



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 86 - juillet - août 2023

CAHIER **Mon
exercice**
• NUMÉRIQUE : ZOOM
SUR L'EHD
• FLUOROQUINOLONES
• EXPLANTATION
DISPOSITIFS ESSURE®
P. 25



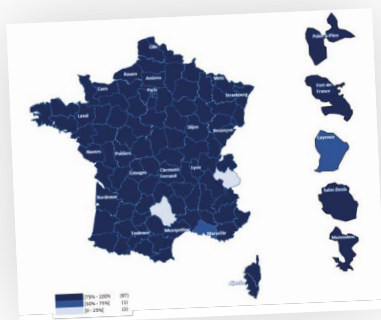
LE POINT SUR
**Les risques
des pratiques
de soins non
conventionnelles**
P. 10

RÉFLEXIONS
**L'intelligence
artificielle
en médecine,
oui, mais pas
n'importe
comment!**
P. 14

**L'activité
intermittente
en plein essor**
P. 16



VU SUR LE WEB



ENQUÊTE SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

L'Ordre des médecins vient de publier son étude 2022 sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Il rappelle la multiplicité des réalités sur l'ensemble de la France. Tous les départements ne rencontrent pas les mêmes difficultés. Les « zones blanches », couvertes par la seule aide médicale d'urgence, ne représente que 5 % des territoires. Un chiffre stable. [Pour lire l'ensemble de l'enquête sur l'état des lieux de la PDSA 2022, cliquez ici](#)

Votre avis intéresse l'ANS



La transformation commence ici

L'Agence du numérique en santé actualise chaque année sa doctrine du numérique en santé qui décrit le cadre de référence dans lequel doivent s'inscrire les services numériques d'échange et de partage de données de santé. Pour ce faire, elle cherche à recueillir les avis de tous les acteurs de l'écosystème, dont font bien évidemment partie les professionnels de santé. Un questionnaire a donc été mis en place, dont les réponses seront prises en compte pour l'actualisation.

<https://sondage.esante.gouv.fr/index.php/954199?newtest=Y&lang=fr>

APPEL À CANDIDATURES DE LA HAS

La Haute Autorité de santé souhaite constituer un groupe d'experts pour évaluer le traitement des fibromes utérins symptomatiques par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU). Il sera composé de patientes et de professionnels de santé concernés par la prise en charge des fibromes utérins symptomatiques, et comprendra environ dix personnes.

[Pour lire l'ensemble de l'appel à candidatures, cliquez ici](#)



#Hôpital

Conditions de travail, déserts médicaux, hôpitaux malades... Le manque d'attractivité des carrières touche fortement les médecins hospitaliers. Afin de préserver notre système de santé, il faut redonner du sens aux carrières.

https://twitter.com/ordre_medecins/status/1676987330526167040



@ordre_medecins • juillet 2023

#Violences

L'@ordre_medecins soutient les équipes médicales qui font face aux violences urbaines survenues la semaine dernière. Nous tenons également à rappeler l'importance de préserver nos établissements et centres de santé afin d'assurer la continuité des soins.

https://twitter.com/ordre_medecins/status/1676517164654755845



@ordre_medecins • juillet 2023



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 :

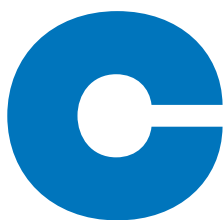
conseil-national.medecin.fr

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



Dr François Arnault

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins



chers confrères, chers consœurs,

Ces derniers mois, votre Ordre s'est mobilisé pour défendre la qualité de l'accès aux soins en préservant l'organisation de l'équipe de soins centrée sur le rôle essentiel du médecin pour le diagnostic et les choix thérapeutiques. L'Ordre est engagé également dans un partenariat de compétences volontariste avec l'ensemble des autres professions de santé pour une meilleure prise en charge des patients.

Mais au-delà, nous devons mener une réflexion progressiste sur l'évolution du rôle du médecin dans le système de soins. Le progrès scientifique élargit sans cesse notre domaine de compétence, quelles que soient les spécialités et quelle que soit la profession. L'Ordre doit s'assurer de la qualité des formations, des compétences et de l'engagement des médecins dans la formation continue. L'accompagnement par l'Ordre et les CNP dans la démarche de recertification va progressivement se mettre en place dans les mois qui viennent.

Mais notre responsabilité est aussi de veiller à ne pas enfermer notre profession dans un carcan, l'empêchant ainsi d'être innovante. Notre exercice doit s'adapter aux évolutions sociétales, doit prendre en compte le désir d'exercer notre métier de façon différente comme y aspirent les dernières générations de médecins. Soyons à leur écoute. La garantie que l'Ordre doit apporter sur la compétence ne doit pas exclure l'introduction d'une certaine souplesse dans l'évolution des carrières. La filiarisation des spécialités est trop contraignante et ne tient pas suffisamment compte du désir de mobilité, du désir d'évolution des compétences qui est ressenti et souhaité par nos confrères.

Enfin, nous devons saisir dès maintenant l'opportunité qui s'offre à nous avec l'intelligence artificielle. Les médecins, les universitaires ont le devoir de mettre l'IA à la disposition de la médecine. L'IA ne remplacera pas les médecins mais elle va certainement être un outil intellectuel considérable pour exercer nos différentes spécialités. À nous de nous approprier ce progrès majeur et sans tarder.

L'avenir de la médecine et l'avenir de notre profession sont devant nous! Il nous revient de l'écrire et de nous prendre en main pour renforcer, consolider le rôle essentiel que nous avons auprès des patients.

DÉONTOLOGIE

Palmarès du Point : avis et conseils du Cnom



DR FRANÇOIS ARNAULD,
président
du Cnom

Dans les suites de la publication d'un palmarès dans les colonnes de la revue *Le Point*, le Cnom a fait paraître avec d'autres organisations un communiqué (ci-après) s'opposant à la réalisation et à la publication d'un tel classement.

Je tiens à m'adresser personnellement à tous les médecins qui ont refusé d'y voir figurer leur nom comme à ceux qui l'ont accepté.

Le Cnom est attaché à la liberté de la presse qui est un principe fondamental commun à toutes les démocraties et la liberté d'expression est reconnue par l'article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789.

Le Point s'est adressé à plus de 2000 médecins de 12 spécialités pour demander des informations dans un courrier mentionnant explicitement qu'elles étaient demandées dans le cadre d'une enquête dont l'objet était « de pouvoir mettre en avant dans le cadre d'un palmarès les praticiens les plus experts de ces domaines ».

Nous avons rappelé aux médecins qui nous ont questionnés que le Code de déontologie médicale prévoit la liberté de communication au public. Cependant, les informations délivrées ne doivent pas, pour autant, reposer sur des comparaisons avec d'autres médecins,

porter atteinte à la dignité de la profession, ni induire le public en erreur.

C'est dans ce contexte que le Cnom a pris position sur un classement des médecins « experts » pouvant faire croire au public à tort qu'un médecin était meilleur qu'un autre en fonction de son classement et qu'un médecin non classé dans ce palmarès serait moins compétent que tous ceux qui y figurent.

Dans une décision toute récente du 30 juin 2023, le Conseil d'État, dans une autre affaire concernant un palmarès, a jugé que ne répondait pas à un intérêt

public une publication dont la méthodologie était affectée de biais de nature à altérer la qualité de l'information délivrée au public.

Je salue tous les médecins qui ont refusé de se prêter à cette opération et je demande à tous mes confrères de bien veiller à ce que l'usage de leur nom ne soit pas fait dans des conditions contraires à notre déontologie médicale.

Je rappelle en effet qu'aux termes de l'article R. 4127-20 du Code de la santé publique, chaque médecin a le devoir de veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.



COMMUNIQUÉ COMMUN

Un palmarès des médecins experts qui n'en est pas un !

La Conférence des doyens de médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins, le Conseil national des universités santé, les Conférences des présidents de CME de CHU et des directeurs généraux de CHU s'unissent et s'élèvent ensemble contre le palmarès « Médecins experts 2023 » publié par Le Point (édition du 27 avril 2023 n° 2647). Ce classement, qui se fonde sur des informations subjectives et tronquées, porte préjudice tant aux praticiens qu'à la médecine et donc aux patients.

Une atteinte à la déontologie médicale

Le journal *Le Point* vient de publier ce qu'il estime être un palmarès des meilleurs médecins « experts » dans leur discipline. Cette publication, qui porte atteinte de manière grave à la déontologie médicale et risque d'induire en erreur les patients, intervient malgré de multiples mises en garde de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), de la Conférence des doyens de médecine, de la Conférence des directeurs généraux de CHU, de la Conférence des présidents de CME de CHU et d'Unicancer.

Un palmarès non représentatif

La plupart des médecins cités dans ce palmarès n'ont pourtant pas répondu aux questionnaires, sur les consignes de l'Ordre des médecins et de leurs institutions représentatives. Certains experts de très grande qualité sont au contraire absents du classement car ils ont pris le temps d'exiger explicitement auprès du journal de ne pas y figurer. Sur 1000 médecins cités, 797 exercent en CHU (79,7 %), 126 en privé non lucratif (en particulier les Centres de lutte contre le cancer), soit 12,6 %, 27 (2,7 %) en hôpitaux généraux et 49 (4,9 %)

en privé lucratif, ce qui signifie que ce classement ne concerne que la médecine de recours et donc un nombre limité de patients.

Un palmarès injuste envers les médecins et les personnels non médicaux

Le classement du *Point* est injuste et discriminatoire vis-à-vis des médecins experts. Il semble également mettre en doute la capacité des médecins généralistes à orienter leurs patients vers des praticiens de qualité adaptés à leur pathologie.

Les personnels paramédicaux, acteurs essentiels pour assurer la qualité de la filière des soins, sont quant à eux proprement occultés et absents du palmarès.

Enfin, la notion d'équipe médicale, au sein de laquelle ceux qui publient ne sont parfois pas les mêmes que ceux qui soignent, est tout simplement mise de côté. Pourtant, les membres d'une même équipe travaillent bien de concert !

Des critères de classement non pertinents

Les trois critères utilisés par le palmarès (« notoriété », « nombre de publications », et « score Le Point » proche du score Sigaps pourtant décrié) sont redondants et concernent quasi exclusivement les publications médicales des médecins.

Décliner de manière globale le même paramètre en l'affublant d'intitulés différents et qualifier cette méthode « d'algorithme » est une erreur méthodologique. Dans tous les cas, il ne rend pas ce classement plus pertinent sur le plan clinique pour le patient. Pire, ces critères d'évaluation des publications ne sont en aucun cas une évaluation de la qualité de la recherche. En effet, dans les publications citées, tout est mélangé, le meilleur comme le pire, y compris les publications

dans des revues considérées comme « prédatrices » !

Cette méthodologie va à l'encontre de toutes les recommandations académiques nationales et internationales qui privilégient l'évaluation qualitative de la recherche.

Un palmarès qui ne traduit pas la réalité de l'exercice du soin

Ce palmarès est celui des publications scientifiques des médecins et ne traduit donc pas la réalité de l'exercice du soin. En effet, il n'évalue que l'activité académique, c'est-à-dire un quart de la certification périodique des soignants mise en place dès cette année.

Rappelons que la certification comporte quatre catégories : la connaissance (et pas seulement sa diffusion), mais aussi et surtout la compétence professionnelle, la relation avec les patients, et la santé des soignants. Nous désapprouvons cette entreprise dont nous pensons qu'elle est avant tout motivée par des préoccupations éloignées de celles des patients. À l'heure où de très nombreux patients demandent avant tout un accès aux soins, cette initiative est très contestable au plan éthique car elle prend le risque d'induire en erreur la population s'agissant de ce qu'elle a de plus précieux, sa santé.

PR BENOIT VEBER, président de la Conférence nationale des doyens de médecine
D^R FRANÇOIS ARNAULT, président du Conseil national de l'Ordre des médecins
PR BERTRAND GODEAU, Président du CNU santé
PR RÉMI SALOMON, président de la Conférence des présidents de CME de CHU
M. PHILIPPE EL SAÏR, président de la Conférence des directeurs généraux de CHU

PRISE DE PAROLE

Arrêts de travail : la relation avec la Cnam doit être fondée sur une confiance mutuelle

Les pouvoirs publics ont récemment communiqué sur la délivrance par les médecins des arrêts de travail. Des propos blessants qui jettent la suspicion sur les comportements des médecins.

L'Ordre des médecins souligne que la prescription d'un arrêt de travail est un acte médical à part entière. La délivrance de ce document s'effectue dans les conditions habituelles d'une consultation et s'appuie sur les éléments dont dispose le médecin. Ces derniers peuvent être contestés sans pour autant qu'il y ait fraude.

Fixer à certains médecins un volume maximal d'arrêts de travail à prescrire, sous peine de pénalités financières, ne relève pas d'une question médicale. L'objectif est défini à partir de données statistiques de leurs prescriptions comparées à une moyenne. Or, la variabilité populationnelle selon les territoires et la typologie des patients suivis par un médecin rendent complexes l'analyse

et l'établissement de référentiels fiables.

L'Ordre rappelle que les relations entre les médecins et la Caisse d'assurance maladie doivent être fondées sur une confiance mutuelle. Cela n'exclut pas d'éventuelles évaluations et contre-expertises à la demande de l'employeur.

Aussi, afin d'éviter toute pression de nature à menacer l'indépendance professionnelle, l'Ordre invite les médecins à qui des objectifs ont été fixés à demander, comme la loi le permet, la mise en place d'une autorisation préalable des arrêts de travail par les médecins conseils de l'Assurance maladie. Ce contrôle médical est la seule alternative respectueuse de la déontologie médicale et des droits des assurés sociaux à bénéficier d'un arrêt de travail.

+ D'INFOS

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

CHARTRE

L'Ordre renforce son engagement pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap

Le 21 juin, le président Arnault a signé la charte Romain Jacob, en présence de Pascal Jacob, président de l'association Handitactique, et de l'ensemble des commissions réunies en session. Le Cnom réaffirme ainsi son implication en faveur d'un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. Il s'engage notamment à tout faire pour mettre en place les 12 recommandations énoncées dans le document. Elles concernent notamment l'accès aux soins, l'accessibilité, le droit au répit, l'accès à l'emploi, l'aide aux aidants ou encore l'inconditionnalité de l'accompagnement au quotidien.

+ D'INFOS

Pour lire la charte, cliquez [ici](#)

Face à la violence grandissante envers le personnel soignant, l'Ordre des médecins met à votre disposition une affiche pour sensibiliser les patients à cette question. L'affiche à accrocher dans les services des établissements de santé est à télécharger ci-contre.



Nous prenons soin
de vous, merci
de prendre
soin de nous.

Aucune violence physique
ou verbale ne peut être
tolérée à l'encontre
du personnel du service.



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Toute violence physique, verbale ou menace est passible de 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende.

PUBLICATION

Parution de l'Atlas de la démographie médicale 2023

L'Atlas annuel 2023 de la démographie médicale en France vient d'être publié par l'Ordre. Le premier enseignement à en tirer, c'est que l'effectif global des médecins en activité augmente, malgré une diminution des actifs réguliers. Le nombre de médecins en activité intermittente et en cumul emploi-retraite est ainsi en augmentation. Ces derniers étaient ainsi 20159 au 1^{er} janvier 2023. Un nombre qui ne devrait plus croître, et même diminuer dans les prochaines années. La démographie médicale est donc dans une situation fragile qui risque de ne pas s'améliorer dans la décennie à venir. Autre constat : le creusement des inégalités territoriales. Une opposition nord-sud semble ainsi se dessiner, exception faite de la région parisienne. Parmi les régions qui connaissent la plus faible densité de médecins : le Centre-Val de Loire (257,6 pour 100 000 habitants), les Hauts-de-France (302) et la Normandie (296,5). À l'autre bout de l'échelle, on retrouve la Provence-Alpes-Côte d'Azur (415,7)

et l'Île-de-France (384,1). Et une analyse géographique plus fine révèle des disparités au sein des régions. « *Les départements situés au centre de la métropole, autour du bassin parisien, sont les moins dotés* », souligne ainsi l'Atlas. Il s'agit, par exemple, de l'Ain (178,3), de la Mayenne (192,6) ou encore de l'Eure (167,3). « *À l'inverse, les départements abritant les grandes villes de France, ainsi que ceux situés sur les littoraux ou aux frontières présentent les densités les plus fortes : Rhône (475,6), Paris (869,9) ou encore les Hautes Alpes (504,9).* »

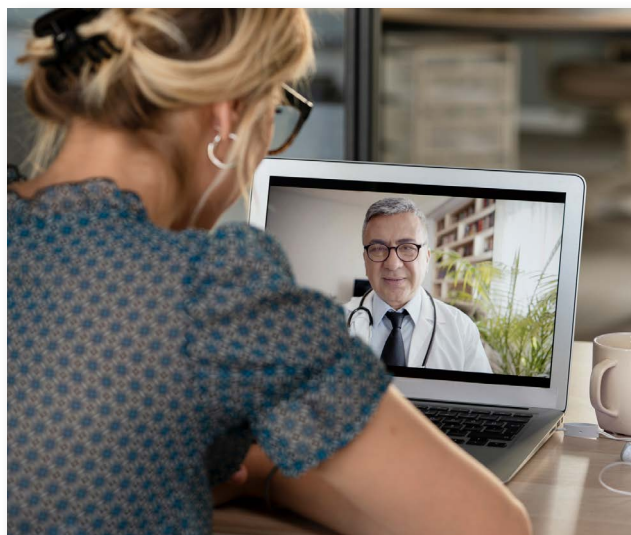
Ces informations ainsi que de nombreuses autres données, concernant par exemple la féminisation du métier, l'hyperspécialisation ou encore l'augmentation du nombre de médecins à diplômes étrangers, sont à retrouver dans L'Atlas 2023 de la démographie médicale en France.

+ D'INFOS Pour retrouver l'Atlas, [cliquez ici](#)

PRISE DE PAROLE

L'offre Ramsay : une initiative contraire à la déontologie médicale

Le groupe Ramsay Santé propose une offre consistant à payer un abonnement de 11,90 € pour avoir accès, à distance, à un médecin chaque jour de l'année, et à n'importe quelle heure de la journée. Une initiative à laquelle s'oppose l'Ordre des médecins qui la considère comme contraire à la déontologie médicale. En effet, l'Ordre estime que ces téléconsultations menacent le système de soins et son modèle organisé autour de médecins qui répondent aux besoins de la population sur leur territoire. Elles ne sont pas non plus compatibles avec le modèle français, basé sur la solidarité et la gratuité des soins. Ce type d'abonnement fait de la médecine un commerce et déconsidère la profession. L'Ordre compte assumer ses responsabilités déontologiques et demande au ministre de la Santé et de la Prévention d'instaurer de nouveaux outils de régulation afin de lutter contre les mésusages de la télémédecine.



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



ÉTATS-UNIS

Retour sur le congrès annuel de l'Association médicale américaine



D^r PHILIPPE CATHALA, délégué général aux affaires européennes et internationales

Fondée en 1847, l'Association médicale américaine (AMA) est la plus importante association médicale des États-Unis regroupant près de 200 structures et sociétés savantes. Sa mission : promouvoir l'art médical et améliorer la santé publique, représenter et défendre le corps médical et porter sa voix unifiée à travers le pays dans l'intérêt supérieur des patients. L'association publie le célèbre JAMA (Journal of the American Medical Association). Elle dispose de réserves financières permettant de subventionner de multiples projets et réussit souvent, grâce à un intense lobbying, à infléchir certaines décisions publiques américaines contraires à ses valeurs.

Réunie pour son 178^e congrès annuel du 9 au 14 juin, à Chicago, l'AMA a adopté et révisé un certain nombre de résolutions. Alors que plusieurs États américains ont institué récemment des lois prohibant toute forme de soins et d'accompagnement de la transsexualité, l'AMA a adopté une résolution ferme visant à garantir l'accès des personnes trans aux diverses thérapies de prise en charge scientifiquement validées. Elle luttera contre les lois existantes et s'opposera à toute nouvelle loi qui viserait à sanctionner les patients recherchant des soins, leurs proches, leurs soignants ou les établissements de santé proposant ces thérapies. Dans un pays où l'obésité fait des ravages, l'utilisation de l'indice de masse corporelle (BMI) comme outil diagnostique a été sérieusement remise en question après 200 ans d'utilisation. Selon l'AMA, il reflète de façon trop imprécise la « masse grasse » et ne prend en compte ni le sexe ni l'origine ethnique. Les leaders de l'AMA se sont, par ailleurs, prononcés en faveur

de l'usage de la télémédecine et de l'intelligence artificielle. Ces usages doivent néanmoins être raisonnés et encadrés. « *L'IA ne remplacera pas les médecins mais les médecins utilisant l'IA remplaceront ceux ne l'utilisant pas* », a prédit le nouveau président.

L'AMA a plaidé de surcroît pour une facilitation et une libéralisation de l'accès à la naloxone, y compris pour les mineurs, afin de lutter contre une épidémie inquiétante d'addictions et d'overdoses aux opiacés dans les écoles et sur les campus américains.

Un encadrement plus strict de l'utilisation des clauses de non-concurrence (notamment par les établissements de santé) a été soutenu car celles-ci constituent un véritable frein à l'installation et concernent jusqu'à 45 % des médecins de premier recours. Des actions en faveur des étudiants ont également été annoncées : un renforcement du plan contre le burn-out, le soutien à la réactivation du programme Conrad 30, permettant aux étudiants étrangers de rester aux États-Unis en échange d'un engagement territorial de trois ans

dans des zones sous-dotées, une facilitation d'accès (financier) aux stratégies de préservation de la fertilité (une femme médecin sur quatre aux États-Unis est confrontée à un problème de fertilité).

Prise de fonction et élection

Le congrès a également été l'occasion pour le nouveau président, le P^r Jesse M. Ehrenfeld, professeur d'anesthésie dans le Wisconsin et ancien commandant dans l'US Navy, de prendre ses fonctions. Premier président de l'AMA ouvertement homosexuel, il a longuement expliqué dans son discours inaugural, à côté de son mari et de ses enfants, les discriminations auxquelles les personnes LGBT étaient confrontées, en particulier dans le monde de la santé. Il s'est dit fier de l'évolution des mentalités de l'AMA. Les membres de l'association ont également élu leur prochain président, qui entrera en fonction en juin 2024 : le D^r Bruce A. Scott, ORL et enseignant à l'École de médecine de l'Université de Louisville (Kentucky).

+ D'INFOS

Le site de l'Association médicale

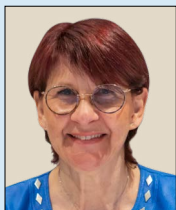
DÉRIVES

Les risques des pratiques de soins non conventionnelles

L'Ordre publie un rapport consacré aux pratiques de soins non conventionnelles et à leurs dérives. Il y dresse un état des lieux et formule des propositions pour un meilleur encadrement.

Texte : Hortense Lasbleis

Le point de vue de l'ordre



DR CLAIRE SIRET,
présidente de la section
Santé publique

La société va mal et le recours au bien-être a pris une ampleur compensatrice qu'on ne peut ignorer. Les médecins en difficulté d'exercice n'ont plus ce temps indispensable d'écoute dont les patients ont besoin. S'il est tentant de prôner ces pratiques présentées comme anodines, la réalité de leur essor sans contrôle ni cadre en a fait un danger. Il est urgent de sensibiliser les médecins à leurs risques et de protéger les patients des possibles dérives qu'elles pourraient engendrer.

Elles sont appelées « médecines douces », « complémentaires » ou encore « alternatives ». Les pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) sont en pleine expansion, tout comme les signalements pour dérives thérapeutiques. Il a donc semblé essentiel à l'Ordre de faire le point sur la situation et de proposer des pistes d'actions concrètes afin de limiter les risques pour les patients.

Des pratiques en croissance

Les PSNC ont pour point commun de ne pas être reconnues, sur le plan scientifique, par la médecine

conventionnelle, ni d'être enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé. Quantifier leur ampleur est complexe car il est difficile d'en dresser une liste précise. En effet, il n'existe pas d'encadrement ou de contrôle de ces pratiques, elles ne font pas l'objet d'une obligation d'enregistrement auprès d'instances spécialisées et les patients ne partagent pas toujours le fait d'y avoir recours.

Cette difficulté à donner des chiffres précis ne peut cacher l'explosion de l'offre de PSNC. Le recours croissant à ces pratiques s'explique par plusieurs facteurs, dont la pénurie de l'offre de soins, la crise sanitaire, le contexte sociétal ou encore une volonté de « retour à la nature ».

Un encadrement nécessaire

Les PSNC peuvent répondre à des attentes de patients, certaines sont même intégrées dans la prise en charge conventionnelle. Toutefois, l'absence de réglementation entraîne des confusions aux conséquences non négligeables. D'abord pour les personnes qui les proposent, qui courent le risque d'être poursuivies pour exercice illégal de la médecine. Mais surtout pour les patients, puisque ces pratiques peuvent occasionner des dérives thérapeutiques, entraînant une perte de chance, voire sectaire dès qu'il y a emprise.

L'Ordre propose donc, pour limiter ces risques, d'encadrer l'usage du titre de docteur ainsi que de protéger le terme « médecine ». Il compte également sensibiliser la conférence des doyens aux formations universitaires sur ces sujets et renforcer ses coopérations avec les partenaires (Miviludes, Oclaesp...). Il va par ailleurs participer aux travaux du groupe d'appui technique sur les PSNC. L'idée d'un courrier commun avec la Drieets et la Miviludes à destination de Pôle emploi est également évoquée dans le rapport. L'objectif : rappeler l'importance d'une information claire et loyale sur les différents métiers. Par ailleurs,

mettre en place des procédures de contrôle des formations professionnelles et organiser une campagne d'information à destination des médecins et des patients sont deux autres pistes d'action préconisées par l'Ordre.



+ D'INFOS Le rapport complet

Les risques des pratiques de soins non conventionnelles

400 PNSC ont été recensées dans le monde, selon l'OMS



APITHÉRAPIE - THÉRAPIE PAR LES PIQÛRES D'ABEILLES



HAPTONOMIE - COMMUNICATION INTRA-UTÉRINE AVEC LE FUTUR BÉBÉ



AROMATHÉRAPIE - THÉRAPIE PAR LES HUILES ESSENTIELLES



LITHOTHÉRAPIE - THÉRAPIE PAR LES PIERRES



AURICULOTHÉRAPIE - ACUPONCTURE DES OREILLES



SYLVOTHÉRAPIE - THÉRAPIE PAR LES ARBRES



KINÉSIOLOGIE - TECHNIQUE DE RÉÉQUILIBRAGE PSYCHOCORPOREL



71%
DES FRANÇAIS ont déjà eu recours à une PSNC, selon *Le Quotidien du médecin*



Les caractéristiques des dérives thérapeutiques

- La perte de chance
- La mise en danger de la personne
- L'abus de faiblesse
- L'escroquerie

60%

DES PERSONNES AYANT RECOURS À DES PSNC SONT ATTEINTES D'UN CANCER, SELON LA MIVILUDES



Les caractéristiques des dérives sectaires

- La perte de chance
- La mise en danger de la personne
- L'abus de faiblesse
- L'escroquerie
- **L'emprise mentale**



1800
STRUCTURES D'ENSEIGNEMENT ou DE FORMATION « À RISQUES » DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ SONT RECENSÉES PAR LA MIVILUDES



70% DES SIGNALEMENTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ CONCERNENT LES PSNC (MIVILUDES) SOIT **520 DOSSIERS**



20% DES DOSSIERS TRAITÉS AU CNOM PAR LA SECTION SANTÉ PUBLIQUE CONCERNENT LES PSNC



MSF SUR LE TERRAIN POUR UN ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ

Texte : Aude Borel | Photos : Sylvie Dupic

Depuis 2018, la clinique mobile de Médecins sans frontières sillonne la capitale pour se rapprocher des exclus du système de santé. Des équipes bénévoles accueillent un public marginalisé, composé de personnes sans domicile fixe et migrantes.

Chaque jeudi, MSF plante sa tente avenue de la Porte de la Villette, à Paris. Ce morceau de bitume n'a pas été choisi au hasard. Il suffit de fouler le pavé sur quelques mètres pour arriver au centre d'accueil et de distribution alimentaire des Restos du Cœur. À 12 h, les patients affluent déjà. La permanence va durer jusqu'à 15 h. Sous la tonnelle, des hommes attendent leur tour en silence. La vulnérabilité se devine sur les visages comme dans la posture. La plupart sont des sans-papiers ou des sans domicile fixe. «*Nous accueillons toute personne sans Sécurité sociale ou en dehors du système de santé. Il s'agit d'un public précaire d'hommes isolés, quelques femmes et familles*», explique Fanny El Bouiri, assistante sociale. Un gilet blanc «*Médecins sans frontières*» sur les épaules, elle réalise une première évaluation sociale de la situation des patients. Certains ne parlent pas français. «*Un médiateur culturel parle le pachtoun et le dari (dialecte persan), cela facilite les échanges.*» Toutes les semaines, le poste médical éphémère est tenu par les mêmes bénévoles. «*Nous allons créer du lien et les orienter vers les dispositifs de droit commun comme l'aide médicale d'État ou la complémentaire santé solidaire.*»

Après un premier tri médical, les patients sont redirigés vers l'un des trois médecins de permanence. «*L'objectif de cette clinique mobile, c'est l'accès universel aux soins*», résume Sandra Petiot, médecin bénévole depuis 2021. Sur le trottoir, deux tentes blanches font office de salles de consultation. Charles* souffre de douleurs lancinantes à la tête. Le jeune homme a fui le Cameroun. Il est arrivé à Paris au terme d'une périlleuse traversée en Méditerranée. Il voit un méde-

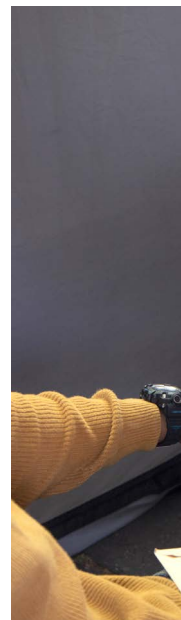
cin pour la première fois. «*Tu as souvent mal?*» - «*Oui, la douleur me réveille la nuit. Je saigne du nez et j'oublie certains trucs.*» Sandra Petiot enfle ses gants et l'examine. «*Comment ça s'est passé le bateau? Il n'y a pas eu de naufrage?*», poursuit calmement la médecin. «*Nous étions 40. 10 sont arrivés, 30 sont morts. Je fais des cauchemars*», retrace Charles. Face à ces blessures invisibles, MSF apporte des premiers secours psychologiques. «*Après un long parcours de migration par la mer, beaucoup sont atteints de stress post-traumatique*», observe Sandra Petiot. Charles sera envoyé à l'hôpital Saint-Antoine pour des examens approfondis.

Veille sanitaire

Trois hommes prennent place sous la tente. Ils vivent dans un squat et ont contracté la gale. Porte de la Villette, MSF mène aussi une veille sanitaire. «*Le but est de voir si des épidémies apparaissent*», précise Sandra Petiot. Parmi les pathologies récurrentes, la tuberculose ou la Covid-19. Sur les lieux d'accueil, les bénévoles remplissent des dossiers médicaux sur l'application MANO. «*La collecte de ces données sur le terrain permet de faire un retour anonyme à l'Agence régionale de santé.*» En moyenne, 30 à 50 patients – atteints de toutes les affections de médecine générale et psychologiques – viennent consulter à la clinique mobile. «*La rue, c'est moins d'accès aux soins, des pathologies qui se majorent, plus d'isolement et de risque d'être victime de violence*», rappelle la médecin. Il n'est pas rare que les plus démunis reviennent chaque semaine auprès des visages familiers de MSF. Parmi eux, celui de Sandra Petiot, qui rappelle : «*C'est le serment d'Hippocrate que d'aider et soigner les gens d'horizons divers.*»

+ D'INFOS <https://www.youtube.com/watch?v=6uBUrn1h1sl>

* Le prénom a été modifié.





La clinique mobile est en mesure de prodiguer les premiers soins. En cas d'urgence, les équipes médicales bénévoles prennent contact avec le Samu ou les pompiers pour une prise en charge rapide des patients.

Pour la docteure Sandra Petiot, cette consultation médicale est aussi l'occasion de faire le point sur les conditions d'hébergement et la situation sociale des patients.



Sous la tente de consultation, une infirmière bénévole prend la tension et la température de Charles.



Mathieu Camus, responsable logistique du projet clinique mobile, et Serena Colagrande, responsable de communication MSF, discutent avec un bénéficiaire.





L'intelligence artificielle en médecine, oui, mais pas n'importe comment !

L'intelligence artificielle ne cesse de se développer. Parfois vue comme un outil salvateur, parfois comme une menace, elle concerne tous les secteurs de notre société. La médecine ne fait pas exception.

Texte : Dominique Fidel | Photos : DR

Avec...



DR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général aux
Données de santé et
du numérique au Cnom



DAVID GRUSON,
docteur en droit
de la santé,
fondateur d'Ethik IA



DR GUILLAUME BATAILLON
anatomocytopathologiste
à l'Institut universitaire
du cancer de Toulouse

L'ESSENTIEL

- Le secteur de la santé et de la médecine apparaît particulièrement concerné par le **développement de systèmes d'intelligence artificielle (IA)**.
- Ils transforment déjà les métiers de la radiologie, de la pathologie, de l'ophtalmologie, entre autres, et prennent une place grandissante dans les **outils d'aide à la décision**. À la clé, un gain de temps pour les professionnels qui peuvent se concentrer sur les activités les plus complexes.
- Loin d'être une solution miracle, l'intelligence artificielle soulève de **nombreuses questions éthiques** portant notamment sur la supervision des algorithmes, l'égalité d'accès à l'innovation et l'utilisation des données des patients.
- Le Cnom a décidé de la **création d'un think tank sur « l'intelligence artificielle et l'exercice médical »** dont les conclusions seront restituées lors du congrès de l'Ordre, à la fin de l'année 2024.

Pr Stéphane Oustric

L'intelligence artificielle en médecine consiste à utiliser des modèles d'apprentissage automatique pour rechercher des données médicales et découvrir, ce faisant, des informations permettant dans l'idéal d'améliorer les résultats en matière de santé, de prise en charge des patients, tout en simplifiant la tâche des médecins.

Actuellement, les rôles les plus courants de l'IA dans le domaine médical sont l'aide à la décision clinique et l'analyse des images.

Les outils d'aide à la décision clinique sont censés aider les médecins à choisir les voies thérapeutiques les plus adaptées à la situation de leur patient. Dans le même ordre d'idée, on voit aussi arriver des outils qui permettront aux maisons de santé de piloter leur fonctionnement pour mieux gérer les coûts.

Dans le domaine de l'imagerie médicale, les outils d'IA sont notamment utilisés pour analyser les tomodensitogrammes, les radiographies, les IRM et autres, afin de détecter des lésions de la même manière qu'un radiologue pourrait le faire.

Quelles sont les applications actuelles de l'intelligence artificielle en médecine ?

David Gruson

Le panorama des applications rendues possibles par l'intelligence artificielle est en évolution très rapide.

Il y a quelques années, on parlait de ce qui allait arriver mais, pour beaucoup, c'était encore un futur lointain... Aujourd'hui, certaines technologies sont matures et les services rendus parfaitement opérationnels, en particulier dans le secteur de l'apprentissage machine des images. L'intelligence artificielle est devenue un outil à visée diagnostique puissant dans des domaines variés, comme la traumatologie, l'oncologie, la cardiologie, l'ophtalmologie ou encore l'histopathologie. Des dizaines d'hôpitaux ont d'ores et déjà adopté une application d'interprétation des radios de fracture en temps réel qui révolutionne la prise en charge des patients. **On assiste aussi à des avancées considérables dans le champ de la recherche des causes génétiques de certaines pathologies. Et la dynamique n'est pas près de ralentir.**

Je n'aurais pour ma part jamais prédit que les IA génératives, dont le célèbre ChatGPT, se développeraient aussi vite. Si pour l'heure, nous n'avons pas encore identifié d'usages directs dans la médecine, nous observons que les succès de ChatGPT décomplexent les acteurs qui hésiteraient à avoir recours à l'IA.

D^r Guillaume Bataillon

Dans le secteur de la pathologie, l'intelligence artificielle est un outil précieux!

Les technologies d'IA se prêtent pour l'heure à deux grands types d'usages. Elles permettent d'abord de reproduire ce que l'on fait

en tant que pathologiste pour effectuer sous supervision certaines tâches chronophages et répétitives. Des applications très performantes existent, notamment dans les domaines des cancers mammaires, gynécologiques et de la prostate. Pour les premiers, qui sont au cœur de mon activité, nous disposons d'outils d'aide au diagnostic que nous avons entraîné à caractériser les tumeurs.

Ils fonctionnent très bien et réalisent les tâches au moins aussi bien et potentiellement plus vite que nous.

Parallèlement, l'IA peut aussi nous aider à aller plus loin dans la personnalisation des soins. Dans ce domaine, j'ai participé à différents projets qui avaient pour but de prédire à partir de lames histologiques la réponse à des traitements de patientes atteintes de cancer du sein et de l'ovaire.

Les algorithmes ont mis en exergue de nouveaux biomarqueurs potentiels qui pourront nous aider à orienter les patientes vers les traitements les plus adaptés.

Mais ces résultats, pour encourageants qu'ils soient, ne doivent pas faire oublier que l'IA ne peut rien pour les malades qui dépendent de laboratoires non numérisés ou dépourvus de compétence en matière informatique ou de structuration de données...

David Gruson

En 2018, le Comité consultatif national d'éthique avait émis un avis dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique. Un chapitre de ces travaux était entièrement consacré aux enjeux éthiques du numérique en santé. Des sujets abordés à l'époque, je retiens particulièrement la question de l'égalité de l'accès aux innovations et aux services permis par l'IA. **Le déploiement inévitablement hétérogène de l'IA risque en effet de provoquer des déséquilibres géographiques et des inégalités dans l'accès à des soins de qualité.**

Ainsi, on peut penser que les patients traités dans les régions ou les établissements de santé qui feront partie des pionniers de l'IA bénéficieront de ces systèmes avant les autres. Dans ce contexte, je plaide pour l'émergence de mécanismes de financements durables pour les nouveaux outils. Il faudra que la Sécurité sociale, les mutuelles et les compagnies d'assurance jouent le jeu.

Ces technologies présentent-elles des risques pour les patients ou les praticiens ?

D^r Guillaume Bataillon

J'entends parfois des confrères qui craignent que le recours systématique à l'IA

émousse notre capacité à regarder nos lames, mais je ne suis pas de cet avis. Je crois même qu'au lieu de nous pousser à désapprendre, les algorithmes peuvent nous faire progresser. Ainsi, dans le cadre de projets avec les équipes des Mines ou de la start-up Owkin, ces outils nous incitent à rechercher nous-mêmes des informations nouvelles dans les images. C'est à la fois du machine learning, mais également du machine teaching ! Je souhaite aussi revenir sur une croyance qui voudrait que l'IA nous remplace... Dans ma pratique, j'observe surtout que ces outils vont nous permettre d'automatiser les tâches les plus ingrates. Le site job-futuromat estime que 43 % des activités d'un pathologiste pourraient être transférées aux machines, **je n'y vois pas une menace mais bien plus une opportunité pour me concentrer sur les diagnostics les plus compliqués, qui demandent l'expertise unique d'une intelligence humaine.**

P^r Stéphane Oustric

Ce que je crains le plus, c'est que les médecins se retrouvent dessaisis de ce qui fait leur spécificité, à commencer par leur intelligence émotionnelle, et perdent leur libre arbitre sans s'en rendre compte. Les algorithmes nous proposent des choix qu'ils estiment meilleurs que d'autres. Mais nous devons toujours garder un œil critique sur leurs prédictions, nous ne devons pas nous laisser téléguidé, surtout si nous ne savons pas comment les machines ont été entraînées ni à quelles préoccupations elles répondent réellement. Est-ce pour la santé des patients ou le confort de travail des médecins ou avant tout pour servir les intérêts économiques du fabricant de l'application ou de ses partenaires ? **Il ne faut pas perdre de vue le contexte dans lequel le service nous est proposé. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'emparer de ces technologies, au contraire !**

Je suis même convaincu que les médecins ont tout intérêt à s'impliquer pour comprendre comment ces outils fonctionnent et à faire entendre leur voix quand quelque chose leur semble contraire à l'éthique ou à la déontologie.

Quelles sont les limites éthiques à poser à son utilisation ? Comment peut-on concrètement la réguler ?

D^r Guillaume Bataillon

À mes yeux, les grands sujets de préoccupation sont l'utilisation des données des patients et la question centrale du consentement.

À l'heure de la RGPD, ce sujet est crucial pour les développeurs de solutions d'IA qui ont besoin de très grandes quantités de données pour entraîner leurs algorithmes. Dans le cadre du projet mené avec Owkin, nous avons pu expérimenter une méthode d'apprentissage fédéré qui préserve la confidentialité et la sécurité de la data : les modèles d'apprentissage automatique sont entraînés à l'aide de données provenant de plusieurs hôpitaux, sans qu'elles soient centralisées. Mais même sans avoir recours à cette méthode, il est possible d'avoir accès à de grandes bases de données avec la certitude que le consentement des patients a bien été recueilli. Je pense notamment aux données issues des essais cliniques relatifs aux cancers gynécologiques qui sont centralisées par Arcagy-Gineco ou à la banque de près de 5000 images de biopsies de col utérin créée par la Société française de pathologie.

David Gruson

Pour ma part, il me semble que le principal risque éthique demeure la perte de contrôle humain. C'est ce qui a poussé Ethik IA à proposer le principe de garantie humaine qui a été intégré dans la loi de bioéthique de 2021 et repris dans le projet de règlement européen AI Act. Cela vise à **s'assurer que derrière chaque algorithme, il y a des êtres humains, en l'occurrence des professionnels de la médecine et des représentants de patients**, qui vérifient à chaque étape de développement le respect de l'intégrité des usagers dont les données ont été collectées, pour éviter toute dérive des IA auto-apprenantes. Mais au-delà du principe, encore faut-il concevoir des dispositifs opérationnels ! C'est ce que nous avons fait avec le Digital Medical Hub, spin-off de l'AP-HP : en février dernier, nous avons ainsi présenté le premier label de Garantie humaine de l'intelligence artificielle. Nous l'avons élaboré dans un esprit de régulation positive car il ne s'agit pas de freiner l'innovation mais bien de préserver les valeurs essentielles de notre système de santé.

Pr Stéphane Oustric

Je rejoins mes deux interlocuteurs sur ces préoccupations qui convergent vers la même conviction : nous ne pouvons pas être complaisants avec les entreprises qui conçoivent ces outils ! Nous ne pouvons pas, par exemple, accepter que les données soient hébergées dans des serveurs situés en dehors de l'Union européenne ! Par ailleurs, dans son dernier avis sur le sujet, le Conseil consultatif national d'éthique proposait plusieurs mesures qui me semblent plus que jamais d'actualité. Je pense notamment à **la nécessité de s'assurer que les systèmes d'intelligence artificielle s'inscrivent bien dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et pas dans une logique de substitution à l'intervention humaine**. Je souscris aussi à l'idée de renforcer l'explicabilité des résultats présentés par ces outils afin que les médecins soient en mesure de leur donner un sens clinique et ainsi de faire un choix en pleine conscience.

Moins de médecins en activité régulière, (beaucoup) plus en activité intermittente. C'est la tendance de la démographie médicale au cours de la dernière décennie. En cause, une relative désaffection pour la plaque mais aussi l'envie de tester un autre mode d'exercice, plus souple, revendiquée par la nouvelle génération de médecins. Explications.

Texte : Éric Allermoz
Photos : DR, Getty



L'ACTIVITÉ INTERMITTENTE EN PLEIN ESSOR

UN EXERCICE AUX MULTIPLES FORMES

Plusieurs options s'offrent aux médecins qui n'exercent pas de façon régulière. Voici les principaux modes d'activité dits parcellaires.

→ Les médecins intérimaires

Ils exercent dans les hôpitaux publics ou privés avec des contrats de courte durée (le plus souvent pour une semaine ou un mois). Ils constituent une réserve indispensable aux établissements hospitaliers pour faire face aux congés d'été, aux fêtes de fin d'année ou au manque de personnels. Les spécialistes les plus recherchés en intérim sont les anesthésistes, les radiologues et les urgentistes. Les atouts de ce statut ? Les médecins intérimaires sont libres de gérer leur emploi du temps et de choisir l'hôpital où ils souhaitent travailler. L'actualité confirme que ces professionnels sont au cœur des réflexions. En avril, la loi Rist a plafonné leur rémunération à 1 390 euros pour une garde de 24 heures (les week-ends ou jours fériés, celle-ci pouvait se négocier entre 3 000 et 4 000 euros).

→ Les médecins remplaçants

Un médecin indisponible peut bénéficier d'un remplacement temporaire par un autre médecin (dit remplaçant) ou par un étudiant en 3^e cycle des études de médecine (on parle de docteur junior remplaçant). En assurant la continuité des soins, les médecins remplaçants sont un maillon essentiel du système de santé. Aujourd'hui, on en compte un pour dix généralistes installés.

→ Les retraités actifs

Un médecin qui prend sa retraite peut décider de continuer à exercer son activité parallèlement. Il cumule alors sa pension de retraite et les revenus issus de son exercice partiel. Les retraités sont de plus en plus nombreux à choisir ce statut, faute de trouver un médecin pour reprendre leur patientèle.

→ Les médecins adjoints (si non thésés) ou assistants (si thésés)

Le contrat d'assistantat permet à un médecin généraliste installé en zone sous-médicalisée de faire appel à un médecin assistant, qui travaillera sur ses feuilles de soins. Ce contrat permet à l'assistant de bénéficier de tous les avantages d'une collaboration sans effectuer les démarches administratives liées à l'installation. Le médecin assistant travaille généralement en même temps que le médecin titulaire, dans un local attenant, afin de doubler les effectifs et de faire face à un surcroît d'activité. •



REMPLACEMENT, INTÉRIM...

UN CHOIX ASSUMÉ PAR LES MÉDECINS AVANT DE S'INSTALLER ?

Loi Rist pour encadrer la rémunération des intérimaires à l'hôpital, réflexions menées pour limiter dans le temps la durée du remplacement afin de favoriser l'installation... Alors que leur nombre ne cesse de croître ces dernières années, les médecins intermittents sont au cœur de discussions et d'idées reçues en tout genre. Mais qui sont-ils ? Quelles sont leurs motivations ? Et fuient-ils réellement l'activité régulière ? Réponses.

Partout en France, en ville comme à l'hôpital, le manque de médecins est criant et inquiète. Pas un jour sans que les médias ne se fassent l'écho du parcours du combattant des patients pour accéder aux soins. Même Agnès Firmin Le Bodo, la ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, en charge de l'organisation territoriale et des professionnels de santé, reconnaissait fin 2022 que « 87 % du territoire est un désert médical » et que « 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant ».

Pourtant, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé dans l'Hexagone. Ce « paradoxe » est soulevé par l'Atlas de la démographie médicale 2023, publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins le 7 juin dernier (lire p. 8). « Au 1^{er} janvier 2023, on recense 234 028 médecins en activité régulière ou non, un chiffre en hausse de 8,5 % depuis 2010 », affirme le D^r Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Cnom.

Dans le détail, l'Atlas signale que



41,5 %

C'EST LE POURCENTAGE de médecins libéraux exclusifs. En 2023, l'activité salariée a détrôné le libéral. Au 1^{er} janvier 2023, l'Ordre a dénombré 48,2 % de médecins salariés, 41,5 % de médecins libéraux exclusifs et 10,2 % de médecins ayant une activité mixte parmi les médecins en activité régulière.

seul le nombre de praticiens poursuivant une activité régulière est en baisse (197 417 professionnels, - 1,3 % en treize ans). « La médecine générale en exercice régulier, est moins prisée au fil des années et nous devons nous interroger sur les raisons de cette relative érosion », souligne le D^r René-Pierre Labarrière, président de la section Exercice professionnel du Cnom. Selon une enquête de 2019⁽¹⁾ me-



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

« Susciter l'envie de s'installer »

« Les jeunes sortant des études de médecine préfèrent exercer comme remplaçants dans certains cabinets déjà établis, pour découvrir le métier, plutôt que s'installer. Ils testent les différents modes d'exercice, en groupe ou seul. Notre rôle est de susciter, dès les études de médecine, l'envie d'exercer le métier de généraliste à plein temps, de rappeler la richesse de la prise en charge globale, sur le long terme. »

née par l'Ordre des médecins et le syndicat ReAGJIR, plus de 70 % des internes souhaitent exercer en libéral ou en mixte. Pourtant, ils ne sont que 35 % à être installés dans les cinq ans qui suivent leur première inscription au tableau.

De plus en plus de médecins intermittents

En parallèle, c'est bien l'activité dite parcellaire qui a le vent en poupe. « Entre 2010 et 2023, le nombre de médecins intermittents – c'est-à-dire ceux qui, par opposition aux actifs réguliers, n'ont pas une activité qualifiée de pleine – a progressé de 64,4 % », confirme le D^r Jean-Marcel Mourgues.

Selon l'Atlas de la démographie médicale, on compte aujourd'hui 12 894 remplaçants (dont 61,4 % de généralistes). Le Syndicat national des médecins remplaçants des hôpitaux (SNMRH) estime entre 10 000 et 12 000 le nombre d'intérimaires. Le recours à l'intérim dans les centres hospitaliers aurait augmenté de 69 % entre 2019 et 2022, selon le ministère de la Santé.

Enfin, 20 159 médecins sont à la retraite mais continuent de travailler. « Leur nombre devrait cesser de croître, voire baisser dans les prochaines années ; cela rend compte de la fragilité de la démographie médicale pendant une décennie encore », prédit le D^r Jean-Marcel

Mourgues.

Remplaçant, une étape

Mais qu'est-ce qui pousse ces professionnels à opter pour une activité parcellaire plutôt qu'à « poser la plaque » ? Pour répondre à la question, l'intersyndicale ReAGJIR (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants) a présenté les 15 et 16 juin, à l'occasion des 11^{es} Rencontres nationales ReAGJIR, à Colmar, les résultats d'une étude baptisée Remplact 4⁽²⁾. « La dernière édition datait de 2015. Celle-ci donne une photographie précise de cette population de généralistes remplaçants en forte augmentation », explique le D^r Caroline Di Lorenzo-Kas, chargée de mission accès aux soins pour ReAGJIR, qui coordonne ce travail.

Selon l'étude, plus de 70 % des remplaçants exercent en libéral, dont 78 % en cabinet de groupe. Ils travaillent en moyenne 31 semaines sur l'année. À côté, certains travaillent par exemple pour SOS Médecins. Un médecin intermittent remplace en moyenne six médecins réguliers. Autre constat, 43 % participent à la permanence des soins

Le territoire et la proximité familiale comme facteurs déterminants à l'installation

Quels sont les facteurs qui jouent dans le choix de s'installer ? L'étude Remplact 4 révèle que, pour 62 % des internes et 57 % des remplaçants, la qualité des services publics est déterminante dans l'installation.

Trois quarts de ces professionnels plébiscitent également le travail en groupe et les horaires raisonnables.

Par ailleurs, 68,3 % évoquent le travail du conjoint, la proximité familiale, celle d'autres spécialistes et celle d'hôpitaux ou cliniques. Pour les jeunes médecins, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et le fait de ne pas être isolé à la fois professionnellement et socialement sont des éléments déterminants.

ambulatoires (PDSA).

L'ex-présidente de ReAGJIR⁽³⁾, le D^r Élise Fraih, livre son analyse : « Être remplaçant, ce n'est pas un mode de vie, mais une étape de la vie. L'âge moyen des remplaçants est de 33 ans. Comme beaucoup de travailleurs, ils sont à la recherche d'un équilibre vie privée-vie professionnelle avec des horaires et des rythmes de travail adaptés à leurs aspirations. Cela influe sur le choix de leur mode d'installation. »

Pour la généraliste, qui exerce en libéral régulier depuis presque cinq ans dans la petite commune de Dachstein (Bas-Rhin), « il s'agit donc d'une vraie stratégie de flexibilité : les remplaçants interrogés cherchent à identifier les lieux où ils souhaiteraient travailler plus tard, avec quels confrères ils le feraient, les caractéristiques de leur future patientèle en milieu rural ou en ville, etc. »

Pour autant, le mythe de l'éternel remplaçant résiste au temps qui passe. À tort, selon le D^r Élise Fraih : « L'enquête montre que près de 60 % des remplaçants ont un souhait d'installation, dont un tiers dans les deux ans à venir. Et ces



derniers ont envie de s'ancrer là où ils se trouvent déjà, puisque 70 % souhaitent le faire dans un lieu où ils remplacent.» Preuve que le remplacement peut être un tremplin vers l'installation des jeunes médecins.

Indispensables au système de santé

Mais, dans un contexte de démographie médicale sous tension, les médecins intermittents (remplaçants et intérimaires en particulier) sont au cœur des discussions.

Et, disons-le, des critiques. Ici, des élus souhaiteraient limiter dans le temps la durée du remplacement pour favoriser l'installation. Là, des confrères affirment sans ambages que les médecins qui ne sont pas en cabinet, face à des patients, sont responsables des rendez-vous qui ne sont pas assurés et de la hausse du nombre de patients sans médecin traitant. Certains se plaignent de ne plus trouver de remplaçants. Un discours que le D^r Élise Fraih bat en brèche : « D'un côté, on reproche

aux remplaçants de ne pas s'installer et, de l'autre, on se plaint de ne plus en trouver ! Si tout le monde s'installait tout le temps, il n'y aurait plus de remplaçants et cela peut être un frein à l'installation pour certains praticiens. »

Un point de vue partagé par le D^r Jean Canarelli, président de la commission Jeunes médecins au Cnom : « Les remplaçants sont indispensables au bon fonctionnement du système de santé. À l'hôpital, où l'on compte 30 % de postes de médecins vacants, les intérimaires renforcent les équipes en place. En ville, ils permettent à leurs confrères de prendre des congés, de se former ou simplement d'être malades sans que leurs patients ne soient abandonnés. » Présent à Colmar, aux Rencontres ReAGJIR, le praticien rappelle que « le problème, c'est que l'on gère avant tout la pénurie de médecins, qu'ils exercent régulièrement ou par intermittence ». Pour preuve, seule la moitié des journées d'absence des médecins réguliers sont réellement remplacées.



D^r JEAN CANARELLI,
président de la
commission Jeunes
médecins du Cnom

« La jeune génération n'a pas les mêmes aspirations que les anciens, et c'est très bien ainsi »

« La contrainte ne fonctionne pas avec les médecins, toutes les enquêtes d'opinion le prouvent. Beaucoup de jeunes médecins me disent que, si on les oblige à s'installer, ils arrêteront tout simplement d'exercer. Les raisons qui expliquent la baisse de l'activité régulière sont multiples. La jeune génération n'a pas les mêmes aspirations que les anciens, et c'est très bien ainsi. Car les patients n'ont pas, eux non plus, les mêmes attentes que par le passé. Ils sont plus exigeants, veulent des résultats. Les médecins d'aujourd'hui doivent se protéger. »

Peur de l'échec

La montée en puissance de l'activité dite parcellaire s'explique aussi par une relative (mais croissante) désaffection pour l'installation en libéral à temps plein. « La grande appréhension des jeunes médecins

+64,4 %

C'EST LA HAUSSE du nombre de médecins intermittents entre 2010 et 2023.

6

UN MÉDECIN INTERMITTENT

remplace en moyenne six médecins réguliers.

est l'échec économique. C'est l'un des principaux freins », confirme le D^r René-Pierre Labarrière.

Face à cette crainte, les aides financières peuvent apparaître comme une solution miracle. Pourtant, elles sont considérées comme peu ou partiellement déterminantes pour 48 % des internes et 47 % des remplaçants, selon les chiffres issus de l'étude Remplact 4.

Le D^r Caroline Di Lorenzo-Kas rappelle par ailleurs que « les jeunes médecins sont sensibles aux messages anxieux relayés sur les réseaux sociaux par des médecins démotivés ». Les tâches administratives pesantes, les débats sur l'insuffisante rémunération des généralistes, les attentes toujours plus fortes des patients envers leurs médecins concourent aussi à retarder l'installation.

Alors comment inverser la tendance à la baisse (- 1,3 % depuis 2010) de l'exercice libéral régulier pointée par l'Atlas du Cnom ? Pour le D^r Jean-Marcel Mourgues, « le Cnom doit se positionner comme une plateforme de propositions pour relancer l'envie de s'installer ». Parmi les pistes explorées, des solutions pour alléger la charge administrative et donner plus de temps médical aux médecins (un cabinet sur deux n'a pas de secrétariat).

Le rôle de l'Ordre est aussi d'accompagner les jeunes médecins, de les guider dans le choix de leur mode d'installation tout en étant vigilant lors des demandes d'activité parcellaire. « Ce n'est pas facile »,



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

« Des mesures incitatives pour accentuer l'attractivité du métier »

« Il y a un décalage entre la baisse effective du nombre de médecins en activité et le ressenti sur le terrain par les professionnels de santé. En effet, la population globale a fortement augmenté, les plus de 60 ans aussi, et ils sont consommateurs de soins. Il est faux de dire que l'activité intermittente accentue les tensions du système de soins. C'est un problème plus large. Il y a un profond malaise dans les secteurs libéral et hospitalier. La solution passe par des mesures incitatives pour accentuer l'attractivité du métier de médecin. »



D^r ÉLISE FRAIH
ex-présidente
de ReAGJIR

« Les remplaçants sont des médecins comme les autres »

« Pour soutenir les médecins remplaçants, qui s'installent en moyenne en trois ans, il est essentiel de leur donner les mêmes droits qu'à leurs confrères en les conventionnant, de recenser leur activité pour faire cesser les fantasmes, et de comprendre ce qu'ils font, de quoi ils ont besoin pour les accompagner dans la construction d'un projet d'installation pérenne. Ce sont des médecins comme les autres. »

reconnait volontiers le D^r Jean-Marcel Mourgues. Quant au grand sujet qui agite le milieu médical depuis plusieurs mois, l'obligation, « [elle] ne fonctionne pas. Plutôt que de contraindre à l'installation, il faut se pencher sur les solutions permettant de la dédramatiser et de l'encourager ; et ce, dès les études de médecine ». Cette conclusion est formulée par le D^r René-Pierre Labarrière, qui... recherche un successeur depuis un an, après plus de quarante-deux années de pratique. •

1. « Les déterminants à l'installation des jeunes médecins ».
2. Remplact 4 a été menée dans le cadre d'un travail de thèse universitaire toujours en cours d'élaboration. Pour cette étude, 621 généralistes remplaçants, thésés ou non, exerçant en libéral ou en tant que salarié, ont répondu.
3. Le D^r Élise Fraih été remplacée par le D^r Raphaël Dachicourt à l'issue des 11^{es} Rencontres ReAGJIR, à Colmar.

DES DISPOSITIFS POUR FACILITER L'INSTALLATION

Les (bonnes) idées ne manquent pas pour inciter les jeunes médecins à s'installer. Le Cnom est à leurs côtés pour les accompagner dans leur choix. Petit tour d'horizon.

Lors des 11^{es} Rencontres nationales ReAGJIR, le chercheur de l'Irdes Julien Mousquès a

présenté une synthèse de ses travaux devant une centaine de participants. Ses analyses démontrent le caractère « *inopérant* » des incitations purement financières à l'installation, à l'inverse des politiques d'amélioration des conditions de travail.

L'enquête nationale menée en 2019 avec le Cnom ne dit pas autre chose : les facteurs déterminants pour l'installation sont moins économiques que sociaux – attaches antérieures dans un territoire, qualité de vie, existence d'un projet professionnel collectif porté par des confrères...

C'est pour cette raison que le Cnom est aux côtés du département de l'Aveyron et de son dispositif Accueil Médecins Aveyron. Le but ? Accompagner les internes et des jeunes médecins pour leur donner envie d'exercer sur ce territoire en manque de professionnels de santé. Et ça fonctionne : en dix ans, 105 généralistes se sont installés, pour 107 départs. Le département conserve 9 % de ses internes, contre 1 % en moyenne dans les territoires ruraux. Du côté de l'intersyndicale ReAGJIR, on défend l'idée d'un guichet unique d'aide à l'installation. Comme celui mis en place dans le département des Pyrénées-Atlantiques, Présence 64.



Ou encore, dans le département de la Drôme, la plateforme en ligne qui centralisera dès 2024 les aides pour faciliter au maximum l'installation des médecins généralistes.

Autre bonne pratique : le dispositif GEminstal, qui accompagne les internes et les jeunes médecins de la Région Grand Est dans la construc-

tion de leur projet professionnel. « *Tout ce qui concourt à favoriser une installation rapide des médecins sur le territoire est à regarder de près pour tenter de le généraliser à plus grande échelle* », explique le D^r Jean Canarelli, président de la commission Jeunes médecins au Cnom. •

CAHIER **Mon** exercice

26-27 E-SANTÉ

- Le point sur l'espace européen des données de santé
- Résultats d'élections

28-29 QUESTIONS-RÉPONSES

Fluoroquilonones : quelle attitude avoir ?

30-31 DÉCRYPTAGE

• Explantation des dispositifs Essure® : le recueil d'informations désormais dématérialisé médecins-industrie

MÉDECINS LIBÉRAUX : N'OUBLIEZ PAS LA MENTION EI

En 2022, la loi a créé un statut : le statut juridique unique d'entrepreneur individuel, s'appliquant à tout professionnel qui exerce une activité libérale. Il concerne donc les médecins et professionnels de santé installés en libéral et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux (BNC). L'objectif : mieux protéger le patrimoine privé du praticien. Ce statut est assorti d'une nouvelle obligation : l'inscription de la mention «EI» ou «entrepreneur individuel» sur tous les documents professionnels. Il s'agit des comptes bancaires, des bilans comptables... ainsi que des documents utilisés pour les correspondances à usage professionnel. L'Ordre recommande donc d'inscrire cette mention sur les ordonnances qui servent souvent de support à de telles correspondances.

PARU AU JO

DÉCRET N° 2023-368
DU 13 MAI 2023
relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la Covid-19 des professionnels et étudiants

ARRÊTÉ DU 16 MAI 2023
fixant le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge par l'Assurance maladie

LOI N° 2023-451
DU 9 JUIN 2023
visant à encadrer l'influence commerciale et à lutter contre les dérives des influenceurs sur les réseaux sociaux

LE POINT SUR L'ESPACE EUROPÉEN DES DONNÉES DE SANTÉ

Lancé en mai 2022, le projet d'espace européen des données de santé a été évoqué par le dernier Conseil du numérique en santé. Celui-ci a fait un bilan de ce qui avait été réalisé et des actions à venir.



DR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général aux Données
de santé et au numérique
de Cnom



DR PHILIPPE CATHALA,
délégué général
aux Affaires européennes
et internationales

Instance de concertation, le Conseil du numérique en santé s'est réuni le 15 juin dernier pour faire un bilan des six mois écoulés, et aborder les enjeux à venir.

Parmi les sujets évoqués : l'espace européen des données de santé (EHDS, pour European Health Data Space). L'occasion de faire un nouveau point sur ce projet ambitieux, en construction.

L'EHDS, C'EST QUOI ?

«L'espace européen des données de santé est un écosystème spécifique à la santé, qui se compose de règles, de pratiques, de normes communes, d'infrastructures et d'un cadre de gouvernance», détaille le site de la Commission européenne.

L'objectif est de faciliter l'accès et le contrôle des citoyens concernant leurs données de santé, avec pour but final d'offrir à tous les meilleurs soins possible.

Les soignants, qui alimenteront le dossier médical électronique, seront en mesure d'accéder aux antécédents médicaux d'un patient par-delà les frontières, dans leur propre langue, ce qui renforcera la base d'informations fiables permettant de prendre des décisions relatives au traitement et au diagnostic et de garantir la continuité des soins. **C'est l'utilisation dite «primaire».**

Par ailleurs, l'EHDS devra encadrer la réutilisation de ces données (anonymisées) à des fins de recherche et d'innovation notamment. **C'est l'utilisation dite «secondaire».**

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES RISQUES DE CET ESPACE ?

Le système sera avantageux aussi bien pour les patients que pour les médecins. Il facilitera la prise en charge en France de patients venant d'autres États membres, et la prise en charge des patients français dans les autres États membres. Cependant, la proposition de règlement EHDS, en cours de négociation soulève aussi un certain nombre de questions.

L'EHDS touchera au cœur même de la relation patient-médecin. La conception et la mise en œuvre technique de l'EHDS devront dès lors respecter les principes éthiques et déontologiques et ne pourront présenter aucun risque pour le secret médical. Cette exigence est à ce stade insuffisamment garantie dans la proposition.

L'EHDS impliquera également des coûts de mise en œuvre conséquents qui risquent, in fine, d'être supportés par le médecin.

De plus, il existe un risque que l'ajout de nouvelles obligations pour les professionnels de santé crée un surplus de travail important. Or, 8 médecins sur 10 estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée – et s'est même beaucoup détériorée pour 56 % d'entre eux – ces dernières années au détriment du temps médical, selon l'enquête Soigner demain, publiée en février 2022.

QUELLES ÉVOLUTIONS SONT ATTENDUES ?

L'Agence du numérique en santé précise que plusieurs évolutions seront indispensables à la mise en place opérationnelle et à l'efficacité de l'EHDS :

- La standardisation des dossiers médicaux électroniques et des documents de santé entre les différents pays européens.
- Le renforcement de l'interopérabilité, et son obligation.
- L'intégration par tous les États membres du programme MaSanté@EU (MyHealth@EU), infrastructure transfrontalière permettant le partage des données.
- La désignation, dans chaque pays, d'une autorité de santé numérique chargée de garantir la protection des droits des citoyens.



OÙ EN EST-ON ?

Le Conseil du numérique en santé est revenu sur les discussions autour du projet de règlement de l'EHDS.

Après de nombreuses réunions de négociation, un nouveau texte de compromis est attendu pour septembre. Certaines structures existent d'ores et déjà, comme MaSanté@EU. La France a fait partie des premiers pays à l'intégrer, dès 2021. L'Agence du numérique en santé propose ainsi aux professionnels le service « Sésali », qui permet d'accéder de façon sécurisée à la synthèse médicale en français d'un patient vivant dans un autre pays de l'UE. Mais ce dispositif n'est pas encore une réalité concrète pour les médecins car il n'est disponible que pour les patients dont le pays de résidence participe au programme, et pour ceux qui disposent d'une synthèse médicale intégrée au dossier.

QUEL EST LE RÔLE DE L'ORDRE DES MÉDECINS ?

Le Cnom suit attentivement le projet de règlement européen sur l'EHDS. En effet, en tant que représentant de la profession de médecin, il a pour but de s'assurer que le texte final bénéficiera à la fois aux patients et aux médecins.

Le Comité permanent des médecins européens (CPME), dont le Cnom est un membre actif, a appelé les institutions européennes à une meilleure prise en compte des professionnels de santé dans le déploiement du dispositif. Après plusieurs recommandations, sur le coût, la responsabilité juridique du médecin, ou la charge de travail risquant de leur incomber par exemple, le comité rappelle : « *L'EHDS devra impérativement respecter les principes de l'éthique médicale, de la confidentialité et du secret professionnel.* »

RÉSULTATS D'ÉLECTIONS

À la suite d'une élection complémentaire à la Chambre disciplinaire de 1^{re} instance d'Île-de-France, le 12 juin 2023, ont été élus :

• Pour le collège interne

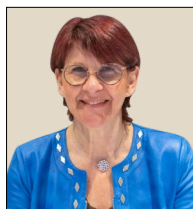
- Marc BAILLARGEAT – suppléant
- Julien BULLETT – suppléant
- Isabelle LUCK – suppléante

• Pour le collège externe

- Alexandru-Tudorel AIORDACHIOAIE – suppléant
- Freddy ATLANI – suppléant
- Laurent LAVAU – suppléant
- Pierre SEBBAG – suppléant
- Denis VAILLANT – suppléant
- Claude VAISLIC – suppléant

FLUOROQUILONONES : QUELLE ATTITUDE AVOIR ?

Après des plaintes de patients victimes d'effets indésirables de la fluoroquinolone, l'ANSM a récemment alerté les médecins sur les conditions de prescription de ces antibiotiques de référence. Faisons le point.



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

QUE SONT LES FLUOROQUILONONES ?

Avec les quinolones, les fluoroquinolones forment une large classe d'antibactériens de synthèse. Tous comprennent de l'acide nalixidique découvert en 1962. Les fluoroquinolones sont apparues pour leur part dans les années 1970, après l'ajout d'un atome de fluor qui augmente considérablement la pénétration des molécules dans les cellules. Depuis les années 1980, les fluoroquinolones font partie des antibiotiques de références, commercialisés en France sous différentes appellations (Ofloxacet, Cifloxacet, Tavanic...).

DANS QUEL CAS LES PRESCRIRE ?

Les fluoroquinolones sont indiquées dans le traitement de plusieurs types d'infections bactériennes pouvant, pour certaines d'entre elles, engager le pronostic vital. En 2019, s'inspirant des initiatives prises en 2016 par les autorités sanitaires canadiennes et américaines, l'ANSM a réévalué le bénéfice-risque de ces antibiotiques et restreint fortement le champ de leurs indications. Terminées, par exemple, les prescriptions pour traiter des infections de sévérité légère comme la cystite non compliquée chez la femme ou pour prévenir la diarrhée du voyageur. De même, il est recommandé de ne plus les prescrire pour traiter les infections de sévérité modérée comme l'exa-

acerbation aiguë de la bronchite chronique et de la BPCO, la rhinosinusite bactérienne aiguë et l'otite moyenne aiguë. **Selon les recommandations actuelles de la HAS, l'une des seules exceptions pour la prescription d'une fluoroquinolone en antibiothérapie probabiliste dans l'attente de l'antibiogramme reste à ce jour la pyélonéphrite aiguë et en l'absence de traitement par fluoroquinolone dans les six mois précédant l'infection.**

POURQUOI PARLE-T-ON DES FLUOROQUILONONES AUJOURD'HUI ?

La consommation de ces antibiotiques diminue depuis 2014 et, après les restrictions de prescription émises en 2019 par l'ANSM, leur usage a encore été réduit de près de moitié (d'après les données de remboursement CNAM). Ainsi, selon les chiffres de Santé publique France, entre 2011 et 2021, le nombre de prescriptions en médecine de ville est passé de 84,2 pour 1000 habitants par an, à 34,5, soit une baisse de 59 %. Mais pour autant, ces antibiotiques sont encore trop souvent prescrits hors indication. Ces derniers mois, plusieurs personnes ont décidé de militer contre les fluoroquinolones et un collectif de patients a porté plainte contre X pour « blessure involontaire » et « tromperie aggravée », pointant du doigt des prescriptions injustifiées qui auraient entraîné des conséquences graves sur leur santé. Devant ces actions, l'ANSM a réitéré ses recommandations et envoyé un message d'alerte en mai, que le Cnom relaie à travers cet article.



QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES DES FLUOROQUINOLONES ?

Les fluoroquinolones sont susceptibles de provoquer des effets indésirables, comme la photosensibilisation fréquemment relevée, et d'autres, parfois graves et invalidants, pour certains durables, voire irréversibles. Elles sont notamment associées à un risque deux à quatre fois plus élevé de tendinopathie aiguë et de rupture du tendon par rapport à la population générale, ces troubles survenant plus fréquemment en cas d'utilisation concomitante de corticoïdes. Par ailleurs, elles peuvent engendrer des troubles du rythme cardiaque qui se manifesteront le plus souvent par des palpitations. Une étude française a mis en avant un risque environ deux fois plus élevé d'anévrisme ou de dissection aortique dans les 30 jours suivant l'exposition à une fluoroquinolone, par rapport à l'exposition à un autre antibiotique de référence (amoxicilline). Des régurgitations ou une insuffisance des valves cardiaques peuvent parfois être observées. Des cas de neuropathies périphériques et des troubles neuropsychiatriques (confusion, céphalées, vertiges, altération de la mémoire, troubles sévères du sommeil...) ont également été reportés. Ces effets sont plus fréquents et/ou plus sévères chez les personnes âgées ou souffrant d'une insuffisance rénale.

ALORS QUE FAIRE ?

En dépit de ces risques, il n'y a pas lieu de traiter les fluoroquinolones de manière particulière. Comme tout médicament, et a fortiori comme tout antibiotique, elles ne doivent être prescrites que si le rapport bénéfices/risques est favorable et c'est au médecin qu'il appartient de choisir la meilleure voie thérapeutique pour son patient. Au moment de la prescription, celui-ci doit, comme toujours, être informé du risque d'effets indésirables afin qu'il puisse être attentif à leur survenue. Il pourra ainsi prévenir son médecin dès l'apparition de symptômes liés à de potentiels effets secondaires, ou se rendre immédiatement dans un service d'urgences d'un hôpital s'il ressent des douleurs abdominales, thoraciques et dorsales intenses et soudaines. S'ils sont à réserver à quelques situations précises, il ne faut pas oublier que ces antibactériens sont indispensables à la panoplie thérapeutique des médecins. Il existe des indications où les fluoroquinolones représentent la meilleure, voire la seule, solution pour les patients et toute procédure qui inciterait à leur remplacement par d'autres antibiotiques moins efficaces ou plus risqués, voire au renoncement de la prise du traitement, serait contre-productive et représenterait une perte de chance.

+ D'INFOS Pour lire le communiqué commun du Cnom, du Collège de la médecine générale et de la Société de pathologie infectieuse de langue française, [cliquez ici](#)

Pour lire le dossier de l'ANSM, [cliquez ici](#)

EXPLANTATION DES DISPOSITIFS ESSURE® : LE RECUEIL D'INFORMATIONS DÉSORMAIS DÉMATÉRIALISÉ

Depuis le 1^{er} avril, le recueil des informations relatives à l'explantation d'un dispositif Essure® est facilité grâce au recueil en ligne.

Pprès de 200 000 patientes en France avaient bénéficié du dispositif de stérilisation définitive hystéroscopique Essure®. L'avantage était de limiter les risques liés à une ligature-résection tubaire réalisée sous anesthésie générale par cœlioscopie. Toutefois, plusieurs milliers de femmes s'étant vu implanter ce dispositif ont signalé des effets indésirables nécessitant un retrait. Ce dernier doit s'accompagner d'un recueil exhaustif d'informations, initialement sous format papier. Désormais, il peut se faire de façon dématérialisée puisque, début avril, le CNP de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale a ouvert le registre national des pratiques concernant le dispositif médical de stérilisation tubaire.

LE SYNDROME PLURIFOCAL

Parmi les effets indésirables des implants ont été recensés des symptômes gynécologiques tels que des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, des kystes vaginaux, des ménopauses précoces... Mais également ce que l'on désigne sous le nom de syndrome plurifocal. Celui-ci recouvre des troubles divers et persistants comme des céphalées, des vertiges, des douleurs dorso-lombaires, des alopecies ou encore des problèmes de concentration et de mémoire immédiate. Le spectre est très large.

ENVISAGER L'EXPLANTATION

« Les femmes présentant des symptômes doivent consulter leur médecin pour ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente », rappelait

en 2018 le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (GNOF). Si un tel diagnostic n'est pas établi, l'ablation du dispositif peut être envisagée. Dans la plupart des cas, l'explantation conduit à une amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des femmes. Les effets positifs s'observent généralement dans les semaines qui suivent l'opération de retrait (jusqu'à six mois après).

LES CONDITIONS NÉCESSAIRES

L'explantation est réalisée par des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, dans des établissements disposant de blocs opératoires répondant aux conditions d'asepsie requises. L'arrêté du 14 décembre 2018, qui indique ces prérequis, précise également qu'il est nécessaire :

- de réaliser une évaluation préalable de la justification clinique de l'acte d'explantation;
- de recueillir le consentement libre et éclairé de la patiente (article L. 1111-4 du Code de la santé publique);
- de suivre les recommandations professionnelles nationales en vigueur pour réaliser l'acte;
- d'assurer un suivi des patientes (contrôle du retrait total, contrôle anatomopathologique de la pièce opératoire, consultation de suivi postopératoire).

LA FICHE D'INFORMATION

Le texte précise encore qu'il convient de procéder à un recueil exhaustif des informations relatives à l'acte.

Outre l'identité du médecin, de la patiente, le nom de l'établissement de santé, la fiche recense :

30 000

FRANÇAISES
avaient eu recours
à une explantation fin 2022.



- les antécédents de la patiente;
- la raison de la demande initiale de stérilisation;
- les allergies connues;
- la date et la modalité de la pose de l'implant;
- le contrôle de pose;
- les effets secondaires ressentis et leur date d'apparition par rapport à la pose;
- les résultats de l'échographie pelvienne et éventuellement de l'IRM;
- les modalités de retrait des implants;
- les conclusions de la consultation postopératoire;
- d'éventuels commentaires supplémentaires.

UN REGISTRE NATIONAL

Le registre national de pratique concernant le dispositif médical de stérilisation tubaire Essure® va désormais permettre de recueillir ces informations. « *Il collecte les données des patientes porteuses d'Essure® pour lesquelles une difficulté quelconque est rencontrée (problèmes pelviens ou systémiques) et supposée en lien avec ces implants, que ces patientes soient ou non explantées chirurgicalement en fin de compte* », souligne le CNP de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale.

Les données sont anonymisées. Ce recueil centralisé permet d'analyser la qualité des pratiques et de suivre la qualité de vie des patientes après l'opération.

UNE INTERFACE OPÉRATIONNELLE

Pour avoir accès au registre, il faut en faire la demande auprès de la Fédération des spécialités médicales en précisant : vos nom, prénoms, n° RPPS, deux adresses mails ainsi qu'un numéro de téléphone.

Une fois connecté, des menus déroulants vous per-

mettront de renseigner l'ensemble des informations de façon rapide et facile. Il faudra néanmoins veiller à recueillir le consentement de la patiente. Ce document écrit en double exemplaire doit être transmis au centre de gestion en format PDF.

Il est possible de renseigner dans le registre des données recueillies en format papier avant avril 2023. Une action qui permettra de justifier votre engagement dans la démarche d'amélioration de vos pratiques professionnelles dans le cadre de la future certification périodique.

LES DATES À RETENIR

2002 : le dispositif de stérilisation hystéroscopique Essure® est disponible en France

2005 : ce dispositif est désormais remboursé

Septembre 2017 : la commercialisation des implants Essure® est arrêtée après le signalement massif d'effets indésirables

4 décembre 2018 : un arrêté précise les conditions nécessaires à l'acte d'explantation

1^{er} avril 2023 : le registre national des pratiques concernant Essure® est ouvert par le CNP de gynécologie-obstétrique

+ D'INFOS Pour lire la lettre du CNP GO-GM, cliquez [ici](#)



« Mon cheval de bataille, c'est la prévention »

Xavière Barreau

médecin du sport à l'Opéra de Paris

« **J**eune, j'étais très sportive. À 14 ans, je me suis blessée à l'épaule en jouant au tennis. Je me suis alors retrouvée dans un service de rééducation fonctionnelle, aux côtés d'accidentés de la route, blessés bien plus gravement que moi. C'est à ce moment-là que j'ai pris conscience que je voulais soigner les gens et devenir médecin. Je les observais et je me suis dit : "C'est ça que je veux faire, devenir médecin".

J'ai donc commencé des études de médecine, en 2003, à Nantes. D'une spécialisation de généraliste, j'ai affiné mon choix vers la médecine du sport. J'ai notamment effectué une année post-internat à l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (Insep), à Paris. De 2014 à 2018, je suivais les équipes de France jeunes de taekwondo sur toutes les compétitions internationales. Une chance pour perfectionner sa pratique de terrain en tant que jeune médecin du sport!

En 2015, c'est sous l'impulsion de Benjamin Millepied, alors directeur de la danse de l'Opéra de Paris, que j'ai commencé à suivre les danseurs sur un poste de médecin du sport, à mi-temps. Une première dans l'histoire de l'institution. À mon arrivée, j'ai travaillé avec les danseurs pour qu'ils identifient leurs douleurs et sachent reconnaître celles sur lesquelles ils pouvaient danser ou

non. Ils sont très à l'écoute de leurs corps, c'est leur outil de travail. C'est une patientèle à part, qui demande de l'exigence mais avec qui il est très agréable de travailler. Ce poste à l'Opéra me passionne car je peux mettre à profit les différents diplômes que j'ai validés (notamment en nutrition, traumatologie, cardiologie du sport, échographie et, encore cette année, mésothérapie). Je m'occupe aussi bien du diagnostic, de la sensibilisation que des urgences. Autant de missions qu'il me serait impossible de réaliser dans un cabinet, en libéral. Mon poste a finalement été créé à temps plein en 2020.

Je suis aujourd'hui près de 154 danseurs permanents. Mon cheval de bataille, c'est la prévention. Et les résultats sont saisissants. Entre 2015 et 2019, les blessures ont diminué de 40 % et les jours d'arrêt de travail, de moitié.

Je présente mon activité à des mécènes, pour soutenir financièrement cette prise en charge. L'accompagnement se développe également pour les 175 jeunes danseurs, âgés de 8 à 18 ans, de l'école de danse de l'Opéra, à Nanterre. Plus les danseurs sont sensibilisés tôt, plus ils peuvent reprendre leur activité rapidement, et dans de bonnes conditions.»

PARCOURS

2003	2013-2014	2014-2018	mai 2015	2020
Première année d'études de médecine à Nantes	Année post-internat de DESC de médecine du Sport à l'Insep (Institut national du sport, de l'expertise et de la performance), à Paris	Médecin du sport auprès des équipes de France jeunes de taekwondo	Première médecin du sport à l'Opéra de Paris	Création de poste à temps plein à l'Opéra