

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 53 | janv. - fév. 2018

## Sur le terrain

Chirurgie ambulatoire  
« Si tout va bien,  
écrivez TVB »

## Entretiens croisés

Enfants victimes de  
violences : mieux dépister  
pour mieux soigner



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

Dossier

Innovation en médecine  
**Une vision du futur**



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

Initiative territoire : des propositions concrètes et concertées pour la formation

## 06. en bref

- La cotisation 2018
- Stratégie nationale de santé : l'Ordre apporte sa contribution

## 08. sur le terrain

Chirurgie ambulatoire : « Si tout va bien, écrivez TVB »

## 10. e-santé

Téléconsultation et télé-expertise entrent dans le droit commun

## 11. ailleurs

- Assemblée générale de l'AMM : une nouvelle version du serment des médecins
- Changement climatique : les médecins mobilisés pour dénoncer les risques sur la santé

## 12. entretiens croisés

Enfants victimes de violences : mieux dépister pour mieux soigner

## le guide juridique

### 24. en bref

- Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles

### 25. vos questions / nos réponses

L'inscription à un service de prise de rendez-vous médical en ligne

### 26-30. pratique

- Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins
- Appel à candidatures pour une élection complémentaire à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte
- La personne de confiance
- La perte de capacité

## 31. culture médicale

### 32. rencontre

Dr Hélène Colombani, présidente de la Fédération nationale des centres de santé



## 16 Innovation en médecine : une vision du futur

Révolution de la chirurgie, traitements ultra-personnalisés, nouvelles biothérapies, diagnostics assistés, ère de la robotique et de l'intelligence artificielle... Jamais les questions soulevées par les bouleversements qui se produisent en médecine n'ont été si pressantes.

## restons connectés!



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

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre\\_medecins](https://twitter.com/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

## 2018, la nécessité de l'action

**L'année 2018 a débuté avec l'inauguration des nouveaux locaux du Cnom, en présence d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. Cette inauguration est riche en symboles.**

Symbole tout d'abord d'unité car l'ensemble des directions de l'institution sont désormais regroupées sur un site unique pour mieux vous accompagner au quotidien. Symbole également de rénovation puisque cet événement coïncide avec une évolution forte de l'Ordre : le renouvellement par moitié des conseils départementaux avec notamment les règles de parité et de limite d'âge.

Symbole enfin de la dynamique de changement de notre système de santé qui s'élabore depuis plusieurs mois dans un climat de dialogue et d'exigence avec l'ensemble des acteurs du monde de la santé. Nous sommes satisfaits de retrouver désormais, dans la Stratégie nationale de santé, de nombreux thèmes que porte l'Ordre depuis plusieurs mois : la nécessité de redonner aux médecins du temps médical, la prise en compte des singularités et des forces des territoires, la réforme de la formation médicale...

Nous attendons aujourd'hui plus de concret et, avant tout, les premières réponses pratiques pour les médecins dans leurs exercices.

Si l'année passée a été marquée par le renouvellement de nos représentants politiques, 2018 doit résolument être celle de l'action. Or notre système de santé pâtit depuis trop longtemps du manque de courage des gouvernements successifs. Il est temps aujourd'hui d'agir en profondeur. Pour nos pouvoirs publics, il faut désormais passer du dialogue à la prise de décisions qui, certes, peuvent parfois s'avérer délicates.

La mise en place des mesures qui permettront de refondre notre système de santé exige du courage et de l'audace... Du courage pour abattre les murs érigés par les vieilles habitudes et les défiances mutuelles. De l'audace pour enfin mettre en œuvre des solutions nouvelles fondées sur la confiance et le travail concerté.

C'est ainsi plein d'espoir et de détermination à la perspective d'une année d'actions et de changement, que je vous présente à chacun, ainsi qu'à ceux qui vous sont chers, mes meilleurs vœux pour 2018.

### **D' Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Directeur de la publication :** D' Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 0153893200.  
E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** D' Jacques Lucas - **Coordination :** Évelyne Acchiardi  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier  
**Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Mathilde Gayet, Laëtitia Colas - **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.



Initiative territoire

# Des propositions concrètes et concertées pour la formation

**La Conférence des doyens de médecine et l'Ordre des médecins viennent de rédiger conjointement une vingtaine de propositions** pour faire évoluer la formation des jeunes médecins. L'objectif : faire découvrir aux étudiants une plus grande diversité de types et de lieux d'exercice. Un véritable catalogue d'idées issu d'une large concertation avec les acteurs concernés...

**« Faire en sorte que la formation des médecins soit mieux adaptée aux enjeux actuels, notamment ceux liés à la démographie médicale dans les territoires... »** Tel est le but du document commun rédigé par le groupe de travail « Initiative territoire » coordonné par la Conférence des doyens de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). Une vingtaine de propositions concrètes ont ainsi émergé pour faire évoluer les trois cycles d'études. « *Il nous a paru important que les étudiants puissent découvrir dès le premier cycle ce que sera leur environnement professionnel* », souligne le D<sup>r</sup> François Arnault, délégué général des relations internes du Cnom et coordonnateur du groupe de travail avec le doyen Patrice Diot, de la faculté de médecine de Tours. « *Nous avons souhaité proposer un catalogue d'idées dont chacun pourra s'inspirer selon ce qui lui paraît pertinent compte tenu du territoire de couverture de sa faculté* », ajoute Patrice Diot.

## Un travail collectif

Ces propositions sont l'aboutissement d'une réflexion lancée en avril

2017 par la Conférence des doyens de médecine et le Cnom. Ont été invités à participer au groupe de travail tous les acteurs liés à la formation : syndicats d'étudiants, URPS, Fédération hospitalière de France, représentants de CME, de CH, de CHU, des enseignants en médecine, élus de collectivités locales, Observatoire national de la démographie des professions de santé... « *Cette initiative a été l'occasion de réunir des acteurs qui ne se parlaient pas tant que ça, d'apprendre à mieux se connaître, et finalement de créer une synergie autour d'une démarche pragmatique et intelligente qui vise à apporter des réponses concrètes aux questions liées à la démographie médicale* », explique Patrice Diot.

## Des propositions innovantes

Parmi les propositions fortes du document publié, la généralisation des stages à temps plein alternant avec des périodes d'enseignement facultaire dès le 2<sup>e</sup> cycle. « *C'est quelque chose qui n'est pas possible avec un enseignement facultaire quotidien. Donc à Tours, par exemple, nous sommes en train*

*d'aménager les temps d'enseignement à la faculté pour mettre cela en place, dès la rentrée 2018. Nous affecterons des étudiants dans les six départements de la région, dans des terrains de stage hors CHU mais qui sont aussi de grande qualité*, détaille Patrice Diot. *Cette mesure a deux effets synergiques : les patients des territoires déficitaires vont revoir des jeunes médecins, et les étudiants vont découvrir ou redécouvrir des territoires et des exercices qui pourront les séduire...* » Autre proposition forte : l'apprentissage très tôt du travail en équipe avec les autres professionnels de santé. « *L'idée est de faire découvrir aux futurs médecins comment fonctionne une équipe de soins, quels sont les métiers et les prérogatives de chacune des personnes qui la composent, comment organiser la prise en charge d'un patient...* Au final, leur faire comprendre ce que c'est d'être médecin », conclut François Arnault.

## L'ESSENTIEL DES PROPOSITIONS



# La cotisation 2018

Comme chaque année, conformément aux dispositions de l'article L.4122-2 du code de la santé publique, a été fixé le montant de la cotisation ordinale pour 2018 lors de la session budgétaire du 14 décembre 2017.

**Le Conseil national a décidé de porter le montant de la cotisation annuelle pour 2018 à 335 €.**

**Il a déterminé les quotités affectées à chaque échelon de l'Ordre national des médecins, à savoir :**

- > Quote-part départementale : 162 €
- > Quote-part régionale : 40 €
- > Quote-part nationale : 133 €

**La quote-part nationale se décompose comme suit :**

- > Gestion administrative du Conseil national : 122 € (sans changement)
- > Fonds d'harmonisation : 2 €
- > Fonds d'harmonisation Péréquation : 8 € (soit + 2 €)
- > Fonds de solidarité des médecins : 1 €

Il appartiendra à chaque conseil régional de fixer le montant néces-

saire au fonctionnement de la Chambre disciplinaire et du conseil régional administratif.

Nous vous rappelons que les frais de première inscription ayant été supprimés, les médecins concernés doivent désormais s'acquitter d'une demi-cotisation la première année (dont la part CN et CR à reverser) et d'une cotisation entière les années suivantes. Ils sont exonérés de la première inscription si celle-ci se réalise au cours du dernier trimestre. Nous attirons votre attention sur les médecins de l'industrie pharmaceutique, qui sont redevables d'une cotisation entière, ainsi que les médecins scolaires, les médecins DIM et les médecins de recherche. Les exonérations partielles ou totales relèvent de votre conseil départemental.

Les différents modes de règlement de la cotisation sont le chèque, et

la carte bancaire si votre conseil est équipé. Vous pouvez également régler en ligne sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr/>, ou par prélèvement automatique géré désormais par votre conseil départemental.

Les médecins doivent s'acquitter de leur cotisation dès le 1<sup>er</sup> trimestre (art L.4122-2 du CSP). Le versement intégral des quotes-parts encaissées par les conseils départementaux doit se faire au 15 avril.

## Bon à savoir

- **Cotisation de la « liste spéciale » :** 133 €
- **Cotisation des médecins retraités n'ayant plus aucune activité médicale :** 95 € (47,50 € pour le conseil départemental et 47,50 € pour le Conseil national, dont 1 € pour le fonds de solidarité)
- **Les frais de dossier de qualification :** 200 € (140 € pour le Conseil national et 60 € pour le conseil départemental)
- **Les frais d'appels en matière de qualification :** 100 € (entièrement pour le Conseil national)
- **Pour la catégorie SCP/SEL/SPFPL :** 335 €

## les tweets

@ordre\_medecins - 22 déc.

[#Entraide] Le 1<sup>er</sup> janvier 2018 sera ouvert le 0826 000 401, numéro unique destiné à l'écoute des médecins et internes en difficulté cc @AAPMS\_asso

@ordre\_medecins - 20 déc.

Le président de l'Ordre @BouetP a été reçu hier @acadmed après son élection comme membre correspondant. Il devient le premier médecin généraliste à entrer à l'Académie de médecine !

@ordre\_medecins - 20 déc.

«Il faut intégrer la formation au cœur du métier et le métier au cœur de la formation», a également rappelé le Dr. F. Arnault. L'Ordre travaille, en ce sens, en lien étroit avec la Conférence des doyens #AfSocAN cc @doyensmed @Doyen\_Diot

## D<sup>r</sup> Gilles Munier élu vice-président du Cnom



**Le D<sup>r</sup> Gilles Munier, conseiller national de Lorraine**, a été élu vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins lors de la session du 14 décembre 2017, en remplacement du D<sup>r</sup> Patrick Romestaing, démissionnaire.



### À lire

**Webzine maladies chroniques**

# L'humain au cœur du soin

**Le 8<sup>e</sup> numéro du webzine de l'Ordre des médecins est consacré aux maladies chroniques**, véritable enjeu de santé publique. Responsables aujourd'hui de 70% des décès dans le monde, ces pathologies inquiètent du fait de leur croissance exponentielle. Financement, organisation des équipes de soins, formation des professionnels de santé... quelles solutions mettre en œuvre pour mieux prévenir ces maladies et mieux prendre en charge ces patients atteints dont la vie a basculé? Ce nouveau webzine ouvre le débat...

**+ d'infos :** [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2017-12/www/index.php](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2017-12/www/index.php)

# Stratégie nationale de santé : l'Ordre apporte sa contribution

**Le Cnom a envoyé sa contribution à la Stratégie nationale de santé (SNS) à Agnès Buzyn, ministre de la Santé, le 14 décembre.** « Il nous paraît clair que notre système d'organisation des soins arrive à une échéance cruciale, non pas tant en raison des contraintes économiques qu'en raison des défis auxquels nous devons faire face. Il ne peut donc pas s'agir de construire une stratégie quinquennale en santé en préconisant des mesures palliatives devant une situation tendue ni non plus de proposer une rupture radicale dans les prises en charge des patients et dans notre modèle de protection sanitaire et sociale, quelles que puissent être les adaptations qu'elles nécessitent », a ainsi rappelé l'institution.

Elle a ensuite fait part des **3 axes prioritaires** à intégrer dans la SNS :

- 1. Un accès à des soins de qualité**, à la prévention et à l'éducation à la santé partout sur le territoire national;
- 2. Une réforme globale** de la formation;
- 3. L'inclusion des avancées technologiques et numériques** dans les politiques de santé au bénéfice des patients et au service des professionnels.

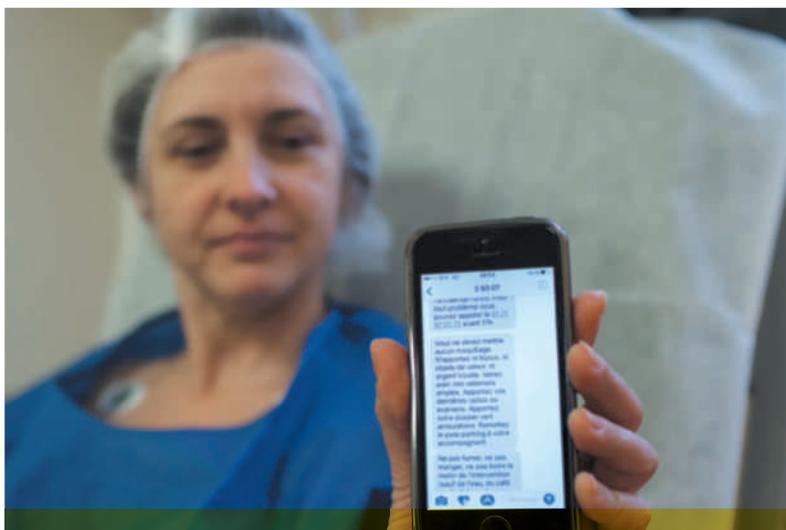
**+ d'infos :** <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2470>

## Chirurgie ambulatoire

# « Si tout va bien, écrivez TVB »

En Île-de-France, l'AP-HP déploie un outil de suivi à domicile des patients opérés en ambulatoire. **Exemple à l'hôpital Saint-Antoine, qui garde le contact avec ses patients par textos.**

À midi, le portable de Candice vibre. Sur l'écran s'affiche un message : « Avez-vous une douleur non calmée par les médicaments ? Si oui, évaluez votre douleur actuelle sur une échelle de 0 à 10 ». Opérée la veille d'une cholécystectomie en ambulatoire, Candice pianote sa réponse sur son smartphone. Depuis trois ans, le service de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine (AP-HP) utilise MemoQuest, un outil de suivi par SMS et à domicile des patients. « *L'intelligence artificielle [IA] et un algorithme de questions et réponses permettent à un robot conversationnel de dialoguer avec les patients par SMS avant et après leur opération* », décrypte le Dr Corinne Segalen, médecin et cofondatrice de Calmedica, start-up spécialisée dans l'IA en santé.



Un canal de communication aussi populaire que le SMS a sa place dans le secteur de l'e-santé.

### Gain de temps

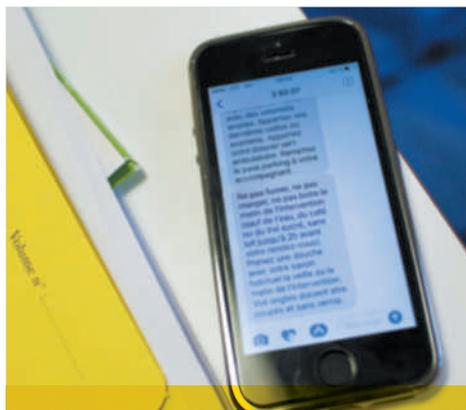
Concrètement, le patient reçoit un premier message la veille de son opération. Quelques lignes pour lui rappeler des consignes élémentaires mais trop souvent oubliées : heure du rendez-vous, être à jeun, apporter ses résultats d'examen. Nouvelle salve de textos le lendemain de l'opération : « Si tout va bien, répondez TVB », « Avez-vous des nausées, des vertiges, des saignements importants ? » ou encore : « Avez-vous l'impression que le pansement est trop serré ? ».

En cas de réponses inquiétantes ou incomprises, les équipes médicales sont alertées. Elles rappellent immédiatement le patient concerné. « *Auparavant, nous rappelions systématiquement la quinzaine de patients opérés quotidiennement, avant et après l'intervention. La plupart du temps, tout allait bien. MemoQuest permet d'identifier les patients qui ont réellement besoin de nous. Un gain de temps précieux alors que notre activité ambulatoire a progressé de 15 % en trois ans,*

*à effectifs constants* », détaille le Dr Claire Debes, anesthésiste-réanimatrice en chirurgie ambulatoire à Saint-Antoine.

### Moins de retard, plus de réponses

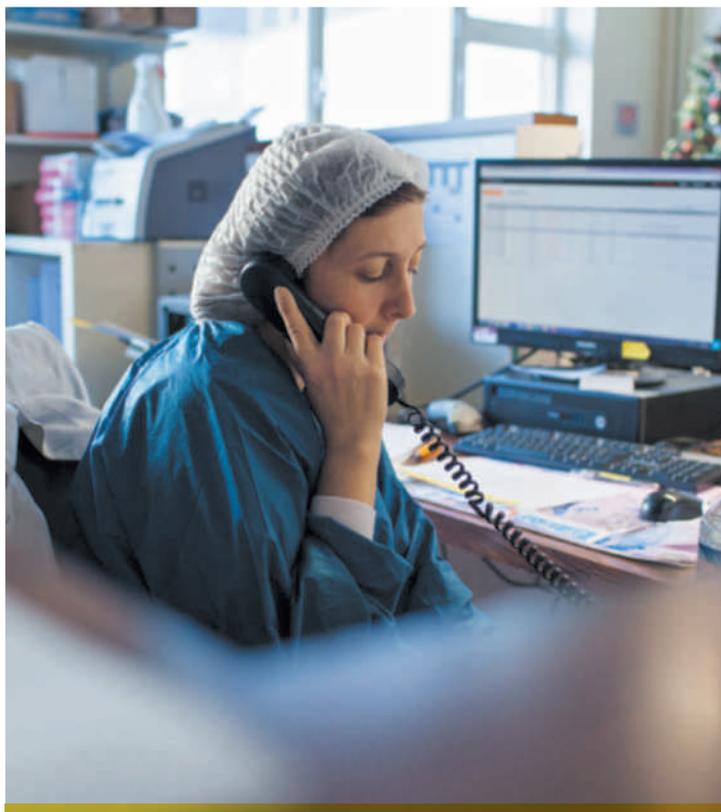
Pionnier, l'hôpital Saint-Antoine a expérimenté MemoQuest il y a trois ans. Et le bilan est positif. Selon une étude publiée en 2016 dans la revue *Praticien en anesthésie-réanimation*, l'envoi de SMS améliore le respect des consignes préopératoires.



En fonction des réponses du patient, une alerte est envoyée en temps réel via une plateforme sécurisée aux équipes médicales.



L'infirmière peut alors voir les réponses qui ont posé problème et contacter le patient pour lui indiquer la conduite à tenir.



En moyenne un patient sur quatre est rappelé pour vérifier que tout va bien suite à ses réponses aux SMS.

Les retards le jour de l'opération ont fortement chuté. Le taux de réponse au SMS est supérieur à celui de l'appel téléphonique. Pour les personnes âgées, le SMS peut être adressé à la personne de confiance.

Le dispositif est adopté par les patients. « *C'est un outil pratique, compréhensible et rapide, bien adapté à la chirurgie ambulatoire* », estime Candice. S'est-elle sentie délaissée par ce suivi post-opératoire par texto ? « *Pas du tout. J'ai évalué ma douleur à 4. Quelques minutes plus tard, une infirmière me contactait pour savoir si j'avais bien pris mes antalgiques. C'est très rassurant.* » Fort de ce succès, l'AP-HP a décidé d'étendre le suivi opératoire par SMS à ses 23 unités de chirurgie ambulatoire en 2018 et 2019.

## Témoignage

**D<sup>r</sup> Claire Debes**, anesthésiste-réanimatrice en chirurgie ambulatoire, hôpital Saint-Antoine (AP-HP)



### « Le patient est responsabilisé »

« L'efficacité du logiciel réduit le nombre d'appels aux patients. Les équipes soignantes contactent ceux qui en ont vraiment besoin, et passent plus de temps avec eux. La qualité d'information et de suivi est meilleure, et y a également moins de retard et d'annulation le jour de l'opération, ce qui fluidifie

l'organisation du service et optimise la satisfaction du patient. C'est enfin une façon de le responsabiliser. Les questions qu'il faut poser au patient, le jour et l'heure à laquelle il faut les lui envoyer, les réponses qui doivent générer une alerte ont été élaborées en lien avec les infirmières du service ambulatoire qui

assurent le suivi. Le contact humain est maintenu grâce aux systèmes d'alerte en temps réel, mais aussi lors des consultations. Quoiqu'il arrive, les patients ont la possibilité de nous appeler à tout moment. À l'horizon 2020, deux tiers des chirurgies seront en ambulatoires. »



# Téléconsultation et télé-expertise entrent dans le droit commun

**La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 sort la prise en charge financière de la télé-médecine du cadre expérimental.**

Quelques précisions avec le Dr Jacques Lucas et Francisco Jornet, directeur des affaires juridiques au Cnom.

## Quel est le bilan de l'expérimentation de la télé-médecine ?

L'étude d'impact du PLFSS révèle que depuis l'introduction de la télé-médecine dans la loi, en 2009, seulement 299 actes de téléconsultation et 156 actes de télé-expertise ont été pris en charge par l'Assurance maladie. En ce sens, la télé-médecine n'a connu qu'un « déploiement poussif » pour reprendre l'euphémisme du rapporteur du PLFSS 2018. Les expérimentations ont permis de mettre à jour les contraintes administratives qui freinaient le déploiement attendu de l'activité de télé-médecine et notamment la procédure de contractualisation avec les ARS, fixée par le décret de 2010. Ce que le Cnom regrettait.

## Que prévoit la LFSS 2018 ?

La loi prévoit d'intégrer la prise en charge de la téléconsultation et de la télé-expertise par l'Assurance maladie selon des modalités fixées par la voie de la Convention. Les négociations conventionnelles devraient s'ouvrir en 2018, en premier lieu avec les représentants des professions médicales, qui sont les seules habilitées à réaliser des actes de télé-médecine, et plus spécifiquement avec les repré-

sentants des médecins. Les négociations pourront s'étendre par la suite à d'autres professionnels concernés par cette activité. Le directeur général de la Cnamts envisage qu'un avenant puisse être signé courant 2018. Le fruit des négociations conventionnelles s'appliquera également aux actes et consultations externes réalisés en établissements de santé.

## Quels sont les actes concernés ?

Lors de son audition par la commission des affaires sociales, Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé a évoqué une consultation de la HAS sur les bonnes pratiques des actes de télé-médecine, dans un objectif de qualité des soins. Le Cnom demandera à être entendu, car il existe une forte attente des médecins, libéraux comme hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins des patients. Un encadrement spécifique est prévu, dans la loi, pour la téléconsultation qui devra être réalisée par vidéotransmission pour être prise en charge par l'Assurance maladie. Les négociations seront l'occasion de déterminer le mode de rémunération de la téléconsultation et celui de la télé-expertise, incluant la rémunération du médecin requérant. La loi

conserve encore le principe d'un dispositif expérimental pour la télésurveillance médicale avec l'utilisation de dispositifs médicaux innovants et une approche par pathologies.

## Quels sont les objectifs de ces mesures ?

L'étude d'impact a considéré par hypothèse que 50 % des téléconsultations viendront en remplacement de consultations existantes (substitution), et que 50 % constitueront une activité nouvelle (recours supplémentaires). En se fondant sur les volumes d'actes de télé-médecine réalisés dans les pays les plus avancés, on estime à 1,4 million le nombre de téléconsultations qui seraient réalisées par an en France. Il n'est pas réaliste de penser que ce volume d'actes sera réalisé dès 2018 ou 2019, qui seront des années de montée en charge. Il est ainsi escompté 500000 actes en 2019. L'étude évoque également les économies de transport générées. Enfin, le Cnom salue le fait que les parlementaires aient insisté sur le nécessaire accompagnement des professionnels de santé dans le déploiement de la télé-médecine, par la formation et en facilitant leur équipement en matériel adapté.



## AG DE L'AMM : UNE NOUVELLE VERSION DU SERMENT DES MÉDECINS

L'Association médicale mondiale (AMM) a tenu son assemblée générale du 11 au 14 octobre 2017 à Chicago. De nombreuses positions importantes ont été adoptées et notamment **la révision de la Déclaration de Genève, « le serment des médecins »**. Cette version moderne du serment d'Hippocrate pour les médecins du monde entier prend en compte l'évolution de la relation entre les médecins et leurs patients et entre les médecins eux-mêmes qui s'est opérée au cours des dernières décennies. Ainsi, et pour la première fois, le nouveau serment fait explicitement référence au respect de l'autonomie du patient. La nouvelle version crée en outre une nouvelle obligation pour les médecins de partager leurs connaissances médicales au bénéfice des patients et pour faire avancer les soins de santé. Elle comporte également l'exigence pour les médecins de veiller à leur propre santé, à leur bien-être et à leurs aptitudes, afin de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible. Durant cette assemblée générale **a également été révisée la déclaration de Delhi sur la santé et le changement climatique**. L'AMM appelle notamment les gouvernements et les acteurs non étatiques à reconnaître officiellement les graves conséquences sanitaires du changement climatique et à adopter des mesures d'atténuation de ses effets. Elle demande aux gouvernements nationaux de financer la lutte contre le changement climatique, y compris en renforçant les systèmes de santé, la santé et les politiques qui bénéficient au climat, et de faciliter la participation active des représentants du secteur de la santé à la création et à la mise en œuvre de programmes de préparation au changement climatique et de mesures d'urgence aux niveaux local, national et international. La délégation française présente lors de cette assemblée était composée du Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du Cnom et membre du Conseil de l'AMM, du Pr Claude-François Degos, délégué du Cnom, et d'Audrey Fontaine de l'ISNI, représentante désignée des jeunes médecins français aux réunions du Junior Doctors Network.

**+ d'infos :**

<https://www.wma.net/fr/news-post/assemblee-generale-de-lamm-5/>



## CHANGEMENT CLIMATIQUE : LES MÉDECINS MOBILISÉS POUR DÉNONCER LES RISQUES SUR LA SANTÉ



À l'occasion du One Planet Summit qui s'est tenu à Paris le 12 décembre, le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé un débat consacré à la problématique santé-climat. **« Nul ne peut désormais ignorer les effets du climat sur la santé. Cela constitue un défi pour la profession médicale parce que la santé doit être une composante des négociations dans le cadre des COP et de la mise en œuvre de l'accord de Paris »**, a souligné le Dr Patrick Bouet, président du Cnom, en ouverture du débat intitulé **« Santé et climat : les médecins ont la parole »**. Les échanges ont débuté par la présentation par Nicola Wheeler, coordinatrice des travaux sur la santé et le changement climatique, du rapport 2017 du Lancet Countdown **« Compte à rebours santé et changement climatique »** publié par le journal *The Lancet*. Anneliese Depoux, codirectrice du centre Virchow-Villermé, et Hélène Rossinot, fondatrice d'Euronet Platform et membre de la commission jeunes médecins du Cnom, sont intervenues à leur tour, rappelant que le changement climatique est avant tout une question de santé publique. **« Les changements climatiques ont et auront un impact majeur sur la santé de la population mondiale. Ils justifient d'ores et déjà que, dans le cadre de la santé publique, des initiatives et des politiques santé de court, moyen et long termes soient mises en place par les gouvernements. Les professionnels de santé doivent aujourd'hui faire entendre leur voix »**, a conclu le président Bouet.

**+ d'infos :**

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2455>

# entretiens croisés

Texte : Aline Brillu | Photos : DR

## Enfants victimes de violences : mieux dépister pour mieux soigner

En mars 2017, la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Laurence Rossignol, a lancé le premier plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants. **Étalé sur trois ans, il vise notamment à améliorer le repérage et la prise en charge des enfants maltraités.**

**Chaque jour, plus de deux enfants décèdent de violences physiques, selon l'Inserm. Lorsqu'elles ne tuent pas, ces violences ont des conséquences majeures sur la santé des enfants qui peuvent se répercuter tout au long de la vie.**

C'est pourquoi la prise en charge médicale précoce de la maltraitance représente un enjeu essentiel. Le premier plan de lutte contre les violences faites aux enfants, lancé en 2017, met l'accent sur le dépistage en misant notamment sur la sensibilisation et la formation des professionnels, et ce dès la formation initiale.

Pour accompagner leurs confrères confrontés à ces situations délicates, des médecins référents sont nommés, sur la base du volontariat, dans tous les hôpitaux et dans chaque département. Ils peuvent organiser des sessions d'information et conseiller sur le repérage, le signalement et la prise en charge des enfants maltraités.

Selon le rapport des Droits de l'enfant 2017, peu de signalements au Parquet émanent du corps médical. En 2015, une nouvelle loi (n° 2015-1402) a clarifié ces procédures, affirmant notamment que le secret professionnel n'est pas applicable dans ces situations. En pratique, si le médecin craint qu'un enfant soit en danger ou risque de l'être, il doit transmettre une information préoccupante à la Cellule départementale de recueil (Crip). S'il constate des sévices, il doit rédiger un signalement au Procureur de la République.

# 15438

C'est le **nombre d'informations préoccupantes** signalées par Allô Enfance en danger en 2016. Cette association a lancé un numéro d'urgence, le 119, qui a reçu plus de 33 000 appels en 2016.

### + d'infos

- **Signaler la maltraitance, sur le site de l'Ordre des médecins :**  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258>
- **Société française de pédiatrie médico-légale :**  
<http://www.sfpediatriemedicolegale.fr/>
- **Les recommandations de la HAS :**  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir)



**D<sup>r</sup> Andrée Parrenin**,  
vice-présidente du Conseil  
national de l'Ordre  
des médecins, membre  
de la section Éthique et  
Déontologie



**D<sup>r</sup> Martine Balençon**,  
pédiatre, médecin légiste  
(CHU Rennes, UMJ Mineurs  
Hôtel-Dieu AP-HP) présidente  
de la Société française de  
pédiatrie médico-légale



**D<sup>r</sup> Gaëlle Pendezec**,  
pédiatre, médecin  
réfèrent en protection  
de l'enfance en Loire-  
Atlantique



**D<sup>r</sup> Muriel Salmona**,  
psychiatre et  
psychotraumatologue,  
présidente de  
l'association Mémoires  
traumatiques

### D<sup>r</sup> Martine Balençon

Nous recevons en pédiatrie des mineurs qui sont en très grande souffrance et qui ont des retentissements majeurs des violences subies dans l'enfance. Certains d'entre eux ont eu un parcours difficile, fait de ruptures dans la prise en charge globale. Leurs souffrances n'ont pas été toujours suffisamment prises en compte. Dans ces cas-là, je me dis que l'on pourrait mieux prendre soin de ces enfants. Les évolutions législatives récentes vont dans ce sens. Désormais, le parcours de soins et médico-judiciaire des mineurs victimes doit se faire dans le cadre d'une prise en charge pédiatrique globale qui permet de porter la prévention, le dépistage, le diagnostic, le soin et l'expertise. Ces enfants et adolescents victimes requièrent un « prendre-soin » global et éthique tout au long de leur prise en charge.

### D<sup>r</sup> Muriel Salmona

Nous savons aujourd'hui que des violences subies pendant l'enfance représentent le premier facteur de suicide, de dépression, de conduites à risques... Mais aussi de troubles cardio-vasculaires et de nombreux autres problèmes médicaux. Malheureusement, la France fait partie des pays les moins en avance sur le sujet. Il y a eu une évolution en 2017, avec le plan de lutte contre les violences faites aux enfants. Même si, pour le moment, nous voyons encore peu d'impacts pratiques, que ce soit dans la formation des médecins ou dans la prise en charge psycho-traumatique.

## La prise en charge des enfants victimes de violences s'est-elle améliorée ?

### D<sup>r</sup> Gaëlle Pendezec

Dans ma pratique, je rencontre des enfants et des adolescents qui présentent de graves problèmes de santé avec des troubles importants du comportement. Lorsqu'ils sont protégés, je constate que leur accompagnement, qui doit être médico-psycho-éducatif, ne répond pas parfaitement à leurs besoins fondamentaux : la santé de ces enfants n'est pas suffisamment prise en compte. En amont, je pense aussi qu'il est essentiel de mettre plus de moyens dans la prévention auprès des familles présentant des fragilités (chômage, séparation...) afin d'éviter que les situations ne se dégradent. Enfin, il faut repérer plus précocement les situations de violence par la formation initiale et continue des médecins, mais aussi des sages-femmes, des puéricultrices, des assistants sociaux...

### D<sup>r</sup> Andrée Parrenin

La mise en place en 2016-2017 du Conseil national de la protection de l'enfance et du plan de lutte contre les violences faites aux enfants, auxquels le Cnom participe activement, a permis une prise de conscience plus large des conséquences médico-psychologiques à court et à long terme des violences faites aux enfants. La prise en charge de ces enfants demande encore à être améliorée. Nous traitons bien les dégâts physiques et, de plus en plus, nous instaurons un suivi psychologique dans les suites immédiates mais qui n'est souvent pas prolongé dans la durée. En cas de maltraitance avérée, un suivi régulier et à long terme tant médical que psychologique avec une prise en charge assurantielle doit être institué, afin de prévenir les troubles psycho-comportementaux. Un travail doit être entrepris auprès des parents maltraitants, qui souvent ont été des enfants maltraités, avec une prise en charge psychologique pour eux et la fratrie.



**D<sup>r</sup> Martine Balençon**

Il est indispensable de créer des pôles dans les hôpitaux pour prendre en charge globalement ce problème de santé publique majeur en alliant notamment les compétences du pédiatre et du médecin légiste dans un contexte interdisciplinaire. C'est pourquoi une société savante mettant en commun ces deux disciplines a été créée : la Société française de pédiatrie médico-légale. Le pédiatre, spécialiste de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, doit pouvoir envisager que les violences soient à l'origine des symptômes qu'il constate. Le médecin légiste peut venir en appui. Il complète la vision pédiatrique de ses collègues dans la clinique de la violence et participe à une interface de qualité avec la justice. L'idée est que face à la maltraitance, il ne faut pas rester seul ; il faut réfléchir en interdisciplinarité.

**D<sup>r</sup> Martine Balençon**

« Ces enfants victimes requièrent un « prendre-soin » global et éthique. »

## Quels leviers pourraient être mis en place pour améliorer le repérage, puis le suivi de ces enfants victimes ?

**D<sup>r</sup> Muriel Salmona**

Aujourd'hui, les médecins de ville sont à l'origine de moins de 5 % des signalements. C'est pourquoi il est impératif de former les médecins au repérage et à l'identification des violences. Il ne faut pas non plus négliger la prévention, et ce dès la maternelle. Il faut que les enfants puissent identifier les violences et savoir à qui s'adresser. Concernant, la prise en charge, il y a aussi d'importants progrès à faire. Les professionnels de santé ne sont pas formés aux psycho-traumatismes. C'est pourquoi nous travaillons aujourd'hui à la mise en place de centres pluridisciplinaires qui intègrent, en lien avec les hôpitaux, une prise en charge psychiatrique et médicale somatique. Une certaine de centres devraient être déployés au total en France, et nous espérons faire en sorte que la plupart aient un pôle enfants.

**D<sup>r</sup> Muriel Salmona**

« Il est impératif de former les médecins au repérage et à l'identification des violences. »

**D<sup>r</sup> Gaëlle Pendezec**

Tous les professionnels en protection de l'enfance doivent bénéficier d'un référentiel commun d'évaluation pluri-disciplinaire, unique, centré sur le développement de l'enfant. Il doit être utilisé dès le début, au moment de l'information préoccupante, de l'évaluation, puis tout au long du placement de l'enfant. Il faut également reconnaître les violences subies par les enfants comme une maladie chronique grave relevant du domaine de la spécialité. L'offre de soins de pédopsychiatrie doit être augmentée, en ambulatoire et en hospitalisation (les soins psychiques doivent être précoces et longs). Enfin, il faut organiser l'intervention d'équipes mobiles de soins sur les lieux d'accueil des enfants.

**D<sup>r</sup> Andrée Parrenin**

La difficulté principale est de définir si un traumatisme est lié ou non à une maltraitance. Une approche pluridisciplinaire et en particulier avec le médecin référent en protection de l'enfance mis en place dans tous les hôpitaux doit être apportée dès qu'un enfant est suspecté de maltraitance suite à un traumatisme. Le Cnom a participé à la mise place des recommandations de la HAS pour les professionnels de santé, concernant le dépistage des maltraitances et violences faites aux enfants, ainsi que le dépistage du syndrome du bébé secoué. La prévention, essentielle, est encore balbutiante. Une formation doit être menée auprès des professionnels de santé et médico-sociaux de l'enfance, des familles avec mise en place d'une aide à la parentalité dès la déclaration de grossesse et un repérage des familles à risques.

**D<sup>r</sup> Gaëlle Pendezec**

Le repérage de signes de maltraitance lors d'une consultation médicale est une réelle chance pour l'enfant. Pour le médecin traitant, cela peut être difficile. Une forme de déni peut apparaître, pour ne pas être confronté à l'impensable. De plus, il n'a pas à être certain du diagnostic, les signes cliniques de la violence demandant de l'expérience et une pluridisciplinarité. Il peut se tourner vers le médecin référent ou les unités hospitalières spécialisées. Dans notre département, un médecin a fait une thèse qui a démontré l'intérêt d'un outil spécifique pour répondre aux questions que se posent les praticiens en matière d'information préoccupante. Il a développé un flyer, avec les principaux contacts (Crip, parquet, CHU...), les éléments de réponse. Il serait très utile que ce type d'outil puisse être développé au niveau national.

**D<sup>r</sup> Andrée Parrenin**

**« Le simple fait d'être confronté à ce genre de situation impose au médecin de faire un signalement au procureur de la République si les faits sont graves. »**

**D<sup>r</sup> Muriel Salmona**

Si le médecin ne s'intéresse qu'aux enfants pour lesquels il a un doute, il va forcément passer à côté de beaucoup de cas. Le plus souvent, ces violences interviennent à l'intérieur de la famille. Les enfants développent alors un mécanisme de survie de l'ordre de la dissociation et n'ont pas un comportement laissant penser qu'ils subissent des violences. C'est pourquoi nous préconisons un dépistage universel. C'est-à-dire que le médecin doit systématiquement se poser la question. Il est essentiel que les médecins disposent d'outils d'orientation pour savoir comment traiter ces patients et vers quelles structures ils peuvent s'orienter. Là, les centres pluridisciplinaires, mais aussi les référents dans les services de pédiatrie, représentent une aide précieuse.

**D<sup>r</sup> Martine Balençon**

Dès qu'il s'installe, le médecin doit savoir à qui il pourra s'adresser dans un contexte de suspicion de maltraitance. C'est un sujet très difficile, sur lequel les médecins réfléchissent en étant souvent juge et partie. S'ils font un signalement, cela revient pour eux à désigner l'auteur ; le plus souvent le ou les parents. En réalité, le travail du médecin, est d'exprimer ses craintes sur une situation de danger pour un mineur. Il faudrait que le secteur hospitalier puisse répondre aux demandes d'avis dans ce contexte difficile comme il le fait pour des pathologies complexes (cancer, diabète...). En outre, il y a le problème du retour d'information de la part de la justice et des services sociaux en aval des transmissions. C'est un point sur lequel il nous faut ensemble travailler afin d'améliorer la confiance des médecins dans ces services.

## Que peut-on conseiller à un médecin traitant qui soupçonne un de ses patients d'être victime de violences ?

**D<sup>r</sup> Andrée Parrenin**

Le simple fait d'être confronté à ce genre de situation impose au médecin de faire un signalement au procureur de la République si les faits sont graves (séviesses sexuels...). Il doit également informer la Cellule de recueil d'informations préoccupante (Crip) placée sous le contrôle du président du Conseil départemental (ex-général) si l'enfant paraît en danger ou risque de le devenir. « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. » (CP 226-14). L'abstention serait fautive. La procédure diligente doit être parfaitement connue et suivie.

**D<sup>r</sup> Gaëlle Pendezec**

**« Il faut reconnaître les violences subies par les enfants comme une maladie chronique grave. »**



19

plateformes de  
séquençage à très  
haut débit seront  
opérationnelles  
en France d'ici 2020.

# dossier

Textes : Dominique Fidel, Éric Allermoz | Photos : Julian Renard, iStock, DR

## Innovation en médecine Une vision du futur

**Révolution de la chirurgie, traitements ultra-personnalisés, nouvelles biothérapies, diagnostics assistés, ère de la robotique et de l'intelligence artificielle...** Jamais les questions soulevées par les bouleversements qui se produisent en médecine n'ont été si pressantes. Dans un livre blanc, dont la rédaction a été coordonnée par le D<sup>r</sup> Jacques Lucas et le P<sup>r</sup> Serge Uzan et approuvée à l'unanimité de la session plénière du Cnom, « Le médecin et le patient dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle », l'Ordre détaille son analyse et formule ses recommandations.

**« Des utérus artificiels, des appareils médicaux qui rendront des diagnostics instantanés, des puces électroniques implantées sous notre peau qui pourront lancer un signal d'alarme dès l'apparition des premiers symptômes d'une maladie... »** Voici comment,

en 1999, un comité de médecins réunis par le *British Medical Journal* imaginait la médecine... en 2050. Nous ne sommes qu'en 2018 et toutes ces « prédictions » ont déjà franchi le cap de l'expérimentation tandis que le champ des possibles semble s'ouvrir chaque jour davantage. Cette force de l'innovation, de la numérisation, de la robotisation, la puissance de l'intelligence artificielle ne doit pas, selon le Cnom, faire fi des enjeux éthiques attachés à notre humanité dans la relation singulière du « prendre soin »... Face à ces mutations en médecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins prend la parole en publiant un livre blanc consacré à la médecine

### Point de vue de l'Ordre

**P<sup>r</sup> Serge Uzan**, vice-président Santé de l'université Pierre-et-Marie-Curie, conseiller départemental et national de l'Ordre des médecins



### « Que restera-t-il de la relation singulière entre le médecin et le patient ? »

« Hippocrate recommandait aux médecins d'observer l'homme dans son environnement pour lui venir en aide, lui porter les secours de la médecine et restaurer sa santé. Aujourd'hui, cet environnement est numérique et nous devons en tenir compte. Il faut donc identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre, tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut

apporter au service de la personne. Des progrès nouveaux conduisent de plus en plus de médecins à exprimer leur perplexité, voire leurs craintes face à des évolutions auxquelles ils n'ont pas été préparés. Leurs questions sont souvent les mêmes : vers quelles évolutions disruptives va-t-on et tiendront-elles leurs promesses ? Comment faire évoluer la formation des médecins pour faire face à ces enjeux ? Que restera-t-il de la relation

singulière entre les médecins et leurs patients ? Que souhaitent ces derniers ? Avec le livre blanc publié en ce début d'année, la volonté du Conseil national de l'Ordre des médecins est d'abord d'identifier les voies nouvelles du progrès mais également d'analyser ce qui nous est présenté sous le prisme de l'éthique, de la déontologie et pour tout dire de l'humanisme, qui caractérise la fonction de soignant.



..... de demain et à l'avenir de son exercice. À travers ce document et les recommandations qu'il formule, l'Ordre souhaite accompagner l'ensemble de la profession dans ce « nouveau monde » mais aussi questionner les pouvoirs publics sur la stratégie politique qu'il devra mettre en œuvre.

### De quoi parle-t-on ?

La transformation numérique de la médecine recouvre des disciplines aussi diverses que le traitement, l'analyse et le stockage des données de santé, les algorithmes, l'intelligence artificielle et l'apprentissage machine, la génomique, les objets connectés, la robotique, la réalité virtuelle, augmentée, l'impression 3D... Mais au-delà des technologies, quels sont aujourd'hui concrètement les principaux axes de développement de la médecine du futur ?

**« La puissance de l'intelligence artificielle ne doit pas faire fi des enjeux éthiques attachés à notre humanité. »**



### TÉMOIGNAGE

**Fabrice Chrétien**, chercheur en neuropathologie à l'institut Pasteur et professeur d'histologie à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

**« Il n'est plus l'heure d'avoir peur du changement »**

« Je suis convaincu que l'intelligence artificielle va nous permettre d'augmenter la qualité des soins et de rationaliser la médecine. Je pense en particulier à toutes les spécialités médicales qui ont affaire à des signaux (radiologie, ophtalmologie, dermatologie, anatomo-pathologie...) pour lesquelles la possibilité de confronter le regard du médecin à des banques de données chaque jour plus riches ouvre des perspectives passionnantes en termes de diagnostic et de stratégies thérapeutiques. Bien sûr, ces avancées ne vont pas sans remettre en question l'exercice tel que nous le connaissons et j'entends les réticences de certains. Mais aujourd'hui, il n'est plus l'heure d'avoir peur du changement car il aura lieu, qu'on le veuille ou non. En revanche, si nous souhaitons être des acteurs de ce changement, il y a urgence à nous former et à interroger nos pratiques en profondeur ! »

### Docteur + IA : le médecin augmenté

Apparus il y a une cinquantaine d'années, les systèmes informatiques d'aide au diagnostic font actuellement des progrès exponentiels portés par les recherches autour de l'intelligence artificielle. Ainsi, en s'appuyant sur des banques

d'images pléthoriques, des équipes de chercheurs ont par exemple réussi à rendre des algorithmes aussi efficaces que des médecins expérimentés pour la détection des rétinopathies diabétiques et de mélanomes. Mais l'intelligence artificielle ouvre aussi de nouvelles perspectives en matière de décision médicale et de

**« Aussi séduisantes soient-elles, les promesses ne doivent en aucun cas faire oublier les questions qui restent en suspens. »**

**P<sup>r</sup> Serge Uzan**

prescription. Ainsi, à l'hôpital Necker, les médecins commencent à utiliser un moteur de raisonnement pour améliorer le suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, tandis qu'à Bordeaux un jeune médecin chercheur à l'Inserm construit un assistant virtuel d'aide à la prescription qui intègre de nombreuses sources d'information sur les médicaments (recommandations, rapports, alertes...).

### **Le patient modélisé**

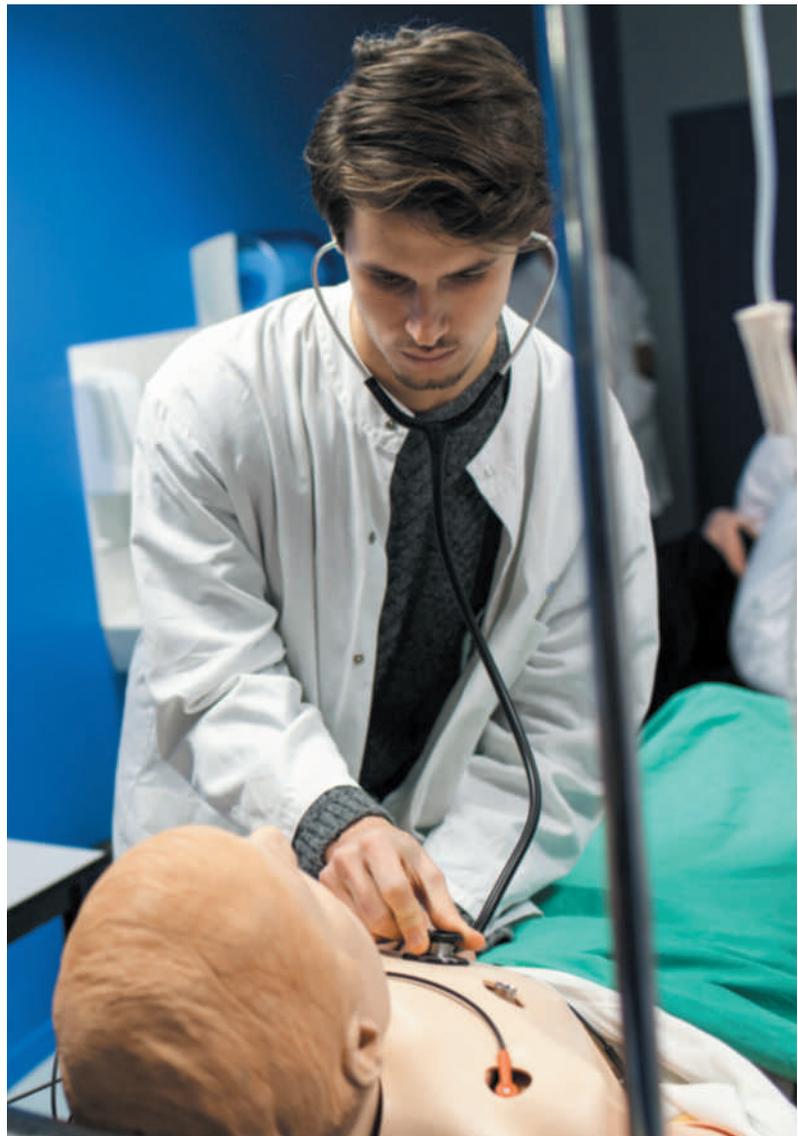
Avec les progrès de l'imagerie et de l'impression 3D, il est désormais possible de créer des modèles numériques des patients destinés à la simulation d'interventions et même aux interventions elles-mêmes. Le 5 décembre 2017, une première mondiale a eu lieu grâce à ce procédé, à l'hôpital Avicenne, avec la pose d'une prothèse d'épaule sur une femme de 80 ans. Tout au long de l'opération le chirurgien a été assisté par un casque de réalité augmentée dans lequel étaient projetés des modèles en 3D de clichés d'imagerie réalisés plus tôt sur la patiente. « *Les techniques de modélisation et de simulation devraient contribuer, à brève échéance, à l'émergence d'une chirurgie personnalisée, synonyme de précieux gains de temps et d'une meilleure maîtrise des risques opératoires*, estime le D<sup>r</sup> Cécile Monteil,

directrice médicale de la plateforme universitaire ILumens. *Mais dès à présent, elles permettent d'enrichir les dispositifs de formation initiale et continue avec une approche pratique et immersive.* »

### **Les actes robotisés**

La possibilité de créer des clones numériques a ouvert le champ à d'autres applications, notamment

en matière de robotique chirurgicale (cf. témoignage ci-contre). Mais loin de se contenter des blocs, les robots investissent également d'autres pans d'activités : échographies, stimulation magnétique transcrânienne, kinésithérapie... sans parler de la gériatrie où des robots sociaux, à l'instar du phoque en peluche Paro, sont de plus en plus nombreux à assister les soignants. ➔



### Des thérapies en ligne

Des robots physiques aux traitements numériques il n'y a qu'un pas... que franchissent déjà bon nombre de start-up. Au programme : des jeux vidéo pour stimuler les capacités de patients atteints d'Alzheimer ou rééduquer des personnes victimes d'AVC, des applications pour calculer la dose d'insuline à s'injecter ou encore des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) en ligne pour lutter contre la dépression. De simples gadgets malgré le marquage CE qui est aux dispositifs médicaux ce que l'AMM est aux médicaments ? Pas forcément, si l'on en juge par la décision récente de la haute autorité de santé britannique qui recommande le recours aux TCC en ligne pour le traitement initial de la dépression modérée...

### Une révolution... mais à quel prix ?

Algorithmes, robots, big data et autres outils numériques font donc désormais figure d'alliés des médecins, vecteurs d'efficacité, de sécurité, d'une plus grande précision dans les décisions et les actes ;



#### TÉMOIGNAGE

**Jean-Gabriel Ganascia**, professeur à l'université Pierre-et-Marie-Curie, chercheur en intelligence artificielle, président du comité d'éthique du CNRS

### « Anonymisation des données : un équilibre à trouver »

« Réparation, augmentation, transparence... les problèmes éthiques soulevés par la montée en puissance des technologies d'intelligence artificielle sont nombreux. Le plus urgent porte sur la protection de la vie privée et sur l'anonymisation des données. C'est une question délicate qui implique de trouver un juste équilibre entre la préservation de l'intérêt de la science et de la recherche d'une part et la nécessité d'imposer des garde-fous contre des récupérations à des fins économiques d'autre part. Des précédents aux États-Unis comme en Europe me font craindre par exemple que des compagnies d'assurances puissent être tentées de conditionner leurs remboursements au respect de protocoles de soins suivis par capteurs, voire même de contraindre les médecins à suivre les recommandations des machines. Ce seraient des ruptures graves qu'il faut anticiper dès à présent. »

synonymes aussi, pour certains d'entre eux, de temps libéré pour les patients... « Il est clair que nous nous trouvons aujourd'hui aux prémices d'un grand changement, estime le P<sup>r</sup> Serge Uzan, vice-président Santé de l'université Pierre-et-Marie-Cu-

rie. Mais aussi séduisantes soient-elles, les promesses ne doivent en aucun cas faire oublier les questions qui restent en suspens, les risques de dérives potentielles, ni les conditions à mettre en place pour que disruption ne rime pas



## REPORTAGE



## À l'hôpital mais aussi en classe

**À Lille, le centre Oscar-Lambret est le premier hôpital en France à expérimenter Nao, un robot humanoïde, dans le but de permettre aux enfants hospitalisés de rester en contact avec leurs camarades de classe.**

Dans la classe de l'école maternelle de Ronchin (Nord), un élève pas comme les autres attise la curiosité de ses camarades. Un robot haut de 58 cm, baptisé Nao. Sur un smartphone fixé sur sa tête apparaît Sasha, 6 ans. Le jeune garçon est soigné depuis de longs mois au centre de traitement des cancers Oscar-Lambret de Lille. Ses traitements affaiblissent son système immunitaire, ce qui l'empêche de retourner en classe entre deux séances de soins. « *Il suit l'enseignement mis en place par l'Éducation nationale à domicile et à l'hôpital. Mais rien ne remplace le lien avec ses camarades de classe* », estime le D<sup>r</sup> Anne-Sophie Defachelles<sup>1</sup>, chef de l'unité d'oncologie pédiatrique. C'est pour cette raison qu'est né le projet Avatar Kids et son robot humanoïde Nao. « *Le robot va en classe à la place de Sasha* », résume le D<sup>r</sup> Defachelles.

### Intégré à la classe

Tablette en main, Sasha « pilote » Noa depuis son lit d'hôpital. Équipé de caméras, micros et divers capteurs, le robot permet à Sasha de voir et entendre ses camarades de classe. Et inversement. Le temps d'une connexion, il participe aux exercices, lève la main robotisée, tourne la tête pour voir la classe, exprime ses émotions par des émoticônes.

En classe, l'interaction se crée autour du robot. Et de Sasha, donc. « *Dès qu'un nouveau projet est lancé, les élèves demandent si Sasha va participer. Il fait partie de la classe alors que les enfants ne l'ont pas vu depuis plusieurs mois* », explique Cécile Mériaux<sup>1</sup>, l'institutrice de Sasha. Pour le D<sup>r</sup> Defachelles, « *garder un lien avec la classe est essentiel pour donner envie à un enfant malade de retourner à l'école sans appréhension une fois son traitement terminé*.» Nao peut aussi remplir d'autres « missions ». Faire participer le jeune patient aux sorties et aux voyages scolaires, par exemple. Grâce à la tablette, la famille peut aussi se connecter en soirée avec l'enfant hospitalisé. Une présence reconfortante, quand les jeunes patients se retrouvent souvent seuls.

### Lien famille- enfant renforcé

D'autres enfants du centre Oscar-Lambret sont candidats au programme Avatar Kids.

Le concept a déjà été développé avec succès dans une dizaine d'hôpitaux suisses. L'hôpital ne débourse que l'assurance, l'achat est pris en charge par des fondations ou du mécénat. En France, 1 700 cancers pédiatriques sont diagnostiqués chaque année dont 300 à 400 cas donnent lieu à des exclusions du milieu scolaire.

**d'infos :** [www.avatar-kids.com](http://www.avatar-kids.com)

*1. Source : Science et Avenir. « Quand le robot va en classe à ta place » Erwan Lecomte – Juillet 2017*

.....» avec destruction. » Parmi les 33 recommandations énoncées dans le livre blanc du Cnom, plusieurs thèmes prioritaires émergent. Le plus urgent est sans aucun doute celui de la formation. Sur ce plan, l'Ordre appelle à un déploiement à large échelle des outils de simulation, à un renforcement des formations relatives aux interrogations éthiques, aux relations humaines, à la déontologie professionnelle, et recommande également de tenir compte des évolutions prévisibles

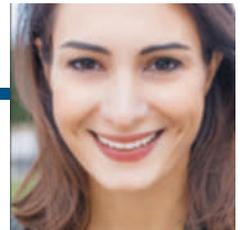
des métiers tant dans les contenus que dans la détermination démographique des cursus de spécialisation. « Un autre sujet clé est la préservation du secret médical dans le traitement des données massives, ajoute Serge Uzan. Nous souhaitons alerter sur les dangers d'un monde où les algorithmes imposeraient leurs décisions aux médecins comme aux patients pour servir les intérêts économiques d'autres acteurs. Enfin, il apparaît aussi indispensable que la puissance publique engage un

effort de pédagogie, d'information et d'élargissement du débat public sur ces questions qui concernent la profession médicale, certes, mais aussi tous nos concitoyens. »

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

## Point de vue extérieur

**D<sup>r</sup> Cécile Monteil**, médecin aux urgences pédiatriques à l'hôpital Robert-Debré, fondatrice de la communauté en ligne Eppocrate, directrice médicale d'ILumens, consultante en innovation



## « Objets connectés : des gadgets, mais pas que ! »

**Il ne se passe plus un jour sans qu'apparaisse un nouvel objet connecté ou une nouvelle application santé... Quel regard portez-vous sur ce « boom » de la e-santé ?**

Il est vrai qu'avec plus de 200 000 applications sur l'Appstore et des lancements quotidiens de nouveaux objets connectés à promesse « santé », on peut avoir l'impression que le marché est désormais mature. Mais dans les faits, la très grande majorité des dispositifs sont purement et simplement des gadgets inutiles.

**Certains outils peuvent tout de même avoir un intérêt concret pour les médecins et les patients ?**

Bien sûr, certains objets connectés et applications apportent un vrai service rendu. Lorsque je faisais des remplacements en médecine de ville, j'ai pu mesurer concrètement l'intérêt des tensiomètres et glucomètres connectés, qui permettent de récupérer des informations fiables des patients dans leur quotidien. La contrainte est moindre pour ces derniers, qui bénéficient également d'un retour d'information clair sur le suivi de leur maladie, et c'est un gain de temps et d'efficacité pour le médecin. Il faut que ces outils présentent une valeur ajoutée concrète pour le patient et/ou le soignant et qu'ils soient pratiques et faciles d'utilisation.

**Qu'est-ce qui explique ce déséquilibre entre gadgets et dispositifs médicaux ?**

C'est simple : quand une entreprise veut lancer un véritable dispositif médical, elle s'engage dans un processus d'homologation très cher et qui peut durer

des années (dix ans pour l'application Diabéo, première application mobile à avoir reçu un avis favorable au remboursement de la part de la HAS). Ces délais ne sont pas compatibles avec les impératifs de rentabilité des entreprises ni l'obsolescence programmée de la technologie ! Cela dit, depuis quelque temps, on commence à observer un mouvement chez les start-up qui, après avoir « amorcé la pompe » avec des gadgets se tournent vers des produits plus sérieux. L'idée serait de faciliter leur validation grâce à des études en vie réelle, qui seraient à même de démontrer leur bénéfice (ou non) directement auprès des patients qui en ont besoin.

**Que pensez-vous de l'écosystème qui se met en place autour de la e-santé en France ?**

Je participe régulièrement à des conférences autour de la santé connectée et, à chaque fois, je m'aperçois que les médecins du terrain sont sous-représentés. Pourtant c'est un sujet où nous aurions beaucoup de choses à dire ! C'est ce constat qui m'a amenée à créer la communauté Facebook Eppocrate en 2015, avec le double objectif d'accueillir la communauté médicale aux nouvelles technologies de santé, mais aussi de faciliter la connexion entre le monde de la médecine et celui de la technologie. Aujourd'hui, la communauté compte 2500 membres, dont près d'un quart sont des étudiants en médecine et des internes, ce qui tend à souligner une très forte appétence des jeunes générations pour cette question. C'est un signe positif pour l'avenir, mais il faut encore que le système de formation prenne le virage !

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24. en bref**

- Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles

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

- L'inscription à un service de prise de rendez-vous médical en ligne

## **26-30. pratique**

- Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins
- Appel à candidatures pour une élection complémentaire à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte
- La personne de confiance
- La perte de capacité



**[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



## Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles

**Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017** portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

**Arrêté du 27 décembre 2017** fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2017-2018 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2018-2019. **Le numerus clausus 2018 fixé à 8025.**

**Arrêté du 27 novembre 2017** modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales pour le 3<sup>e</sup> cycle des études médicales.

**Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017** de financement de la sécurité sociale pour 2018.

**+ d'infos :** [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) (rubrique Juridique / Veille juridique)

**Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur les maisons de santé pluri-professionnelles a été signé en avril 2017 par les médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, opticiens, les centres de santé et l'Assurance maladie**, et approuvé par l'arrêté du 24 juillet 2017 (*Journal officiel* du 5 août 2017). Son objectif ? Poursuivre et améliorer le mode de financement par l'Assurance maladie des structures organisées d'exercice pluri-professionnel (maisons de santé mono-site ou multi-sites et centres de santé) mis en place à titre expérimental depuis 2008 et renforcer l'accompagnement de ces structures.

### Une avancée majeure

Cet accord constitue une avancée très attendue par les maisons et les pôles de santé puisqu'il entérine un mode de financement des équipes, au-delà de fonds expérimentaux ou d'un règlement arbitral.

La rémunération est modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de 3 axes majeurs :

- l'accès aux soins facilité dans les maisons de santé, avec des horaires d'accueil consolidés, une incitation à l'installation de spécialistes de second recours et l'implication des équipes dans des actions de santé publique ;
- le travail en équipe, coordonnée par un professionnel dédié, soutenu par des protocoles et organisant des réunions de concertation pluri-professionnelle autour de situations complexes ;
- l'utilisation de systèmes d'information partagés et labellisés par les équipes, permettant de prendre en charge le patient de façon pluri-professionnelle.

Leur rémunération est désormais liée au nombre de professionnels de santé associés de la structure et non plus à la taille de la patientèle afin de mieux tenir compte des coûts à la charge des structures.

Enfin, l'ACI soutient les équipes autour d'actions permettant d'intégrer les usagers dans leur projet.

### Une prise en charge qui a fait ses preuves

Les parties signataires s'accordent sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé exerçant en ambulatoire constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de vie des patients et de la qualité des soins. Le développement du travail en équipe, dans le cadre des maisons pluri-professionnelles et des centres de santé favorise en effet l'optimisation des parcours des patients. Ce mode d'exercice permet non seulement de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, d'améliorer l'articulation entre les établissements de santé et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients mais aussi de conforter l'offre de soins de premier recours. Par ailleurs, cette structuration des équipes pluri-professionnelles contribue à une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire, le mode d'exercice regroupé étant aujourd'hui privilégié par les jeunes diplômés.

### + d'infos :

<http://femasif.fr/wp-content/uploads/2017/06/Texte-ACI-Structures-pluri-pro-VF.pdf>

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo>

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



# L'inscription à un service de prise de rendez-vous médical en ligne

Depuis quelques années se développent des plateformes proposant aux patients de prendre leurs rendez-vous médicaux en ligne.

**Voici quelques éléments d'information sur ces services...**

## Quel est le principe de ces plateformes ?

Les plateformes de prise de rendez-vous médicaux en ligne proposent aux médecins, moyennant un abonnement mensuel, un logiciel de prise de rendez-vous, un agenda en ligne, une page ou un espace « profil » destiné à informer les patients sur leur exercice, mais également un système de confirmations et de rappels de rendez-vous par SMS et/ou e-mail. Côté patient, ces plateformes permettent une prise de rendez-vous plus fluide puisque possible 7j/7 et 24h/24. Le patient peut également plus facilement accorder ses disponibilités à celles de son médecin. Il peut enfin annuler directement son rendez-vous si besoin. Le créneau rendu disponible peut alors être aussitôt proposé à d'autres personnes. Ces services peuvent varier selon la plateforme.

## Utiliser une de ces plateformes est-il contraire à la déontologie médicale ?

Non, sous réserve d'observer quelques règles. Pour éviter que cet usage tombe sous la coupe de l'interdit publicitaire, les informations que vous publiez sur votre espace, destinées à renseigner le public sur votre activité et les actes que vous pratiquez, doivent être loyales et reposer sur des critères objectifs et vérifiables. Par ailleurs, la plateforme utilisée ne doit pas vous proposer de mise en avant payante et l'ordre d'apparition des praticiens dans les résultats de recherche doit être aléatoire. Vous devez également vérifier que vous êtes bien le seul propriétaire des données de vos patients (coordonnées, etc.) recueillies par le biais de la plateforme. Cette dernière ne doit en aucun cas en faire usage.

## L'Ordre des médecins est-il opposé à ce type de pratique ?

À partir du moment où les plateformes respectent les principes de déontologie énoncés précédemment, l'Ordre n'a aucune raison de s'opposer à ces services de prise de rendez-vous médicaux en ligne. Au contraire, ils peuvent faciliter la relation patient-médecin et faire gagner du temps médical au médecin. L'Ordre a d'ailleurs proposé dans son livre blanc « Pour l'avenir de la santé », de sensibiliser et promouvoir les usages du numérique et notamment les outils de gestion des rendez-vous afin d'alléger les tâches administratives des médecins.

## ERRATUM - PMA

Une erreur s'est glissée dans le dernier numéro P.25. Il fallait lire : la loi précise également que « L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. »

# Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins va procéder à une élection complémentaire aux fins de pourvoir au remplacement du :

• Dr Patrick ROMESTAING, conseiller national démissionnaire, représentant la région Rhône-Alpes. Cette élection aura lieu : **LE JEUDI 29 MARS 2018**

## Dépôt des candidatures

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 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** (article R. 4122-1, 2° alinéa du CSP). La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mardi 27 février 2018 à 16h00** (article R. 4125-1, 3° alinéa du CSP).

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

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénom, son adresse, sa date de naissance, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels (article R. 4122-1 du CSP).

**La déclaration de candidature**

**doit être revêtue de la signature du candidat.**

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif). Celle-ci doit être rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat 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.

Cette profession de foi sera photocopiee en l'état pour être jointe au matériel de vote que le Conseil national fera parvenir aux électeurs.

La profession de foi devra parvenir avec la déclaration de candidature au siège du Conseil national au plus tard le **mardi 27 février 2018 à 16h00**.

## Retrait de candidature (article R. 4125-1 du CSP)

Le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments 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.

## Éligibilité

**Sont éligibles** les médecins inscrits au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre du ressort de la région Rhône-Alpes, à condition :

- d'être de nationalité française ou ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- d'être à jour de leur cotisation ordinaire (article R. 4125-1 du CSP).

**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 prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou

sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

#### Électeurs

Sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région Rhône-Alpes.

#### Vote

Le vote a lieu par correspondance. Il 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 prend fin le jour de l'élection, le **jeudi 29 mars 2018 à 18h00**. Tout bulletin parvenu après 18h00 n'est pas valable (article R. 4122-2 du CSP).

#### Dépouillement

Il est public et aura lieu sans désemparer le **jeudi 29 mars 2018 à 18h01** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4 rue Léon Jost – 75855 PARIS Cedex 17).

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera proclamé élu titulaire représentant

la région Rhône-Alpes.

Son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du Docteur ROMESTAING, c'est-à-dire en juin 2019.

#### Délai de recours (article R. 4125-7 du CSP)

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

- par les médecins à compter du jour de l'élection;
- par le Ministre chargé de la Santé à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection.

# Appel à candidatures pour une élection complémentaire à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte

**Le conseil interrégional de La Réunion-Mayotte va procéder le jeudi 3 mai 2018 à 19h00 à une élection complémentaire pour pourvoir :**

- un siège de suppléant vacant pour le département de La Réunion à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte.

#### Dépôt des candidatures

Les candidats se font connaître, par **lettre recommandée avec demande d'avis de réception**, adressée au Président du Conseil interrégional de l'Ordre des méde-

cins (5 résidence Laura – 4 rue Milius – 97400 SAINT-DENIS).

La candidature peut également être déposée au siège du Conseil interrégional. Il en sera donné récépissé. Les candidatures doivent impéra-

tivement **PARVENIR** au siège du Conseil interrégional, dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection** (article R. 4124-5 du code de la santé publique). La clôture du dépôt des candidatures est

fixée au **3 avril 2018 à 16h00** (article R. 4125-1, 3<sup>e</sup> alinéa du CSP).

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

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénom, son adresse, sa date de naissance, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels (article R. 4124-5 du CSP).

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

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif). Celle-ci doit être rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat 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.

Cette profession de foi sera photocopiée en l'état.

La profession de foi devra parvenir avec la déclaration de candidature au siège du Conseil interrégional au plus tard **le 3 avril 2018 à 16h00**.

### **Retrait de candidature (article R. 4125-1 du CSP)**

Le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin.

Il est notifié au Conseil interrégional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce Conseil contre récépissé.

### **Éligibilité**

**Sont éligibles** les médecins inscrits au tableau du Conseil départemental

de La Réunion, de nationalité française et à jour de leur cotisation ordinaire (articles L. 4124-7 et R. 4125-1 du CSP).

**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 prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

### **Électeurs**

Sont électeurs, les membres titulaires du Conseil interrégional de La Réunion-Mayotte.

### **Vote**

Le scrutin aura lieu au siège du Conseil interrégional de la Réunion-Mayotte (5 résidence Laura – 2<sup>e</sup> étage – 4 rue Milius – 97400 SAINT-DENIS) **le jeudi 3 mai 2018 à 19h00**. Le vote par procuration n'est pas admis (article R. 4125-1 du CSP). Ne peuvent voter que les membres titulaires présents (article R. 4125-2 du CSP).

### **Dépouillement**

Il est public et aura lieu sans désenparer **le jeudi 3 mai 2018 juste après**

**le vote** au siège du Conseil interrégional de l'Ordre des médecins.

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera proclamé élu suppléant.

Son mandat prendra fin en avril 2019.

### **Délai de recours (article R. 4125-7 du CSP)**

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

- par les médecins à compter du jour de l'élection;
- par le Directeur général de l'Agence régionale de santé et le Ministre chargé de la santé à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection.

# LA PERSONNE DE CONFIANCE

## ► UNE PERSONNE DE CONFIANCE, POUR QUOI FAIRE ?

La personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux ou lorsque vous êtes pris en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, comme par exemple une maison de retraite ou un établissement médicalisé.

**Elle est votre porte-parole auprès du corps médical si vous n'êtes plus en état de vous exprimer.** Elle veille à ce que vos volontés soient prises en compte et que vos directives anticipées, si elles ont été établies, soient respectées.

La personne de confiance est particulièrement utile si vous êtes en fin de vie, hors d'état d'exprimer votre volonté et que vous n'avez pas rédigé de directives anticipées. Dans ce cas, si vous lui avez antérieurement indiqué quoi faire, son témoignage prévaut alors sur tout autre (famille ou proche).

## ► QUI PEUT DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

En principe, toute personne majeure. C'est un droit et non une obligation ; vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

## ► QUI DÉSIGNER ET COMMENT PROCÉDER ?

**Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle.** Cela peut être un membre de votre famille ou un ami.

**La désignation se fait par écrit et vous pouvez le faire à tout moment,** par exemple au moment de votre admission en cas d'hospitalisation. Cela peut être sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance. La personne que vous désignez et qui accepte, doit signer le document.

## CONSEIL PRATIQUE

### Comment faire connaître la désignation de votre personne de confiance ?

Vous pouvez indiquer dans votre dossier médical partagé ou dans vos directives anticipées l'identité et les coordonnées de votre personne de confiance.

Il est important que vous informiez les professionnels de santé et les personnels des structures sociales et médico-sociales du fait que vous avez choisi votre personne de confiance afin qu'ils aient ses coordonnées dans votre dossier.

Il est également souhaitable de tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

# LA PERTE DE CAPACITÉ

## ► QUELLES SONT LES PRINCIPALES POSSIBILITÉS D'ANTICIPER SON ÉVENTUELLE INCAPACITÉ ?

Chacun de nous a le pouvoir d'organiser sa protection juridique s'il venait à ne plus pouvoir exprimer sa volonté à cause d'un affaiblissement de l'état physique ou mental. Deux moyens nous sont proposés pour anticiper cette perte de capacité : soit choisir son futur éventuel tuteur ou curateur si un régime de protection judiciaire était mis en place, soit établir un acte appelé « mandat de protection future » qui se mettra en œuvre une fois constatée l'altération de ses facultés.

## ► EST-CE QUE JE PEUX DÉSIGNER MOI-MÊME MON TUTEUR OU MON CURATEUR ?

Oui ! **C'est toujours mieux de décider soi-même qui sera le plus apte à nous représenter si nous perdons notre capacité.** De plus, cela se fait très facilement soit par une déclaration devant un notaire, soit par un acte écrit en entier, daté et signé de la main de celui qui est concerné.

## ► QU'EST-CE QU'UN MANDAT DE PROTECTION FUTURE ? EST-CE QUE CELA SERT UNIQUEMENT À GÉRER MES BIENS ?

Le mandat de protection future est un contrat par lequel vous chargez une ou plusieurs personnes de vous représenter pour le cas où vous ne pourriez plus pourvoir seul à vos intérêts.

**Cela permet non seulement de choisir celui qui gèrera vos biens mais également qui protégera votre propre personne.** Avec cet

acte, chacun dispose d'une grande marge de manœuvre suivant sa propre sensibilité ou ses souhaits personnels.

## ► QU'ENTEND-ON PAR « MESURE DE PROTECTION » ?

Il peut y avoir une première mesure urgente quand rien n'a été prévu, appelée **la sauvegarde de justice**. Dans ce cas, un mandataire spécial peut être désigné par le juge des tutelles afin d'accomplir en notre nom un ou plusieurs actes déterminés. Sauf pour ces actes, notre capacité reste le principe.

Un deuxième stade est celui de **la curatelle**, où notre capacité est limitée. Pour les actes les plus importants, le curateur désigné nous assistera et signera à nos côtés.

Un troisième stade est celui de **la tutelle** où notre capacité est beaucoup plus largement limitée et où le tuteur désigné nous représentera dans l'essentiel de nos actes.

Le curateur ou le tuteur désigné sera celui que l'on aura choisi par anticipation si on l'a prévu.

À côté de ces trois mesures classiques, il existe désormais un nouveau régime, **l'habilitation familiale** qui est une mesure judiciaire originale dont l'initiative provient d'une démarche volontaire de membres proches de la famille lorsque celle-ci s'entend bien.

Enfin, bien entendu, si un mandat de protection future a été établi, il est prioritaire à toute autre mesure.

# culture médicale

*Faire face au trouble bipolaire, Guide à l'usage du patient et de ses aidants,*

Jean-Pierre Guichard et Angélique Excoffier, éditions Ellipses, 28 euros.



## FAIRE FACE AU TROUBLE BIPOLAIRE, GUIDE À L'USAGE DU PATIENT ET DE SES AIDANTS

Ce guide (psycho-éducatif), préfacé par le Pr Olié représentant de l'Académie de médecine au Cnom, a pour objectif d'aider les personnes souffrant de trouble bipolaire à contrôler l'évolution de leur pathologie, en leur apprenant comment empêcher les « montées » et les « descentes », intempestives et récurrentes, de l'humeur qui la caractérisent. Pour ce faire, il vise à permettre au patient de mieux comprendre et connaître son trouble – au point d'en devenir un « expert » – et de développer des compétences quant à la gestion des changements d'humeur et la prévention des récurrences (en utilisant des outils spécifiques et des stratégies personnalisées).

Ce guide est également destiné aux aidants (proches, membres d'associations d'entraide, soignants), désireux d'accompagner leur proche, de manière plus appropriée et efficace, dans son parcours de soins.

*Le temps des robots est-il venu ?*

Jean-Gabriel Ganascia et Jean-Philippe Braly, éditions Quae, 19,50 euros.



## LE TEMPS DES ROBOTS EST-IL VENU ?

« Un robot dans chaque foyer. » Voilà ce que prédit Bill Gates pour les années à venir. Mais d'où viennent ces robots qui s'invitent chaque jour un peu plus dans notre quotidien ? Tâches domestiques, transports, loisirs, soins... : certains sont-ils plus performants que les humains pour des tâches spécifiques ? Peuvent-ils s'avérer dangereux ? Et à l'avenir : jusqu'où iront-ils ? Autant de questions auxquelles cet ouvrage apporte des réponses claires, basées sur des entretiens avec des roboticiens et informaticiens reconnus...



*L'accompagnement des personnes âgées en établissement et à domicile,* Victor Larger, éditions Balland, 20 euros.

## L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT ET À DOMICILE

Les personnes de grand âge qui requièrent des soins sont généralement affaiblies et fragiles. Lorsque la dépendance s'installe, il faut recourir à des tierces personnes qui, le moment venu, sont des professionnels. Sur quelles bases non pas seulement techniques, mais morales, doit-on asseoir la pratique de ces soins délivrés par des professionnels ? Au-delà leurs connaissances techniques nécessaires, les soignants sont invités à saisir ce qui constitue la dignité de la personne, à travers ses forces et surtout ses faiblesses. Cette relecture de l'expérience professionnelle d'un médecin gériatre devenu directeur établissement, à la lumière de la philosophie de la personne, aboutit à une revisite de la pratique.



*Médecine, histoire illustrée de l'antiquité à nos jours,* Steve Parker, éditions Larousse, 34,95 euros.

## MÉDECINE, HISTOIRE ILLUSTRÉE DE L'ANTIQUITÉ À NOS JOURS

Des premières saignées aux développements les plus récents de la recherche sur les cellules souches et les superbactéries, cet ouvrage raconte les prodigieuses découvertes de la médecine. Grâce à des gravures anatomiques, des documents d'archive et d'étonnantes visuels d'imagerie médicale, il relate de manière captivante l'avancée des sciences médicales à travers les sujets les plus variés : art de guérir, premières vaccinations, découverte des antibiotiques, greffes et prothèses, médecine personnalisée... À travers les portraits des savants qui ont œuvré parfois toute leur vie pour la science, revivez la grande épopée de la médecine !

**D<sup>r</sup> Hélène Colombani,**  
présidente de la Fédération nationale des centres  
de santé



## « Les centres de santé sont des lieux où se vivent des valeurs qui me tiennent à cœur »

**« Rien ne me prédisposait à être médecin. J'avais choisi d'être océanographe car, étant née et ayant vécu en Afrique non loin de la mer, j'étais sensibilisée au milieu marin.** Mais la vie en a décidé autrement. Pendant mes études de biologie, j'ai suivi des cours de secourisme et j'ai découvert le monde médical. Les gestes, les techniques, l'importance de la relation humaine, le souci de secourir les autres, d'améliorer leur santé... Cela a agi comme un révélateur et j'ai changé d'orientation. À l'hôpital de Sherbrooke, au Québec, où j'ai passé quatre mois au début de mes études, j'ai pu apprécier l'approche que les Canadiens avaient de la médecine, une approche plus globale et très centrée sur le patient, avec une dimension communautaire et de prévention. J'ai compris que c'était de cette médecine-là dont j'avais envie. À mon retour et pendant trois ans, j'ai fait régulièrement des gardes d'externe au Samu, tout en continuant mes études. J'étais sur le terrain, face à des situations très diverses. Il fallait réagir vite et de façon appropriée. Enfin, lors de mon internat à Rouen, après avoir hésité entre la psychiatrie et la santé publique, j'ai choisi cette dernière spécialité, plus

conforme avec ce que j'avais vu au Canada et ce que je souhaitais faire : articuler la prévention et les soins, et favoriser une prise en charge globale et non segmentée. Ce qui ne m'a pas empêchée de poursuivre des formations dans d'autres domaines et de faire ma thèse en recherche clinique. Je me suis cherchée... et en même temps, tout ce que j'ai appris et vécu avait une cohérence. Je l'ai constaté quand j'ai été recrutée comme directrice des centres de santé de la Ville de Nanterre. Tout concordait : la médecine générale et la prévention, appliquées à la santé publique à l'échelon d'un territoire communal. Les centres de santé sont des lieux où se vivent des valeurs qui me tiennent à cœur. Réduire les inégalités de santé territoriales, favoriser l'accès aux soins pour tous, créer des conditions d'accueil pour que chacun en profite, ouvrir la prise en charge à l'aspect médico-social. Il faut savoir que plus de 60 % des centres de santé adhérents de la FNCS sont situés dans des zones sensibles, avec une forte mixité sociale. Organiser des programmes de dépistage ne suffit pas. Derrière, il faut aider les personnes à se soigner. C'est une question d'éthique. »

### parcours

**1991**  
Internat en Santé publique au CHU de Rouen, suivi d'une maîtrise en épidémiologie et un DES de gestion des services de santé

**1995**  
Thèse de médecine à l'Institut Curie, à Paris (Facteurs pronostiques des petites tumeurs du cancer du sein)

**1996**  
Prend la direction des centres de santé de la Ville de Nanterre

**2007**  
DU de thérapie comportementale et cognitive

**Septembre 2017**  
Nommée présidente de la Fédération nationale des centres de santé, après en avoir été la secrétaire générale pendant cinq ans.



Pour aller plus loin :

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