

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p style="text-align: center;">- Droit de la santé</p>
	<p style="text-align: center;"><b>VEILLE JURIDIQUE DECEMBRE 2018</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 04/01/2019</p>

## Législation et réglementation internes et européennes

- ▶ **Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JO du 23 décembre 2018**

La loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 compte 87 articles. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est fixé à 200,3 milliards d'euros, en croissance de 2,5%.

Parmi les mesures importantes :

- l'expérimentation d'un forfait de coordination pour inciter les services d'urgence hospitaliers à réorienter des patients vers d'autres modes de prise en charge, notamment en ville ;
- la mise en place de la réforme du "reste à charge zéro" (rebaptisée "100% santé"), au terme de laquelle les assurés ne devraient supporter aucun reste à charge sur certains soins coûteux, après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé ;
- la fusion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), en instituant une part contributive ;
- le renforcement de l'encadrement de l'utilisation des médicaments innovants par les professionnels de santé ;
- le principe d'un moindre remboursement en cas de refus de substitution en faveur d'un générique en officine, à compter de 2020 ;
- le renforcement de l'incitation des établissements à recourir aux biosimilaires ;
- En matière de prévention et de santé publique, le redéploiement du calendrier des examens de santé obligatoires jusqu'à 18 ans ;
- La généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine, et l'expérimentation dans 2 régions volontaires, de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains, ainsi que le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels de santé dans des régions pilotes.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/12/22/2018-1203/jo/texte>

## Questions à l'Assemblée Nationale / Sénat

-

## Jurisprudence

-

## Doctrine

## Rapports, Avis, Décisions, Recommandations, Communiqués de presse, Appels à projets

### 1. CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, décembre 2018*

Cet atlas fait état de la situation des médecins inscrits à l'ordre au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il présente également l'activité régulière par groupes de spécialités (médecine générale, médicale et chirurgicale), par répartition par genre et par âge et les modes d'exercice par spécialités. Il compare aussi les effectifs de médecins selon la densité territoriale et fait le solde des entrées et des sorties dans la profession.

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p style="text-align: center;">- Droit de la santé</p>
	<p style="text-align: center;"><b>VEILLE JURIDIQUE DECEMBRE 2018</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 04/01/2019</p>

**Et constate que l'année 2018 « enregistre encore une légère baisse des médecins en activité régulière mais le point bas de la courbe est proche, la remontée progressive du numerus clausus depuis plus de vingt ans produisant ses effets ».**

Le profil des médecins évolue :

- La féminisation des jeunes médecins est globalement prépondérante
- Le renouvellement des générations est inégal selon les spécialités
- L'exercice libéral ne cesse de reculer et près d'un médecin en activité régulière sur deux a désormais un exercice salarié
- les inégalités territoriales entre les départements se creusent
- les écarts de densité médicale peuvent atteindre des rapports de 1 à 3 selon les départements et les spécialités (exemple de la dermatologie)
- les départements à faible densité médicale cumulent souvent les fragilités : population générale plus âgée, desserte de services publics moins bonne, couverture numérique plus aléatoire,.... ».

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)

## **2. Académie nationale de médecine et Académie nationale de pharmacie, *Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable, nov. 2018***

Si certaines prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) sont parfois indispensables et inéluctables dans l'intérêt des patients, elles doivent cependant demeurer l'exception et ne constituer qu'un dernier recours et une opportunité à encadrer.

**La prescription de médicaments dans le cadre de l'AMM doit rester la règle.** Telle est en substance la conclusion du rapport des Académies nationales de médecine et de pharmacie publié fin novembre.

*Remarque : on entend par prescriptions hors AMM, les prescriptions non conformes à l'AMM qui peuvent concerner notamment l'indication, les caractéristiques des patients, la voie d'administration, les modalités d'administration, la posologie, la durée du traitement.*

### **Les Académiciens font un état des lieux des prescriptions médicamenteuses hors AMM.**

- Ils regrettent notamment l'inertie des pouvoirs publics et des autorités réglementaires.
- Ils relèvent également l'ignorance de la part des professionnels de santé, voire un certain degré d'hypocrisie de la part de l'ensemble des parties prenantes dont les praticiens et les pharmaciens subissent les inconvénients.

Face à ce constat, les Académies rappellent que même si les prescriptions hors AMM doivent rester l'exception, elles sont toutefois indispensables dans certaines situations cliniques pour que le médecin puisse prescrire le meilleur traitement en fonction des données acquises de la science. Souhaitant que le statut des prescriptions hors AMM soit amendé, les académiciens proposent des recommandations conjointes. Ils demandent notamment à ce que :

- certains libellés d'AMM lorsqu'ils diffèrent, pour des produits pourtant identiques, soient harmonisés ;
- les pouvoirs publics se donnent davantage de moyens pour identifier les prescriptions hors AMM injustifiées ;
- soient produites à destination des prescripteurs et des dispensateurs des mises à jour à type de synthèses actualisées d'informations scientifiques sur les médicaments, en complément de l'information statique que représente le libellé de l'AMM ;
- soit créé par les pouvoirs publics un Comité permanent d'experts ;

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE DECEMBRE 2018</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 04/01/2019</p>

- les prescriptions hors AMM, identifiées comme pertinentes par Le Comité permanent d'experts, fassent l'objet d'un recueil de données et d'une surveillance spécifique et soient prises en charge par l'Assurance maladie.

<http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-Hors-AMM-pour-ANM-vs-26-11-18.pdf>

**3. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, *La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France deux ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti, nov. 2018***

Près de 3 ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) fait état, dans un rapport publié en novembre 2018, d'une certaine frilosité des équipes soignantes à mettre en œuvre la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Remarque : ce rapport fait suite à celui de l'Inspection générale des affaires sociales qui relève que la mise en œuvre du droit à la sédation profonde et continue à la demande du patient est limitée mais hétérogène et va demeurer difficile en dehors du milieu hospitalier.

Fin de vie

**La conclusion est sans appel : la sédation profonde et continue peine à se mettre en place sur le terrain.** Le CNSPFV relève sept paradoxes qui compliquent l'installation de la pratique. **L'un d'eux réside dans la difficulté pour certains de la différencier de l'euthanasie.** Nombreux sont ceux qui considèrent la sédation profonde et continue comme « un flirt avec le faire mourir ».

**Autre frein évoqué :** les experts en soins palliatifs. La plupart, sont – d'après le rapport – réservés vis-à-vis de cette pratique, estimant qu'elle n'est pas la plus conforme à l'accompagnement qu'ils souhaitent apporter aux patients en fin de vie. Cette analyse a rapidement été contestée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs qui rappelle que les équipes de soins palliatifs « n'ont aucune réticence à utiliser avec discernement et chaque fois que cela est nécessaire l'ensemble des techniques de sédations disponibles ».

**Forte de ce constat, la CNSPFV suggère plusieurs pistes de réflexion. Parmi elles :**

- ne pas méconnaître les ambiguïtés éthiques inhérentes à la sédation profonde et continue ;
- accepter que certains professionnels soient résistants à la pratiquer, estimant que ce n'est pas ainsi qu'ils souhaitent accompagner leurs patients à mourir ;
- poursuivre et intensifier les actions de formation/information à destination des professionnels pour rendre la pratique moins anxiogène ;
- discuter de la pertinence d'un système d'astreinte téléphonique pour offrir collégialité et coaching technique à ceux qui le souhaiteraient sur l'ensemble du territoire.

[http://www.gazette-sante-social.fr/wp-content/uploads/2018/11/Travaux\\_Sedation\\_Nov2018.pdf](http://www.gazette-sante-social.fr/wp-content/uploads/2018/11/Travaux_Sedation_Nov2018.pdf)

\*\*\*\*\*