centre de formation d'une cinquantaine de disciplines, allant de la naturopathie à la géobiologie. 66 % des activités contrôlées n'étaient pas conformes à la réglementation. Deux tiers des procès-verbaux concernaient des pratiques commerciales trompeuses et plusieurs signalements pour exercice illégal de la médecine et usurpation de titre ont été faits aux autorités compétentes. Chaque année, les tribunaux correctionnels condamnent des charlatans pour homicide involontaire, non-assistance à personne en danger, risque causé à autrui, escroquerie, exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie, abus frauduleux de l'état de faiblesse...

Mais la réponse aux dérives thérapeutiques ne peut être que judiciaire, la relation de confiance, unique, qui existe entre le médecin et son patient, est la meilleure garantie d'une médecine de qualité.

Cahier **Mon** exercice

24 E-SANTÉ

- Télé-expertise et dermatologie

25 QUESTIONS/RÉPONSES

- L'entreprise individuelle : focus sur un nouveau statut

26-27 DÉCRYPTAGE

- Traitement des données par les CPTS : quelles formalités préalables ?
- Utilisation unique d'un agenda en ligne : est-ce suffisant ?

28-31 ÉLECTIONS

PÉNURIE D'AMOXICILLINE

En raison de fortes tensions d'approvisionnement en France et dans le monde des antibiotiques à base d'amoxicilline seule ou en association à l'acide clavulanique, l'ANSM vient de publier des recommandations à l'intention des médecins. Les laboratoires expliquent ces tensions en amoxicilline par l'augmentation très importante de la consommation en antibiotiques couplée à des difficultés sur les lignes de production industrielle.

Médicaments les plus concernés (enfants et adultes)

- Clamoxyl (amoxicilline) et génériques (dosages 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml et 500 mg/5 ml)
- Augmentin (amoxicilline/acide clavulanique) et génériques (dosage 100 mg/12,5 mg/ml)

Les recommandations

- Les antibiotiques ne doivent pas être prescrits dans les situations qui ne le nécessitent pas.
- Si un antibiotique est nécessaire, suivre les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS : www.has-sante.fr/jcms/p_3278764/fr/choix-et-durees-d-antiotherapie-preconiseesdans-les-infections-bacteriennes-courantes

+ D'INFOS

- La liste des recommandations de l'ANSM : ansm.sante.fr/actualites/amoxicilline-des-recommandations-pour-contribuer-a-garantir-la-couverture-des-besoins-des-patients

PARU AU JO

ARRÊTÉ DU 10 OCTOBRE 2022 portant nomination aux commissions de qualification des médecins.

DÉCRET N° 2022-1284 DU 3 OCTOBRE 2022 relatif aux procédures de recueil et de traitement des signalements émis par les lanceurs d'alerte et fixant la liste des autorités externes instituées par la loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte. Le Cnom fait partie des autorités compétentes en santé publique, pour l'exercice de la profession de médecin.

ARRÊTÉ DU 23 SEPTEMBRE 2022 relatif à l'expérimentation « HAND'INNOV, améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap ».

« La télémédecine est avant tout une innovation organisationnelle »

Spécialité visuelle, la dermatologie se prête particulièrement à la télé-expertise. Elle se présente également comme une alternative intéressante pour garantir un accès égal aux soins dermatologiques.



DR TU ANH DUONG,
dermatologue au GHU
Paris-Saclay (AP-HP)

Vous coordonnez le programme Telderm au groupement hospitalier universitaire de Paris-Saclay. De quoi s'agit-il ?

Telderm – pour Télémédecine en dermatologie – est un programme innovant de télédermatologie développé par l'AP-HP depuis plusieurs années. Ce dispositif permet à un professionnel de santé d'obtenir, rapidement et à distance, un avis médical spécialisé à partir de photos et d'informations cliniques, avec ou sans la présence du patient.

Telderm regroupe une centaine de professionnels au sein d'un réseau de soins primaires et structurés. Parmi eux figurent des urgentistes, des médecins des filières gériatriques ou travaillant auprès des personnes incarcérées, dans les établissements sans dermatologue de notre groupement hospitalier universitaire ou dans les centres municipaux dans le sud des Hauts-de-Seine ou l'ouest du Val-de-Marne, et des généralistes libéraux. Ils ont recours aux dermatologues de Telderm face à des urgences dermatologiques ou demandes d'avis rapide, des lésions cancéreuses ou suspectes de la peau, des diagnostics de toxidermies, des maladies rares, inflammatoires, etc.

Quels sont les atouts de la télé-expertise en dermatologie, notamment pour améliorer l'accès aux soins ?

Telderm a permis l'émergence de filières de soins en onco-dermatologie ou en géronto-dermatologie entre des établissements hospitaliers et la formation de professionnels aux pathologies urgentes. Le programme favorise une prise en charge des patients à proximité de leur lieu de consultation et limite les déplacements inutiles. Pour le médecin généraliste, c'est un accès plus

rapide à un avis spécialisé, donc une meilleure prise en charge de ses patients. La télé-expertise est une alternative intéressante pour garantir un accès égal aux soins dermatologiques et pour améliorer l'organisation de la filière de soin.

Son développement est stratégique tant il apporte une réponse aux défis actuels et à venir de notre système de santé : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, démographie déficitaire des professionnels de santé.

Plus globalement, quels sont les écueils à éviter pour que la télédermatologie (consultation et expertise à distance) monte en puissance ?

La télémédecine est avant tout une innovation organisationnelle. Son essor nécessite par exemple la montée en charge des infirmières en pratiques avancées, des assistants médicaux, voire la création de nouveaux profils de métiers. Ils seront chargés d'accompagner les patients dans l'apprentissage de ces nouveaux usages de télémédecine. Car avec la télédermatologie, nous sommes très dépendants de la pertinence des informations cliniques et des images transmises. On ne palpe pas le patient. Nous n'avons pas connaissance des critères d'évolutivité, d'aggravation. La présence d'un professionnel de santé qui sécurise cette étape est indispensable. Sans contextualisation de l'information, la photo seule ne permet pas une prise en charge de qualité.

L'entreprise individuelle : focus sur un nouveau statut

Ce statut, entré en vigueur en mai 2022, s'applique à tout professionnel qui exerce une activité commerciale, artisanale, industrielle ou libérale. Les médecins exerçant une activité libérale peuvent donc être concernés. Explications.



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



QU'EST-CE QUE LE STATUT D'ENTREPRENEUR INDIVIDUEL ?

Depuis la loi du 14 février 2022, mise en application le 15 mai 2022, ce statut est celui qui s'applique à tout professionnel qui exerce une activité commerciale, artisanale, industrielle ou libérale. Cela concerne donc tous les médecins et professionnels de santé installés en libéral et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC).

QU'EST-CE QUE CETTE LOI A CHANGÉ POUR LES PROFESSIONNELS ?

Auparavant, en cas d'activité médicale libérale, on avait la possibilité d'opter pour le statut d'entrepreneur individuel à responsabilité limitée et celui d'entreprise individuelle. Aujourd'hui, le médecin n'a plus à entreprendre cette démarche dès lors que le statut d'entrepreneur individuel s'applique automatiquement.

QUELS SONT LES AVANTAGES DE L'EI POUR LES MÉDECINS ?

Le bénéfice principal est celui d'une meilleure protection du patrimoine privé. Avant cette loi, en cas de dettes professionnelles, les biens personnels hormis la résidence principale du professionnel pouvaient être saisis. Désormais, tout le patrimoine individuel est automatiquement protégé. En revanche, cette disposition s'applique seulement aux dettes contractées après le 15 mai 2022. Un emprunt professionnel souscrit par une EI avant cette date et non honoré même des années plus tard entraînera la saisie des biens personnels. Cette dissociation a ses limites et l'entrepreneur individuel peut y renoncer en faveur d'un créancier. Les dettes sociales et fiscales bénéficient d'un traitement privilégié par le fisc et les organismes sociaux.

CE STATUT IMPOSE-T-IL DES NOUVELLES RÈGLES POUR LES MÉDECINS ?

La seule nouvelle obligation est celle d'inscrire la mention EI ou entrepreneur individuel sur tous les documents professionnels comme les comptes bancaires, les bilans comptables ou les documents publicitaires. Par précaution, nous conseillons également de l'inscrire sur les ordonnances car il n'est pas rare que des médecins utilisent leurs ordonnances pour des correspondances destinées à des entreprises avec lesquelles ils sont en relation pour leur activité professionnelle.

Traitement des données par les CPTS : quelles formalités préalables ?

Sollicitée à plusieurs reprises à ce sujet par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), la Cnil informe les professionnels de santé concernés : le traitement des données de santé par les CPTS ayant pour finalité « l'appui des patients dans leur recherche de médecin traitant » ne requiert pas d'autorisation préalable.



DR PIERRE MAURICE,
Secrétaire général du Cnom

Certaines CPTS ont déposé une demande d'autorisation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) au titre des demandes de traitement de données personnelles mis en place afin de mener leur mission de facilitation de l'accès à un médecin traitant. Les CPTS proposent notamment un formulaire/questionnaire qui doit permettre à la personne chargée de la coordination de la CPTS de mettre en contact les patients avec l'un des médecins composant sa communauté. Ce formulaire comprend notamment les nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone, mail, nombre de personnes dans le foyer sans médecin traitant, existence d'une ALD et capacité de la personne à se déplacer au cabinet, etc.

Le traitement de données de santé ayant pour finalité « l'appui des patients dans leur recherche de médecin traitant » ne requiert pas d'autorisation préalable de la Cnil.

En effet, la CNIL estime que ce type de traitement :

- entre dans le cadre de la prise en charge des personnes concernées et relève donc des articles 44, 1^o, et 65, 1^o, de la loi « Informatique et libertés », dont la mise en œuvre ne nécessite pas d'autorisation préalable de la Cnil;
- constitue un traitement « *aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé, ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel dont l'atteinte est réprimée par l'article 226-13 du code pénal* » (ce qui signifie qu'il relève des articles 44, 1^o, et 65, 1^o, de la loi « Informatique et libertés »).

Toutefois, l'absence de formalité préalable à la mise en œuvre d'un tel traitement n'exempte

pas les CPTS, en tant que responsables de traitement, de l'obligation de pouvoir démontrer à tout moment le respect des règles relatives à la protection des données grâce notamment à :

- la tenue d'un registre des activités de traitement;
- la réalisation, le cas échéant, d'une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD);
- l'information des personnes concernées par le traitement.

Concernant ledit document de recueil des données :

- les zones de commentaires libres doivent être limitées au strict nécessaire, voire supprimées (la Cnil recommande, lorsque cela est possible, de préenseigner ces zones de champs libres avec une information spécifique sur la manière dont ils doivent être complétés afin que seules les données strictement nécessaires à la recherche soient collectées);
- le document doit être transmis et conservé de manière sécurisée et sa durée de conservation devra être limitée (voir notamment en ce sens le « Guide de la sécurité des données personnelles » publié par la Cnil).

+ D'INFOS Pour consulter des exemples de mentions d'information des personnes concernées par le traitement des données :

• **Cet article de la Cnil :**

www.cnil.fr/fr/rgpd-exemples-de-mentions-dinformation

• **Le « Guide pratique sur la protection des données personnelles » corédigé avec le Cnom :**

www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/guide-cncom-cnail.pdf

• **Le guide pédagogique « Comment mettre en place le RGPD dans les services ? » rédigé par l'Unaf et la CNIL**

www.unaf.fr/ressources/comment-mettre-en-place-rgpd-dans-services-pour-mieux-protger-personnes-accompagnees

Utilisation unique d'un agenda en ligne : est-ce suffisant ?

Interrogée à ce sujet, la section Exercice professionnel fait le point sur utilisation unique d'un agenda en ligne et accès et continuité des soins.



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

S'AGISSANT DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

La prise de rendez-vous par Internet ne doit pas être un mode de prise de rendez-vous exclusif. En effet, tous les patients du médecin ne sont pas équipés de matériel informatique et ne sont pas connectés. Il semble également indispensable de laisser la possibilité aux patients d'exprimer de vive voix leur éventuel sentiment d'urgence. Enfin, la prise de rendez-vous par l'intermédiaire d'un secrétariat permet de réguler les demandes de rendez-vous en fonction de certains paramètres (âge et état de santé du patient, éloignement géographique et moyen de transport dont il dispose, etc.).

S'AGISSANT DE L'IMPOSSIBILITÉ POUR LE PATIENT DE JOINDRE SON MÉDECIN

Le médecin n'est pas tenu de répondre immédiatement (directement ou via un secrétariat) à toute demande mais doit prévoir une réponse d'attente et organiser son rappel s'il l'estime utile. Cette organisation est à la main du médecin : créneaux horaires ouverts pour répondre, messagerie, etc. Il faut distinguer cette situation de celle où le médecin, lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgence ou d'astreinte, doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite. Les difficultés tenant à ne pas pouvoir prendre contact avec le médecin sont également préjudiciables au patient lorsqu'un autre médecin cherche à le contacter dans le cadre de la prise en charge de l'un de ses patients.

-> Compte tenu de ces éléments, la seule utilisation d'un agenda en ligne n'est pas suffisante pour permettre l'accès et la continuité des soins.

QUE FAIRE EN CAS DE CESSATION D'ACTIVITÉ ?

Tout médecin libéral, tout médecin salarié à temps plein ou tout médecin hospitalier peut librement cesser son activité ou décider de l'exercer dans un autre département. Cependant, certaines obligations lui incombent, de par sa qualité de médecin et les devoirs déontologiques qui en découlent. Ces obligations s'exercent vis-à-vis de l'Ordre, des patients et des établissements au sein desquels il exerce.

+ D'INFOS Retrouvez l'article complet à ce sujet publié sur le site de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/cas-cessation-dactivite



Élections complémentaires aux conseils régionaux du Grand Est, d'Île-de-France et des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins

En application de l'article D. 4132-2 du code de la santé publique, **les conseils régionaux d'Île-de-France** (Ville de Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise), **du Grand Est** (Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Vosges) et **des Hauts-de-France** (Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme) vont procéder à une élection complémentaire le :

- **Lundi 6 mars 2023 pour le conseil régional d'Île-de-France aux fins de pourvoir au remplacement de deux membres (1 femme et 1 homme) pour le département des Yvelines;**
- **Mardi 7 mars 2023 pour le conseil régional du Grand Est aux fins de pourvoir au remplacement de deux membres (1 femme et 1 homme) pour le département de la Moselle;**
- **Jeudi 16 mars 2023 pour le conseil régional des Hauts-de-France aux fins de pourvoir au remplacement de deux membres (1 femme et 1 homme) pour le département du Nord.**

Les élections sont organisées par binômes femme-homme (article L. 4132-12 du CSP).

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :

- inscrits au tableau de l'un des conseils départementaux situés dans le ressort de la région concernée par l'élection (article R. 4125-3 du code de la santé publique). Ainsi, les candidats doivent être inscrits au tableau des Yvelines, de la Moselle ou du Nord. Les deux membres d'un 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 code de la santé publique);
- 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 code de la santé publique);
- à jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du code de la santé publique).

Ne sont pas éligibles pendant trois années, en application des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, 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.

En application de ces mêmes articles sont privés à titre définitif du droit de faire partie du conseil régional :

- les médecins ayant fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation du tableau de l'Ordre prononcée par la juridiction disciplinaire,
- les médecins ayant 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 versement 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 régional ou déposée, dans ce même délai, au siège du conseil contre récépissé.

Ainsi, la date limite de dépôt des candidatures est fixée au :

- **vendredi 3 février 2023 à 16 heures pour le conseil régional d'Île-de-France (9, rue Borromée – 75015 PARIS);**

- **vendredi 3 février 2023 à 16 heures pour le conseil régional du Grand Est (131, rue Nicolas Appert – 54100 NANCY);**
- **mardi 14 février 2023 à 16 heures pour le conseil régional des Hauts-de-France (42, rue du Faubourg de Roubaix – 59000 LILLE).**

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 régional dans les délais requis. Les textes réglementaires ne mentionnent pas 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 code de la santé publique). On ne peut se déclarer candidat que dans un seul binôme.

Chaque candidat devra également indiquer le conseil régional 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 code de la santé publique) 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 noms et prénoms des candidats du binôme.

Elle sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le conseil régional 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 compétences de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique.

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 régional

de l'Ordre des médecins, au plus tard le :

- **vendredi 3 février 2023 à 16 heures pour le conseil régional d'Île-de-France (9, rue Borromée – 75015 PARIS);**
- **vendredi 3 février 2023 à 16 heures pour le conseil régional du Grand Est (131, rue Nicolas Appert – 54100 NANCY);**
- **mardi 14 février 2023 à 16 heures pour le conseil régional des Hauts-de-France (42, rue du Faubourg de Roubaix – 59000 LILLE).**

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 régional 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 code de la santé publique).

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 la région concernée par l'élection (article L. 4124-11 IV du code de la santé publique).

Ainsi, sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux des Yvelines, de la Moselle et du Nord de l'Ordre des médecins.

Pendant les deux mois qui précèdent le scrutin, **soit au plus tard à partir du 6 janvier 2023 pour le conseil régional d'Île-de-France, du 7 janvier 2023 pour le conseil régional du Grand Est et du 16 janvier 2023 pour le conseil régional des Hauts-de-France**, la liste des électeurs peut être consultée au siège du conseil régional. 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 code de la santé publique).

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 régional de l'Ordre des médecins. Il peut également y être déposé.

Il prendra fin le jour de l'élection, soit le :

- **lundi 6 mars 2023 à 16 heures pour le conseil régional d'Île-de-France;**
- **mardi 7 mars 2023 à 16 heures pour le conseil régional du Grand Est;**
- **jeudi 16 mars 2023 à 19 heures 30 pour le conseil régional des Hauts-de-France.**

Tout bulletin parvenu après 16 heures pour les conseils régionaux d'Île-de-France et du Grand Est et 19 h 30 pour le conseil régional des Hauts-de-France ne sera pas valable (article R. 4125-11 du code de la santé publique).

DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans déssemparer au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins le :
- **lundi 6 mars 2023 à 16 h 01 pour le conseil régional d'Île-de-France;**
- **mardi 7 mars 2023 à 16 h 01 pour le conseil régional du Grand Est;**
- **jeudi 16 mars 2023 à 19 h 31 pour le conseil régional des Hauts-de-France.**

Pour les départements des Yvelines, de la Moselle et du Nord : le binôme de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera déclaré élu. En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article R. 4125-17 du code de la santé publique).

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 code de la santé publique).

Résultats des élections de la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins

Le 29 septembre 2022, l'ensemble des membres du collège interne de la Chambre disciplinaire nationale et la moitié du collège externe ont été renouvelés.

Le collège interne est composé de six membres titulaires et de six membres suppléants élus parmi les membres du Conseil national (mandat de trois ans, collège renouvelable

dans sa totalité tous les trois ans).

Ont été élus titulaires :

- BALAND-PELTRE Karine
- DREUX Dominique
- ESCOBEDO Patricia
- MAICHE Élisabeth
- OURACI Leila
- ROSSANT-LUMBROSO Jacqueline

Ont été élus suppléants :

- BAGOT Martine
- BENSEDRINE Sophia

- GUINTOLI-CENTURI Catherine
- JOLY Frédéric
- JOUSSE Lucie
- LACROIX Valérie

Le collège externe est composé de six membres titulaires et de six membres suppléants élus parmi les membres actuels d'un conseil départemental, régional ou interrégional, ou parmi les anciens membres d'un conseil départemental,

régional ou interrégional ou du Conseil national (mandat de six ans, collège renouvelable par moitié tous les trois ans).

Ont été élus titulaires :

- BESSON Rémi
- BOYER Bruno
- RAULT Jean-François

Ont été élus suppléants :

- BOHL Isabelle
- KEZACHIAN Bruno
- PLAT Jean-Marc

Appel à candidatures pour une élection complémentaire à la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins

Les membres du Conseil national de l'Ordre des médecins se réuniront **le jeudi 30 mars 2023 à 17 heures**, au 4, rue Léon Jost – 75017 PARIS, pour procéder à une élection complémentaire. Il y aura lieu d'élire :

- 1 membre suppléant pour le collège externe de la Chambre disciplinaire nationale sortant en 2025.

DÉPÔT DE CANDIDATURE

Les candidats se font connaître par lettre **recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du Conseil national (4, rue Léon Jost – 75855 PARIS Cedex 17). La candidature peut également être déposée au siège du Conseil national. Il en sera donné un récépissé. Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection**. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mardi 28 février 2023 à 16 h 00** (article R. 4125-6 du code de la santé publique).

Toute candidature parvenue au Conseil national après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de La Poste ne sera pas pris en compte.

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

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.

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 organismes professionnels, actuelles

et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du code de la santé publique).

La déclaration de candidature doit être revêtue de la signature du candidat.

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature peut intervenir au plus tard quinze jours avant la date de l'élection, c'est-à-dire **jusqu'au mercredi 15 mars 2023**.

Il est notifié au Conseil national 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 code de la santé publique).

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2

et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :

- inscrits à un tableau de l'Ordre,
- âgés de moins de 71 ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature (article L. 4125-8 du code de la santé publique);
- de nationalité française (article L. 4122-3 du code de la santé publique);
- à jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du code de la santé publique) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Sont éligibles au collège externe, les membres d'un conseil départemental, régional, interrégional ou anciens membres d'un conseil de l'Ordre (départemental, régional, interrégional ou national).

Les fonctions d'assesseur à la chambre disciplinaire nationale sont incompatibles avec les mêmes fonctions à la chambre disciplinaire de première instance (article L. 4122-3 du code de la santé publique).

Les fonctions de président et de secrétaire général d'un conseil sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la chambre disciplinaire nationale (article L. 4122-3 du code de la santé publique).

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du code de la

santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale :

- 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 du tableau de l'Ordre 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.

ÉLECTEURS

Sont électeurs les membres du Conseil national présents le jour du scrutin (article R. 4125-2 du code de la santé publique).

Le vote par procuration n'est pas admis (article R. 4125-2 du code de la santé publique).

VOTE

Il aura lieu en bulletin secret le **jeudi 30 mars 2023 à 17 heures** au siège du Conseil national.

DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans désenclaver le **jeudi 30 mars 2023 à l'issue du scrutin** au siège du Conseil national.

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera élu suppléant. Son mandat prendra fin en 2025.

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

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 code de la santé publique).



PORTRAIT

PARCOURS

Juin 1982

Première année de médecine à Paris, faculté de Bichat.

Mai 1988

Arrive à Lille pour l'internat de médecine.

Avril 2003

Concours de professeur de médecine.

Juin 2011

Présidente de la Fédération française de cardiologie.

Février 2020

Création du fonds de dotation « Agir pour le cœur des femmes » avec Thierry Drillhon, dirigeant d'entreprise.



P^r Claire Mounier-Véhier

Cardiologue et médecin vasculaire au CHU de Lille

« IL FAUT S'OUVRIR À LA MÉDECINE DU GENRE »

Texte : Fanny Napolier | Photo : DR

« **La médecine est une vocation depuis l'âge de 6 ans, époque à laquelle je jouais avec les agendas de papa, qui s'appelle André Vacheron. C'est l'ancien président de l'Institut de France. Il a été l'un des grands patrons de la cardiologie à Paris, président de l'Académie de médecine. C'est une grande personnalité, mais c'était avant tout un soignant.**

Comme ma mère, médecin généraliste qui travaillait à la RATP et qui était très versée dans le caritatif.

Je ne voulais pas être cardiologue pour être la « fille de ». J'aimais beaucoup la médecine interne et la gynécologie obstétrique. Mais je suis amblyope, donc je ne pouvais pas faire de discipline chirurgicale. J'ai alors choisi la médecine cardio-vasculaire et j'ai fait mon dernier stage en néphrologie. C'était le tout début des prééclampsies et je me suis intéressée à la prise en charge des femmes enceintes hypertendues, à la contraception, puis à la ménopause. C'est comme cela que, plus tard, j'ai créé la cardio-gynécologie, comme aux États-Unis vingt ans plus tôt.

J'ai donc mis en place le premier parcours cardio-vasculaire et gynécologique dans les années 2012 au CHU de Lille. Quand nous l'avons lancé, les collègues de mon pôle n'en voyaient pas l'utilité, et il a fallu du temps pour que l'idée se fasse. Aujourd'hui encore, c'est compliqué pour une femme de s'imposer dans la hiérarchie universitaire médicale.

En apprenant que les maladies cardio-vasculaires concernaient les hommes, la cinquantaine, un peu gros, qui fumaient et étaient stressés, nous avons oublié les femmes. J'ai aussi en mémoire deux patientes qui ont été traitées pour des sciatiques alors qu'elles avaient une authentique artérite et qui ont dû être amputées, le diagnostic ayant été posé tardivement. Il faut prendre le temps d'écouter ses patients. Je m'inquiète du fonctionnement actuel de l'hôpital public. Il faut redonner du sens à nos métiers de soignants. Il faut aussi s'ouvrir et s'impliquer dans la médecine du genre. L'objet du fonds de dotation « Agir pour le cœur des femmes », que nous avons cofondé avec Thierry Drillhon, dirigeant d'entreprise, est de lancer une vraie alerte médico-sociétale sur les maladies cardio-vasculaires : elles tuent 200 femmes par jour, alors que 33 décèdent d'un cancer du sein et 2 d'un accident de la route. Nous avons lancé en septembre 2021 une campagne nationale de dépistage cardio-vasculaire et gynécologique : le « Bus du cœur des femmes ». Cette action a déjà permis de dépister plus de 4 000 femmes, de les remettre pour plus de la moitié dans un parcours de soins au sein de leur territoire et de fédérer un écosystème de professionnels de santé et de ville avec l'ambition de sauver la vie de 10 000 femmes à 5 ans. »

+ D'INFOS www.agirpourlecoeurdesfemmes.com