

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 60 | mars - avril 2019

## Sur le terrain

Derrière l'écran,  
une médecine (presque)  
comme les autres

## Entretiens croisés

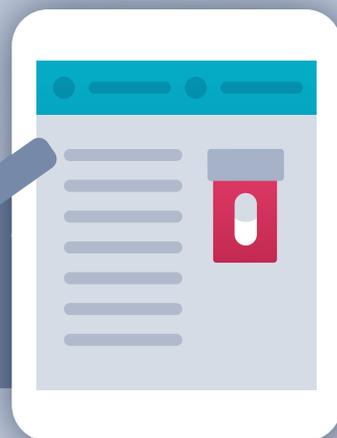
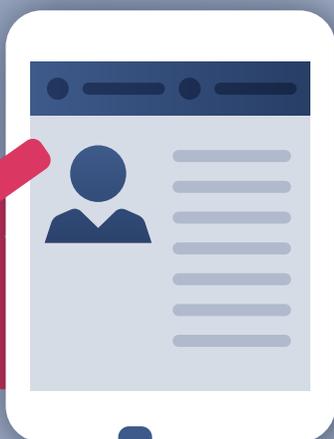
Remplacements,  
collaborations et  
associations entre médecins  
de spécialités différentes



[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Dossier

# Pourquoi adopter le DMP?





Retrouvez le bulletin, le webzine  
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

## 04. focus

Permanence des soins en 2018  
Plus de trois quarts des territoires non  
couverts en nuit profonde

## 06. en bref

- « Ma santé 2022 : des paroles aux actes »

## 08. sur le terrain

Derrière l'écran, une médecine (presque)  
comme les autres

## 10. e-santé

L'intelligence artificielle au service  
de la sécurité du médicament

## 11. ailleurs

One Health : un programme mondial  
pour une santé globale

## 12. entretiens croisés

Remplacements, collaborations et  
associations entre médecins de spécialités  
différentes

## le guide juridique

### 24. spécial élections

- Appel à candidatures pour le  
renouvellement par moitié du Conseil  
national de l'Ordre des médecins
- Résultats des élections des conseils  
régionaux de l'Ordre des médecins

### 28. pratique

- Les certificats demandés pour les mesures  
de protection juridique
- Vaccination et contre-indication

### 30. vos questions, nos réponses

- La PrEP VIH : quel protocole?

## 31. culture médicale

### 32. rencontre

D<sup>r</sup> Christophe Segouin, chef du service  
de Santé publique, GHU Saint-Louis-  
Lariboisière-Fernand-Widal, responsable  
du CeGIDD



## 16 Pourquoi adopter le DMP?

Le 6 novembre dernier, la ministre des Solidarités  
et de la Santé Agnès Buzyn a annoncé la  
généralisation du dossier médical partagé (DMP) à  
l'ensemble des Français. Les ambitions sont de taille  
puisque, d'ici à 2022, le gouvernement mise sur  
l'ouverture de 40 millions de dossiers. Mais le DMP  
doit encore faire son chemin dans les pratiques  
quotidiennes des professionnels de santé...

## restons connectés!



Sur le Web : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Sur Twitter : suivez-nous sur @ordre\_medecins

Par mail : [conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins,  
4, rue Léon Jost, 75855 Paris cedex 17



DR

## Construire un Ordre moderne et actif, présent dans une société en pleine mutation

**Depuis 2013, nous avons à cœur de faire de l'Ordre des médecins, une institution moderne, une institution qui porte la voix des médecins au cœur des débats de société, une institution qui se mobilise pour défendre les valeurs de notre système de santé.**

L'Ordre n'est plus une tour d'ivoire éloignée des médecins et des réalités du terrain. L'Ordre a beaucoup évolué, à tous ses échelons, grâce à l'engagement quotidien de ses élus, aux réformes conduites et aux nombreux travaux menés lors de la mandature de ces six dernières années.

Nous avons mis en place la parité avec des élections désormais en binômes. Nous avons rationalisé le patrimoine immobilier, et optimisé nos circuits d'achat. Nous avons beaucoup échangé avec les médecins, l'ensemble des professionnels de santé, les acteurs institutionnels et représentatifs de monde la santé, sans oublier les représentations des patients.

La gestion de l'institution est plus saine aujourd'hui qu'elle ne l'était hier. Et nous poursuivons ces efforts à tous les échelons avec la mise en œuvre d'un règlement électoral, d'un règlement intérieur, et d'un règlement de trésorerie révisé.

Nos missions ont été élargies. Nous avons désormais la responsabilité de l'enregistrement des internes, de l'appréciation de l'insuffisance professionnelle du développement harmonisé de l'entraide ordinale...

Aujourd'hui, cette volonté de moderniser notre institution demeure intacte. Elle nécessitera toujours plus de transparence, de dialogue, de proximité, de temps passé et... de remises en question. Nous n'hésiterons pas à déployer de nouvelles dispositions visant à atteindre encore une meilleure efficacité dans notre mission de service public. Un travail de longue haleine, que nous sommes fermement déterminés à poursuivre, dans l'intérêt des médecins au service des patients, de la qualité, de la sécurité des soins et de l'humanisme des prises en charge.

### **D<sup>r</sup> Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Directeur de la publication :** D<sup>r</sup> Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** D<sup>r</sup> Jacques Lucas - **Coordination :** Isabelle Marinier  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS - 49, rue du Faubourg-Poissonnière, 75009 Paris - **Responsable d'édition :** Sarah Berrier  
**Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Franck Widling - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** iStock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845.  
 Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Ce document a été réalisé selon des procédés respectueux de l'environnement.

# Permanence des soins en 2018

## Plus de trois quarts des territoires non couverts en nuit profonde

**Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)** vient de dévoiler les résultats de sa 16<sup>e</sup> enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Celle-ci s'appuie sur les données fournies par les conseils départementaux de l'Ordre, mais aussi sur une étude menée auprès de 5 000 médecins généralistes.

**« En 2018, 18 % des secteurs de permanence des soins se sont retrouvés avec moins de cinq médecins de garde, alerte le D<sup>r</sup> Jean-Yves Bureau, président de la commission PDSA au Cnom. Cette situation ne fait qu'empirer car nombre de ces territoires sont couverts par des praticiens vieillissants qui, à leur départ en retraite, ne seront pas remplacés. »**

Le constat 2018 n'est pas très différent de celui de 2017 : les secteurs de garde sont de plus en plus fragilisés. Par ailleurs, la participation des médecins est précaire. Pour la régulation médicale par exemple, si le nombre de volontaires est en hausse en 2018 (+3 %), cela s'explique entièrement par la participation croissante de retraités volontaires. Les médecins généralistes libéraux installés, eux, sont moins investis (-1,4 %).

### Un problème de démographie médicale

La situation est particulièrement préoccupante en nuit profonde : 77 % des territoires de PDSA en soirée se retrouvent sans médecin effecteur libéral après minuit. Cela s'explique en partie par la désertification médicale et la surcharge de travail qui en résulte, celle-ci ne permettant pas aux médecins d'enchaîner journées intenses et nuits de garde tout en conservant une vie de famille.

Entre la baisse d'effectifs et une tendance à la réduction du nombre de territoires, certains départements, comme le Finistère, se retrouvent à avoir peu d'effecteurs mobiles pour

couvrir de grands secteurs. Résultat : il faut parfois une à deux heures de route au médecin de garde pour visiter un patient. En réponse à cette situation, mais aussi aux problèmes croissants d'insécurité rencontrés par les médecins mobiles, 37 % des territoires se sont dotés de sites dédiés (maisons médicales de garde, etc.). Mais ces lieux, utiles et susceptibles de convaincre de jeunes médecins de s'engager, ne répondent pas à tous les besoins : dans la majeure partie des départements où ils sont implantés, les personnes non véhiculées ou non mobilisables ne peuvent pas s'y rendre, faute de système d'acheminement spécifique.

### Trouver des pistes

Pour tenter de faire émerger des solutions, le Cnom a lancé une enquête à laquelle 5 000 médecins généralistes ont répondu. L'objectif : investiguer les leviers de motivation et les freins à la participation au dispositif de permanence des soins. Les premiers résultats montrent que si le sens du devoir et de la solidarité entre médecins sont les principaux motifs de participation, la charge de travail et l'incompatibilité avec la vie familiale émergent comme des freins importants.

**+ d'infos :** [www.conseil-national.medecin.fr/node/3166](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/3166)



### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Jean-Yves Bureau** président de la commission PDSA au Cnom

### « Il faudrait tenir compte des besoins réels des territoires »

**« En 2018, l'organisation de la PDSA a été modifiée dans 60 % des départements, le plus souvent dans le sens d'une réduction du nombre de secteurs de PDSA. Or cette révision, définie par les ARS, ne correspond pas toujours aux besoins des territoires. S'il est possible de raisonner en nombre d'habitants par secteur dans les grandes agglomérations, ce n'est pas possible dans les territoires ruraux, où la population est étalée, et les**

**professionnels de santé en nombre décroissant. Cela inquiète les conseils départementaux de l'Ordre des médecins : plus les gardes deviennent difficiles à effectuer, avec de grands territoires à parcourir pour les visites, moins il y a de volontaires. De nouvelles zones blanches risquent d'apparaître. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), prévues dans le projet de loi de santé, ne résoudront rien si on ne se donne pas les moyens de connaître les différents bassins de population avant de les créer : âge des habitants, démographie médicale, charge de travail des médecins en journée, etc. »**

# LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PDSA 2018

**39 %**  
des médecins  
ont participé à la PDSA en 2018

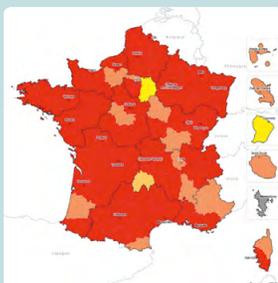
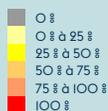


Une participation à la baisse

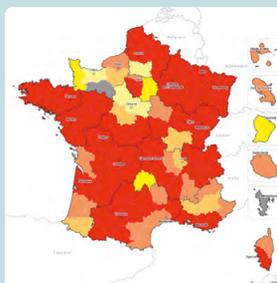
Taux de couverture des territoires de permanence des soins

**1 département sur 3**

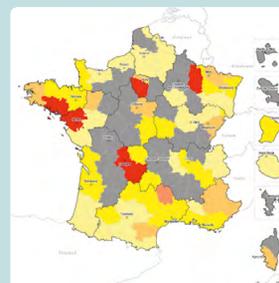
a vu le nombre de ses médecins volontaires baisser entre 2017 et 2018.



Week-ends et jours fériés



Soirées (20h à minuit)



Nuits profondes (minuit à 8h)

Quelques pistes d'amélioration



● **Conserver le volontariat**

**15 ans** depuis fin de l'obligation pour les médecins généralistes de contribuer à la PDSA

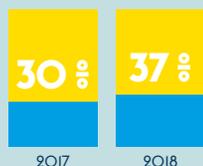
**23 %** seulement des médecins estiment qu'un retour à l'obligation d'assurer des gardes permettrait d'améliorer le fonctionnement de la permanence des soins.

● **Mieux tenir compte des besoins locaux**

59 % des médecins pensent que l'organisation de la PDSA doit être décidée au niveau du secteur, et non du département (**23 %**) ou de la région (**2 %**).

● **Développer les sites et transports dédiés**

Secteurs couverts par un site dédié à la PDSA :



Mais seuls **9 départements** déclarent des transports dédiés.

● **Favoriser la participation des étudiants**

**7 %** des gardes ont été remplacées en 2018,

dans **54 %** des cas par des étudiants.

● **Communiquer davantage auprès des patients sur le système de garde**

**28 %** des actes aux horaires de PDSA n'ont pas été régulés en 2017.

Ils atteignent **33 %** le soir.

Sources : Chom, Elabe, Cnam

# « Ma santé 2022 : des paroles aux actes »

**Le 12 février, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réuni l'ensemble des acteurs de la santé lors d'un grand débat public intitulé « Ma santé 2022 : des paroles aux actes ».** L'objectif : échanger sur l'avenir de notre système de santé, notamment sur la loi à venir et sa mise en œuvre.

**Une centaine de personnes avaient répondu à l'invitation de l'Ordre pour un débat ouvert autour du projet de loi Santé.** Médecins de tous âges et de tous horizons sont intervenus pour exprimer leurs difficultés liées à l'exercice de la médecine, mais aussi partager leurs attentes, leurs espoirs et formuler des propositions pour réformer le système de santé.

## Décloisonner la formation et les carrières

La première partie du débat s'est orientée sur la formation, notamment l'accès aux études médicales avec la suppression du *numerus clausus* et la diversification des parcours. Si l'ambition est saluée, force est de constater que le projet de loi reste flou. « *Nous sommes soucieux de pouvoir améliorer sa rédaction pour en diminuer l'ambiguïté, notamment sur la nécessaire sélectivité : comment l'organiser de façon plus qualitative que quantitative et de façon la plus adaptée possible aux politiques territoriales ?* » a interrogé le Pr Djillali Annane, vice-président de la Conférence nationale des doyens des facultés de médecine.

## Organiser l'offre de soins dans les territoires

Face aux difficultés grandissantes de maintenir une offre de soins répondant aux besoins de la population, la nécessité de faire émerger des solutions concertées avec l'ensemble des acteurs fait consensus. Il s'agit de créer un



environnement propice à l'innovation, à l'imagination et aux partenariats. Mais bien que le projet de loi s'appuie sur la capacité des territoires à mettre en œuvre des solutions adaptées et concertées, la crainte d'une hyperréglementation reste présente. « *La loi ne vise pas à essayer d'élaborer une sorte de jardin à la française où tout serait pareil partout, a tenté de rassurer Aurélien Rousseau, directeur général de l'ARS d'Île-de-France. L'idée est de donner des outils que l'on va pouvoir utiliser en fonction du territoire.* »

## Développer le numérique en santé

Les discussions sur le numérique ont fait émerger des attentes et des espoirs forts notamment en termes d'offre de soins. Avec néanmoins, comme limites identifiées : un manque d'infrastructures et de couverture dans certains territoires, des craintes liées à la sécurité et des interrogations sur l'avenir du métier de médecin. « *Il ne faut pas laisser le numérique créer une rupture avec l'humain, a souligné le D<sup>r</sup> Éli-*

*beth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Il doit, au contraire, permettre de dégager du temps médical et de l'humain.* »

## La démocratie sanitaire comme principe fondateur

La démocratie sanitaire est quant à elle apparue comme étant la pierre angulaire de toute réforme. « *Elle doit prendre la forme d'une démocratie de concertation mais aussi de participation, c'est-à-dire d'élaboration et de coconstruction des outils et solutions, pour finalement aboutir à une codécision lors de la mise en œuvre effective des dispositifs* », a rappelé le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Cnom.

Le débat a fait l'objet d'une synthèse incluant une vingtaine de propositions versée comme contribution au Grand Débat national.

**+ d'infos :** [www.conseil-national.medecin.fr/node/3097](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/3097)

## les tweets

@ordre\_medecins – 28 février

À la une du @lemondefr d'hier : l'AccèsAuxSoins, préoccupation majeure des Français. Face à l'urgence de transformer notre système de santé :

• Les propositions portées par l'Ordre <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3136>

• Le #GrandDébat du 12/02 <https://www.youtube.com/watch?v=nKn3ddGNjO...>

#MaSanté2022

## CNG : élections professionnelles du 25 juin au 2 juillet 2019

**De manière coordonnée au niveau national, le Centre national de gestion (CNG) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) organisent trois élections professionnelles.**

Le CNG pilote plus particulièrement les élections des représentants des praticiens hospitaliers (PH) à la Commission statutaire nationale (CSN) et au Conseil de discipline (CD); et la DGOS, celles des représentants au Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques (CSPM).

Ces trois scrutins, auxquels sont électeurs tous les praticiens des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics, auront pour particularité d'être totalement dématérialisés. Les électeurs recevront leurs codes par voie électronique et voteront uniquement via Internet, conformément au décret du 28 décembre 2017.

Dès le 25 juin 2019, vous pourrez participer aux élections, munis de vos codes de vote (distincts pour les élections à la CSN/CD et au CSPM) et de votre numéro ordinal. Alors, n'hésitez pas... VOTEZ!

**+ d'infos**

<https://www.cng.sante.fr/praticiens-hospitaliers/elections-professionnelles-2019>

## Élections



**Le D<sup>r</sup> Marie-Pierre GLAVIANO-CECCALDI, a été élue le 14 mars 2019**, à l'occasion de l'élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins pour la région Auvergne.

## Dépistage du cancer du col de l'utérus Généralistes, mobilisez-vous!

**Conformément au Plan cancer 2014-2019, l'année 2018 a été marquée par la généralisation du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du territoire.**

Ce programme de santé publique a pour objectif de réduire de 30 %, d'ici à 10 ans, l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus, en luttant contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage. Il s'adresse aux 17 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans parmi lesquelles 40 %, dites « non

participantes », n'effectuent pas, ou pas régulièrement, ce dépistage. Le rôle du médecin généraliste est essentiel pour favoriser la réalisation de ce dépistage, conformément aux recommandations nationales. Au cours de la consultation, vous pouvez informer les femmes sur ses bénéfices et ses limites et rappeler l'importance de le réaliser tous les trois ans, jusqu'à 65 ans. Vous pouvez effectuer vous-même le prélèvement cervico-utérin ou le prescrire pour une réalisation dans un laboratoire d'analyses de

biologie médicale. Il est également possible d'orienter les femmes vers un autre professionnel de santé (gynécologue, sage-femme, confrère généraliste) ou encore de l'inviter à prendre rendez-vous dans un centre de santé, un centre mutualiste, un centre de planification ou à l'hôpital.

**+ d'infos**

**L'Institut national du cancer (Inca) met à la disposition des médecins généralistes plusieurs outils d'information à commander sur le site [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) ou à consulter ou télécharger en ligne.**

# Derrière l'écran, une médecine (presque) comme les autres

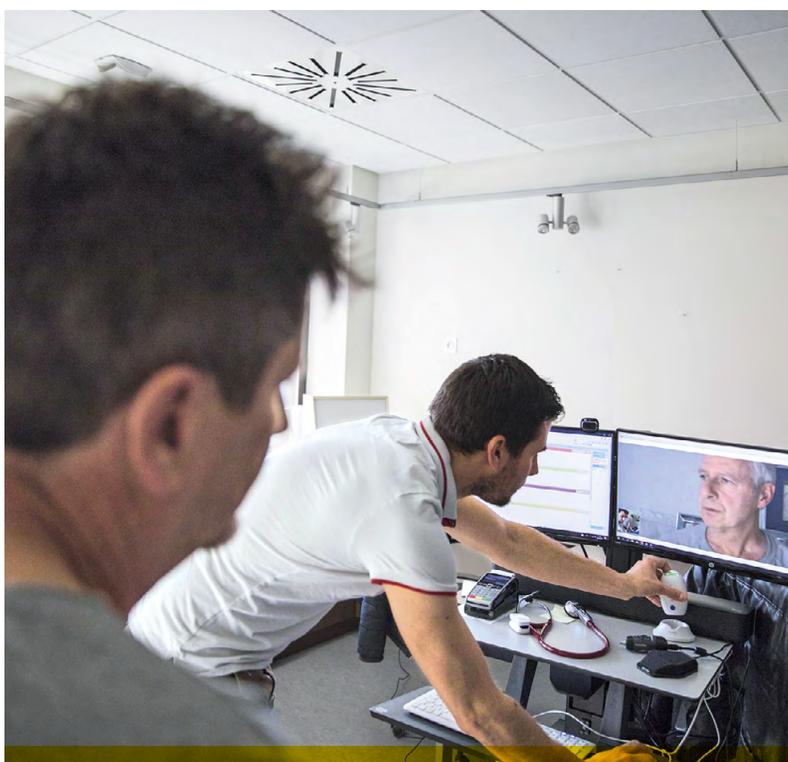
Dans le Loiret, plusieurs communes rurales frappées par la désertification médicale **tentent l'aventure de la télémédecine. Avec succès.**

« Vous n'avez pas de fièvre, la tension est bonne. Ouvrez la bouche et tirez la langue... » À la maison de santé de Châtillon-Coligny, village du Loiret d'à peine 2000 habitants, le D<sup>r</sup> Thierry Autard ausculte son patient qui se plaint d'une toux persistante. Une consultation classique. À un (gros) détail près. Le D<sup>r</sup> Autard est... à Montpellier, à 600 kilomètres de son patient ! Seul son visage s'affiche sur l'écran d'ordinateur. À distance, il donne ses consignes à l'infirmier libéral qui pratique l'examen médical sur le patient. Ce dernier ne semble pas perturbé par cette consultation virtuelle.

## L'infirmier au cœur du dispositif

Depuis l'été dernier, cinq communes du Loiret ont adopté la télémédecine. Le département manque de médecins : 312 pour 100 000 habitants, contre une moyenne de 437 en France<sup>1</sup>. Le projet est piloté Healphi, start-up marseillaise spécialisée dans l'installation de cabinets de télémédecine. « Pour éviter l'écueil de la déshumanisation, l'infirmier est au cœur de la téléconsultation. Sa présence offre un cadre sécurisant. Il accueille le patient, prend les mesures pendant que le médecin, en visioconférence, conduit l'interrogatoire du patient », expliquent Jean-Sébastien Gras et Tarik Mouamenia, fondateurs d'Healphi.

Un chariot de téléconsultation intègre des objets connectés comme un stéthoscope pour l'auscultation cardiaque ou un otoscope pour les conduits auditifs et la gorge. Tous les résultats sont transmis en temps réel



Le cabinet de téléconsultation, son chariot connecté, la formation des médecins et des infirmiers ont nécessité un investissement de 24900 euros, financés par la Région Centre-Val de Loire.

au médecin. Une webcam peut permettre de zoomer sur une éventuelle lésion cutanée. Quatre généralistes, installés à Loches, Orléans, Tours et Montpellier, assurent ces téléconsultations à distance deux à trois après-midi par semaine.

## Un rendez-vous en deux jours

Le dispositif a ses atouts. Le patient

obtient un rendez-vous en deux jours seulement, contre un mois d'attente pour une consultation « classique ». C'est pratique pour les personnes âgées, celles qui ont du mal à se déplacer. Mais cette prise en charge à distance a aussi ses limites, comme l'impossibilité de réaliser des palpations ou les problèmes de connexion Internet. La télémédecine permet en



La consultation, d'un montant de 25 euros, est remboursée par l'Assurance maladie.



Casque vissé sur la tête, le D<sup>r</sup> Thierry Autard écoute, à distance, le bruit du cœur et des poumons de son patient.



À l'issue de la consultation, le médecin rédige une ordonnance, un arrêt de travail ou un certificat, immédiatement envoyé à l'infirmier, qui remet le document au patient.

tout cas de prendre en charge 70 à 80 % des motifs de consultation, les renouvellements d'ordonnances, etc. « *Je ne vois pas la téléconsultation comme une concurrence déloyale, puisque mon cabinet ne désemplit pas* », estime pour sa part le D<sup>r</sup> Pascal François, généraliste installé depuis de nombreuses années à la maison de santé de Châtillon-Coligny. Le projet de loi « Ma Santé 2022 » mise beaucoup de la télémedecine. Le ministère de la Santé souhaite atteindre les 500000 examens en 2019, 1 million pour 2020, puis 1,3 million en 2021.

1. Selon la Cartographie du Cnom.

## Témoignage

**D<sup>r</sup> Jean-Pierre Door**, député du Loiret et président de l'association de télémedecine du Gâtinais



### « Une partie de la solution aux déserts médicaux »

« Les départs en retraite des médecins généralistes entraînent une désertification massive en milieu rural et une grande difficulté pour les patients à consulter lorsqu'ils en ont besoin. La téléconsultation constitue une partie de la solution pour lutter contre la pénurie de médecins. C'est aussi un moyen de désengorger les

urgences. Par ailleurs, le patient n'est pas seul face à un écran. Le contact humain et l'expertise médicale restent indispensables. Les téléconsultations peuvent être assurées par des médecins retraités qui souhaitent poursuivre leur activité, par des internes, par des praticiens installés dans zones moins défavorisées et qui souhaitent rendre service. Les besoins sont importants également du côté des spécialistes, notamment en dermatologie ou ophtalmologie. »



Propos recueillis par Sarah Berrier

# L'intelligence artificielle au service de la sécurité du médicament

**Depuis juin 2018, le CHU d'Amiens expérimente un logiciel basé sur l'intelligence artificielle, capable de comprendre et de contextualiser les questions relatives aux médicaments.** L'objectif : fournir immédiatement aux professionnels de santé des réponses personnalisées et fiables. Le Pr Pierre Krystkowiak, neurologue et président de la CME du CHU d'Amiens, nous parle de cette expérimentation...

## Qu'est-ce que Posos ?

Posos est un logiciel, développé par une jeune start-up française, qui permet aux médecins de poser directement des questions sur les médicaments, depuis leur ordinateur ou leur smartphone. Il fournit une réponse en quelques secondes à partir du contenu de sources officielles et reconnues. Cette solution se présente aujourd'hui sous la forme d'un site Internet doté d'une barre de recherche. Les équipes soignantes de plusieurs services expérimentent l'outil pour vérifier leurs prescriptions.

## Quel est l'intérêt de l'intelligence artificielle ?

Elle permet au logiciel de comprendre les questions posées en langage naturel. Par ailleurs, il s'agit d'un système auto-apprenant. Le logiciel ne sait pas tout au début. Il améliore lui-même le contenu de ses algorithmes, au fur et à mesure des questions posées et des nouvelles sources d'information, pour proposer des réponses de plus en plus pertinentes.

## Pourquoi avoir adopté ce système au CHU d'Amiens ?

Nous voulons être un « terreau d'innovation » pour des start-up e-santé

qui peuvent impacter positivement les pratiques médicales. L'établissement contribue à l'accélération, la maturation et l'incubation de ces start-up. L'implication des équipes soignantes dans ce projet prend tout son sens. Nos retours d'expérience permettent d'optimiser le développement du logiciel pour qu'il réponde encore plus précisément à nos besoins.

## Quel est l'intérêt pour les médecins ?

Actuellement, le médecin est confronté à un millefeuille de sources d'information et d'outils qui apportent chacun une partie des réponses. Leur contenu est souvent long à parcourir, donc peu adapté en pratique clinique. Posos transforme radicalement la façon de chercher l'information. Tout part d'une question. Pas besoin de connaître les différentes sources d'information ni de chercher les bons mots-clés... On formule sa question comme on la poserait à un collègue. Posos en comprend le sens et apporte en 1 seconde les extraits pertinents des sources d'autorité. Seule cette immédiateté des réponses offre le luxe de poser un nombre incalculable de questions par jour. Cet outil peut ainsi contribuer à réduire l'iatrogénie médicamenteuse.

## Et pour les patients ?

En connectant demain Posos à nos logiciels de prescription, on peut espérer obtenir des réponses personnalisées qui tiennent compte du profil clinique du patient. Cela correspond à l'objectif de personnalisation de la prise en charge, propre à la médecine des 4 P<sup>1</sup>.

## Le logiciel ne risque-t-il pas de remplacer le médecin ?

Le rôle de Posos n'est pas de poser un diagnostic. Son rôle consiste à aider le professionnel de santé à obtenir une information sûre sur les médicaments, une fois un diagnostic posé. À chaque question posée, le logiciel propose plusieurs réponses, en utilisant différentes sources. C'est donc avant tout un outil d'aide à la décision.

### + d'infos :

**Vous souhaitez tester Posos, et contribuer à la maturation de ce logiciel, vous pouvez demander un accès sur le site [posos.co](http://posos.co). L'utilisation est gratuite pour les professionnels de santé, y compris les étudiants en médecine et en pharmacie.**

1. Médecine des 4P : prédictive, préventive, personnalisée, participative.



## ONE HEALTH : UN PROGRAMME MONDIAL POUR UNE SANTÉ GLOBALE

**Le 5 décembre, le Cnom accueillait une conférence dans le cadre de One Health,**

un programme international qui réunit acteurs de la santé humaine et animale autour du concept de santé globale. Le Pr Serge Uzan, conseiller national, conseiller spécial du président de Sorbonne Université et membre de la faculté de médecine, intervenait et représentait l'Ordre des médecins lors de ce meeting. Il nous explique cette démarche...

### En quoi consiste le programme One Health?

Le programme « One Health » est souvent traduit comme « une seule santé ». Mais je préfère le terme de « santé globale ». Ce concept, qui est lié à la perception d'un risque éco-épidémiologique croissant, a pour but d'insister sur le lien entre la santé publique humaine, la santé animale et le contexte environnemental. Cela concerne en particulier les maladies émergentes, à risque pandémique, qui représenteront une très large proportion des maladies. Certains experts considèrent même que 60 % des maladies humaines infectieuses ont une origine animale, et que demain, 70 % des maladies émergentes ou ré-émergentes seront liées à l'animal, directement ou par le biais de vecteurs animaux. L'émergence de ces maladies est largement due à des déséquilibres écologiques et/ou climatiques induits par l'activité humaine et ses conséquences sur l'environnement. En outre, une dimension nouvelle est apparue : celle du risque de « bio-terrorisme ». Cette réflexion de santé globale est encouragée par trois structures liées à l'ONU, à savoir l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). Ce mouvement particulièrement développé en Amérique du Nord est finalement assez peu connu en France.

### Quel était l'objet de la conférence qui s'est tenue en décembre au Cnom?

Cette conférence, co-organisée par les associations européennes des professions médicales (CPME), dentistes et vétérinaires, avait pour objet l'intégration du concept de santé globale dans les deux premiers cycles universitaires des étudiants médecins, vétérinaires, pharmaciens, maïeuticiens

et dentistes. Avec le Pr Vincent Maréchal, responsable de la faculté de biologie, des sciences et d'ingénierie à Sorbonne Université, j'ai donné une conférence intitulée « Comment augmenter la diffusion du concept de santé globale dans les études de santé ». Nous avons présenté :

- Le souhait de mettre en place un cours sous forme d'unité d'enseignement pour les étudiants de 3<sup>e</sup> et de 4<sup>e</sup> année de médecine, qui aurait une dimension transversale avec les facultés de pharmacie, d'odontologie et de médecine vétérinaire;
- Un projet de « Summer School » dédié à ce projet en 2020;
- Une présentation des études de masters, déjà réalisées à Sorbonne Université, concernant les infections émergentes.

De façon générale, j'ai trouvé cet événement intéressant car, pour la première fois (alors que j'ai été doyen pendant plus de quinze ans), j'assistais à un colloque insistant sur les liens entre la santé humaine et animale, et sur les liens, dans la santé humaine, entre les différentes composantes que sont la médecine, la pharmacie et la chirurgie dentaire. La participation de vétérinaires à cette journée a donné tout son sens au concept de santé « globale » présenté lors de cette réunion.

### Quel est le rôle du Cnom vis-à-vis de ce programme?

En accueillant cette conférence dans ses locaux, le Cnom lui a donné une forme de légitimité et de rayonnement auprès des différentes institutions de soins, de recherche et d'enseignement en France. Le Cnom a souhaité avoir un rôle d'inducteur et de facilitateur de la diffusion du concept « One Health ».

**+ d'infos :** [www.onehealthinitiative.com](http://www.onehealthinitiative.com)

# entretiens croisés

Texte : Magali Clausener | Photos : DR

## Remplacements, collaborations et associations entre médecins de spécialités différentes

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a diffusé une circulaire permettant à des médecins de spécialités différentes de se remplacer, de collaborer ou de s'associer. **Les demandes doivent cependant répondre à des prérequis pour que les conseils départementaux puissent émettre un avis sur le dossier. Explications.**

**« Désormais, les exercices inter-spécialités deviennent possibles avec l'accord des conseils départementaux. »**

Un cardiologue exerçant la cardiologie pédiatrique peut-il se faire remplacer, entreprendre une collaboration ou s'associer avec un pédiatre spécialisé en cardiologie? Jusqu'à présent, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) émettaient un avis défavorable au motif qu'il s'agissait de médecins de spécialités différentes. Face aux demandes de plus en plus nombreuses souvent liées à l'hyperspécialisation que connaît l'exercice de la médecine, le Cnom a revu sa position et l'a fait savoir à travers une circulaire le 11 janvier 2019. Désormais, ces exercices inter-spécialités deviennent possibles avec l'accord du conseil départemental. Cet avis doit reposer sur la

confiance faite aux médecins et sur des prérequis à justifier lors de la demande : les compétences du médecin pour assurer l'activité envisagée doivent être avérées et documentées en particulier sur le plan universitaire; l'activité ne doit pas faire sortir ces médecins du champ de l'exercice exclusif de la spécialité au titre de laquelle ils sont inscrits au tableau; elle doit être régulière au regard du code de santé publique; les actes et activités envisagés doivent être précisément décrits dans les contrats soumis; les responsabilités de chacun doivent être rappelées et l'activité prise en charge par un assureur en responsabilité civile et professionnelle; et les patients doivent recevoir une information claire.



**D<sup>r</sup> François Simon,**  
président de la section Exercice  
professionnel du Cnom



**D<sup>r</sup> Hayat Aiouaz,**  
cardiopédiatre



**D<sup>r</sup> Alain Mac Callum,**  
médecin généraliste  
échographiste, président  
du SNUDE (Syndicat national  
de l'union des échographistes)

### D<sup>r</sup> Hayat Aiouaz

Cardiologue spécialisée en cardiopédiatrie, j'exerce en libéral dans le Finistère depuis onze ans. Les remplaçants disponibles sont très peu nombreux et les seuls que j'ai trouvés récemment sont pédiatres. La cardiopédiatrie est une activité de « niche » réalisée en hospitalier et en libéral : la France compte environ 200 cardiopédiatres, 40 % issus d'un DES de cardiologie, 60 % d'un DES de pédiatrie. Bien que la pratique clinique soit la même, lorsque l'on rédige un contrat de remplacement, elle apparaît de fait comme un remplacement interspécialités, ce que ne permettaient pas jusqu'ici les textes du Cnom sauf « situations exceptionnelles ». Or, être remplacé durant les vacances, les congés maladie ou maternité, ou en vue d'une association, est essentiel et non exceptionnel. Nous sommes responsables de l'organisation de la continuité des soins. Fermer le cabinet et orienter les patients vers l'hôpital n'est satisfaisant pour personne : patients, correspondants, hôpital, où les médecins sont aussi moins nombreux durant les périodes de congés.

### D<sup>r</sup> Alain Mac Callum

Médecin généraliste, je me suis « spécialisé » dans l'échographie. J'ai d'ailleurs obtenu le DU d'échographie en 1987 puis tous les modules du DIU. L'échographie est devenue une activité trop prenante pour un exercice mixte et j'ai ouvert un cabinet d'exercice exclusif en échographie à Sète. J'y suis échographiste depuis trente-deux ans. Le problème est que cet exercice et les compétences nécessaires à sa pratique si particulière ne sont pas reconnus comme spécialité ni comme MEP. Dans ce contexte, il est difficilement possible de remplacer ou de s'associer avec d'autres spécialistes comme des radiologues par exemple, même si ces derniers en éprouvent le désir et le besoin. De plus, les jeunes médecins ont de ce fait moins tendance à s'installer en tant qu'échographiste isolé bien que les cabinets d'imagerie ne soient pas assez nombreux dans certains secteurs géographiques. Or, ces deux modes d'exercice sont évidemment complémentaires. L'échographie est particulièrement chronophage et les radiologues manquent de plus en plus de temps. Une association entre un échographiste à exercice particulier, comme l'échographie prénatale par exemple, et un radiologue peut s'avérer judicieuse et pertinente. Il y a vingt ans, je souhaitais m'associer avec deux radiologues libéraux et je n'ai pas pu le réaliser de manière simple, logique et satisfaisante.

## Quelles sont les problématiques de remplacement, collaboration ou association entre médecins de spécialités différentes ?

### D<sup>r</sup> François Simon

Si la cardiologie pédiatrique illustre une situation simple, de très nombreuses situations qui nous sont soumises le sont moins. Par exemple, concernant les spécialités de la sphère oro-faciale et cervicale, qui ont évolué au cours des années avec la disparition de la formation en stomatologie, ou encore concernant la sphère gynécologique et obstétricale. On peut citer également le cas des collaborations bienvenues dans les prises en charge des cancers, de la douleur ou encore des addictions. Les motivations des demandes qui nous parviennent sont à peu près toujours les mêmes : les confrères recherchent une amélioration de leurs conditions d'exercice, ils veulent rompre leur isolement à travers un exercice regroupé, gage d'une amélioration à la fois de leur qualité de vie et de la qualité de l'offre de soins pour les patients.



**D<sup>r</sup> Hayat Aiouaz**

Elle reconnaît techniquement l'existence de pratiques cliniques communes entre certains DES. Dans mon cas, un remplacement voire une collaboration en vue d'une succession par un cardiopédiatre titulaire d'un DES de pédiatrie devient possible. Je souhaite effectivement transmettre ma patientèle et une période de « tuilage » avec mon successeur est indispensable pour la sécurité. C'est un grand soulagement pour moi.

**D<sup>r</sup> Alain Mac Callum**

Cette nouvelle position du Cnom va nous permettre d'envisager des remplacements, des collaborations et des associations inter-spécialités plus facilement. L'autre aspect positif est que notre activité devient reconnue comme un exercice orienté vers des secteurs pathologiques et non seulement basée sur une technique. Nous sommes des milliers à nous trouver dans cette situation. Cette circulaire ouvre également des perspectives pour les médecins échographistes qui ont des difficultés à travailler seuls. La majorité des échographistes ont un exercice individuel. Ils vont pouvoir s'associer avec des radiologues, voire d'autres spécialités. Par exemple, un médecin généraliste spécialisé en échographie fœtale pourra s'associer avec un ou plusieurs gynécologues.

## Que change la nouvelle circulaire du Cnom ?

**D<sup>r</sup> François Simon**

**« Le but n'est pas de compliquer les démarches mais de faciliter l'exercice au quotidien et de le sécuriser dans l'intérêt des malades. »**

**D<sup>r</sup> François Simon**

Cette circulaire change tout puisque les conseils départementaux pourront désormais émettre des avis favorables et résoudre des situations qui ne pouvaient pas l'être jusqu'à présent. Elle est l'aboutissement d'une réflexion ayant débuté en 2016 à l'initiative de la section Exercice professionnel, régulièrement sollicitée sur le sujet. Elle a été menée à travers un travail en intersection : Éthique et déontologie, Formation et compétence médicale, et Exercice professionnel. Elle a été longue, car nous partions d'une position ancienne, connue des médecins, simple à gérer pour les conseils départementaux puisque l'on raisonnait spécialité par spécialité, pour aller vers des situations quelquefois complexes en raison de l'évolution du nombre de spécialités et du champ des compétences de chacune. Conscients des difficultés que rencontreront les conseils départementaux lors des demandes d'avis, nous avons mis en place une « cellule d'appui » au Conseil national de l'Ordre, composée de quelques membres des trois sections concernées. Le rôle de cette cellule sera d'examiner et de répondre dans des délais que nous voulons courts aux situations exposées par les conseils départementaux. Dès à présent, cette cellule s'est mise au travail, elle a déjà examiné un certain nombre de situations. Chaque examen fait l'objet d'une réponse structurée alimentant un thesaurus accessible sur l'intranet du Cnom. Ce thesaurus, que nous voulons simple et pratique, servira de référence aux conseils départementaux. Il sera régulièrement enrichi au fil des questions posées et des réponses apportées.

D<sup>r</sup> Alain Mac Callum

**« Nous allons pouvoir envisager des remplacements, des associations et des collaborations inter-spécialités plus facilement. »**

### D<sup>r</sup> Alain Mac Callum

Je ne pense pas que ces prérequis représentent un frein. L'échographiste doit avoir un diplôme, en l'occurrence un DIU national d'échographie, qui est le seul reconnu. Il doit démontrer par ailleurs que l'échographie représente son exercice exclusif ou qu'il réalise suffisamment d'échographies pour en posséder une bonne maîtrise. Enfin, la détermination de l'organicité dans l'échographie doit être prise en considération, c'est-à-dire une hyper-spécialisation en échographie (par exemple fœtale, cardiaque ou ostéo-articulaire). Il n'y a pas de risque de dérive si l'on procède de cette manière. Les autres prérequis – description des actes à effectuer dans les contrats, responsabilité civile et professionnelle, information des patients – sont logiques et ne constituent pas un obstacle. Je salue cette initiative qui contribue à faire tomber « les murs rigides » de la médecine actuelle.

### D<sup>r</sup> Hayat Aiouaz

Les prérequis me semblent logiques et réalisables. Pour apporter une preuve des compétences cliniques du remplaçant, nous pouvons nous appuyer sur les textes existants avec, pour la cardiopédiatrie, la réforme de l'internat applicable depuis 2017. Elle décrit le parcours nécessaire à la formation spécialisée transversale (FST) de cardiopédiatrie accessible par les deux DES. Il est nécessaire de signifier dans le contrat que l'activité lors du remplacement ne doit pas faire sortir le médecin du champ exclusif de la cardiopédiatrie : il est évident que le pédiatre formé à la cardiopédiatrie n'a pas l'intention de faire de la cardiologie adulte, ni de la pédiatrie générale dans un cabinet de cardiologie.

D<sup>r</sup> Hayat Aiouaz

**« Nous sommes responsables de la continuité des soins. Fermer le cabinet et orienter les patients vers l'hôpital n'était satisfaisant pour personne. »**

## Quelles démarches les médecins vont-ils devoir réaliser ?

### D<sup>r</sup> François Simon

Le but n'est pas de compliquer les démarches des confrères mais de leur faciliter l'exercice au quotidien et de le sécuriser dans l'intérêt des malades. La démarche devrait être simple à travers la grille des six prérequis. Le premier consiste à apporter les preuves que ses compétences à assurer l'activité envisagée sont avérées. En ce qui concerne les diplômes universitaires, ils sont normalement dans le dossier ordinal sauf si le confrère a omis de les transmettre après leur obtention; concernant la poursuite d'une activité, il suffira d'en faire état et, le cas échéant, d'en apporter la preuve. Les prérequis 2 et 3 ne demanderont pas de démarches de la part du médecin mais permettront le traitement par le

conseil départemental. Les actes et activités envisagés doivent être précisément décrits dans les documents contractuels selon le quatrième prérequis : si dans quelques situations le détail devra être donné, le plus souvent, il suffira de préciser, sans le détailler, le domaine concerné, par exemple « cardiopédiatrie ». Le cinquième, qui concerne les assurances, ne pose pas de difficulté. Quant au sixième prérequis, il précise que les patients doivent être informés et la spécialité d'inscription doit toujours précéder le domaine d'activité. Dans tous les cas, les confrères trouveront les informations nécessaires à leur démarche auprès des conseils départementaux qui, eux-mêmes, pourront faire remonter les questions à la cellule d'appui du Cnom en tant que de besoin.



**4,2**  
**MILLIONS**

**de DMP ouverts**  
au 28 février 2019.

# dossier

Textes : Éric Allermoz, Sarah Berrier, Dominique Fidel | Photos : iStock, DR

## Pourquoi adopter le DMP?

**Le 6 novembre dernier, la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn a annoncé la généralisation du dossier médical partagé (DMP) à l'ensemble des Français.** Les ambitions sont de taille puisque, d'ici à 2022, le gouvernement mise sur l'ouverture de 40 millions de dossiers. Plébiscité par la majorité des patients, le DMP doit encore faire son chemin dans les pratiques quotidiennes des professionnels de santé...

**DMP. Trois lettres qui ont aujourd'hui encore un arrière-goût d'échec.** Le marasme qui a suivi son premier lancement aura au moins permis de tirer quelques enseignements, et notamment le fait que la mise en œuvre d'un dispositif mêlant sécurité des données de santé, respect de la vie privée et déontologie professionnelle ne peut décidément pas se réaliser en trois mois et sans les personnes concernées au premier plan.

Le décret de 2016 confie le pilotage du DMP (non plus personnel mais partagé) à la Cnam, qui s'attelle alors à comprendre pourquoi le dispositif n'a pas trouvé sa place et à apporter toutes les corrections

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Jacques Lucas**, premier vice-président du Cnom, délégué général au Numérique.



### « Nous soignons des patients et pas des dossiers »

Comme tout dossier informatisé, le DMP doit obéir à une certaine rigueur. Il suppose de classer les informations, de les codifier, de mettre en place une démarche de formalisation assez poussée, à laquelle seules les plus jeunes générations de médecins

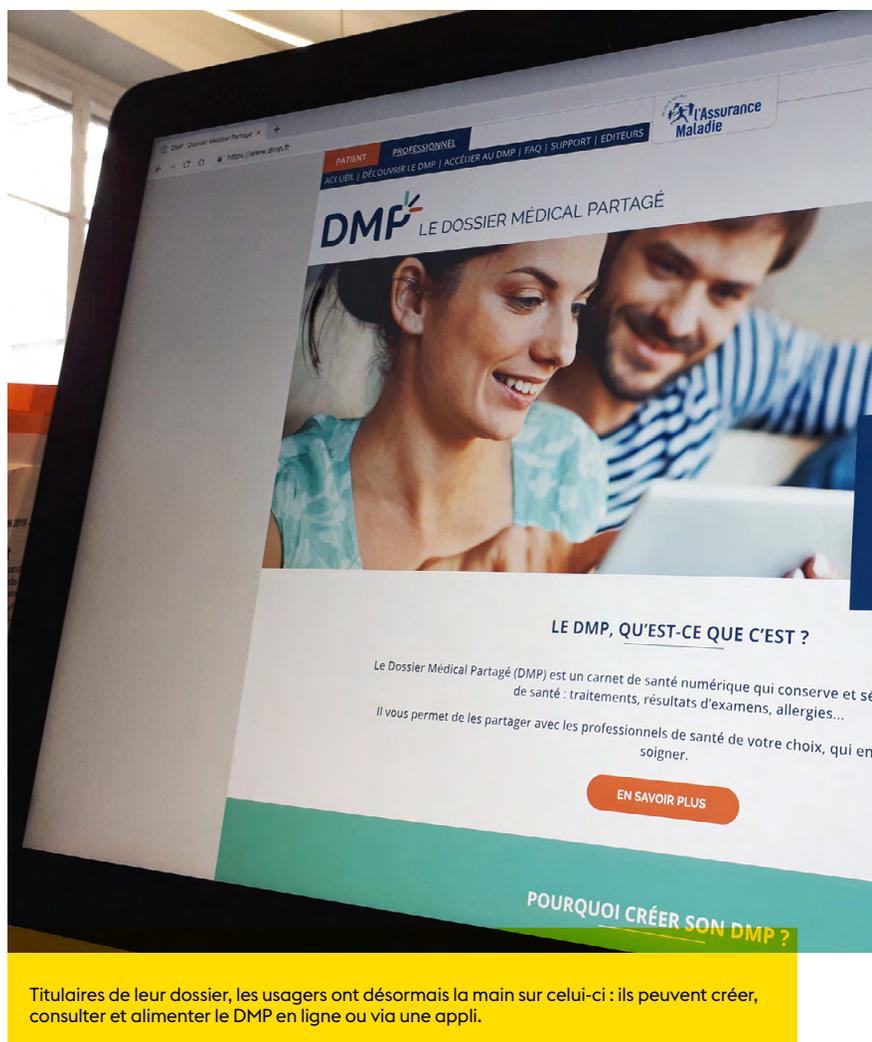
ont été formées. Certains craignent que cette nouvelle étape dans l'informatisation des pratiques médicales remette en question la dimension fondamentalement humaine de notre métier. C'est un point de vigilance. Nous ne

devons jamais oublier que nous soignons des personnes et pas des dossiers. À l'ère de l'informatisation de la santé et des données structurées, l'empathie et la qualité de la relation humaine sont plus que jamais d'actualité.

..... nécessaires afin de lui donner « une valeur d'usage » pour les patients comme pour les soignants. Cette reprise en main par l'Assurance maladie s'est traduite par une gestion plus pragmatique et par une décision qui s'est avérée... décisive. Hier réservée aux seuls médecins, l'ouverture des DMP est désormais autorisée aux usagers, aux pharmaciens et plus généralement à tous les professionnels de santé autorisés par leurs patients et détenteurs d'une carte professionnelle de santé (CPS). Un choix gagnant puisque cinq semaines après le lancement du service Internet associé au DMP, le cap symbolique des 3 millions de dossiers était franchi.

### DMP et dossiers médicaux de plus en plus interopérables

Pour rappel, le DMP est un carnet de santé numérique facultatif et gratuit, accessible via un portail Web, qui peut être ouvert par chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie. Il permet de regrouper toutes les données de santé



#### TÉMOIGNAGE

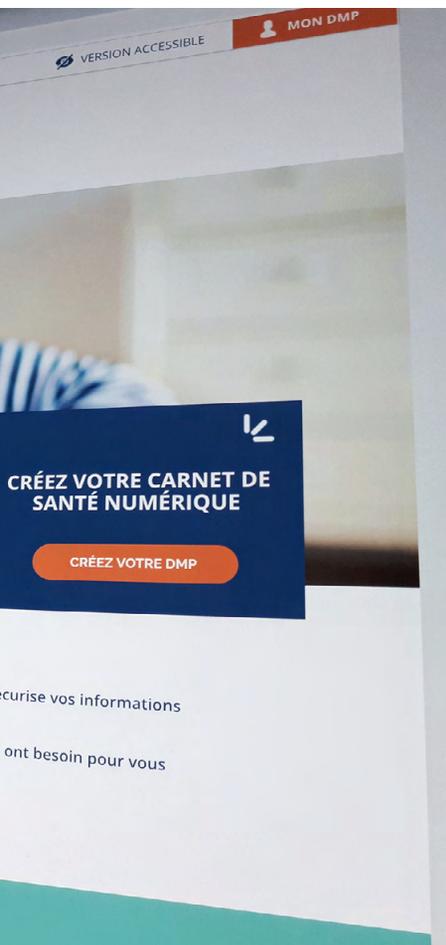
**Dr Jean-Michel Lemette**, médecin à Amboise

### « Le volet de synthèse médicale est la clé de voûte du DMP »

*J'ai toujours été persuadé que l'informatique allait transformer les pratiques médicales. Quand, en 2004, j'ai entendu parler du DMP, je me suis dit que le moment de vérité approchait. Mais la*

*culture du chiffre prenait le pas sur celle de l'utilité... En clair, on misait sur des volumes de déploiement sans s'interroger sur les bénéfices réels que le DMP pouvait apporter. C'est ce qui m'a amené à militer dès 2011 pour l'existence d'un volet de synthèse médicale (VSM) digne de ce nom qui puisse servir aux professionnels. Même si la HAS a officiellement défini le VSM en 2013, nos logiciels métier actuels ne l'intègrent pas tous de façon ergonomique et structurée. Pour le médecin, le travail de synthèse demeure souvent chronophage, et beaucoup privilégient encore le texte libre, car la structuration des données médicales est loin d'être rentrée dans le socle de connaissances des praticiens ! Mais je suis convaincu qu'une synthèse structurée sera plus « parlante » car, à l'instar du menu d'un site web, elle donnera accès en un clic à l'ensemble des contenus les plus importants du dossier.*

d'un patient et de les partager entre les professionnels consultés. Le patient peut en restreindre l'accès, sauf à son médecin traitant. Il peut aussi choisir de fermer son DMP quand il le souhaite. Quant au dossier médical, il est ouvert par un médecin, un kinésithérapeute, un hôpital ou une clinique au nom du patient, à la suite de consultations, examens ou interventions. Chaque professionnel de santé détient donc obligatoirement un dossier pour chacun de ses patients. Ce dossier peut être au format papier ou sous une forme électronique. Un DMP ne se substitue pas à un dossier médical. De plus, la généralisation du DMP n'a pas d'impact sur les règles encadrant l'accès, la consultation, la circulation et la conservation des dossiers médicaux détenus par les professionnels. Le succès du DMP est néanmoins étroitement lié à l'articulation entre DMP et dossier médical, afin d'éviter aux médecins une double saisie chrono-



## Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja**, président de la section Éthique et déontologie du Cnom

### « Le secret médical demeure »

Qu'il s'agisse de coordination des soins, de la facilitation des échanges avec les autres professionnels de santé ou de la traçabilité des actes, les bénéfices que nous pouvons attendre du DMP sont nombreux. Plus que jamais, le DMP constitue une réponse cohérente

avec l'esprit de la loi Kouchner de 2002, qui voulait faire du patient l'acteur central de sa prise en charge en lui offrant un droit de regard sur son histoire médicale mais aussi sur la relation qu'il entretient avec les professionnels de santé. Je reste convaincu que

les réserves que l'on peut entendre sur la fragilisation du secret médical ne sont pas justifiées. Le secret médical demeure – et doit demeurer – un principe général et absolu de notre profession, et le DMP ne devrait rien changer à cet état de fait.

intégrer la compatibilité du logiciel métier aux critères du nouveau forfait structure mis en place en 2016. En fin d'année dernière, 146 logiciels avaient vu leur compatibilité au DMP officiellement homologuée. Les professionnels dont le logiciel métier n'est pas à jour peuvent accéder aux DMP de leurs patients par Internet, dès lors qu'ils disposent d'un lecteur de carte CPS.

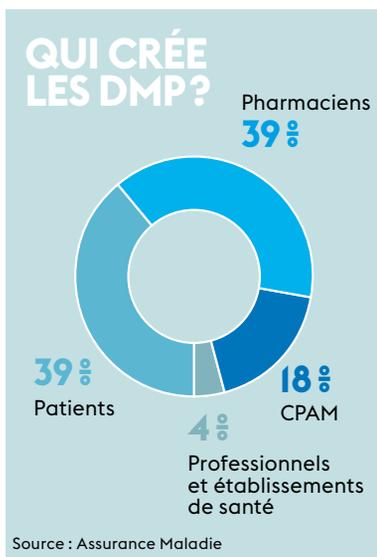
santé de leur choix à y accéder... Seul le médecin traitant aura également accès à tout. « Si le DMP ne se substitue en aucun cas au dossier médical, sa généralisation représente néanmoins une évolution notable dans la relation que le patient entretient avec son histoire médicale et avec ses données de santé », résume le D<sup>r</sup> Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général au Numérique.

### Des patients demandeurs

En repensant le dispositif, les pouvoirs publics ont souhaité répondre à une « demande croissante de responsabilisation des patients qui ne veulent plus être réduits à un rôle passif dans la construction de leur parcours de soins », ainsi que l'a souligné Agnès Buzyn lors de la conférence de presse du 6 novembre 2018. « Dans leur grande majorité, les Français attendent un outil de centralisation en ligne de leurs données de santé. Le DMP tel qu'il est proposé suscite a priori une large adhésion », confirme de son côté Fèreuze Aziza, chargée de mission Assurance maladie à France Assos Santé. Titulaires de leur dossier, les usagers ont désormais la main sur celui-ci : ils peuvent créer, consulter et alimenter le DMP en ligne ou via une appli, autoriser les professionnels de

### Un vrai plus pour la coordination des soins

S'il répond à une demande de responsabilisation croissante de la part des patients, le DMP apparaît également comme un rouage indispensable de la coordination et de la continuité des soins. « Son usage dépendra en grande partie de son contenu, remarque le D<sup>r</sup> Jacques Lucas. En y versant dès l'ouverture l'historique des remboursements (médicaments remboursés, séjours hospitaliers et actes techniques effectués), l'Assurance Maladie garantit un premier niveau d'usage. Par la suite, si chaque professionnel de santé qui intervient dans la prise en charge du patient intègre ses propres données, la base de connaissances disponibles pour chaque individu va rapidement s'enri-



phage et décourageante. Quand l'Assurance maladie a repris le flambeau du déploiement du DMP, il lui a fallu résoudre une difficulté technique majeure : l'interopérabilité du DMP avec les logiciels métier. Pour inciter les éditeurs de logiciel à agir, elle a

## REPORTAGE

## Maison de santé

# Un partage des données médicales nécessaire

**Dans le Finistère, une trentaine de professionnels réunis au sein d'une maison de santé multisites partagent les données médicales de leurs patients pour une meilleure prise en charge. Quelques règles simples permettent de préserver le secret médical.**

En 2012, le D<sup>r</sup> Steven Guyader, tout juste diplômé, pose son stéthoscope à la maison médicale d'une petite commune rurale, Châteauneuf-du-Faou, hébergeant quatre médecins. « *Je voulais exercer en équipe, ne pas être isolé* », se souvient le jeune généraliste. Mais le D<sup>r</sup> Steven Guyader veut (encore) plus de liens et d'échanges. Il rejoint l'association des professionnels de santé du pays Dardoup, qui regroupe aujourd'hui huit médecins, vingt infirmiers, trois pharmaciens, un podologue, une kinésithérapeute, une diététicienne et un biologiste. Tous réunis dans la maison de santé multisites du pays Dardoup, qui couvre Plonévez-du-Faou, Spézér, et Châteauneuf-du-Faou. « *Très vite, nous avons ressenti le besoin de partager les informations médicales de nos patients pour mieux coordonner leur prise en charge* », explique le D<sup>r</sup> Guyader. L'association opte pour un logiciel, Cegedim, dédié aux maisons de santé pluriprofessionnelles.

### Mieux connaître ses patients

Prenons l'exemple d'un patient diabétique soigné par le D<sup>r</sup> Guyader, une infirmière, un pharmacien, le podologue et la diététicienne. En quelques clics, ils peuvent accéder à ses antécédents, ses comptes rendus de consultation, ses résultats de prises de sang, ses allergies médicamenteuses, ses autres pathologies, les courriers des spécialistes, etc. Et chacun complète le dossier après les consultations. « *Je surveille à distance l'évolution de la maladie, j'évalue les soins paramédicaux, j'établis des compléments de prescription si nécessaire* », précise le D<sup>r</sup> Guyader. Les infirmiers peuvent prendre et envoyer des photos, partager des documents, demander l'avis de médecins. Les professionnels de santé estiment mieux connaître leurs patients, et ainsi mieux les



Les professionnels autorisés ne doivent accéder qu'aux seules données strictement nécessaires à la prise en charge de leur patient.

soigner. Ces derniers ont été informés de ce partage d'informations privées. Un seul s'y est opposé. « *Ils ont le sentiment d'être suivis par une équipe de soins* », témoigne le D<sup>r</sup> Steven Guyader, aujourd'hui président de l'association.

### Garde-fous

Pour préserver le secret médical, des garde-fous existent. L'accès aux données est réservé aux seuls professionnels en charge du patient. Et encore, ils ne consultent que les informations médicales nécessaires à l'exercice de leur mission. Autrement dit, le podologue n'a pas accès aux examens qui ne le concernent pas, comme la consultation d'un psychiatre par exemple. Un historique de consultation des dossiers est également disponible. Au final, tous vantent les mérites de ce partage d'informations. Sont-ils prêts à passer au DMP? Pas vraiment. « *Il nous est encore impossible de synchroniser nos dossiers patients dans le DMP. Il faudrait ressaisir les données, ce qui demanderait trop de temps.* » Autre obstacle, de taille : aucun patient de la maison de santé multisites du pays Dardoup n'a encore activé son DMP.



TÉMOIGNAGE

**Dr Laurent Tréluyer**, directeur des systèmes d'information de l'AP-HP

« À l'hôpital, le DMP est dans les starting-blocks »

Dans quelques semaines, les établissements de l'AP-HP seront en mesure de faire converger les flux de données des dossiers patients informatisés vers les DMP. Les tests de comptabilité entre les deux systèmes d'information ont été menés avec succès et nous attendons juste l'agrément de l'éditeur de notre applicatif métier par le Centre national de dépôt et d'agrément qui dépend de l'Assurance maladie. Quand il sera certifié, les comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus opératoires et les lettres de liaison pourront être implémentés automatiquement dans les DMP des patients sans action spécifique du personnel hospitalier, même s'ils continueront, bien sûr, à être transmis par messagerie sécurisée. Les choses avancent également en ce qui concerne la consultation des DMP, dont nous savons qu'elle pourra être très utile aux professionnels des urgences et du Samu ainsi qu'aux anesthésistes. Nous sommes ainsi en train de déployer 40 000 lecteurs de cartes CPS pour que les intervenants des équipes de soins puissent accéder aux dossiers des patients. D'ici à la fin de l'année, nous souhaitons également pouvoir mettre en place un système de notification qui permettrait aux professionnels d'être avertis quand de nouveaux documents sont versés aux DMP.

...> chir, et le DMP devrait permettre de réduire les risques d'interactions médicamenteuses et d'éviter la prescription d'exams ou de traitements inutiles... » Mais il faudra sans aucun doute aller plus loin. Généraliste à Amboise (Indre-et-Loire), le D<sup>r</sup> Jean-Michel Lemette est, lui, convaincu qu'un DMP ne sera véritablement exploitable que si le médecin traitant y intègre un volet de synthèse médicale, constitué à partir du logiciel métier, qui rassemble les antécédents médico-chirurgicaux, les informations sur les pathologies chroniques, les allergies et les traitements de fonds suivis par le patient. « Ces informations seront particulièrement utiles aux médecins de garde, aux urgentistes, aux anesthésistes, sans oublier les médecins généralistes qui reçoivent la visite d'une personne en vacances ou qui récupèrent les patients d'un confrère parti à la retraite. » « Mais il faut aussi entendre le point de vue des praticiens, qui sont déjà confrontés à des plannings quotidiens très chargés,

remarque le D<sup>r</sup> Jacques Lucas. Dans les cas de polyopathologies ou de situations complexes impliquant plusieurs intervenants, la constitution de ce volet de synthèse sera indéniablement chronophage... Si les pouvoirs publics veulent que le DMP serve efficacement le "virage numérique" tant attendu au niveau de notre système de soins, la question de la rétribution de cet acte devra rapidement être examinée... »

**Un process d'habilitation repensé**

Dans l'ancienne mouture du DMP, la politique d'habilitation restreignait les informations accessibles dans le DMP à certaines professions. « Ainsi, les pharmaciens n'avaient pas accès aux comptes rendus d'imagerie, explique le D<sup>r</sup> Jacques Lucas, Or ils peuvent en avoir besoin par exemple quand le médecin a prescrit une orthèse à son patient. Avec la nouvelle grille d'habilitation, ces contraintes ont disparu : à quelques exceptions près (pédicures-podologues, audio-

prothésistes...), les différents professionnels de santé – et du secteur médico-social – ne sont plus habilités en fonction de leur profession mais individuellement par les patients eux-mêmes. » Lesdits professionnels ne doivent cependant accéder qu'aux seules données strictement nécessaires à la prise en charge du patient, sachant que l'ensemble des accès et actions sur un DMP est tracé dans le système informatique et que ces traces sont consultables par le titulaire du dossier. « Par ailleurs, il est très important de souligner que ni les médecins du travail ni les médecins-conseils de l'Assurance maladie ou des compagnies d'assurances n'ont accès au dossier médical partagé. Tout accès en dehors des règles précitées serait illégitime et passible d'une sanction financière au titre du RGPD et de la loi Informatique et libertés. Des poursuites pénales pourraient également être engagées, sans préjudice des sanctions qui pourraient être prononcées par les juridictions >...

.....» disciplinaires de l'Ordre », ajoute le D<sup>r</sup> Jacques Lucas.

### Une sécurité assurée

« La confidentialité et la protection des données préoccupent les patients, mais le fait que l'Assurance maladie pilote le dispositif et que l'hébergeur de données cryptées soit agréé par le ministère en charge de la Santé sont des facteurs rassurants », note Féreuze

Aziza. « Mais, pour autant, certains confrères font part de leurs craintes vis-à-vis de la sécurité du système, agitant le spectre d'un piratage à grande échelle, souligne le D<sup>r</sup> Jacques Lucas. Je tiens cependant à rappeler qu'il n'y a jamais eu de souci avec le dossier pharmaceutique en dix ans d'existence! » Par ailleurs, tout titulaire d'un DMP dispose d'un « droit de masquage » qui lui permet de rendre

inaccessibles les informations qu'il désire conserver confidentielles. Ces dernières demeurent toutefois accessibles aux professionnels de santé qui les ont déposées dans le DMP, ainsi qu'au médecin traitant.

+ d'infos : [www.dmp.fr](http://www.dmp.fr)



## Point de vue extérieur

Féreuze Aziza, chargée de mission Assurance maladie à France Assos Santé

### « Les Français adhèrent et souhaitent l'engagement des professionnels »

#### Que sait-on des attentes des Français vis-à-vis du DMP?

En octobre dernier, quelques semaines avant le déploiement du nouveau DMP, France Assos a piloté une enquête en ligne menée auprès de 1001 personnes pour sonder le ressenti et les attentes des usagers vis-à-vis du dispositif. Les résultats montrent que le DMP était à ce moment-là encore largement méconnu : seul un quart des personnes interrogées ont déclaré en avoir déjà entendu parler. Pour autant, 70% des répondants se sont dits d'emblée intéressés par le principe de centralisation des données médicales. Et après présentation des principales fonctionnalités du DMP, l'intérêt a grimpé à 85%, c'est un signal très positif.

#### Quelles sont les raisons de cette adhésion massive?

Nous avons identifié deux motivations principales. La première tient à la possibilité de disposer enfin d'un accès unique à des données centralisées et exhaustives, ce qui représente une avancée non négligeable quand on sait qu'un Français sur trois ne disposait jusqu'à présent d'aucun support ou relais regroupant leurs informations personnelles issues des consultations et actes médicaux réalisés et qu'un autre tiers avait recours à un archivage manuel. Le second levier d'adhésion réside dans le fait que les usagers pensent que le DMP pourra leur permettre de bénéficier d'une meilleure coordination des soins, notamment en cas d'urgence. Ils plébiscitent aussi le fait de ne plus avoir à répéter leurs antécédents médicaux à chaque fois qu'ils consultent un nouvel intervenant...

#### Quid des questions liées à la sécurité et au secret médical?

Ce sont des questions importantes. Le fait que le DMP soit porté par un acteur public comme l'Assurance maladie est une garantie de confiance, jugée plus rassurante que le

recours à un opérateur privé, en particulier sur la question de la sécurité et de l'usage des données personnelles, qui s'avère être un point de vigilance largement partagé. L'hébergement des données dans un « Fort Knox » ultra-sécurisé, la mise en place de codes à usage unique pour les connexions et la traçabilité des consultations sont aussi des signaux jugés positifs. Enfin, les usagers apprécient d'être seuls à la manœuvre en ce qui concerne les grandes décisions relatives au DMP (création, autorisation d'accès, fermeture...).

#### Quelques mois après le début de ce déploiement, quels sont les premiers retours d'expérience?

Nous avons reçu d'assez nombreux témoignages évoquant des difficultés à faire remplir le DMP par les professionnels de santé. Les patients font remonter des réticences justifiées par un manque de logiciels métier compatibles et par le caractère chronophage de l'intégration des données dans le DMP. Les discussions que je peux avoir avec les professionnels de santé qui sont familiarisés avec le DMP semblent pourtant indiquer que la gestion quotidienne est assez simple. Mais une chose est sûre : si les DMP ne sont pas alimentés autrement que par les données issues de l'Assurance maladie, l'intérêt sera finalement assez limité! C'est pour cela que France Assos Santé invite les patients à intégrer eux-mêmes leurs informations personnelles importantes – allergies et antécédents médicaux – et à inciter les professionnels de santé qu'ils consultent à entrer dans l'ère de la centralisation partagée... Les attentes sont là et je suis convaincue pour ma part que le mouvement vers plus de démocratie en santé, dont le DMP est partie prenante, ne pourra pas être arrêté.

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24. spécial élections**

- Appel à candidatures pour le renouvellement par moitié du Conseil national de l'Ordre des médecins
- Résultats des élections des conseils régionaux de l'Ordre des médecins

## **28. pratique**

- Les certificats demandés pour les mesures de protection juridique
- Vaccination et contre-indication

## **30. vos questions / nos réponses**

La PrEP VIH : quel protocole ?



**[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**

**Retrouvez votre information de référence sur le site de l'Ordre des médecins**

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace Médecin
- Les rapports et les publications de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires

# Appel à candidatures pour le renouvellement par moitié du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Le Conseil national de l'Ordre des médecins procédera aux élections pour le 3<sup>e</sup> renouvellement par moitié de ses membres le jeudi 20 juin 2019.**

Suite aux nouvelles dispositions du code de la santé publique visant notamment à mettre en œuvre la réforme territoriale et à prévoir la parité au sein des Conseils de l'Ordre, les élections des Conseils de l'Ordre sont désormais organisées par binômes femme-homme et la composition du Conseil national a été modifiée (**augmentation numérique et suppression des membres suppléants**).

Conformément aux dispositions du II de l'article 12 du décret n° 2017-1418 du 29 septembre 2017 portant adaptation du régime électoral des ordres des professions de santé, les mandats des Docteurs BUREAU (Normandie), CRESSARD (Centre-Val de Loire), LEGMANN (Île-de-France), MOURGUES (Nouvelle-Aquitaine), MUNIER (Grand Est), OUSTRIC (Occitanie) et SIMON (Bretagne) sont prorogés de 3 ans. Ainsi, les membres sortants sont les Docteurs FAROUDJA (Aquitaine), GERARD-VARET (Bourgogne), AHR (Champagne-Ardenne), LEOPOLDI (Corse), LEON (IDF – Essonne), DESEUR (IDF – Seine-et-Marne), LE DOUARIN (IDF – Val-de-Marne), BOURHIS (IDF – Val-d'Oise), ELLENA (Franche-Comté), STOVEN (Nord-Pas-de-Calais), LUCAS et WILMET (Pays de la Loire), ARNAULT (Poitou-Charentes), ARBOMONT (Provence-Alpes-Côte d'Azur), LABARRIERE et PARRENIN (Rhône-Alpes), ABDULLA (suppléant, La Réunion), BERAL (titulaire, La Réunion), BOREL (suppléant, Guadeloupe), MOZAR (titulaire, Guadeloupe).

Conformément aux nouvelles dispositions de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, sont à pourvoir :

- 2 binômes (soit 4 sièges) pour la région **Auvergne-Rhône-Alpes**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Bourgogne-Franche-Comté**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Corse**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Hauts-de-France**,
- 2 binômes (soit 4 sièges) pour la région **Île-de-France**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Nouvelle-Aquitaine**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Pays de la Loire**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **Antilles-Guyane**,
- 1 binôme (soit 2 sièges) pour la région **La Réunion-Mayotte**.

## Dépôt de candidature

Les candidats se font connaître par **lettre recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (4 rue Léon Jost - 75855 PARIS Cedex 17).

La candidature peut également être déposée au siège du Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection**. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mardi 21 mai 2019 à 16h00** (article R. 4125-6 du code de la santé publique).

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

Les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au Conseil national dans les délais requis.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site Internet du Conseil national (<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3007>) ou sur papier libre. Cette déclaration de candidature peut être faite :

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

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

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

## Profession de foi

Chaque binôme a la possibilité de rédiger, à l'attention des électeurs, une profession de foi qui sera pho-

tocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le Conseil national fera parvenir aux électeurs (articles R. 4125-7 et R. 4125-1-1 du code de la santé publique).

Le binôme ne dispose que d'une page au format de 210 x 297 mm (format A4) pour présenter sa profession de foi, dont la rédaction peut être commune ou séparée.

Cette profession de foi rédigée en français, en noir et blanc, avec ou sans photographie au format identité, ne peut être consacrée qu'à la présentation du binôme de candidats au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique.

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

Elle doit être rédigée sur une feuille séparée de la déclaration de candidature et doit mentionner les noms et prénoms des candidats du binôme. La profession de foi du binôme devra parvenir au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon Jost – 75855 PARIS Cedex 17) au plus tard le **21 mai 2019 à 16h00**.

### Retrait de candidature

Le retrait de candidature par un binôme de candidats ou l'un des membres du binôme ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi du matériel de vote.

Il est notifié au Conseil national soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du code de la santé publique).

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

### Éligibilité

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

2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :

- de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (article L. 4125-9 du code de la santé publique);
- inscrits au tableau d'un des conseils départementaux du ressort de la région ou de l'interrégion concernée par l'élection. Les deux membres d'un binôme peuvent être inscrits à des tableaux de deux conseils départementaux différents de la région ou interrégion;
- à jour de leur cotisation ordinale (article R. 4125-3 du code de la santé publique).

**Les membres sortants sont rééligibles (article R. 4125-5 du code de la santé publique).**

**Ne sont pas éligibles**, conformément aux articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale :

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

### Électeurs

Sont électeurs, pour chacune des régions ou interrégions concernées par l'élection, les membres titulaires des

conseils départementaux du ressort de la région ou de l'interrégion.

### Le vote

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon Jost – 75855 PARIS Cedex 17). Il peut également y être déposé.

Il prendra fin le jour de l'élection, le **jeudi 20 juin 2019 à 18h00**. Tout bulletin parvenu après 18h00 n'est pas valable (article R. 4125-11 du code de la santé publique).

### Le dépouillement

Il est public et aura lieu sans désenvelopper le **jeudi 20 juin 2019 à 18h01** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon Jost – 75017 PARIS).

Les résultats seront proclamés par région ou interrégion : les binômes de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de sièges à pourvoir seront déclarés élus. En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article R. 4125-17 du code de la santé publique).

**La durée des mandats est de 6 ans.**

### Délai de recours

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

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

# Résultats des élections des conseils régionaux de l'Ordre des médecins

## Conseil interrégional des Antilles-Guyane

**Guadeloupe** : CANOPE David, CLAIRVILLE ETZOL Sonia, PIERROT-MONTANTIN Monique, VERT-PRE Félix.

**Guyane** : CASTOR Marie-Josiane, LOUPEC Roger-Michel, LOUVEL Dominique, PIERRE DEMAR Magalie.  
**Martinique** : BAPTE Paul-Émile, EDOUARD André, JEAN-ETIENNE Armelle, RICHARDSON Éliane.

## Conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes

**Ain** : BARADEL Jacques, CAVAILLES Catherine.

**Allier** : BETTAREL-BINON Catherine, HEUDRON François.

**Ardèche** : CARNIEL Marjorie, NAVETTE Jean-Michel.

**Cantal** : DANJOY Guillaume, TOUZERY-CHARREIRE Séverine

**Drôme** : MARING Aurélie, ZAMPA Philippe.

**Haute-Loire** : DUPRE Madeleine, VIALET Michel.

**Haute-Savoie** : CHAINTRON Lucie, HEILIGENSTEIN Daniel, KNOPF Jean-François, VERRIER Hélène.

**Isère** : CAUSSE Jean-René, FINET Pierre, KUENTZ-ROUSSEAUX Martine, TOMASELLA Catherine.

**Loire** : DELEAGE Catherine, GUILLAUBEY Colette, JOMAIN Guy-François, MILLON André.

**Puy-de-Dôme** : MORA Geneviève, ROUSSEL Edmond

**Rhône** : BRET Monique, GRAIN Frédérique, GRANET Georges, LOUIS Bernard.

**Savoie** : GROSJEAN Juliette, VITTOZ Philippe.

## Conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté

**Côte-d'Or** : FRAISSE Adeline, GERARD-VARET Jean François, GIROUD-BALEYDIER Françoise, HONNART Didier.

**Doubs** : BADET Cécile, BADET Jean-Michel, RACHIDI-BERJAMY Fatima, ROBERT Gilles.

**Jura** : ELHANI Michel, PEPIN Évelyne.

**Nièvre** : BOUZAT Michèle, TAUPENOT David.

**Saône-et-Loire** : CUSIN Françoise, ESCANO Gérard.

**Territoire de Belfort** : GRUDLER Sophie, MERCELAT Yves.

**Yonne** : AZAIEZ Nadia, GERMOND Gérard.

## Conseil régional de Bretagne

**Côtes-d'Armor** : LE NOAN Élisabeth, LIECHTMANEGER-LEPITRE Nicolas.  
**Finistère** : ETIENNE Édith, GUIAS Bruno, LARROCHE Ytaf, LE HER Michel.

**Ille-et-Vilaine** : BADOUL André, HENRY Anne, KERSAUDY Yann, LE MAGADOUX Françoise.

**Morbihan** : DELAHAYE Jean-François, LE COSSEC Marie-Pierre.

## Conseil régional du Centre-Val de Loire

**Cher** : CLASQUIN Maryse, ENGALENC Dominique.

**Eure-et-Loir** : FAUCHIER Véronique, PETIT Patrick.

**Indre** : DE TAURIAC Yves, LE LIBOUX Sylvaine.

**Indre-et-Loire** : HUBICHE Michèle, HUTEN Noël.

**Loir-et-Cher** : FAUVEAU Luc, MOTTEAU Clara.

**Loiret** : CARRE Victoria, EUGENE Gérard.

## Conseil régional de Corse

**Corse du Sud** : ANTONINI Danielle, CANARELLI Jean, CRESP Jean-Marc, MOZZICONACCI Michel, ORSONI Vanina, ZECCHI-CABANES Angélique.  
**Haute-Corse** : BELGODERE Danièle, CAMPANA Christian, MAMELLI Guy, MANZI Bruno, MARTELLI LUCIANI Jeanne, PAPADACCI Madeleine.

## Conseil régional du Grand Est

**Ardennes** : BAZELAIRE Jean, BUYSSE Véronique.

**Aube** : BENFATTO Angela, MACZYTA Éric.

**Bas-Rhin** : FAVREAU-LAZARUS Marie-Madeleine, KALINKOVA Ludmilla, LETZELTER Jean-Marie, UETTWILLER Thierry.

**Haut-Rhin** : CERFON Jean-François, PELLENQ-ZEMEK Élisabeth, RACAMIER Éliane, SPINDLER Didier.

**Haute-Marne** : DIEUDEGARD Marie-Christine, LASSALLE Claude.

**Marne** : FAUPIN Jean-Marie, SALMON-EHR Véronique.

**Meurthe-et-Moselle** : ABEL-DECOLLOGNE Fabienne, ABRAHAM-BENDELAC Éliane, BRESLER Franck, ROYAUX Vincent.

**Meuse** : DELEAU-PREVOTEAU Jacqueline, WERNER Bruno.

**Moselle** : BALAND-PELTRE Karine, CHRISTIAN Bernard, LAURAIN Jean-Louis, RENKES Isabelle.

**Vosges** : CLEMENCE Anne, MOLINE Jacques.

## Conseil régional des Hauts-de-France

**Aisne** : LECUYER Damien, LECUYER Emmanuelle.

**Nord** : BESSON Rémi, FLORENT-BRUANDET Caroline, LAMBERT Isabelle, LEFEBVRE-IVAN Martine, MOORE Solange, PLATEL Jean-Philippe, POTTIER Kathy, ROUSSEL Franck, TRINH Nu-Huyen-Tran, VERRIEST Olivier, VOGEL Marc, WARTEL Philippe.

**Oise** : BONDU Grégory, GAROUTE Fabienne, GLAISE Florence, VERON Philippe.

**Pas-de-Calais** : GASLAIN-DE WINTER Francine, JONNIAUX-NOEL Géraldine, KAZUBEK Georges, MEURIN Francis, OLLIVON Judith, VANDERMERSCH Jean.

**Somme** : MONTPELLIER Dominique, RINGARD Dominique, SOTTEAU Béatrice, THOMAS-AUTRET Élise.

## Conseil régional d'Ile-de-France

**Essonne** : ANTOGNARELLI-DUBREUIL Léna, LEFORT Éric, LEON André, LUCHOUMAN Geenam.

**Hauts-de-Seine** : CARDEY Jacques, HUGUE Christian, REA Mireille, THYS Véronique.

**Seine-et-Marne** : GARAT Philippe, SIRET Claire.

**Seine-Saint-Denis** : BARGUI Fatima, CHARNAUX Nathalie, FONTENOY Jean-Luc, MARLAND Xavier.

**Val-d'Oise** : DURANTON Sandrine, RIGAUT Xavier.

**Val-de-Marne** : BUES Christine, LECABLE Patrick, MARGENET-

BAUDRY Alain, SONTAG Christelle.  
**Ville de Paris** : AVRANE Jean-Jacques, BAILLARGEAT Marc, CACOUB-OBADIA Nathalie, COROIR Marine, GASMAN Yaël, LOUIS-VAHDAT Christine, SABBAAH Abraham, ZERAT Jean-Claude.  
**Yvelines** : BERTRANDON Laurence, CHARDIN Éric, DEVYS Pierre-Yves, SAINT GEORGES Béatrice.

#### Conseil régional de Normandie

**Calvados** : ARROT Xavier, PAPIN-LEFEBVRE Frédéric.  
**Eure** : MARGUIER Messaouda, MARX Alain.  
**Manche** : DESREUX Maryvonne, MICHEL Thierry.  
**Orne** : ANZALONE Marc, GUIBOURG Françoise.  
**Seine-Maritime** : CLERGEAT François, DIDIER Agnès, DUSANTER Alexis, PROUX Alice.

#### Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

**Charente** : BACQUART Michel, BURGUN-BENOIT Corinne.  
**Charente-Maritime** : BONNARD Pascal, FAZILLEAUD Béatrice, HEBERT Marie-Thérèse, LE BRUN Bernard.  
**Corrèze** : BEAUBATIE Christophe, LATHIERE Nicole.  
**Creuse** : CHATA Georges, DRYKA Catherine.  
**Deux-Sèvres** : OUALI Larvi, TURGNE Marianne.  
**Dordogne** : HAMMEL Bruno, ROUSSEAU Anne.  
**Gironde** : BOULON Sophie, DOMBLIDES Philippe, FONTANGES-DARRIET Marianne, GUEZ Stéphane, MERCIÉ Patrick, MOLLAT Constance.  
**Haute-Vienne** : BOUVIER Stéphane, CASTILLON Martine.  
**Landes** : DUBROCA Jean-François, LAGRAVE Françoise.  
**Lot-et-Garonne** : GRANERI Florence, MAILLARD Laurent.  
**Pyrénées-Atlantiques** : CAZENAVE François, GRANGE Jean-François, HARMANT Sylvie, MIREPOIX Monique.  
**Vienne** : BIRAULT François, PERAULT-POCHAT Marie-Christine.

#### Conseil régional d'Occitanie

**Ariège** : GUINTOLI-CENTURI Catherine, GUITER Hervé.  
**Aude** : AMIEL Valérie, ROUVIERE Pierre.  
**Aveyron** : DE LABRUSSE Didier, RIBIER Hélène.  
**Gard** : ARTHAPIGNET Christine, BALDUCCHI Claudine, CHAZE Jean-Paul, KEZACHIAN Bruno.  
**Gers** : CHEVALLIER Anne, MANAUD François.  
**Haute-Garonne** : BOUSSATON Michel, DURAND Joëlle, MICHOT-CASBAS Maïlys, THEVENOT Jean.  
**Hautes-Pyrénées** : CLEDAT-WENDEL Catherine, ROBERT Christian.  
**Hérault** : CABANEL Bernard, CATHALA Philippe, HARMAND-ICHER Hélène, MENJOT DE CHAMPFLEUR Sophie.  
**Lozère** : DAUDE Pierre-Etienne, DOUSSE-DOUET Muriel.  
**Pyrénées-Orientales** : COUSSOLLE Pierre, DORION Véronique.  
**Tarn** : GARAVANA Régine, MOULIN Etienne.  
**Tarn-et-Garonne** : LAFARGUE Max, ROSSIGNOL Marie-Christine.

**Conseil régional des Pays de la Loire**  
**Loire-Atlantique** : ALLAIN-VEYRAC Gwenaëlle, CARLIER Luc, DUPRE Maryse, EVRARD Eric-Jean.  
**Maine-et-Loire** : COTTINEAU Christian, ROGER Marie-Cécile.

**Mayenne** : DIMA François, SALVATO Marie-Christine.

**Sarthe** : ALEMANY Jean-Michel, ARTRU Laure.

**Vendée** : BRANTHOMME Emmanuel, TARDIVEL-RAIMONDEAU Pascale.

#### Conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Alpes-Maritimes** : BARETGE Jean, BODA Mireille, CAEL Hervé, CASELLES Didier, LEPLUS ALLEGRIINI Élise, REGI Jean-Claude, ROSSANT-LUMBROSO Jacqueline, SAUZE Stéphanie.  
**Alpes-de-Haute-Provence** : BOUVIER Francis, QUENETTE Pascale.  
**Hautes-Alpes** : MAGALLON Jean-Pierre, SACCHETTI Myriam.  
**Var** : DAVID Gilbert, ISNARDON Nelly, JOUAN Pierre, LECUYER Julien, PALLIER Laurence, VEYSSIERE-BERTRAND Catherine.  
**Vaucluse** : BRUNET Jean-Yves, GROS Marthe, GUEROULT Isabelle, TAMISIER Serge.

#### Conseil interrégional de La Réunion-Mayotte

**Mayotte** : DE MONTERA Anne-Marie, PELOURDEAU Thierry.  
**La Réunion** : AMAOUCHE Amar, ANDRIOLO Elena, BROCHOT Yeganeh, DOMERCQ Alain, GUERY Sophie, GUISERIX José, MOGALIA Hanna, ONDE Georges, STOJCIC Irène, VASSAS Frédéric.

## RÉSULTATS DES ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

### Conseil départemental du Nord - 03/03/2019

**Sont élus titulaires** : BALOIS Maxime, BESSON Rémi, BODEIN-MARTIN Isabelle, DESSIRIER Corine, GHEYSENS Pascal, GILSKI Jocelyne, LEGRAND Anne-Sophie, LEROUGE Patrick, NOTRE DAME-BONIFACE Marjorie, ROUSSEL Franck, TILLY-DUFOUR Anita, WARTEL Philippe.

**Sont élus suppléants** : BASSERY Françoise, CHARANI Charles, DEGREMONT Julien, DUMEZ Célia, FACON Alain, LANSLAUX-CAPPELAERE Amélie, LEBLAN Catherine, LOEZ François, PEREZ Noémie, SPELEERS Laurent, VERCAMBRE Margaux, WATTINNE Timothée.

# Les certificats demandés pour les mesures de protection juridique

Lorsqu'une personne est dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles, de nature à empêcher l'expression de sa volonté, **elle peut bénéficier d'une mesure de protection juridique.**

## Demande d'ouverture d'une mesure de protection juridique

La demande d'ouverture d'une mesure de protection juridique est adressée au juge des tutelles et doit être accompagnée d'un certificat médical circonstancié.

Ce certificat médical circonstancié ne peut être établi que par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République, qui peut solliciter l'avis du médecin traitant de la personne qu'il y a lieu de protéger. Le coût de ce certificat est actuellement de 160 euros.

Le certificat est remis par le médecin au demandeur sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles. Au prononcé de la mesure, le juge fixe sa durée sans que celle-ci puisse excéder cinq ans. Pour les mesures de tutelle, le juge peut fixer une durée plus longue, mais n'excédant pas dix ans.

Si une mesure n'a pas été renouvelée avant l'expiration du délai fixé dans le jugement d'ouverture par le juge des tutelles, celle-ci prend fin automatiquement.

Tout médecin peut donc être sollicité pour établir des certificats médicaux pour accompagner des demandes de renouvellement, d'allègement ou de

levée d'une mesure de protection juridique.

Le juge peut également, à tout moment, mettre fin à la mesure, la modifier ou lui substituer une autre mesure.

## Renouvellement de la mesure à l'identique (sans aggravation du régime de protection)

Dès lors qu'il n'est pas envisagé d'aggraver le régime de protection et que l'audition du majeur protégé peut utilement avoir lieu, le juge des tutelles peut renouveler la mesure de protection pour une même durée au vu d'un certificat médical établi par tout médecin.

On admet que le médecin traitant établisse, à la demande du majeur protégé ou de la personne en charge de la mesure avec son accord, ce certificat en indiquant seulement que l'état du patient n'est manifestement pas susceptible de connaître une amélioration, selon les données acquises de la science.

Dans ce cas, il est indispensable que le médecin traitant se voie communiquer le certificat médical circonstancié établi lors de l'ouverture de la mesure et mentionne si les constatations faites à l'époque restent ou non pertinentes.

Le médecin traitant doit limiter ses réponses ou récuser son concours au profit de tout autre médecin.

Le coût de ce certificat sera celui d'une consultation médicale normale.

## Allègement de la mesure

Si l'état de santé du majeur protégé justifie le maintien d'une mesure de protection juridique, mais que l'actuelle mesure n'est plus adaptée et a besoin d'être diminuée, un renouvellement avec allègement de la mesure sera demandé au juge des tutelles. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par tout médecin.

On peut admettre que le médecin traitant établisse, à la demande du majeur protégé ou de la personne en charge de la mesure avec son accord, ce certificat en indiquant que l'état du patient permet de lever ou d'alléger la mesure et en précisant sommairement les raisons qui l'y incitent.

Le coût de ce certificat sera celui d'une consultation médicale normale.

## Levée de la mesure

Si l'état de santé du majeur protégé ne justifie plus le maintien d'une mesure

## Vaccination et contre-indication

Le législateur définit la politique de vaccination afin de protéger la santé individuelle et collective. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, onze vaccins sont obligatoires pour les nourrissons. **Une mesure pas toujours acceptée par les parents.**

de protection juridique, une mainlevée de la mesure peut être demandée au juge des tutelles. Cette demande sera accompagnée d'un certificat médical établi par tout médecin.

On peut admettre que le médecin traitant établisse, à la demande du majeur protégé ou de la personne en charge de la mesure avec son accord, ce certificat en indiquant que l'état du patient permet de lever la mesure et en précisant sommairement les raisons qui l'y incitent.

Le coût de ce certificat sera celui d'une consultation médicale normale.

### Aggravation de la mesure

Dès lors qu'il est envisagé d'aggraver le régime de protection ou de renouveler la mesure pour une durée plus longue que le juge détermine, mais n'excédant pas vingt ans, seul le médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République sera sollicité.

Le médecin inscrit sur la liste du procureur de la République peut demander l'avis du médecin traitant du majeur protégé.

Le coût de ce certificat est actuellement de 160 euros.

### + d'infos :

Dossier « protection juridique » : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N155>

D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja et Julie Laubard, section Éthique et déontologie

### Références :

- Articles 431, 441, 442 du code civil,
- Article 1219 du code de procédure civile,
- Articles R.4127-76 et R.4127-105 du code de la santé publique,
- Article R.217-1 du code de procédure pénale.

**Les parents qui expriment leur refus de toute vaccination, pour des raisons qui leur sont propres mais qui ne relèvent pas de l'état de santé de leur enfant, sont dans l'illégalité.** Toute inscription d'un enfant en collectivité (crèche ou école notamment), nécessite la présentation d'un certificat de vaccination. Le Cnom conseille ainsi aux médecins confrontés à cette situation d'indiquer sur le carnet de santé de l'enfant que c'est à la demande des parents que celui-ci n'est pas vacciné et de porter cette information dans le dossier médical. Le médecin peut, par ailleurs, contacter la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (Crip) qui a pour mission d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont il peut bénéficier.

### Les risques

Comme tout citoyen, le médecin est dans l'obligation de respecter la loi. Si par convictions personnelles, il persuade des parents de ne pas faire vacciner leur enfant, son comportement est fautif.

En dehors de situations qui

restent exceptionnelles, le fait de ne pas vacciner un enfant engage sa responsabilité. Il peut alors recevoir des sanctions disciplinaires sur la base du non-respect des articles R. 4127-2, R. 4127-12, R. 4127-43 et R. 4127-49 du code de la santé publique.

Et si le médecin rédige un certificat de complaisance de contre-indication à la vaccination ou s'il signe le carnet de santé de l'enfant dans la partie vaccination alors que l'enfant n'a pas reçu les vaccinations obligatoires, il encourt des sanctions pénales pour faux et usage de faux.

### Le certificat de contre-indication

L'état de santé de l'enfant ou des circonstances très particulières liées à une pathologie familiale, permettent au médecin de rédiger un certificat de contre-indication médicale reconnue à la vaccination. Ce certificat ne peut viser toutes les vaccinations, qu'elles soient obligatoires ou recommandées, elle doit obligatoirement cibler une vaccination particulière. Par ailleurs, le médecin devra toujours être à même de justifier cette non-vaccination. Une contre-expertise peut en effet être réalisée.

Posez vous aussi vos questions  
à l'Ordre des médecins,  
conseil-national@cn.medecin.fr



# La PrEP VIH : quel protocole ?

Aujourd'hui, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) est insuffisamment utilisée pour endiguer l'épidémie de VIH qui sévit en France. **En cause notamment : une méconnaissance de cette stratégie de prévention.**

## Qu'est-ce que la PrEP ?

Depuis janvier 2016, l'usage du Truvada®, médicament jusque-là uniquement utilisé en curatif du VIH, est légalement possible en préventif, dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation. En mars 2017, une autorisation de mise sur le marché (AMM) a succédé à la RTU, et a ainsi permis à la prophylaxie pré-exposition (PrEP), par Truvada® ou par son générique, d'intégrer le dispositif de droit commun. Aujourd'hui, environ 6000 personnes bénéficient de cette stratégie. Un nombre très éloigné des « plusieurs dizaines de milliers de personnes » qui pourraient y avoir recours, selon les critères retenus dans les recommandations des experts, et insuffisant pour endiguer l'épidémie. Chaque année, 6000 à 7000 personnes découvrent leur séropositivité en France.

## À qui s'adresse la PrEP ?

La PrEP s'adresse à des personnes majeures (hommes et femmes) exposées à un haut risque de contracter le VIH. Cette prévention a pour but de réduire le risque d'être infecté. Il ne faut pas oublier qu'à la différence du préservatif, elle ne prévient pas les autres infections sexuellement transmissibles. Elle est un outil complémentaire de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH.

## Quel est le processus d'accès à la PrEP ?

Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) prévoit aujourd'hui que la première prescription est effectuée par les médecins hospitaliers expérimentés dans la prise en charge de l'infection au VIH ou par les médecins exerçant dans un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Sa mise en œuvre requiert un bilan et un suivi médical permettant de s'assurer de l'absence d'infection par le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), mais aussi de l'efficacité du médicament et de sa tolérance. Un accompagnement spécifique des personnes permet également d'améliorer l'adhésion au traitement et de réduire les risques associés à certaines pratiques sexuelles. Un mois avant une première prescription de la PrEP, un bilan est réalisé pour détecter une infection par le VIH et/ou une autre IST, rechercher une éventuelle insuffisance rénale et s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse en cours. À cette occasion, la personne est informée sur la nécessité d'éviter toute conduite à risque avant le début du traitement. Le jour de la prescription, un nouveau bilan de confirmation (statut VIH et grossesse) est nécessaire.

## Quel suivi est ensuite mis en place ?

Un suivi un mois après le début du traitement puis tous les 3 mois permet de réaliser un dépistage régulier du VIH et des autres IST, de surveiller la fonction rénale (principal effet indésirable grave de la PrEP) et de rechercher une grossesse. Le renouvellement de l'ordonnance peut être fait par tout médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel. En revanche, la prescription doit être refaite chaque année à l'hôpital ou en CeGIDD.

### + d'infos

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-truvada](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-truvada)  
La liste des Cegidd : <http://vih.org/cegidd/>

# culture médicale

*Les médecins ont aussi leurs maux à dire, sous la direction de Michèle Maury et Patrice Taourel, éd. Érès, 25 euros.*



## LES MÉDECINS ONT AUSSI LEURS MAUX À DIRE

Les médecins hospitaliers n'ont pas l'habitude de se plaindre. Leur vocation est de soigner les autres et non de se préoccuper de leur propre santé. Et pourtant burn-out, suicides et accidents professionnels ne sont pas rares. Au CHU de Montpellier, à la suite de la mort tragique d'un jeune médecin, un groupe « bien-être au travail » s'est créé dans l'objectif de valoriser l'expression du vécu du métier. Les difficultés relationnelles au sein des équipes médicales et le sentiment de non-reconnaissance sont apparus comme facteurs principaux de souffrance. Cela a conduit à des actions concrètes : amélioration des relations médecins-directeurs, ouverture d'une consultation spécifique pour les médecins, rédaction d'une charte des relations en équipe... Une expérience qui montre combien les échanges « en chair et en os » entre collègues sont les garants d'une coopération efficace et de la santé au travail. Médecins et directeurs en témoignent.

*Le petit livre des gestes qui sauvent, D' Suzanne Tartière, Sophie Bordet-Petillon, Marion Puech, éd. Bayard Jeunesse, 9,90 euros.*



## LE PETIT LIVRE DES GESTES QUI SAUVENT

Ce petit guide pratique, écrit en collaboration avec le D' Suzanne Tartière, médecin anesthésiste réanimateur au SAMU de Paris depuis plus de trente ans, a pour but de développer chez les jeunes le sens des responsabilités et l'esprit d'initiative, en leur permettant d'acquérir les connaissances, les capacités et les attitudes nécessaires pour porter secours au quotidien. Pour chaque accident évoqué, des conseils et gestes simples sont donnés par un médecin urgentiste. Pour chaque situation, le médecin explique pourquoi et comment il faut faire tel ou tel geste. Indispensable !



*Améliorer la qualité et le bien-être en Ehpad, Thierry le Brun, éd. Le Coudrier, 29,50 euros.*

## AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LE BIEN-ÊTRE EN EHPAD

Le travail en Ehpad s'est complexifié ces dernières années. Les établissements accueillent des résidents de plus en plus dépendants et la réglementation s'est étoffée sans que les moyens augmentent suffisamment. La qualité de vie des résidents comme celle des professionnels en pâtissent. Mener une démarche qualité permet d'agir localement à partir des besoins et des attentes des personnes âgées, en les impliquant, ainsi que leur entourage, et en redonnant du sens au travail des personnels. L'auteur le montre dans cet ouvrage complet, ponctué de situations rencontrées au fil de ses expériences.



*S.A.R.R.A. Une intelligence artificielle, David Gruson, éd. Beta Publisher, 12,99 euros.*

## S.A.R.R.A. UNE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Nous sommes en 2025. Une intelligence artificielle est chargée de trouver une réponse à un risque d'épidémie d'Ebola en plein cœur de Paris. Toutes les hypothèses circulent sur l'origine de la contamination, y compris celle du terrorisme biologique. La machine administrative, politique et médiatique est prête à s'emballer. Inévitable. Irréversible. Incontrôlable ? David Gruson, ancien conseiller du Premier ministre chargé de la Santé et directeur général de CHU, signe ici son premier roman et le premier polar bioéthique...



**D<sup>r</sup> Christophe Segouin,**  
chef du service de Santé publique, GHU Saint-Louis-  
Lariboisière-Fernand-Widal, responsable du CeGIDD<sup>1</sup>

## « La vocation médicale naît d'un rêve d'action »

« **Quand j'ai commencé mes études de médecine, un enseignant m'a dit cette phrase qui m'a marqué : "la vocation médicale naît d'un rêve d'action".** C'est de cette façon que j'envisage mon rôle de médecin de santé publique. Après mes études de médecine, j'ai fait Sciences Po, précisément pour acquérir une vision collective et politique de la santé. Ce qui me permet aujourd'hui de faire l'aller-retour entre l'individuel et le collectif. Je ne perds jamais de vue la réalité humaine en accueillant des patients en consultation. Mais je suis tout aussi passionné par l'organisation des soins et l'approche populationnelle. Une grande partie de mon activité se concentre au CeGIDD dont les missions ont été élargies à la santé sexuelle et reproductive en 2016. Cette approche globale, qui ne se limite plus au dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles, est beaucoup plus intéressante : j'ai en face de moi des personnes que j'écoute et que j'accompagne dans une prise en charge globale, en collaboration étroite avec les collègues de ville lors de consultations conjointes dans leur cabinet. Je travaille régulièrement avec eux, en particulier pour faciliter la diffusion de la PrEP<sup>2</sup>. L'équipe du CeGIDD travaille avec des associations pour prendre en charge les populations

précaires et exposées au risque de VIH : migrants, personnes en situation de prostitution, demandeurs d'asile LGBT. Entre le tiers et la moitié de ces derniers sont contaminés après leur arrivée sur le sol français et accèdent aux soins de façon erratique. Les amener à un suivi par un médecin traitant unique est un challenge et un enjeu de santé publique. Je suis toujours très touché par ces histoires de vie difficiles. Chaque situation individuelle me confronte aux limites de notre action. Toutefois, nous avons la chance de vivre dans un pays où les ressources existent, où les collaborations ville-hôpital sont possibles dans le cadre de relations de confiance, où on peut mobiliser les ressources sociales et s'appuyer sur un tissu social associatif dynamique. »

1. Les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) ont été mis en place à partir de janvier 2016, pour remplacer les CDAG (centres de dépistage anonyme et gratuit).

Pour en savoir plus : <http://vih.org/cegidd>

2. La PrEP (prophylaxie pré-exposition), est une stratégie de prévention du VIH qui consiste à prendre un médicament antirétroviral (anti-VIH) avant un rapport sexuel non protégé.

### parcours

**1987**

Docteur en médecine générale (université de médecine Paris 7-Diderot)

**1991**

Diplômé de l'Institut d'études politiques (Paris)

**2003**

Doctorat d'université (université de médecine Paris 7-Diderot)

**Depuis décembre 2015**

Président de la commission CVH du groupe hospitalier.

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016**

Directeur du CeGIDD. Activité sur trois sites : Fernand-Widal, Saint-Louis et une antenne dans un lieu communautaire, Kiosque-Checkpoint-Paris et dépistage (VIH et IST) hors les murs.



**Pour aller plus loin :**

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)