

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 55 mai - juin 2018

Sur le terrain

Prévenir les traumatismes
postopératoires
par le jeu

Entretiens croisés

États généraux
de la bioéthique :
quelles limites entre le
possible et le souhaitable ?



www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Pratique avancée : lentement, mais sûrement





Retrouvez le bulletin, le webzine
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur
www.conseil-national.medecin.fr

O4. focus

Médecin, un métier dangereux?

O6. en bref

Solidarité entre soignants : la volonté
d'agir ensemble

O8. sur le terrain

Prévenir les traumatismes postopératoires
par le jeu

O10. e-santé

Intelligence artificielle : « Notre vision est trop
court-termiste! »

O11. ailleurs

Dossier médical partagé et prescription
électronique : des outils bien rodés

O12. entretiens croisés

États généraux de la bioéthique : quelles
limites entre le possible et le souhaitable?

le guide juridique

24. en bref

- Déclaration de votre adresse électronique :
une obligation légale
- Un nouveau carnet de santé

25-27. vos questions/vos réponses

- Diffusion de musique : quels droits
et redevances?
- Vaccination : comment répondre
aux interrogations des patients?

28-30. pratique

- La prescription d'activité physique adaptée
par les médecins
- Soins consécutifs aux sévices sexuels subis
par des mineurs : une prise en charge à 100 %

31. culture médicale

32. rencontre

D^r Christophe Adam, médecin généraliste
à Bordeaux



16

Pratique avancée : lentement, mais sûrement

À la prochaine rentrée universitaire, plusieurs
centaines d'infirmiers devraient prendre le chemin
des amphithéâtres pour débiter un master qui
débutera sur un diplôme de pratique avancée.
Avec cette première promotion d'étudiants s'ouvre
une nouvelle ère pour le système de soins français.
Décryptage d'un sujet aussi complexe que
polémique.

restons connectés!



Sur le Web : www.conseil-national.medecin.fr

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail : conseil-national@cn.medecin.fr

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



DR

Éthique : une année charnière

2018 sera une année charnière pour la médecine, mais aussi pour l'ensemble de la société. La révision des lois de bioéthique, dont les textes devraient être examinés par le Parlement en fin d'année, est chargée d'enjeux.

La consultation publique organisée par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), de février à avril, a rencontré un grand succès.

Elle a été l'occasion pour nous tous, professionnels mais aussi citoyens, de nous poser la question : « Quel monde voulons-nous pour demain ? »

« Nous avons le devoir de veiller au respect des principes éthiques »

Ce temps de réflexion et de débats était on ne peut plus nécessaire à l'heure où les innovations semblent dépasser la fiction, et où l'on entraperçoit des progrès et des potentialités susceptibles de bouleverser

en profondeur notre société et ce qui fait notre condition humaine.

La science est-elle libre de tout explorer sans se préoccuper des retombées sociétales ? Est-ce que tout ce qui est techniquement possible est souhaitable ?

Quelle distinction entre état pathologique et convenances personnelles dans la prise en charge ? Outre soigner, le médecin a-t-il également vocation

à perfectionner, voire « augmenter » ses patients ? L'Ordre ne peut, et n'a d'ailleurs pas l'ambition, d'apporter des réponses formelles à toutes ces questions. Mais nous avons le devoir de nous les poser. C'est d'ailleurs la mission d'un groupe de travail au sein de la section Éthique et Déontologie, dont les réflexions feront prochainement l'objet d'un rapport. C'est également l'objet des entretiens croisés de ce numéro (*cf. p.12-15*). Nous avons également le devoir de veiller au respect des principes éthiques et déontologiques.

C'est pourquoi, dans les semaines qui viennent, lors de la rédaction de la loi, des auditions et des débats aux assemblées, nous aurons à cœur de défendre avec conviction ces valeurs fondatrices de notre profession : respect de la personne et de sa dignité, information, consentement, refus de provoquer délibérément la mort, respect de l'autonomie, principe de bienfaisance, non-malfaisance, équité et justice.

Dr Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : Dr 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 :** Dr Jacques Lucas - **Coordination :** Évelyne Acchiardi
Conception et réalisation : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier
Direction artistique : David Corvaisier - **Maquette :** Nathalie Wegener - **Sécretariat de rédaction :** Céline de Quéral, Céline de Quéral
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.

Médecin, un métier dangereux ?

Insultes, coups, menaces... En 2017, l'Observatoire de la sécurité des médecins a recensé 1 035 agressions de confrères dans le cadre de leur exercice. Un record historique, et qui est sans doute minoré en raison du caractère déclaratif de ces incidents.

638 attaques verbales, 239 vols ou tentatives de vol, 88 actes de vandalisme et 75 agressions physiques : tels sont les chiffres enregistrés par l'Observatoire de la sécurité des médecins en 2017.

Mais, « en réalité, il y en a eu certainement plus, estime le Dr Hervé Boissin, coordonnateur de cet observatoire au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). Nos résultats s'appuient sur les déclarations volontaires de nos confrères. Or beaucoup, à force d'être la cible d'insultes ou de harcèlements, ne prennent même plus la peine de les signaler. Certains ont aussi peur des représailles... » Bien qu'ils ne représentent que les quelque 20 % émergés de l'iceberg, les 1 035 incidents répertoriés constituent un record jamais enregistré. « Ils confirment ce sur quoi nous alertons les pouvoirs publics depuis plusieurs années : les médecins doivent faire face à une hausse importante des violences de toute nature à leur encontre », poursuit le Dr Boissin.

Pas que dans les quartiers sensibles

Les généralistes sont les premières cibles des attaques (61 % des déclarations), suivis des ophtalmologistes (6 %) et des dermatologues (2 %). Dans 51 % des cas, les médecins victimes de ces violences sont des femmes. Et 76 % exerçaient en libéral. Si le Nord et les Bouches-du-Rhône sont particulièrement problématiques (on y dénombre respectivement 108 et 107 incidents déclarés), aucun dépar-

tement n'est épargné. En outre, « la violence envers les médecins n'éclate pas que dans les cités, précise le Dr Boissin. Aujourd'hui, même dans les "beaux quartiers", on peut se faire insulter ou taper par un patient qui n'a pas apprécié d'attendre ou de se voir refuser un arrêt de travail. »

Toujours porter plainte

Seuls 48 % des incidents déclarés ont fait l'objet d'une démarche judiciaire. Or le Cnom tient à le rappeler qu'en cas d'agression, qu'elle soit physique ou verbale, tout comme en cas de vol et de dégradation de biens, il faut por-

ter plainte. Ces actes constituent des délits pénaux. « Contrairement à ce que conseillent certains policiers, le dépôt d'une main courante ne sert à rien, insiste le Dr Boissin. Il est aussi très important de remplir une fiche de signalement d'incident via le site Internet du Cnom. Cela nous permet d'avoir des statistiques qui font poids auprès des pouvoirs publics. Mais surtout, cela permet à nos instances départementales d'en être informées et d'apporter leur aide aux médecins agressés, notamment en se portant partie civile lors du dépôt de plainte, pour en renforcer la portée. »

Point de vue de l'Ordre

Dr Hervé Boissin, coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins



« Il faudrait que les pouvoirs publics s'emparent du problème ! »

« Ces incidents n'ont pas qu'un impact sur la santé des médecins. Ils contribuent aussi à la désertification médicale de certains territoires. Les cas de praticiens hospitalisés suite à une agression sont de plus en plus médiatisés, tout comme les témoignages de confrères qui ferment leur cabinet, exaspérés d'être la cible d'insultes et de harcèlement. Comment, dans ce contexte, peut-on demander à de jeunes médecins de s'installer alors que, en plus

d'avoir peur de se retrouver isolés et surchargés de travail, ils craignent de se faire agresser ? Même s'il ne s'agit "que" d'une attaque verbale, les conséquences sont toujours importantes, au moins psychologiquement. Certes, des protocoles de sécurité ont été signés entre l'Ordre des médecins et les préfectures dans la plupart des départements. Mais s'ils améliorent la prise en charge par les services de police des médecins victimes d'agression, ils ne permettent pas de réduire le nombre de ces agressions. En outre, de nombreuses plaintes restent sans suite judiciaire, du fait de l'inertie des autorités. Ce n'est pas normal... »

Témoignage

D^r Bernard Le Douarin, président du Conseil départemental du Val-de-Marne de l'Ordre des médecins



« Le nombre d'agressions est passé de 35 à 9 entre 2010 et 2017 »

« Nous avons été l'un des premiers conseils départementaux de l'Ordre à avoir décliné le protocole national signé avec les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur en 2011, pour la sécurité des professionnels de santé. Nous avons signé un protocole local avec le préfet et l'Agence régionale de santé (ARS) la même année, ce qui nous a notamment permis de mettre en place une liste de référents de police, que les médecins du Val-de-Marne peuvent appeler directement s'ils ont besoin de porter plainte. Nous avons également réussi à convaincre les

communes de prendre en charge la présence d'un vigile de 20 heures à minuit dans les douze maisons médicales de garde du département. Compte tenu de la féminisation de la profession, c'était important de rassurer nos consœurs, pour les convaincre de revenir vers le système de garde. Résultat, nous avons une bonne permanence des soins. En revanche, l'outil que nous avons mis à disposition des médecins effecteurs de visites dans les quartiers sensibles – des boîtiers d'alerte géolocalisables sur lesquels ils peuvent appuyer pour alerter le Samu en cas de problème – a montré

ses limites. Lorsqu'il reçoit le signal, le centre 15 analyse la situation et prévient les secours, si nécessaire. Mais la plupart du temps, les médecins, quand ils sont agressés par surprise, tentent de se protéger et sont dans l'incapacité de sortir le beeper de leur poche. De plus, quand les secours arrivent, les agresseurs ont déjà pris la fuite. Reste un autre souci : les forces de sécurité sont souvent très réticentes à prendre les dépôts de plainte et se limitent à l'enregistrement d'une main courante. Nous sommes intervenus récemment auprès de la procureure du Val-de-Marne pour insister sur l'importance de déposer plainte. »

Témoignage

D^r Thomas Cartier, médecin généraliste à Bobigny (93)



« Cette agression n'a fait que confirmer mon choix de partir »

« Le 5 mars dernier, un père de famille est arrivé sans rendez-vous au cabinet. En rage, les poings levés vers mon visage et prêt à frapper, il m'a ordonné d'examiner immédiatement son enfant. Impossible de le raisonner, même en lui proposant un rendez-vous surnuméraire en début d'après-midi. J'ai donc été obligé de m'exécuter. Cette menace de mort, survenue quelques semaines à peine après le vol de mon portable dans un *car-jacking* et la dégradation de mon cabinet, n'a fait que confirmer la décision que j'avais déjà prise de partir. Pourtant, quand je me suis installé à Bobigny, il y a trois ans, j'avais envie de faire bouger les choses. Je souhaitais monter une maison pluridisciplinaire de santé (MSP) pour attirer d'autres confrères dans ce quartier où il devient difficile d'exercer seul en toute sécurité. Malgré un gros problème de densité médicale en Seine-Saint-Denis, je n'ai reçu aucun soutien des autorités locales pour créer cette structure. Il faudrait que le département et la ville sortent de leur inertie s'ils veulent faire revenir des médecins volontaires sur leur territoire. Compte tenu du prix des consultations, les praticiens ne peuvent pas financer eux-mêmes la présence d'un vigile à l'entrée de leur cabinet ou maison médicale. Si l'insécurité s'ajoute à leur surcharge de travail et à la lourdeur de leurs tâches administratives, rien ne les incite à s'installer ici. »

Témoignage

D^r Corinne Joyeux, médecin généraliste à Châtelleraut (86)



« Après les manifestations de soutien, le soufflé est retombé »

« En 2016, j'ai passé quatre jours à l'hôpital, pour un traumatisme crânien : un père de famille m'a frappée au visage et, en tombant, je me suis cogné la tête contre un meuble. J'ai ensuite été en arrêt de travail pendant quatre mois. La raison de sa colère ? Arrivé trente minutes en retard pour la consultation de son enfant, il n'a pas supporté qu'on lui dise de patienter un peu, le temps qu'on s'occupe d'autres personnes là avant lui. Heureusement, je n'ai pas conservé de séquelles physiques de cette agression. Mais je souffre encore de

stress post-traumatique. D'ailleurs, depuis que je suis revenue au cabinet, je ne propose plus de rendez-vous sur des créneaux peu fréquentés, comme les soirs ou le samedi matin. Je ne veux plus me mettre en danger. Nous sommes six médecins regroupés dans une maison de santé, et nous travaillons tous au maximum des capacités de nos agendas. Pourtant, même dans notre quartier, qui n'est pas particulièrement sensible, les relations avec les patients se sont dégradées. Sur le coup, mon agression a choqué la population,

il y a même eu une grande manifestation. Mais depuis, finalement, rien n'a changé. Nos secrétaires médicales continuent de se faire insulter tous les jours parce que les patients ne supportent pas qu'on ne leur donne pas tout de suite tout ce qu'ils veulent. Les mesures envisagées par la collectivité et le cabinet (vidéosurveillance, vigile, etc.) n'ont pas été mises en œuvre car personne ne veut les payer. En revanche, le soutien de l'Ordre a été précieux : ils se sont portés partie civile au tribunal et se sont déplacés pour m'y accompagner. L'agresseur a été condamné. »

+ d'infos : retrouvez l'infographie des chiffres-clés de l'Observatoire de la sécurité sur le site du Cnom www.conseil-national.medecin.fr

les tweets

@ordre_medecins - 11 avril
Observatoire des initiatives réussies : partagez vos expériences pour organiser l'accès aux soins dans les territoires! <https://www.conseil-national.medecin.fr/observatoire> #AccèsAuxSoins

@ordre_medecins - 17 avril
Notre enquête ne démontre pas de lien de corrélation entre la santé des médecins et la démographie médicale https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf ... #DirectCNOM

@ordre_medecins - 19 avril
Commission d'enquête sur l'égal #AccèsAuxSoins des Français sur l'ensemble du territoire : le Dr Arnault, délégué général aux relations internes du CNOM, et le Dr Simon, président de la section Exercice professionnel, auditionnés par la #ComAfSoc ce matin #DirectAN

Permanence des soins ambulatoires Réorganiser la PDSA en fonction des territoires

La 15^e enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a confirmé la tendance constatée depuis plusieurs années de sa dégradation lente et progressive. La situation, déjà critique dans certains départements, le deviendra dans d'autres territoires si aucun changement n'intervient en termes d'organisation ou de fonctionnement. En 2017, la PDSA n'était pas assurée en nuit profonde dans 19 territoires supplémentaires.

Déséquilibres territoriaux

De manière globale, le volontariat des médecins s'est maintenu en 2017, mais il est très disparate, avec, par exemple, un taux de 90 % dans la Nièvre contre 10 % à Paris. Aujourd'hui, la pérennité d'un

dispositif reposant essentiellement, dans un certain nombre de territoires, sur des généralistes installés déjà très fortement sollicités pose question.

« Il est urgent de réorganiser la permanence des soins en se fondant sur un diagnostic précis des besoins de la population et des ressources médicales disponibles, a déclaré le Dr Jean-Yves Bureau, président de la commission PDSA de l'Ordre des médecins. C'est au plus près des territoires que doit être définie l'organisation de la PDSA, tout comme l'organisation des soins dans son ensemble. »

+ d'infos

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_pds_2017_O.pdf

Protection des données : de nouvelles dispositions

Le règlement européen sur la protection des données (RGPD) est applicable dans tous les États membres de l'Union, à compter du 25 mai 2018. La CNIL voit ses pouvoirs accrues et a indiqué que les contrôles qu'elle serait conduite à effectuer auront les premiers mois une fonction pédagogique de rappel à la loi, avant qu'elle use de ses pouvoirs de sanction financière. Le Conseil national de l'Ordre publiera très prochainement un guide dans lequel seront recensées, sous forme de fiches pratiques, toutes les dispositions

à prendre dans les diverses situations d'exercice. Cette publication s'inscrira en soutien des contenus propres aux publications de la CNIL. Tous les médecins, dans tous les secteurs de soins et de modalités d'exercice, sont concernés. Vous l'êtes parce que vous êtes amenés à recueillir et à traiter de nombreuses informations sur vos patients : des données d'identification (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone), mais aussi des informations dites sensibles sur la vie personnelle

du patient et celles qui sont directement ou indirectement relatives à sa santé. Que vous utilisiez un dossier patient papier ou un dossier patient informatisé, le RGPD s'applique. Peut-être avez-vous opté pour une plateforme en ligne pour gérer la prise de rendez-vous? Peut-être réalisez-vous ponctuellement ou à titre habituel des actes de télémedecine? Vous êtes concerné par l'application du RGPD, et dans bien d'autres situations pratiques que le guide exposera pour vous informer et vous accompagner.



CertifMed.fr : tous les modèles en ligne

Conçu dans le cadre d'une thèse de médecine générale, le site CertifMed.fr est un outil d'aide à la décision concernant les demandes de certificats médicaux. Il propose, selon le cas auquel vous êtes confronté, le modèle de certificat correspondant, et rappelle les principales règles pour le rédiger (certifmed.fr).

+ d'infos : <http://www.certifmed.fr/certificat-7-72-i.html>

Élections



Le D^r René-Pierre Labarrière a été élu le 29 mars 2018, à l'occasion de l'élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins pour la région Rhône-Alpes.

Entraide confraternelle

Solidarité entre soignants : la volonté d'agir ensemble

« Toutes nos professions sont marquées par des moments de pénibilité, de difficulté voire de détresse, qui peuvent intervenir à tout moment de notre carrière... » a rappelé le D^r Patrick Bouet, président de l'Ordre des médecins le 10 avril, en préambule d'un débat organisé par l'Ordre intitulé « Quelle solidarité pour les soignants ? ». Devant une centaine de personnes, les invités ont pris la parole : Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH); le Pr Éric Galam, responsable du DIU « Soigner les soignants » à l'UFR Paris-VII; Jean-Baptiste Bonnet, président de l'InterSyndicale nationale des internes (ISNI); Nicolas Revel, directeur général de la Cnamts; le D^r Donata Marra, psychiatre; et Patrick Chamboredon, président de l'Ordre national des infirmiers.

Prendre soin des soignants

L'un des principaux problèmes réside dans le fait que « la plupart



des médecins n'ont pas de médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Ils ne se soignent pas aussi bien qu'ils le recommandent à leur patient... », a relevé le D^r Jacques Morali, président de la commission d'entraide du Cnom. « Nous avons compris, avec les autres ordres des professions de santé, acteurs de l'entraide confraternelle, qu'il fallait structurer un réseau afin de pouvoir agir en amont et au plus près du

terrain », a ajouté le D^r Patrick Bouet. La mise en service d'un numéro vert d'écoute et d'assistance aux médecins, professionnels de santé et internes en difficulté (0800 800 854), accessible gratuitement 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, en est l'une des premières traductions concrètes.

+ d'infos : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2722>

Pédiatrie

Prévenir les traumatismes postopératoires par le jeu

Depuis janvier 2013, l'hôpital pédiatrique Robert-Debré (AP-HP) propose des ateliers ludiques pour préparer les enfants et adolescents âgés de 4 à 18 ans à l'opération. Un moyen efficace pour dédramatiser ce moment...
Nous avons suivi un de ces ateliers destiné aux plus jeunes patients.

Dans une salle baignée de lumière, juste à côté du couloir qui mène au bloc de chirurgie de l'hôpital de jour, Lucas, 4 ans et demi, accompagné de sa maman, semble un peu perdu. « Choisis un personnage qui va te représenter, puis choisis ton doudou » lui demande Nancy Pracros, infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE), en l'amenant devant un bac rempli de Playmobil. Lucas esquisse un sourire et se prête volontiers au jeu. « Pour te préparer à ton opération lundi, nous allons te raconter comment ça va se passer... » lui explique Clautilde Choffrut, auxiliaire de puériculture. À l'aide des Playmobil, d'une maquette représentant l'accueil, le bloc, la salle de réveil mais aussi d'un livre photo et de tous les accessoires utilisés avant l'opération, Lucas va découvrir « la fabuleuse aventure » de l'opération.

Une approche par le jeu

Après avoir enfilé sa « combinaison de cosmonaute » (la blouse), l'IADE teste la force de Lucas grâce au « biscotomètre » (tensiomètre). Capteurs, oscilloscope, perfusion, tenue des médecins, masque pour l'anesthésie, tous les objets et toutes les étapes, avant et après l'opération, ont été minutieusement transposés dans une histoire fantastique, adaptée aux enfants. Lucas est désormais parfaitement détendu, il fait circuler son avatar et son doudou à travers les différentes pièces



L'un des moments forts de l'atelier : la manipulation des accessoires, l'essayage de la tenue et la découverte des différents instruments médicaux qui peuvent faire peur.

de la maquette. « À la base, Lucas est un enfant assez angoissé, confie Mathilde, sa maman, en le regardant du coin de l'œil. Cela fait plusieurs jours qu'il commence à poser des questions sur comment va se passer l'opération... Mais jusqu'à aujourd'hui, je ne savais pas trop comment lui répondre parce que je ne savais moi-même pas vraiment

comment ça allait se dérouler dans les détails. Cet atelier permet de lui expliquer. Je pense que grâce à ça, il sera beaucoup moins anxieux le jour J. »

Pour les enfants... mais pas que !

Pour cet atelier, il est demandé qu'au moins un des parents accompagne l'enfant. « Parfois, nous avons aussi le



Grâce à la maquette du service, Lucas a rapidement compris quelles étaient les différentes étapes d'une opération.



Le film, réalisé grâce à un mécénat, permet à Lucas et à sa maman de réviser ensemble toutes les étapes. Un moyen de vérifier qu'il n'y a plus de questions en suspens...



L'atelier se termine par une vraie visite des lieux. Dans cinq jours, Lucas reviendra rassuré pour son opération.

frère ou la sœur, précise Joëlle Kinderf, IADE qui a activement participé à la création de ce projet au sein du CHU. *La perspective d'une opération peut être traumatisante pour le jeune patient, mais aussi pour toute la famille. Donc l'atelier est également un moyen de rassurer les parents et la fratrie.* »

L'atelier s'achève par la projection d'une vidéo, récapitulant toutes les étapes, puis par la visite de l'accueil et de la salle de réveil. Lucas est fin prêt pour son opération. « *Ce sera toi qui seras là ?* » demande-t-il à Nancy avant de partir, sa blouse et son masque d'anesthésie sous le bras. « *Pas forcément, mais ne t'inquiète pas, nous sommes tous des aventuriers de l'espace* », le rassure-t-elle. Ici, médecins, infirmiers, auxiliaires, psychologues... tout le monde joue le jeu.

Témoignage

D^r Anne-Laure Hörlin, chef de clinique assistante et **Joëlle Kinderf**, IADE, service anesthésie réanimation, hôpital universitaire Robert-Debré (AP-HP).

« Rendre les enfants acteurs de leur opération »

« Une opération peut générer des troubles importants chez les enfants et les adolescents. Cela peut aller de la colère à l'anorexie... Nous avons donc travaillé pendant un an, avec des psychologues sur un scénario de film, sur l'album photo et sur la maquette Playmobil.

Notre idée est d'informer mais aussi de positiver. Par exemple, on explique aux enfants qu'ils ne pourront pas prendre de petit déjeuner le matin, mais qu'ils pourront amener leur goûter préféré pour l'après-midi. Et puis on leur fait manipuler tous les objets. Ils peuvent



même emporter la blouse et le masque à la maison pour "s'entraîner"... On essaie de les rendre le plus possible acteurs de leur opération. Aujourd'hui, nous avons un peu de recul sur cette initiative. Nous avons réalisé plusieurs études et une thèse qui ont permis de montrer que grâce à l'atelier, les troubles du comportement postopératoires diminuent de 30 %.



Propos recueillis par **Marine Løyen**

Intelligence artificielle

« Notre vision est trop court-termiste ! »

Alors que la Commission européenne a constitué un groupe d'experts sur le sujet et que le rapport de Cédric Villani sur l'intelligence artificielle laisse une large place aux questions éthiques, que le Cnom a abordées dans sa dernière publication¹, nous avons interrogé Laurence Devillers, membre de la Commission de réflexion sur l'éthique de la recherche en sciences et technologies du numérique d'Allistene (CERNA).

Quelle définition donnez-vous de l'intelligence artificielle ? Est-ce qu'il n'y a pas méprise, dans le terme même ?

Une machine ne peut pas être intelligente comme on l'entend pour les êtres humains. Par intelligence artificielle, on désigne un ensemble de techniques et de recherches qui ont pour objectif de donner à des machines des capacités cognitives qui ont trait à trois domaines : la perception, la décision et l'action. Ainsi, une machine peut reconnaître des images, trier des informations, traduire un texte voire prendre des décisions sur certains sujets. Ces machines peuvent être plus performantes que les êtres humains dans des domaines très particuliers. En médecine, une intelligence artificielle peut par exemple repérer un cancer de la peau mieux qu'un être humain, mais la machine n'est pas pour autant intelligente comme un homme.

La commission européenne a constitué un groupe d'experts pour travailler sur l'éthique et l'intelligence artificielle. Qu'en pensez-vous ?

C'est fondamental, parce que ces systèmes d'intelligence artificielle diffusent dans tous les domaines. Il est indispensable de déterminer quelles seront les règles de bien vivre ensemble avec ces machines, sinon nous risquons un déséquilibre. Attention, compre-

nez-moi bien : on ne court pas le risque de voir les machines prendre le pouvoir, mais celui de voir certaines catégories d'êtres humains devenir esclaves des machines. Il est important de s'en prémunir. Qu'on délègue des tâches simples à des machines est tout à fait pertinent. En revanche, dès qu'une décision importante est à prendre, elle doit impérativement être prise avec un homme dans la boucle, si on veut éviter des dérives. Des expérimentations ont été faites dans le domaine juridique : on s'est aperçu qu'une intelligence artificielle avait tendance à condamner plus facilement les personnes de couleur en raison des précédents qu'elle avait enregistrés, mais on peut aussi trouver de nombreux biais dans le jugement humain. La complémentarité entre les deux intelligences doit être trouvée.

Peut-on envisager une éthique « a priori », alors que les intelligences artificielles sont en plein développement et que l'on n'en connaît pas encore toutes les applications ?

On nous accuse souvent d'être « anti-business ». C'est faux ! Un grand nombre d'industriels sont conscients de ces sujets, demandeurs d'un guide de bonnes pratiques et prêts à coopérer. L'intelligence artificielle est déjà là et nous avons une vision trop court-termiste. En Chine, par exemple, un système de notation des

habitants a été mis en place qui, dès 2020, conditionnera jusqu'à leur droit à acheter un billet d'avion. Il incombe à l'État, aux chercheurs, aux enseignants et à tous les professionnels de cet écosystème d'agir, par la formation d'abord. Les citoyens doivent être en capacité de comprendre, pour se donner les moyens de ne pas subir. Je milite également pour que les chercheurs en sciences numériques reçoivent une formation spécifique – c'est déjà le cas pour les doctorants en sciences du numérique.

Quels sont les risques associés aux robots sociaux ?

Il y a peu de robots sociaux qui se déplacent pour l'instant, mais les agents conversationnels (chatbots) arrivent dans notre quotidien. Prenez Google Home : pour que ce service soit rentable, il doit se nourrir de données privées, que nous allons lui livrer ; nous recevrons donc chez nous des publicités ciblées et des informations présélectionnées. Il est important de s'interroger sur les données que nous transmettrons à ces machines sociales douées de conversation, qui peuvent être très privées. Par ailleurs, si ces robots sont conçus pour s'adapter à l'être humain, il faudra être vigilant à la manière dont celui-ci s'adapte à cette « humanité feinte ».

1. Le médecin et le patient dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle.



DANEMARK

DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ ET PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE : DES OUTILS BIEN RODÉS

Alors qu'en France, le dossier médical partagé (DMP) et l'ordonnance électronique sont encore en expérimentation, cela fait plusieurs années que les médecins danois utilisent de tels outils. Présentation...

Entre 2009 et 2016, les régions et municipalités danoises, qui gèrent de façon décentralisée le système de santé du pays, se sont organisées les unes après les autres pour déployer le projet de dossier médical partagé sur leurs territoires.

Aujourd'hui, tous les citoyens et résidents du Danemark ont le leur. Ce *Fælles Medicinkort* (FMK) est associé à leur numéro d'identification personnel – équivalent de notre identifiant national de santé (INS) – qui est lui-même lié à leur carte de sécurité sociale. Ainsi, lors d'une consultation, il suffit au patient de présenter sa carte au professionnel pour lui donner accès à toutes ses données médicales : traitements en cours, historique des consultations, vaccinations, allergies, etc. Les médecins sont obligés de consulter ce carnet de santé digital avant de prescrire un nouveau médicament, puis de le mettre à jour. Depuis peu, ils doivent même y rédiger directement leurs ordonnances sous forme électronique. Cela facilite les échanges avec les pharmaciens et l'organisme de sécurité sociale, mais surtout garantit que la liste des traitements pris par le patient est complète. Car l'objectif premier du FMK est de réduire les interactions médicamenteuses et les redondances de prescription. Il doit en outre faciliter la coordination des soins autour du patient, le médecin traitant ayant accès à tous les soins prescrits et réalisés par des spécialistes ou des infirmiers.

OBLIGATOIRE ET EXHAUSTIF

Les patients peuvent accéder, où ils veulent et quand ils le souhaitent, à leur dossier médical et aux ordonnances qu'il contient. Il leur suffit de se rendre sur le site www.fmk-online.dk, géré par l'Agence nationale des données de santé. La connexion est sécurisée puisqu'elle nécessite, en plus du numéro d'identification



personnel, un mot de passe et un code fourni par un générateur automatique. En revanche, impossible pour le patient de masquer lui-même une ordonnance qu'il n'aurait pas envie de voir apparaître dans son dossier. Il doit pour cela passer par un médecin, dont le devoir est de l'éclairer sur les risques induits par une telle décision. Une mention indique alors l'existence de « traitements cachés ». Les autres professionnels de santé devront demander le consentement du patient pour y accéder, s'ils pensent que cela est pertinent. Dans le cas où la personne est amenée inconsciemment à l'hôpital, les médecins urgentistes sont autorisés à faire une « recherche extraordinaire d'urgence », donc à lire les ordonnances cachées, s'ils estiment que c'est nécessaire. Pour de nombreux experts, l'atout du système danois est son caractère obligatoire et exhaustif. Mais sa mise en œuvre a été facilitée par le fait que les Danois étaient déjà habitués à voir leurs données personnelles collectées par l'État.

+ d'infos : <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-faelles-medicinkort>

entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier | Photos : DR

États généraux de la bioéthique Quelles limites entre le possible et le souhaitable ?

Le 18 janvier 2018, étaient lancés les états généraux de la bioéthique. Organisés par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), ils ont vocation à recueillir de la façon la plus objective possible **l'ensemble des avis de la société sur les grandes questions de bioéthique, en vue de la révision, à la fin de l'année, des lois de bioéthique.**

832 773
votes

et **64 985 contributions** ont été postés sur le site des états généraux lors de la consultation grand public en ligne.

« *Quel monde voulons-nous pour demain ?* » C'est avec cette interrogation que le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a ouvert les états généraux de la bioéthique. La question est vaste, mais elle illustre parfaitement la complexité de la problématique, à savoir : quel équilibre entre progrès scientifiques et évolutions sociétales ? Quelle limite entre le possible et le souhaitable ? Les innovations technologiques et médicales se sont considérablement développées ces dernières années, ouvrant la voie à des solutions jusqu'alors inenvisageables. Certaines portent autant d'espoirs pour vaincre des maladies que de risques de dérives.

Débats et contributions

Site Web sur lequel chacun a pu s'exprimer, événements en régions, auditions

d'experts et comité citoyen, la consultation a revêtu diverses formes pour recueillir le plus d'avis possible. Le périmètre des sujets abordés était étendu, allant au-delà même du programme de la nouvelle loi : cellules-souches et recherche sur l'embryon, examens génétiques et médecine génomique, dons et transplantations d'organes, neurosciences, données de santé et numérique, intelligence artificielle et robotique, santé et environnement, procréation et société, et, enfin, accompagnement de la fin de vie.

Aujourd'hui, la consultation est achevée. Le CCNE est en train de finaliser son rapport exposant les arguments et les différents points de vue portés par la société. En attendant la publication de ce document, le Conseil national de l'Ordre des médecins vous propose un échange de réflexions d'experts sur ces questions éthiques...



Pr Jean François Delfraissy,
président du Comité consultatif
national d'éthique (CCNE)



Dr Jean-Marie Faroudja,
président de la section Éthique
et Déontologie du Cnom



Damien Le Guay,
philosophe, enseignant à l'Espace
éthique IDF, président du Comité
national d'éthique du funéraire

Pr Jean-François Delfraissy

La bioéthique est un équilibre difficile à trouver entre les avancées de la science et leur prise en compte ou non par la société, qui elle-même évolue. Le modèle français est particulier car il passe par une révision de la loi ! Je dirais qu'en fait il y a deux options dans une révision de loi : conserver une loi qui définit précisément des limites et des interdits, ou bien ouvrir davantage les possibilités puis laisser les personnes concernées faire leur choix. Je pense qu'il faut d'abord informer le public. Il est beaucoup plus intéressé par ces questions qu'on ne le pense et, finalement, puisqu'il décide, il a son avis à donner. À partir du moment où on prend le temps d'expliquer, les citoyens sont capables de poser de bonnes questions et ils sont beaucoup plus « sages » qu'on ne le pense. Sur les débats sur la génomique par exemple, j'ai entendu des réflexions riches et de bon sens. Mais il faut être conscient que, quoi qu'il en soit, il y aura des déceptions pour certains concitoyens qui ne se retrouveront pas dans la loi qui sera adoptée après les états généraux. C'est le jeu de la démocratie : les citoyens s'expriment mais, au final, c'est le politique qui décide. Néanmoins, plus les états généraux aboutiront à des positions fortes, plus ils auront été visibles et participatifs, plus il sera difficile aux politiques d'aller à leur rencontre.

Dr Jean-Marie Faroudja

Il y a dans ce projet de révision de la loi de bioéthique le souci de répondre à des problèmes anciens, ou nouveaux, qui relèvent à la fois du sociétal et du médical. Mais surtout du sociétal... La pratique des sondages permet d'afficher des chiffres récoltés à vif et souvent sans grande réflexion préalable. Les questions posées d'une certaine façon aux interlocuteurs font que l'interprétation de la réponse est parfois aléatoire. Il serait dommage que ces sondages, aux côtés d'autres consultations plus averties telles que les états généraux organisés par le CCNE, puissent peser face au législateur. Il faut également prendre garde au lobbying des politiques et autres formations qui défendent leurs idées. Ceux qui se penchent sur ces questions sensibles depuis des années, et nous en sommes, butent au quotidien sur des aspects juridiques et humains jusque-là non évoqués ou inattendus. Et même les recours devant les juridictions suprêmes n'apportent pas forcément l'éclairage et les réponses que peuvent souhaiter les médecins. Je pense par exemple aux affaires Lambert, Marwa, Inès...

La tenue de ces états généraux a mis en lumière un certain nombre de sujets sur lesquels la société est très divisée. Est-il possible de trouver un consensus sur des thèmes aussi sensibles ?

Damien Le Guay

Tout est là : quelle place accorder à l'émotion dans les sujets bioéthiques ? Faut-il l'entendre et y répondre au cas par cas, au risque de céder sur ses principes éthiques, ou, au contraire, injecter de la raison dans l'émotion pour la remettre dans une perspective éthique ? De toute évidence, sur bien des sujets (GPA, PMA, euthanasie), certains groupes de pression mettent en avant des cas particuliers tous chargés d'émotion pour mieux faire plier les « résistances » et infléchir l'éthique – qu'ils considèrent comme trop « conservatrice ». Par ailleurs, les médias et les politiques, et donc l'opinion publique, sont tous de plus en plus sensibles à l'émotion. L'éthique doit-elle s'adapter à l'émotion ou l'émotion à l'éthique ? De toute évidence, le « consensus » doit tenir compte de nombreux facteurs – les plus pérennes et aussi ceux qui sont le plus en surface, en émotion, en actualité. Et en même temps, le consensus, par principe, doit être un processus de mise en tension entre des demandes et des exigences contradictoires. L'éthique est un art de l'ajustement et non une chambre d'enregistrement des émotions sociétales – qui ont toutes leur légitimité.



Pr Jean-François Delfraissy

Lors de la consultation, les trois thématiques les plus abordées ont été la procréation, la fin de vie et la génomique. Le succès de ce dernier sujet a été une surprise pour moi. Je ne pensais pas qu'il susciterait un tel intérêt parce que la génomique regroupe des notions très compliquées. L'ouverture du diagnostic anténatal et préimplantatoire a été une question qui a passionné les Français. Ils se rendent compte qu'il y a désormais des possibilités diagnostiques, voire même peut-être thérapeutiques, sur des cellules embryonnaires *in vitro*, mais ces possibilités posent des questions sociétales importantes. En revanche, des sujets ont été moins « populaires », comme l'intelligence artificielle ou le big data. Je peux le comprendre car nous avons un recul beaucoup plus court que sur les autres thèmes. C'est un sujet probablement moins « mature », il faut que le grand public s'en empare.

Dr Jean-Marie Faroudja

Quelques chapitres méritent notre réflexion. Dans le cadre de la bioéthique : la procréation, la recherche sur l'embryon et les cellules-souches, le don d'organes ou de tissus ; et dans le cadre de la déontologie et de l'éthique : la fin de vie, l'euthanasie et le suicide assisté. Autant les questions relatives à l'assistance médicale à la procréation (AMP) font bien partie du domaine des lois de bioéthique, autant celles liées à la fin de vie, si elles devaient être annexées au programme des travaux parlementaires, s'inscriraient dans un autre débat sociétal et éthique auquel nous devons forcément être associés. Quoi qu'il en soit, il s'agit là de demandes sociétales auxquelles adhèrent et participent certains médecins. Et il faut être bien conscient que l'unanimité ne se fera jamais ni au sein de la société, ni même au sein du corps médical. Devant ces conflits de valeurs, l'Ordre, aussi bien pour l'élargissement de l'AMP que pour la fin de vie, loin de vouloir se poser en moralisateur mais en gardien de la déontologie, en défenseur de l'éthique médicale, devra réclamer pour le médecin le droit de se récuser ou d'exciper une clause de conscience qui devra être inscrite dans la loi. Sur les autres sujets, comme par exemple data et intelligence artificielle, nul doute que les acquis de la science s'imposent désormais avec leur lot d'espoirs, de curiosité et d'incertitudes...

Quels sont les sujets les plus chargés en enjeux selon vous ?

**Damien Le Guay**

« Peut-on aller jusqu'à rompre l'équilibre d'une vie accompagnée jusqu'à la mort par la légalisation de l'euthanasie ? »

Damien Le Guay

Il nous faut, d'une manière transversale, pour tous les sujets abordés, et avant les solutions médicales, poser une question d'éthique politique : voulons-nous tous ensemble protéger la vulnérabilité, accompagner le fragile, le défendre (y compris contre lui-même) ou, au contraire, faire prévaloir les droits de l'individu sur le sens collectif – celui qui donne sens au monde commun ? Soit un collectif solidaire, soit un individu qui veut affirmer sa liberté sans tenir compte des autres. Telle est la thématique transversale de ces états généraux. Deux exemples illustrent cette polarité. Est-il possible d'imaginer que le « droit d'avoir un enfant » (droit individuel) puisse aller jusqu'à avoir des enfants sans père – par la PMA ouverte aux lesbiennes ou par la « location » du ventre d'une autre femme ? Peut-on aller jusqu'à rompre l'équilibre d'une vie accompagnée jusqu'à la mort par la légalisation de l'euthanasie ? Ces questions-là ne sont pas techniques mais nous engagent tous. Et si le CCNE venait à passer d'une conception solidaire à une conception individualiste, comme il est tenté de le faire, nous ne serions pas dans un aménagement, une adaptation, mais un basculement anthropologique. Ne nous y trompons pas.

Pr Jean-François Delfraissy

Ces états généraux préfigurent des changements profonds et, pour certains, immédiats pour les soignants, notamment en ce qui concerne le numérique. L'hôpital va être doté de plateformes numériques, le médecin ne pourra plus travailler seul, la formation va être bouleversée... À l'époque où j'étais étudiant, il fallait avoir une mémoire prodigieuse et tout connaître ! Les médecins de demain utiliseront des algorithmes pour établir des diagnostics. On peut imaginer que ça leur laissera plus de temps pour dialoguer avec le patient. Mais cela veut peut-être dire aussi qu'il ne faut plus continuer à ne recruter que des bacs S mention très bien pour exercer la médecine ! Des philosophes, des personnes passées par les sciences humaines et sociales pourront peut-être être candidats. Les aspects relationnels vont peut-être supplanter finalement les aspects techniques qui seront apportés par les bases de données. Je crois que ces états généraux et la nouvelle loi de bioéthique qui en découlera sont l'occasion pour tous les médecins de s'interroger sur les grandes valeurs de notre métier.



Pr Jean-François Delfraissy

« Les médecins de demain utiliseront des algorithmes pour établir des diagnostics. »



Dr Jean-Marie Faroudja

« Le rôle de l'Ordre sera toujours de rappeler les principes déontologiques et éthiques »

Dr Jean-Marie Faroudja

La question qui taraude le corps médical est de savoir s'il faut toujours répondre « oui » aux sollicitations et aux volontés de la société au seul motif que la science le peut. À plus forte raison s'il s'agit de convenances ou de choix personnels et non d'états pathologiques dont la cause est connue et le remède applicable. La loi de Gabor énonce que *« tout ce qui est techniquement réalisable se fera »*. Il faut donc l'accepter de principe, sans occulter la dimension éthique. Les nouvelles possibilités appellent toujours des interrogations et parfois des craintes. Les ciseaux moléculaires, par exemple, pourraient être utilisés pour corriger les imperfections de la nature, ce qui est un progrès extraordinaire, mais aussi pour modifier le génome dans la recherche de la perfection. Cette perspective de dérive eugéniste n'est pas acceptable. Quoi qu'il en soit, le rôle de l'Ordre sera toujours de rappeler les principes déontologiques (respect de la personne et de sa dignité, information, consentement, accompagnement, refus de provoquer délibérément la mort) et éthiques (respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, équité et justice).

En quoi ces états généraux sont-ils déterminants pour les médecins ?

Damien Le Guay

La médecine est un art délicat du soin des personnes et de la réparation des corps. Aujourd'hui plus qu'avant, les médecins sont confrontés à un risque de fatigue éthique. Ils ne savent plus bien comment faire face en conscience à l'accroissement de la puissance technique. Avant, la nature donnait des bornes, des interdits, des impossibilités. Les médecins luttèrent en deçà de la frontière entre la vie et la mort. Aujourd'hui, en fin de vie, dans bien des cas, ils sont sur la frontière ou même au-delà. Un paradoxe est apparu : ils n'arrivent pas à trouver des solutions éthiques aux problèmes que les moyens techniques surpuissants leur donnent. Puissance de réanimation ; puissance de maintien des corps dans un entre-deux qui pourrait

ne pas finir. Alors, pour n'être plus « naturelle », la mort procède, de plus en plus, d'une « décision médicale ». Un défi s'impose : comment renforcer l'éthique en même temps que la puissance médicale ? Cette montée en puissance éthique est indispensable pour éviter une démission éthique – d'une éthique en situation grâce au plein exercice d'un jugement humain. Trois perspectives résulteraient de cette démission : soit s'en remettre à des protocoles prévus par avance et valables pour tous ; soit mettre le médecin de côté et s'en remettre à la seule volonté des malades – via une extension des directives anticipées et des « droits » des malades ; soit (via l'intelligence artificielle) laisser les machines « réfléchir à notre place » et s'emparer du jugement éthique des médecins.



2020

**Les premières promotions
d'étudiants infirmiers**
qui suivent les nouvelles
formations seront
opérationnelles en 2020.

dossier

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

Pratique avancée : lentement, mais sûrement

À la prochaine rentrée universitaire, plusieurs centaines d'infirmiers devraient prendre le chemin des amphis pour débiter un master qui débouchera sur un diplôme de pratique avancée. Avec cette première promotion d'étudiants s'ouvre une nouvelle ère pour le système de soins français. Décryptage d'un sujet aussi complexe que polémique.

Le 26 janvier 2016 était votée la loi dite de modernisation de notre système de santé. Entre autres mesures, ce texte proposait « d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique », via notamment la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée (IPA).

En prenant cette initiative, le gouvernement avait pour ambition de « réorganiser les pratiques en définissant de nouvelles règles de partage entre professionnels de santé » et d'insérer, dans la chaîne de compétences des professions de santé, le maillon manquant que constituent les professions intermédiaires. L'objectif : « offrir de nouveaux services à la population et améliorer la qualité du processus de soins dans un contexte d'une nécessaire structuration de l'offre de soins ambulatoire ». Cette décision s'inscrivait dans la continuité des réflexions sur la coopération entre professionnels de

Point de vue de l'Ordre

D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel



« C'est le médecin qui doit assurer le leadership diagnostique et thérapeutique »

« Membre du comité de pilotage, l'Ordre a participé à toutes les réunions avec le souci permanent de préciser le rôle des uns et des autres au sein de l'équipe de soins qui, selon la loi, est coordonnée par le médecin. Cette notion de coordination entretient un flou dans l'esprit de certains, notamment de médecins, qui considèrent que la notion de diagnostic médical doit s'estomper au profit de la notion de

diagnostic collégial ou d'équipe. Si les coopérations entre professionnels sont importantes dans certaines situations pour élaborer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique, il n'en demeure pas moins que c'est le médecin, et lui seul, qui doit assurer le leadership dans ces deux domaines. C'est d'ailleurs lui qui devra en assumer la responsabilité en cas de plainte ou de demande de réparation

de préjudice. C'est aussi à lui de choisir quels patients pourront être suivis par un IPA.

Le médecin se chargera de recueillir l'accord du patient et fixera la fréquence à laquelle il le revoit. Ces notions ont été introduites à notre demande dans le projet de décret. Ces points fondamentaux devaient être précisés pour lever les ambiguïtés. Nous espérons que cette clarification permettra de construire un véritable lien de confiance entre les membres de l'équipe de soins, dans l'intérêt du patient. »

... santé datant des années 1980, approfondies par la suite dans les rapports du P^r Berland puis par le dispositif expérimental Asalée créé en 2004. Elle prenait place aussi dans un contexte international porteur, marqué par de nombreux retours d'expériences positifs dans une vingtaine de pays dont le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, mais aussi à Chypre ou en Belgique.

Une fois le cadre juridique posé avec la promulgation de la loi, restait à définir les champs de compétences et le rôle de ces infirmiers dans les parcours. C'est l'objet du décret et des deux arrêtés qui devaient être publiés en juin 2018, après 18 mois d'élaboration en partenariat avec les ordres des médecins et des infirmiers, et plus de trois mois de concertation avec les organisations professionnelles.

Quelles missions ? Et dans quel cadre ?

Ces textes déterminent les domaines d'intervention des infirmiers en pratique avancée. « *Ils seront, dans un premier temps, limités à trois (la santé mentale et la psychiatrie devant être traitées dans un second temps) : oncologie, maladie rénale chronique, pathologies chroniques stabilisées. La prévention et les polypathologies courantes en soins primaires est une option transversale avec un enjeu particulier de déploiement de la pratique avancée en soins de ville comme l'indique son intitulé* », détaille le D^r Michel Varroud-Vial, conseiller

« Les IPA pourront conduire un entretien avec le patient, réaliser une anamnèse et procéder à un examen clinique... »



TÉMOIGNAGE

Patrick Chamboredon, président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers

« Une avancée non négligeable... mais frileuse »

« Il y a quelques années l'OCDE publiait un rapport sur les pratiques avancées dans 12 pays, soulignant des effets vertueux importants en matière d'accès aux soins, notamment pour le suivi des patients porteurs de maladies chroniques. En 2017, on recensait environ 330 000 infirmiers en pratique avancée dans 25 pays. Pour certains d'entre eux, comme le Canada, les dispositifs sont en train d'être renégociés pour aller encore plus loin. Pendant ce temps-là, la France s'apprête à mettre en œuvre un décret frileux, très en deçà des ambitions affichées au début des discussions, et surtout très insuffisant au regard des enjeux de santé publique et des besoins d'une population confrontée à une démographie médicale en berne. Bien sûr, ce texte est une avancée non négligeable, mais, au fil des consultations, nous avons constaté un recul considérable sur plusieurs sujets comme la consultation, l'autonomie dans la prescription ou encore la définition des pathologies concernées. Dans l'état actuel des choses, le périmètre dans lequel pourront évoluer les futurs infirmiers en pratique avancée apparaît contraint et, *in fine*, peu motivant pour les professionnels, d'autant plus que la question de la valorisation des actes reste encore en suspens. »

médical Soins primaires et Professions libérales à la Direction générale de l'offre de soins. Il décrit aussi les situations dans lesquelles les IPA pourront exercer, à savoir au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin traitant, au sein d'une équipe de soins en établissement de santé et, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires en médecine ambulatoire. Le décret dessine également leur champ de compétences, qui comportera notamment des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, ainsi que des actes de coordination des parcours entre les soins de premier recours, les spécialistes et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. Les IPA pourront par ailleurs conduire un entretien avec le patient, réaliser une anamnèse et

procéder à un examen clinique. Ils seront également habilités à réaliser certains actes techniques (spirométrie...) et, le cas échéant, à prescrire des examens complémentaires nécessaires au suivi du patient. Enfin, ils seront en mesure de prescrire des dispositifs médicaux ou des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire ou à renouveler ou adapter des prescriptions médicales en cours. Le décret précise également le rôle du médecin dans l'équipe de soins et, surtout, son rapport à l'infirmier en pratique avancée. « *Ainsi, c'est le médecin, en lien avec l'IPA de l'équipe, qui décide des patients auxquels, avec leur accord, un suivi sera proposé par un infirmier exerçant en pratique avancée. Ce dernier devra en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé*

du patient ou une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences », explique le Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Autonomes dans un cadre défini

Pour prendre un cas pratique, un médecin pourra proposer à un patient diabétique de type 2 stabilisé de faire suivre sa pathologie par un IPA de l'équipe de soins formé dans le domaine des maladies chroniques. Si le patient accepte, le médecin remplira alors une fiche de transmission. Celle-ci formalisera toutes les préconisations du médecin et précisera le délai au terme duquel il souhaite revoir le patient en l'absence d'aléa de santé. L'IPA prendra ensuite le relais du médecin et accompagnera le patient tout au long de son parcours. « L'infirmier pourra lui donner des conseils thérapeutiques ou sur son hygiène de vie et prendre



TÉMOIGNAGE

Dr Pascal Gendry, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé

« Des parcours de soins sécurisés, simplifiés et enrichis »

« Du point de vue de la Fédération française des maisons et pôles de santé, la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée était très attendue. Pour nous, c'est un atout de poids pour la prise en charge des patients en équipe de soins primaires. Elle est synonyme de sécurisation et de simplification de la gestion des parcours de soins, mais aussi d'une approche enrichie par les compétences propres aux infirmiers en termes de prévention, d'éducation et de suivi. Il n'en demeure pas moins que l'arrivée des IPA doit être préparée avec attention dans les structures de soins. Toutes devront engager de nouvelles réflexions sur leur projet d'équipe, sur le partage de l'information ou sur la communication auprès des patients... Même si le terrain a déjà été bien balisé avec le dispositif Asalée, qui concerne deux tiers des maisons de santé. Il y a par ailleurs d'autres éléments qui conditionneront la réussite des IPA et qui dépendent étroitement de décisions qui devront être prises rapidement au niveau national. Je pense en particulier au modèle économique qui sera proposé aux infirmiers, mais aussi à l'équilibre entre médecine hospitalière et médecine de ville, notamment en termes de formation. »



REPORTAGE

Des infirmiers aux compétences élargies : un premier pas avant les pratiques avancées ?

À Paris, l'hôpital Tenon (AP-HP) forme des infirmiers à la pose de voies veineuses centrales. Un geste médical habituellement réservé aux médecins.

Concentré, Benoît Ray, insère l'aiguille de ponction dans la veine jugulaire interne de la patiente. Une étape décisive dans l'insertion d'une chambre implantable sous la peau, dispositif spécifique pour l'administration de chimiothérapie. À ses côtés, le Dr Jean-Pierre Fulgencio, anesthésiste-réanimateur, l'observe avec attention. « C'est très bien.

À présent, pousse doucement le guide métallique à travers l'aiguille de ponction », conseille-t-il à l'infirmier anesthésiste, présent à l'hôpital Tenon depuis huit ans.

La pose d'une voie veineuse centrale est un acte d'ordinaire réservé aux médecins anesthésistes-réanimateurs.

Mais l'hôpital Tenon a adhéré fin 2017 à un protocole de coopération pour permettre de déléguer ce geste technique aux infirmiers. « L'intervention ne présente pas de difficulté majeure. Nous en réalisons entre 12 et 18 par semaine à Tenon. Dans un contexte de pénurie de postes en anesthésie-réanimation, cet acte technique peut être délégué à des infirmiers formés et encadrés, sans risque de complication supplémentaire », affirme le Dr Fulgencio.

120 opérations pour se former

Trois infirmiers (2 IADE, 1 IDE en réanimation) se sont portés volontaires. Ils se forment notamment à l'échographie des vaisseaux du cou, à la descente du cathéter dans le vaisseau ou encore à la lecture des radiographies de contrôle. Autant de gestes éloignés de leur pratique quotidienne. « Le programme se déroule en quatre phases de 30 opérations chacune. Nous sommes d'abord simples observateurs. Puis nous assistons le médecin. Troisième étape : nous prenons les commandes de l'intervention, assistés par le médecin. Enfin, nous gérons seuls la pose de voie veineuse centrale : le médecin est à nos côtés pour nous corriger », résume Benoît Ray.

À l'issue de la formation, les infirmiers ont acquis une expérience significative et se sentent prêts à opérer en autonomie. « Mais être autonome ne signifie pas être seul, précise Cécile Mordelet, infirmière-anesthésiste qui a validé sa formation en février. Le protocole prévoit qu'un médecin anesthésiste-réanimateur soit toujours disponible en cas de problème. »

Une évolution du métier d'infirmier

Ces compétences élargies préfigurent-elles des futures pratiques avancées en soins infirmiers ou resteront-

elles dans le champ des protocoles dérogatoires ? La réponse figurera dans le décret à paraître avant l'été. En attendant, les défenseurs des IPA aiguisent leurs arguments. « Les pratiques avancées libèrent du temps pour les médecins, qui se focalisent sur des activités à forte valeur ajoutée », explique le Dr Jean-Pierre Fulgencio. Pour Emmanuelle Pérez, infirmière en réanimation qui débute sa formation, « elles permettent de faire évoluer notre profession en nous donnant davantage de responsabilités ». Malgré tout, des freins subsistent. Chez les médecins, d'abord, qui entendent rester « les chefs d'orchestre » et prônent le principe de précaution. Mais chez les infirmiers aussi, qui militent pour que les pratiques avancées s'accompagnent d'une revalorisation salariale.



➔ les rendez-vous habituels avec l'ophtalmologue ou le cardiologue, explique le Dr Simon. Le cas échéant, il lui prescrira également des analyses biologiques de type HBA1C, renouvellera les médicaments prescrits par le médecin et pourra en adapter la dose en fonction des résultats. Mais il ne pourra en aucun cas initier de primo prescription et, à la moindre dégradation de son état, ou événement intercurrent, il devra réadresser le patient à son médecin. » Cet exemple illustre le concept « d'autonomie dans un cadre défini » qui a été affiné au fil des discussions. Ces dernières ont été parfois houleuses, avec des levées de boucliers côté infirmiers et côté médecins, les premiers dénonçant un statut progressivement vidé de son sens par une approche res-

trictive et sans ambition, les seconds faisant valoir leur rôle et leur responsabilité, craignant, pour certains, d'assister à un démantèlement de la médecine, voire aux prémices d'une médecine sans médecins.

Clarifier le rôle du médecin

« Lorsque, au sein du comité de pilotage du décret, il est apparu, à travers les présentations et discussions que la préoccupation principale concernait la possibilité pour les IPA de réaliser les consultations et les urgences en première ligne, nous avons considéré que le comité de pilotage sortait du cadre des textes et demandé une pause dans les travaux du comité indique le Dr François Simon. L'Ordre des médecins l'a fait savoir par courrier au ministère en mai 2017, et a demandé que les

« À la moindre dégradation de son état, l'IPA devra réadresser le patient à son médecin. »

Dr François Simon

instances professionnelles, informées lors d'une réunion au Cnom, soient présentes à la reprise des discussions. Par ailleurs nous avons rencontré le Conseil national de l'Ordre infirmier afin de clarifier le périmètre d'exercice et le rôle des uns et des autres en fonction de leurs compétences et de leurs responsabilités, en particulier celles du médecin qui doit demeurer le seul à pouvoir décider de la stratégie diagnostique et des choix thérapeutiques. » « Tous les pays qui ont mis en place la pratique avancée ont connu ce type de débats, remarque le Dr Michel Varroud-Vial. La reconnaissance de la pratique avancée est une évolution culturelle importante et les résistances au changement sont inévitables. C'est d'ailleurs pour cela que nous avons souhaité mettre en place une conduite de projet partenariale avec les ordres et ouvrir la concertation avec les organisations professionnelles afin de construire un dispositif qui tienne vraiment compte des spécificités françaises. Aujourd'hui, nous sentons que la plupart des acteurs ont envie d'entrer dans l'ère de la pratique avancée. »

De nouveaux masters dès l'automne 2018

Après la parution du décret, les choses iront très vite. Ainsi, les premières formations ouvriront leurs portes dès la rentrée 2018. Sur ce plan, des initiatives avaient déjà été menées il y a quelques années à travers deux masters en sciences cliniques infirmières proposés par les universités d'Aix-Marseille et de ➔



.....> Saint-Quentin-en-Yvelines, avec environ 240 diplômés. Les nouvelles formations qui sont en cours de préparation dans plusieurs universités seront également de niveau master. La première année sera principalement consacrée à l'approfondissement

des connaissances; la seconde sera composée essentiellement de stages pratiques dans le domaine choisi par l'étudiant en fonction de son projet professionnel (oncologie et onco-hématologie, néphrologie, maladies chroniques stabilisées; prévention et

polypathologies en soins primaires). Les premières promotions seront donc opérationnelles en 2020. Sachant que, d'ici là, d'autres métiers d'auxiliaires médicaux seront peut-être entrés à leur tour dans l'ère de la pratique avancée...

Point de vue extérieur

Dr Michel Varroud-Vial, conseiller médical Soins primaires et Professions libérales à la Direction générale de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

« Une montée en puissance progressive »

Qu'est-ce qui a motivé l'inscription de la pratique avancée dans la loi santé de 2016 ?

Cette décision s'inscrit dans un mouvement engagé il y a plusieurs années vers la délégation de certaines tâches hier réservées aux médecins auprès des auxiliaires médicaux. Avec ce statut nous voulons offrir des possibilités de suivi élargi aux patients qui bénéficieront, dans le cadre d'une conduite diagnostique et thérapeutique définie par leur médecin, d'un temps soignant spécifique de la part d'auxiliaires médicaux orientés vers l'écoute, la prévention et l'éducation thérapeutique, et ayant acquis des compétences nouvelles lors d'une formation de grade master. Par ailleurs, l'inscription de la pratique avancée dans la loi permet de répondre à des attentes très fortes chez les auxiliaires médicaux, qui sont nombreux à souhaiter de nouvelles possibilités d'évolution de carrière axées sur le soin.

Quelles sont les spécificités du modèle français ?

Nous avons souhaité coller aux caractéristiques du système de santé français. Cela nous a notamment amenés à centrer notre approche sur la notion d'exercice en équipe de soins, enjeu qui est sans doute plus prégnant en France qu'ailleurs. Comme il est naturel dans le cadre d'un travail en équipe, médecins et infirmiers exerçant en pratique avancée devront établir un protocole d'organisation précisant les règles de leur collaboration et devront tenir régulièrement des réunions de concertation. De même, nous avons pensé la pratique avancée comme une évolution du métier d'infirmier et pas comme un nouveau métier. En témoignent l'appui sur les sciences infirmières et la nécessité d'un temps d'exercice antérieur dans la profession d'infirmier. En tout état de cause, il s'agit d'une nouvelle étape dans la collaboration entre médecins et infirmiers, une évolution constatée

dans tous les systèmes de santé confrontés à la croissance du nombre des patients âgés et atteints de maladies chroniques.

Combien y aura-t-il d'infirmiers en pratique avancée ?

À terme, nous estimons que les IPA représenteront environ 2 % de la population d'infirmiers. Mais la montée en puissance sera nécessairement progressive : en 2020, on devrait compter entre 500 et 600 IPA, 1200 l'année suivante et près de 1900 en 2022, en tenant compte des diplômés des nouveaux masters, mais aussi des infirmiers qui ont validé d'anciens cursus et des infirmiers Asalée pour lesquels nous proposerons des parcours de validation des acquis de l'expérience et des diplômes d'enseignement supérieur obtenus. 1900, cela peut paraître peu, mais cela permettra de prendre en charge 1 million de patients.

Quels seront, selon vous, les principaux leviers de réussite pour ce nouveau statut ?

À mes yeux, le principal levier est justement le déploiement progressif que j'évoquais. C'est un élément indispensable pour la faisabilité et l'acceptabilité. Cela nous permettra également d'opérer des ajustements éventuels en fonction des remontées d'expériences. Un autre chantier clé sera celui de la rémunération, qui devra être suffisamment attractive pour que les infirmiers s'engagent dans cette voie. Enfin, l'avenir de ce nouveau statut est intimement lié à la stratégie nationale de renforcement de l'exercice en équipe, qui se traduit par la multiplication et la diversification des structures d'exercice coordonné. Conjugués, tous ces leviers permettront, j'en suis convaincu, de construire un climat de confiance mutuel propice à la réussite de la pratique avancée.

vos informations pratiques



le guide juridique

24. en bref

- Déclaration de votre adresse électronique : une obligation légale
- Un nouveau carnet de santé

25-27. vos questions/vos réponses

- Diffusion de musique : quels droits et redevances ?
- Vaccination : comment répondre aux interrogations des patients ?

28-30. pratique

- La prescription d'activité physique adaptée par les médecins
- Soins consécutifs aux sévices sexuels subis par des mineurs : une prise en charge à 100 %



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

Le DÉCRET n° 2018-213 du 28 mars 2018

relatif à l'inscription universitaire des personnes ayant validé la formation du résidanat et n'ayant pas soutenu leur thèse permet aux anciens résidents en médecine, inscrits avant 2004 mais qui n'avaient pas soutenu leur thèse au terme de l'année universitaire 2011-2012, de se réinscrire à l'université pour obtenir enfin leur diplôme, à condition de s'installer ensuite dans un désert médical.

NOTE D'INFORMATION du 12 février 2018

relative à la réorganisation de l'offre thérapeutique et des modalités de prise en charge des patientes, auparavant traitées dans certaines indications de gynécologie-obstétrique par la spécialité Cytotec®, du fait de son arrêt de commercialisation prévu le 1^{er} mars 2018.

+ d'infos : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/02/cir_43087.pdf



Déclaration de votre adresse électronique

Une obligation légale

Afin d'améliorer la diffusion des messages de sécurité par les autorités sanitaires, la déclaration d'une adresse électronique pour tout médecin inscrit à l'Ordre est désormais une obligation légale*. Cette obligation légale s'impose également à tout professionnel de santé. Cette adresse électronique doit être mise à la disposition des autorités sanitaires. Elle le sera par son enregistrement dans le RPPS (répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé).

Si vous avez déjà fourni une adresse électronique à votre Conseil départemental aux seules fins de recevoir des messages ordinaux, vous avez dû recevoir un courriel de la part du Conseil national de l'Ordre vous informant que cette adresse serait transmise par défaut au RPPS, sauf opposition de votre part auprès du Conseil départemental. Dans cette hypothèse, vous devrez aux termes de la loi déclarer via l'Ordre une autre adresse électronique qui sera inscrite dans le RPPS.

Si vous n'avez pas encore transmis d'adresse électronique à votre Conseil, nous vous invitons à le faire dès à présent. Dans un souci d'efficacité et dans le cadre du projet de dématérialisation des procédures ordinaires, cette adresse pourra être utilisée par l'Ordre pour communiquer avec vous.

Dans tous les cas, vous êtes entièrement libre du choix de cette adresse, qui peut ne pas être une adresse personnelle.

Pour toute précision complémentaire, nous vous invitons à vous adresser à votre Conseil départemental, dont les coordonnées sont disponibles sur le site du Conseil national : <https://www.conseil-national.medecin.fr/contacts-ordre-des-medecins>.

* L'article L. 4001-2 du Code de la santé publique dispose que « [...] les professionnels de santé déclarent auprès du conseil de l'Ordre [...] une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. Cette information est [...] transmise aux autorités sanitaires à leur demande ».



Un nouveau carnet de santé

Le ministère des Solidarités et de la Santé a publié les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Ils ont été mis à jour sur la base des recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), afin de tenir compte des avancées scien-

tifiques et des attentes des professionnels de santé et des familles.

+ d'infos : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant>

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



Diffusion de musique : quels droits et redevances ?

La diffusion de musique dans son cabinet ou en musique d'attente téléphonique implique **le paiement de droits (sauf si la production artistique est tombée dans le domaine public)**.

Ai-je le droit de diffuser de la musique ou des programmes audiovisuels dans mes locaux professionnels ?

Oui, mais il faut obtenir au préalable l'autorisation de la Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique (Sacem). Vous aurez ensuite à régler des droits d'auteur liés à cette diffusion. En outre, la diffusion de musique enregistrée sur un support (vinyle, CD, fichier numérique, radio, TV...) est assujettie à des droits complémentaires pour les artistes-interprètes et les producteurs de musique gérés par la Société pour la perception de la rémunération équitable (SPRE).

Comment obtenir cette autorisation ?

La demande d'autorisation préalable se fait en remplissant un formulaire disponible sur le site de la Sacem¹. Une fois rempli, vous devez le retourner à votre délégation régionale de la Sacem qui collecte les droits d'auteur et est mandatée par la SPRE pour la perception de la rémunération équitable. Vous recevrez tous les ans une facture correspondant à un forfait pour les droits d'auteur, et une autre pour la rémunération équitable.

Le paiement de ces droits est-il obligatoire ?

Le défaut de paiement est passible d'une amende. Cependant, la Cour de justice de l'Union Européenne² a jugé, à propos d'un chirurgien-dentiste italien qui diffusait la radio dans sa salle d'attente, que « la notion de "communication au public" [...] doit être interprétée en ce sens qu'elle ne couvre pas la diffusion gratuite de phonogrammes dans un cabinet dentaire [...] au bénéfice de la clientèle qui en jouit indépendamment de sa volonté. Partant, une telle diffusion ne donne pas droit à la perception d'une rémunération en faveur des producteurs de phonogrammes ». Le ministère de la Culture et de la Communication interrogé à ce sujet a indiqué qu'à la suite de la décision de la CJUE, la commission qui fixe en France les barèmes de la rémunération équitable n'a pas pris de nouvelle décision et qu'il appartient aux redevables « de s'acquitter du paiement des sommes dues sauf à s'exposer à ce que la SACEM et la SPRE fassent usage des voies de droit qui leur sont ouvertes ou à ce que les redevables contestent en justice les factures qui leur sont adressées ».

Et qu'en est-il pour la musique d'attente téléphonique ?

Que vous soyez directement utilisateur d'une musique d'attente téléphonique ou par l'intermédiaire d'un service de secrétariat à distance, vous devez également faire une demande d'autorisation auprès de la Sacem qui, en fonction du nombre de lignes concernées par la demande, vous facturera un forfait à l'année pour les droits d'auteur. Il vous faudra ensuite faire une déclaration auprès de la Société civile des producteurs associés (SCPA), qui est chargée de percevoir les droits des producteurs de musique pour l'utilisation de musique d'attente téléphonique³. Vous recevrez alors un bordereau annuel d'utilisation de musique d'attente téléphonique et une facture correspondant.



d'infos

www.conseil-national.medecin.fr
> rubrique Médecin > Foire aux questions

1. <https://clients.sacem.fr/autorisations/salle-d-attente>
2. Arrêt du 15 mars 2012
3. <https://www.lascpa.org/Pages/choix-declaration.aspx>

Vaccination

Comment répondre aux interrogations des patients ?

La France est le pays au monde où les habitants ont le moins confiance vis-à-vis des vaccins. Si bien que la couverture vaccinale recule de manière inquiétante, ouvrant la voie à des épidémies et à la réapparition de maladies qui avaient disparu grâce à la vaccination de masse. Pour tenter d'endiguer ce phénomène, le ministère chargé de la Santé a rendu obligatoires, au 1^{er} janvier 2018, 11 vaccins pour les nourrissons. **Voici des clés pour répondre aux questions et aux inquiétudes des patients...**

Pourquoi rendre plus de vaccins obligatoires ?

Depuis le 1^{er} janvier 2018, 11 vaccinations sont obligatoires pour les nouveau-nés. Jusqu'alors, il n'y en avait que trois (diphtérie, tétanos, poliomyélite). Une décision motivée par la baisse du niveau de couverture vaccinale en France, qui oscille, selon les pathologies, entre 69 et 91 %.

Or il faudrait que cette couverture soit au minimum de 95 % pour protéger efficacement les personnes les plus fragiles qui ne peuvent pas bénéficier de la vaccination (personnes immunodéficientes, nouveau-nés, personnes atteintes de certaines maladies chroniques ou allergiques

à des composantes des vaccins...) et éradiquer ces maladies. Enfin, la vaccination est d'autant plus importante que les Français sont de plus en plus mobiles, ils voyagent davantage, avec le risque de réintroduire de maladies qui ont disparu en France mais existent encore dans d'autres pays.

Les nouveau-nés ne sont-ils pas trop fragiles pour être vaccinés ?

Au contraire ! La vaccination des jeunes enfants permet non seulement de les protéger efficacement contre des maladies infectieuses graves qui peuvent parfois être mortelles chez les plus petits, mais aussi contre les séquelles irréversibles qu'elles peuvent engendrer. La coqueluche ou la rougeole, par exemple, peuvent causer de graves lésions cérébrales à vie.

N'est-ce pas dangereux d'administrer à un enfant plus d'un vaccin à la fois ?

Les données scientifiques montrent que l'administration de plusieurs vaccins en même temps n'a aucun effet néfaste sur le système immunitaire de l'enfant. Les enfants sont exposés chaque jour à des centaines de substances étrangères déclenchant des réactions immunitaires. Un rhume banal ou un simple mal de gorge les exposent à bien plus d'antigènes que les vaccins. En outre, l'administration unique de plusieurs vaccins signifie un nombre inférieur d'injections pour les enfants.

L'aluminium contenu dans les vaccins est-il dangereux ?

Les sels d'aluminium sont utilisés dans les vaccins comme un adjuvant. On en trouverait aujourd'hui dans 60 % des vaccins. Pour le Pr Romain Gherardi (Inserm – Hôpital Henri-Mondor de Créteil), les sels d'aluminium seraient associés à des cas de myofasciite à macrophages (MFM), maladie rare des muscles entraînant douleurs, fatigue et troubles cognitifs. Selon le chercheur, des facteurs génétiques empêcheraient la « digestion » de l'aluminium, qui s'installerait alors dans l'organisme. Il appelle donc à mettre en place des tests pour détecter les prédispositions génétiques à la myofasciite à macrophages. De son côté, le Haut Conseil à la santé publique a publié en 2013 un rapport « Aluminium et vaccins » qui conclut qu'aucune donnée scientifique disponible à ce jour ne remet en cause la sécurité des vaccins contenant de l'aluminium. En février 2017, le Conseil d'État a également rejeté l'argument de la dangerosité de l'aluminium.

Les parents ont-ils le droit de refuser de faire vacciner leur enfant ?

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 des informations préoccupantes (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.

La vaccination peut-elle déclencher l'apparition d'une sclérose en plaques ?

La relation supposée entre le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques (SEP) est au cœur de polémiques médiatico-judiciaires depuis les années 1990. Pourtant, en France, une dizaine d'études scientifiques se sont penchées sur cette question sanitaire. Aucune ne met en évidence un lien causal entre ce vaccin et l'apparition de la pathologie. En 2014, une étude menée par le Dr Annette Langer-Gould confirme cette tendance. Mais selon l'auteur, les vaccins pourraient accélérer l'apparition des symptômes d'une maladie de démyélinisation – dont la SEP – préexistante.

Quelles sont les sanctions liées au refus parental de vacciner un enfant ?

L'article L. 3111-2-II du Code de la santé publique dispose que : « *les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui assurent la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables* » de l'exécution de l'obligation vaccinale. « *La preuve que cette obligation a été exécutée doit être fournie, selon des modalités définies par décret, pour l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.* » L'article 227-17 du Code pénal dispose quant à lui que : « *Le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende. L'infraction prévue par le présent article est assimilée à un abandon de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du Code civil.* »

Que risquent les médecins qui refusent de vacciner ?

Le médecin est dans l'obligation de respecter la loi. Si, par conviction personnelle, il persuade les 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 a signé 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.

**Dr Jean-Marcel Mourgues,
Cécile Bissonnier,
section Santé publique**



d'infos

<http://vaccination-info-service.fr/>

La prescription d'activité physique adaptée par les médecins

Le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, est entré en vigueur le 1^{er} mars 2017.
Les détails de cette nouvelle disposition...

L'activité physique adaptée consiste en la pratique, dans un contexte du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés des mouvements corporels produits par les muscles par des personnes qui ne peuvent pratiquer dans des conditions ordinaires.

Qui est concerné ?

Tout patient en ALD peut bénéficier d'une telle prescription. L'objectif est de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physique actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation, qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. Le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la suite ou non des actes de rééducation, qui ne peuvent être pratiqués que par des professionnels compétents (kinésithérapeutes), après accord du patient et en fonction de ses capacités physiques et du risque médical.

Qui peut prodiguer cette activité physique adaptée ? Quatre catégories d'intervenants peuvent dispenser cette activité physique :

1. Les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, qui sont les seuls habilités à intervenir pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères.
2. Les professionnels titulaires d'un diplôme universitaire dans le domaine de l'activité physique adaptée peuvent ensuite prendre le relais quand le patient a retrouvé une autonomie suffisante et une atténuation des altérations.
3. Les professionnels et personnes qualifiées disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée et qui sont titulaires de diplômes, titres ou certifications professionnelles reconnus par le Code du sport.
4. Sous certaines conditions et notamment la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité, les personnes

titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée.

Dans quel cadre ?

L'activité physique adaptée peut être pratiquée dans des salles de sport et clubs de sport habilités. La liste de ces lieux est disponible sur le site de l'ARS de chaque région. Chaque intervenant ne peut prendre en charge un patient que dans le cadre d'une prescription médicale. Cette prise en charge est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice. Avec l'accord des patients, l'intervenant transmet périodiquement un compte rendu sur le déroulement de l'activité physique adaptée au médecin prescripteur et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci. Les patients sont destinataires de ce compte rendu.

À savoir : cette activité n'est pas prise en charge par l'Assurance maladie.

+ d'infos :

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf

D^r Odile Conty-Henrion,
 vice-présidente de la section Exercice professionnel

FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE PRESCRIPTION À LA DISPOSITION
DES MÉDECINS TRAITANTS

TAMPON DU MÉDECIN

DATE :

NOM DU PATIENT :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations :
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire² :
.....
.....

Document remis au patient ☐

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'Assurance maladie.

Lieu et date

Signature et cachet professionnel

1. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD.
2. Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du Code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée).

Soins consécutifs aux sévices sexuels subis par des mineurs : une prise en charge à 100 %

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a posé le principe d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs. **Un dispositif encore trop méconnu aujourd'hui...**

L'article 31 de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 (article L. 322-3-15 du Code de la Sécurité sociale) prévoit une prise en charge sans participation de l'assuré des soins consécutifs aux sévices sexuels subis lorsqu'il était mineur. Il peut d'agir de toutes les formes de violence sexuelle, quelles que soient les circonstances dans lesquelles elles ont été commises et les peines encourues par les auteurs.

Comment faire la demande de prise en charge ?

L'ouverture du droit à cette prise en charge à 100 % nécessite :

- une demande de l'assuré, de la victime, de son médecin traitant ou de son représentant légal ;
 - ou l'engagement par le procureur de la République d'une procédure judiciaire par la saisine des services de police ou de gendarmerie compétents aux fins d'enquête, au plus près du signalement de l'atteinte sexuelle : enquête de police, instruction préparatoire, mesure d'assistance éducative au sens de l'article 375 du Code civil.
- Compte tenu des impératifs d'anony-

mat et de secret médical applicables en la matière, toute demande, qu'elle soit directe (assuré, victime, représentant légal) ou indirecte (médecin traitant, procureur de la République), est adressée au service du contrôle médical.

Comment la demande est-elle traitée ?

À réception de la demande d'exonération du ticket modérateur pour « soins aux mineurs victimes de sévices sexuels », le médecin-conseil de l'Assurance maladie prend contact avec le médecin traitant du patient afin d'élaborer le projet thérapeutique et le suivi médical. Un protocole de soins est rédigé par le médecin traitant et adressé au service du contrôle médical près la caisse de rattachement de l'assuré sous format papier (imprimé S3501d) ou transmis sous format dématérialisé grâce au protocole de soins électronique (PSE).

Pour chaque demande, le médecin-conseil examine les informations décrites dans le protocole de soins ou dans le PSE, notamment les éléments diagnostiques, le projet thérapeutique et le suivi médical prévus.

Puis il donne un avis au titre d'une affection de longue durée exonérante prévue à l'article L.322-3-3 du Code de la Sécurité sociale (ALD 30) dans la base informationnelle du service médical. Il transmet ensuite cette information à la Caisse primaire.

À quel moment prend effet l'exonération du ticket modérateur ?

L'exonération du ticket modérateur prend effet à compter de la date présumée de commission des sévices.

Combien de temps cette exonération est-elle valable ?

L'exonération du ticket modérateur est fixée pour la durée du traitement, et si nécessaire au-delà de la majorité de la victime sur avis du contrôle médical.

Quels soins sont concernés par cette exonération ?

La prise en charge sans participation de l'assuré ne peut concerner que des actes remboursables par l'Assurance maladie.

D^r Andrée Parrenin,
vice-présidente du Cnom

culture médicale



Santé : explosion programmée, Dr Patrick Bouet, Éditions de L'Observatoire, 17 euros

SANTÉ : EXPLOSION PROGRAMMÉE

Pour la première fois, un président du Conseil national de l'Ordre des médecins rompt la tradition de réserve de son institution pour tirer la sonnette d'alarme sur l'état de notre système de santé et, enfin, proposer des solutions ! Hôpitaux surpeuplés, déserts médicaux, débats houleux sur la bioéthique et les nouvelles technologies... notre système de santé est en danger. Car, depuis trente ans, il est administré en fonction d'un seul impératif : l'équilibre de ses comptes. Les gouvernants ont beau jeu de répéter les mots « solidarité », « accès aux soins pour tous », « prévention »... ce ne sont que des incantations ! Profondément attaché aux valeurs sociales et républicaines de notre système de santé, le Dr Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, analyse point par point les « promesses » faites aux Français pour mieux démontrer la nécessité de vraies réformes, et leur urgence. Adapter les formations, restructurer la proximité, réorganiser les métiers dès l'université, construire une vraie politique de prévention, investir, innover... un autre modèle, collaboratif et issu des territoires, est possible. Il est urgent d'agir. Maintenant.



Je ne vous abandonnerai pas, Dr Jean-Pierre Cohen, First Éditions, 17,95 euros

JE NE VOUS ABANDONNERAI PAS

Récit intime et vibrant, cet ouvrage livre le témoignage intense et authentique du Dr Jean-Pierre Cohen, et trace en creux son itinéraire, celui d'un chirurgien chevronné, mais aussi celui d'un homme humble et impliqué. Un homme qui ne veut plus simplement « réparer » des corps et combattre le cancer et la maladie, mais soigner des personnes, des femmes et des hommes ordinaires, confrontés à des situations extraordinaires...



Le Patient et le Système : en quête d'une organisation sur-mesure. Approches innovantes du parcours de santé, Étienne Minvielle, éditions Seli Arslan, 26,50 euros

LE PATIENT ET LE SYSTÈME : EN QUÊTE D'UNE ORGANISATION SUR-MESURE

Aujourd'hui, professionnels et managers du secteur de la santé partagent souvent le constat d'une dégradation de l'organisation des soins, et déplorent la lenteur des changements, malgré des innovations locales. Ce livre explore les raisons de cette situation et propose des pistes pour améliorer l'organisation du parcours de santé des patients. L'approche managériale envisagée a pour objectif de parvenir à gérer la singularité à grande échelle (GERS). Il s'agit de raisonner sur le travail en partant de l'expérience des patients, d'œuvrer à la reconnaissance de l'autonomie des professionnels, de lier des activités trop indépendantes, et d'exploiter toutes les opportunités pour à la fois mieux coordonner les parcours des patients et les personnaliser davantage.

D^r Christophe Adam,
médecin généraliste à Bordeaux



« Plus j'exerce mon métier, plus je me dis qu'il est formidable »

« Jeune, je vivais au Gabon avec mes parents. Nous fréquentions des médecins d'outre-mer qui m'ont donné envie d'étudier la médecine. Une envie qui est venue se greffer sur une tradition familiale de l'engagement, à l'ombre de mon grand-père résistant et mort en déportation. Ces mêmes médecins d'outre-mer m'ont conseillé d'intégrer l'École de santé navale, à Bordeaux. Voilà comment je me suis retrouvé étudiant en uniforme, naviguant entre l'université, les stages hospitaliers, les paras, les chasseurs alpins ou la Légion, puis à nouveau en Afrique. Revenu à Bordeaux, j'ai découvert un tout autre univers en suivant un couple de médecins généralistes en milieu rural. Mais comme médecin militaire, je devais encore exercer sur d'autres terrains. En septembre 1995, j'ai été affecté à Sarajevo, où un de mes prédécesseurs avait été tué dans un bombardement quelques mois avant mon arrivée. Ce séjour en ex-Yougoslavie a été fort. J'ai senti la guerre, la décomposition d'une société et le poids de la survie. J'ai aussi vraiment compris le métier militaire, son intensité et la fonction essentielle du médecin en charge de soutenir une unité de combat. En plus d'assurer des soins, le personnel

médical fait fonction de régulation, notamment dans la gestion de la violence. J'ai finalement quitté le service de santé des armées pour rejoindre la médecine civile et je suis devenu médecin coordonnateur d'un EHPAD en m'impliquant dans l'accueil des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Je me suis engagé également dans la mission France de Médecins du Monde. Aujourd'hui, je suis médecin généraliste libéral et médecin coordonnateur de la structure Lits halte soins santé de Bordeaux, qui accueille des gens de la rue malades. Le fil rouge de toutes ces expériences, c'est mon attrait pour l'humain et le respect que j'éprouve pour toutes ces personnes croisées – Roms, migrants, SDF, toxicomanes, personnes âgées dépendantes ou vulnérables –, qui ont une capacité inouïe à endurer le pire : l'exclusion sociale, la violence, la maladie grave, la guerre, la perte d'autonomie... Plus j'exerce mon métier, plus je me dis qu'il est formidable, et plus je suis convaincu de la richesse, de la force et de la complexité de tout individu. »

Blog : « Tracer une ligne »
(<https://docadamblog.wordpress.com>)
La Santé des populations vulnérables,
ouvrage collectif, éditions Ellipses, 2017.

parcours

1985

Entre à l'École de santé navale, à Bordeaux.

1994

Thèse de médecine sur les troubles anxieux en fin de vie.

Septembre 1995- janvier 1996

Médecin du 4^e bataillon d'infanterie française de Sarajevo.

1999

Rejoint Médecins du Monde. Élu en 2008 au conseil d'administration de MdM-France. Trésorier de 2012 à 2016.

2003

S'installe comme médecin généraliste dans un cabinet médical à Bordeaux.

2008

Rejoint la maison de santé Saint-Augustin et un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) du Groupe SOS Habitat et Soins.



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr



Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins

Conseil départemental de l'Ain 25/02/2018

Sont élus titulaires : BARADEL Jacques, BIOT Loïc-Pierre, CAVAILLES Catherine, DESBIEZ Marin, GUERRIER-PARMEN- TIER Béatrice, LEMAY Anne-Lise, NICO- LAI Denis, PELLETIER Monique.

Sont élus suppléants : BALAMOU Chris- tian, CABA Silvia, CELESTIN Christian, DUPLESSY Lilie, HERVE Guylain, JAC- QUET-FRANCILLON Sylvie, LAPIERRE JACQUEMOND Isabelle, VIGANO Pierre-André.

Conseil départemental de l'Allier 11/02/2018

Sont élus titulaires : BAYET Jean-Fran- çois, BETTAREL-BINON Catherine, DALLE Christian, DE MEEUS Jean-Baptiste, GIRON-MINARD Nadine, LEPRAT Delphine, SIMONNET Jacques, URBAIN Corinne.

Sont élus suppléants : AGRICI Valeria, CHEREAU Thierry, CHEREAU-WER- NER Karine, DESPLATS Pierre-Édouard, DJILALI Nacer, DULIEU Marc, LER- NOUT Tiffany, REYNAUD Jacqueline.

Conseil départemental des Alpes- Maritimes - 17/02/2018

Sont élus titulaires : BONNEMAISO Alain, CASSUTO Ophélie, CHIGNON SICARD Bérengère, DE GALLEANI Lau- rianne, DELEMARRE Élisabeth, LOUIS Stephan, MARTY Pierre, POLYDOR Jean-Pierre, ROSSANT-LUMBROSO Jacqueline, TEBOUL Pierre.

Sont élus suppléants : BARISIC Anne-Marie, BODA Mireille, BOYER Jean-Pierre, CORNILLON Édouard, DOMEREGO Jean-Jacques, GALTIER Marc, LAFFORGUE Isabelle, LEPLUS ALLEGRIINI Élise, PLAT Jean-Marc, SAUZE Stéphanie.

Conseil départemental de l'Aube 11/02/2018

Sont élus titulaires : AMHARREF Latifa, AUBERTIN Anne, BELLEFLEUR Jean-Paul, BRAUN Christian, DALO Christiane, QUESTIAUX Hélène, RAJAU Jean-François, SANCHEZ Stéphane.

Sont élus suppléants : BICA Sergiu Traian, DANILIUC Cristina, GAF- FINO Lisa, HAAS Dominique, KOHLER

Suzanne, MALBREL Christian, MOINGS Karima, Dominique VIAULT.

Conseil départemental de l'Aude 11/02/2018

Sont élus titulaires : AMIEL Valérie, BECH Francis, COUSTAL Colette, GEN- DRON-BACHERE Evelyne, MANDON- NAUD Anne, MOUROU Hervé, PELLE- GRY Gérard, SAINT-LOUBERT Michel.

Sont élus suppléants : GAZAGNE Christophe, GERS-CAUBET Brigitte, GRASSET Christelle, MERIC Bernard, RICARD Marie-Christine, RITTER François.

Conseil départemental de l'Aveyron 10/02/2018

Sont élus titulaires : ARNAL Fabienne, CALMELS Jean-Pierre, CAPOULADE Denis, COMBES Sébastien, LAMBERT Georges, MORIN Fanny, RIBIER Hélène, ROMERO-VIDAL Élodie.

Sont élus suppléants : CHARTIER Jean-Philippe, DELAHAYE Motoko, GUERANGER Pierre, KERMORGANT Patrice, NEBUNESCU-SCHIRLIU Ioana, PEREZ Denis, PLIQUE Hélène, SOLI- GNAC Béatrice.

Conseil départemental des Bouches- du-Rhône - 17/02/2018

Sont élus titulaires : ASWAD Richard, CHAUMOITRE Kathia, DEVEZE Arnaud, DI STEFANO-DE MONTILLET Elsa, FRANQUEBALME Jean-Pierre, GORIN- COUR Guillaume, MAILAENDER Claude, PARIS Philippe, PERSON-ROCHEBRUN Annie, THIERS-BAUTRANT Dominique, THOMASSIN Lise, ZEMOUR Florence.

Sont élus suppléants : BERNARD-REY- MOND Christine, BLANC Michel-Fran- çois, GAMBARELLI-MOILLAC Nicole, GIAUFRE Élisabeth, LINDENMEYER Éric, METRAS Marie-Dominique, MOROSOFF PIETRI Brigitte, QUETU BONNEAU Delphine, RECORBET Guy, ROBIN Pierre, ROMEO Jacques, VICAT Jacques.

Conseil départemental du Cantal 25/03/2018

Sont élus titulaires : ABEL Dominique, BOYER Noémie, CHAINET Hélène, COL-

LIN Jean-François, DANJOY Guillaume, LE GUEN Chantal, MEYLHEUC Fran- çoise, MOMPEYSSIN Bruno.

Sont élus suppléants : BENEZET Marie- Pierre, MALAVAL Jacques.

Conseil départemental de la Charente- Maritime - 11/03/2018

Sont élus titulaires : BERNARD Anne, BERNUCHON Éric, BROSSARD Phi- lippe, CHEVALLIER Céline, DURAN- DET Philippe, FAZILLEAUD Béatrice, LE BRUN Bernard, LONGE Sarah, PEINTURIER-WIEDER Yaël, PENOT Jean-Patrick.

Sont élus suppléants : BONNIN Anthony, BONNIN Emmanuelle, BONNIN Éric, DOUKHAN Jean-Claude, GUERIN Antoine, LABARTHE-BOURSON Véro- nique, LATAUD Régine, MAAMERIJamila, MACAULT Camille, THISSE François.

Conseil départemental de la Corrèze 11/02/2018

Sont élus titulaires : ALLEMAN Fabrice, ARRESTIER Marie, GOU- DEAUX Marie-Julie, GOUDEAUX Pierre, MIRAS-CHAUVINIAT Sylvie, RASSION Jean-Paul, REYT Géraud, VAN HOUTTE CHAMPEIL Claude.

Sont élus suppléants : ALLAINMAT Laurent, CANTALOUBE Muriel, HEN- NEQUART Boris, JUILLARD-CONDAT Jean, LAPEYRE Francine, LATHIERE Nicole, LELIEVRE Thierry, REBEY- ROTTE Anne.

Conseil départemental de la Corse-du- Sud - 04/02/2018

Sont élus titulaires : ANTONINI Danielle, CANARELLI Jean, COINDE Édeline, CRESPI Jean-Marc, MERLENGHI Sauveur, MOZZICONACCI Michel, ORSONI Vanina, ZECCHI-CABANES Angélique.

Sont élus suppléants : ANCHETTI Fran- çois, BAILLOT Emmanuelle, BELLAMY Gaëtan, SCIARLI Camille, SMADJA Annie, TRAMONI Stéphane.

Conseil départemental de la Haute- Corse - 11/02/2018

Sont élus titulaires : ANDREI FRA- TICELLI Martine, BELGODERE Danièle, CAMPANA Christian, LAMBERT Joëlle,

MANZI Bruno, MAYMARD Monique, NICOLAI Pierre, TOMA Jean.

Conseil départemental de la Côte-d'Or 25/02/2018

Sont élus titulaires : EBERARD Noël, FOUCHERES Gaston, FRAISSE Adeline, FRANÇOIS-PURSELL Irène, GENIN Monique, MERCEY Anne, MOUCHON Caroline, PEPE Stéphane, PERRIN Jean-Henri, RICHARD Dominique.

Sont élus suppléants : FERA Madalina, GERARD-VARET Jean-François, MAZIERES Olivier, PERRET Thierry, SOU-TENET Martine, THIEBAUT Murielle.

Conseil départemental de la Creuse 11/02/2018

Sont élus titulaires : BROUSSE Jean-François, CHATA Georges, DALBY Nathalie, DAMASCHIN Félicia, GORGEON Laurence, LAMIRAUD Jean-Paul.

Sont élus suppléants : BOUTAYEB Karim, DRYKA Catherine, HEID Christian, LARROQUE Delphine, PAROT Pierre-Emmanuel, THIALLIER-CELE-RIER Véronique.

Conseil départemental de la Drôme 11/02/2018

Sont élus titulaires : ACIS Delphine, BARBIER Jérémie, BARBIER-GRASSOT Hélène, CHAUMONTET Pierre-Yves, DUVERNEY-GUICHARD Anne-Marie, MARING Aurélie, SABA-REY Tiffany, SERAIN François, TABET Karim, ZAMPA Philippe.

Sont élus suppléants : CRESPIY Olivier, DERAULT Claude, DROUARD Flavie, GALI-FET Marie, PETIT Étienne-Paul, RADIGUET Anne-Laure, ROUSSET Christel, STABLO-BOLTRI Delphine, VIALY Roland, ZAKHOUR Nicolas.

Conseil départemental de l'Eure 11/02/2018

Sont élus titulaires : DUPUIS Odile, FOISON Olivier, HORODECKI Sylvie, LAROSE Christelle, LE CARPENTIER Hugues, MARX Alain, SANDIN Christopher, VALLA Françoise.

Sont élus suppléants : DE LEMOS Jean-Baptiste, SAVESCU Liana.

Conseil départemental du Gard 03/03/2018

Sont élus titulaires : ARICH Charles, BONS Françoise, COSTA David,

KEZACHIAN Bruno, KOMAC Florian, LAPIERRE Véronique, METGE Liliane, PONSI-LOPEZ Patricia, PUGIBET Maryvonne, TAILLAND Michel.

Sont élus suppléants : BALDUCCHI Claudine, BENADIBA Ève, CHAMOUTON Gilles, FABRE Yvette, GOUJON Jean-Pierre, MAUREL François.

Conseil départemental de la Gironde 11/02/2018

Sont élus titulaires : BOULON Sophie, BROUCAS Fabrice, COLLE Michel, FONTANGES-DARRIET Marianne, GLEDINE Christian, LAJZEROWICZ Nathalie, MOLLAT Constance, RAINFRAY Muriel, ROCHE Sandrine, ROSSINI Kevin, SAURA Laurent, VEAUX Philippe.

Sont élus suppléants : AGUEDO Mélanie, CADIER Laurent, DAUT Michèle, DEMAY Jean-Marc, DOUTRE Marie-Sylvie, FERCHAUD Bernard, HIPPOLYTE-CODOGNET Christiane, LEPOUTRE Aude, MONROY Jocelyne, PASTICIER Gilles, ROLLIN Bruno, TENTILLIER Éric.

Conseil départemental de l'Hérault 11/02/2018

Sont élus titulaires : BELIN-SAUGET Marie-Cécile, BLANCHARD Marc, CATHALA Philippe, GROMOFF Serge, HARMAND-ICHER Hélène, JOUCK Elena, MATHIAS Colette, MENJOT DE CHAMPFLEUR Sophie, PLIQUE Guilbert, PRATICO Jean-Michel.

Sont élus suppléants : ALVES-MACHADO Nadine, ANTONIOU François, AYRIVIE Pierre-Antoine, DOAN-LAURES Brigitte, GUILHOU Édith, MASSON Christophe, SAFONT Laurence, VAGNER Philippe.

Conseil départemental de l'Ille-et-Vilaine - 11/02/2018

Sont élus titulaires : BRUN Jean-François, BRUNOT Angélique, CLAEYSEN Valérie, COCHELIN Nicole, FRIGUET Jean-Luc, GIPOULOU Pierrick, LECUE Chantal, LIMEUL Jean-Yves, SEVIN Hubert, ZAKA Parwana.

Sont élus suppléants : BLONS Virginie, CONTY Charles, HAVARD-TUREBAYEVA Jeanne, HENRY Anne, HERVE Jean-Pierre, IDRISSE Abdel Illah, LUGAND-BLANCHET Brigitte, NICOLAS Jean-Pierre.

Conseil départemental de l'Indre 25/03/2018

Sont élus titulaires : BATARD Muriel, BENIZRI André, BOUTALEB Wafa, CHAUVIN Odile, LE LIBOUX Sylvaine, LECOMTE Denis, MOREAU Christian, RIPOLL Jean-Michel.

Sont élus suppléants : ANTOINE Élisabeth, DE TAURIAC Yves, MURGU Caesar, PIRAMPÉL Elena.

Conseil départemental de l'Isère 10/02/2018

Sont élus titulaires : AUBERT Hervé, BOCQUERAZ Frédéric, BONAZ Bruno, DESCOTES Anne, DESCOTES Jean-Luc, EMERY Laure, MILESI Muriel, OPOIX Élisabeth, PERRIN Gilles, TOMASELLA Catherine.

Sont élus suppléants : BRESO Franck, BRISSON Benjamin, CADAT-VANDERMARLIÈRE Deborah, CAUSSE Jean-René, EYMIN Jacques, HADROUF Badis, JOURDAN-JAMBON Annie, LECOMTE Sidonie, LERICHE Céline, PELLET Mélanie.

Conseil départemental du Loir-et-Cher 11/03/2018

Sont élus titulaires : BAUDRON Bernard, BOUVIER Benjamin, FAUVEAU Luc, HECKER Isabelle, LECHE Josette, MAROIS Gérard, MARS-UGUEN Caroline, MOTTEAU Clara.

Sont élus suppléants : BOISSICAT Éric, CABROL-DIFFLOTH Christine, CHIQUET Laurent, KAROUÏ-BLANCHET Sihem.

Conseil départemental de la Loire 10/02/2018

Sont élus titulaires : BLANC Corinne, GIBAUD François, GUILLAUBEY Colette, MAYAUD Régis, MERY Benoite, MILLON André, MONTMARTIN-SZCZERBA Ghislaine, NGAMENI Anaclet, POIRIEUX Marie-Noëlle, SOULIER Victor.

Sont élus suppléants : CARRIERE Isabelle, GAGNAIRE Marie-Hélène, GILLIER Marie-Agnès, GOUILLOU-CELLE Sylvie, GOUZI Éric, GUILLAUME Daniel, KHENNOUF Abbas, LANDRIOT Bruno.

Conseil départemental de la Haute-Loire - 11/02/2018

Sont élus titulaires : BRAEMER Frédéric, BREYSSE Aimé, DESSIMOND Nadine, EFFANTIN Roselyne, FALCON Jean-Louis, GUINAND Roland, MAR-

TEL Danielle, SAGNARD Jean-Louis.
Sont élus suppléants : ALAIMO Angelo, CORNET Géraldine, DELON Michel, FOURNIER-MONTGIEUX Noël, GRANIER Catherine, VASILACHE Lacramioara.

Conseil départemental de la Loire-Atlantique - 11/02/2018

Sont élus titulaires : ALLAIN-VEYRAC Gwenaëlle, ASSERAY Nathalie, BOURGEOT Valérie, BRESSOLLETTE Erwan, BRETONNIERE Cédric, BUREAU Pierre, CARLIER Luc, EVANO Pascale, GICQUEL Anne, POULIQUEN Bruno.

Sont élus suppléants : BARGMAN Philippe, DELEFORTRIE Jérôme, DUPRE Maryse, DURAND Danièle, JOSSELIN Nicolas, LANZA Éric, LEMERLE Valérie, LOYEN Bruno, OUVREARD Jane, RENAUD Géraldine.

Conseil départemental du Loiret 11/02/2018

Sont élus titulaires : BOURAKI Naïma, CARRE Victoria, CARUEL Patrick, CUENOT Anne-Marie, EUGENE Gérard, FRIOT-ROUSSEAU Sandrine, GAUFROY Xavier, LEPELIER Catherine, LINASSIER Philippe, TAFANI Christophe.

Sont élus suppléants : CADIC Philippe, DARCHY-GILLIARD Martine, GILLIARD Jean-Louis, KIEFFER Valentina, MIOYASS Latifa, WERTHEIM Patrick.

Conseil départemental du Maine-et-Loire - 11/02/2018

Sont élus titulaires : BAUTHAMY Joëlle, BIGOT Pierre, DARSONVAL Vincent, FLAMANT Michèle, FORTIER David, LEROY Pierre, MILLIOT Alain, POUSSEVIN Camille, ROUGE-MAILLART Clotilde, VIALLE Marie-Madeleine.

Sont élus suppléants : DA SILVA TAVARES Joaquim, KELLOU Estelle, LEMARIE Jean, MALIN Françoise, OUMAZIZ Noura, PATRON Catherine, REGNARD Olivier, SHARAREH Ali.

Conseil départemental de la Haute-Marne - 11/02/2018

Sont élus titulaires : BREMARD Christophe, COLLOT Laurence, FERREIRA Maria, GODINOT Pierre, NICLOT Aurélien, ROCA Frédérique, THIBONNET-BEGE Julie, VINEL Benoît.

Sont élus suppléants : BERRY Jamil,

GEUZE Thierry, LA BUA Stefania, LORAIN Sabrina, PLUBEL Dimitri, SCHOENY Maud.

Conseil départemental du Morbihan 11/02/2018

Sont élus titulaires : BAUDRY-LAMY Hélène, BOCHER Jean-Pierre, BRICHARD Jean-Michel, CHUBERRE Yves, DEBARGE Amandine, HIRTZMANN Véronique, KARSENTI Philippe, LE COSSEC Marie-Pierre, LE ROUZO Philippe, POULNOT Hélène.

Sont élus suppléants : BLAZEIX Jean-François, BOCHE Céline, DE TROGOFF-SAUTEREAU Nathalie, DOBRESCU Lavinia, DONCIEUX Anne, GUINIER David, LE PODER Jean-François, LEDOUX Katy, OSSELIN Matthieu, ROBIN Didier.

Conseil départemental de la Nièvre 04/02/2018

Sont élus titulaires : ALLEGRE Catherine, DAUGY Jérôme, DAUGY-PILOT Isabelle, GUERY Jacques, LESOURD Blandine, LETERRE Bénédicte, POLDERMAN Christophe, ROUX Christophe.

Sont élus suppléants : BADR Khalil, BENALLAH Abdelhakim, DESPLAN Ardina, GUIONNEAU-GAUTHIER Sandrine, MONNEROT Hervé, NGUYEN VAN Manh, POMMERY Hélène, ROCHELACHAISE Isabelle.

Conseil départemental de l'Oise 11/02/2018

Sont élus titulaires : BAUGE-FARALDI Odile, BETERMIEZ Pierre, BONTE Nicole, COURTALHAC Françoise, CUCHEVAL José, FAYOLLE Jean-Patrick, GABRIEL-CORDONNIER Emmanuelle, GAROUTE Fabienne, LAMBERTYN Xavier, VERON Philippe.

Sont élus suppléants : CLINET Marie-Laure, FRETIN Jean, GORSE-CAILLOU Isabelle, PATRU George-Adrian.

Conseil départemental du Pas-de-Calais - 25/03/2018

Sont élus titulaires : DACQUIGNY René-Claude, GOUDAL Isabelle, GRACEFFA Franco, JOLY Chantal, MATHYSCROMBEZ Isabelle, MAYEUR Valérie, MEURIN Francis, NEGRE Arnaud, STEMPIN Anne-Marie, WELSCHBLIG Étienne.

Sont élus suppléants : DOMBROWSKI David, GASLAIN-DE WINTER Francine, JONNIAUX-NOEL Géraldine, LAURENT Gérard, MARMIGNON Antoine, PRUVOT Christine, PRUVOT-BETHOUART Jeanne-Marie, VANDERMERSCH Jean.

Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques - 11/02/2018

Sont élus titulaires : BADETS Jean-Pierre, CADIX Claire, CASASSUS Jacques, COSTEDOAT Danièle, DUBROCA Catherine, GRANGE Jean-François, HAMTAT Kamel, HARMANT Sylvie, MARTI Pierre, SEVILLA Anne.

Sont élus suppléants : CHAMBERON Bernard, CHAMBRE Muriel, DUFAURET Paul, INGRAND Didier, LHANDÉ Dominique, ROY Marie-France.

Conseil départemental des Pyrénées-Orientales - 10/02/2018

Sont élus titulaires : BAIXAS Annie, BARDE Serge, BOLTE Jean-Louis, DORION Véronique, HORVATH Éric, JUGLARD Alain, LENEL-HEDON Marie-France, MILLERET Corinne, SENNEVILLE Isabelle, VEDRENNE Christian.

Sont élus suppléants : BENSIMHON Dédé, BIAL Isabelle, COLIN Jean-Michel, COSTE Françoise, LE TOAN-BARES Phonglan, PEPIN Léopold.

Conseil départemental du Rhône 11/03/2018

Sont élus titulaires : BARROIS Guillaume, CARLIOZ Patrick, CHARLES Nadine, ECHALLIER-LAVEIX Véronique, ERIBON-MANGOT Claire, GRAIN Frédérique, JANNIN Michel, LIBOUREL Vincent, MICOLLE Jean-Pierre, OLLAGNON Henri-Olivier, POLI Muriel, SAUVAGEON Corinne.

Sont élus suppléants : ANDONIAN Alexandra, BEZ Nicole, CASSIER Philippe, DEPASSIO Jean, DEYRIEUX Bruno, DUBOIS Jean-Pierre, FIERE Anne, LAPICA Florence, LATRECHE-BEDJDI Aicha, LEYNAUD Philippe, PILLARD Michel, TITECA Marie.

Conseil départemental de la Sarthe 11/02/2018

Sont élus titulaires : ALEMANY Jean-Michel, CHAILLOU Marc, CHEVE Marie-Thérèse, COLLET Jackie, DEVAUD Bertrand, GUELFF Jessica,

LEGER Sophie, RENAUD Donatienne.
Sont élus suppléants : AGIN Michel, DENIZET Aurélie, FOUGERAY-HUSTAIX Corinne, JUHEL-VOOG Laurence, VOOG Éric, XIBERRAS Jean-François.

Conseil départemental de la Savoie 11/02/2018

Sont élus titulaires : BONHOMME Nathalie, CHABERT Gaëlle, CRESSENS Xavier, DELLAC André, DOUCET Bernard, JANDARD Céline, OURACI Leila, ROQUES Bertrand.

Sont élus suppléants : AMICO Laurent, BERENGER Pascal, BOULINGUEZ Pauline, GERE Julien, GROSJEAN Juliette, ISORE Christian, TIRARD Véronique, TREBUCHET Anne-Claire.

Conseil départemental de la Haute-Savoie - 17/03/2018

Sont élus titulaires : CHAINTRON Lucie, DE QUATREBARBES Julie, DEWAELE Thierry, FAVRE Sandrine, LABARRIERE René-Pierre, LAPRAS Christophe, LOPES Manuel, MORVAN Sarah, VANHAECHE COLLARD Claire, VERMEULEN Christophe.

Sont élus suppléants : AUDRAN Véronique, EMORINE Marie, LORET Marie, MAILLOT Audrey, PAYEN Ennemond, PRUNIER André, RANDRIANASOLO Michel, RICHARD Florence, SOURON Vincent, VULLIET Jean-Antoine.

Conseil départemental de la Ville de Paris - 11/02/2018

Sont élus titulaires : AVRANE Jean-Jacques, BAILLARGEAT Marc, BONFAIT-BOUYER Marie-Hélène, COHEN Raphaël, COROIR Marine, DONNADIEU Stéphane, FABIANI Jean-Noël, GAUCHER Sonia, LAURENT-KENESI Marie-Anne, LOUIS-VAHDAT Christine, LOULERGUE Pierre, MAURICE Pierre, PEYRAT-LEFEVRE Laurence, REGENSBERG-DE ANDREIS Nathalie.

Sont élus suppléants : ALBY Marie-Laure, ASSOULINE Moshe, AZOT Axelle, BASLI-LAROCHE Eleni, BENAINOUS Olivier, BERNARD-PELLET Jérôme, BOILLOT Roger, BONNAFÉ Livia, BREIL Philippe, GASMANN Yaël, HECQUARD Pierre, JACQUIN-MOURAIN Nicole, OLIVERES-GHOUTI Catherine, VIGNA-LOU-PERER Laurent.

Conseil départemental de la Seine-Maritime - 14/03/2018

Sont élus titulaires : DAIME Patrick, GAMBIRASIO Marco, HURTEBIZE Pierre, JEGOU Isabelle, LAIR Priscilla, LANCIEN Patrick, MENARD Christophe, NAVARRE-COULAUD Annie, PROUX Alice, SEVRIN Yveline.

Sont élus suppléants : AROICHANE Ibrahim, CLASTOT Annie, GAZEL DE LA CONTRIE Dominique, GUICHARD Benjamin, MARTIN-ALBOUY Clarisse, MOUNAYAR Georges, NAVARRE Christian, PROD'HOMME Didier, SOUBRANE Françoise, SUITNER Isabelle.

Conseil départemental de la Seine-et-Marne - 18/02/2018

Sont élus titulaires : BAUWENS Michel, CONTE Edwige, FAJARDY-GIRARD Catherine, GALBRUN Michel, GALMICHE Patrick, MERLIER-MAUCOURT Isabelle, MONDRZAK Michel, SCHWOB Pierre-Loup, SIRET Claire, TCHIMTCHOUA-GAMBIER Esther.

Sont élus suppléants : BARUKH Karen, CHITU Mariana, CORTES Alexandre, FREMONT Patrick, FRYDE Xavier, GRAVIER Véronique, MURG Eleonora, OLIVET Jean, RIGAL Yves, TRAN Sarah.

Conseil départemental des Deux-Sèvres - 11/02/2018

Sont élus titulaires : DELABROYE Stéphane, FAURE-GERARD Claire, GRIVELLET Alain, HALDENWANG Philippe, ROCHEPEAU Marie, ROY Emmanuel, SOUILLAC Isabelle, VOLARD Philippe.

Sont élus suppléants : BOUTHEILLER Anne, DARGENTON Ludovic, DREHER-GARCIA Sylvie, DROUHET Pascal, GACHIGNARD Line, GUILBOT Mathieu, LANNAUD Jean-Luc, ROSIER Marie-Pierre.

Conseil départemental de la Somme 11/02/2018

Sont élus titulaires : AVINEE Pierre, COCQUERELLE Catherine, COTTREL Barbara, DESENCLOS Christine, FOULQUES Henri, HANAU Michel, MASMOUDI Kamel, PAUCHET-LARTISIEN Corinne, RICARD Jannick, THOMAS-AUTRET Élise.

Sont élus suppléants : ALLARD Élodie, BEDIER Catherine, BOUCHEZ Jacques, DUCASTELLE Agnès, DUPAS Stéphane, DUQUESNOY Bernard, EL ESPER Najeh,

LE GLOAN Sandra, SOTTEAU Béatrice, VASSANT Philippe.

Conseil départemental du Var 10/02/2018

Sont élus titulaires : ALIMI-VIOLA Murielle, ALLIOT Étienne, BENSDRINE Sophia, CHABASSOL Gil, CHRESTIAN Alain, ISNARDON Nelly, LE GALL Jean-Luc, ROUX Francis, TUFFERY Marie-Claire, VEYSSIERE-BERTRAND Catherine.

Sont élus suppléants : BLANC Michel, CHAIX André-François, CHAIX-AKRICHE Laurence, CHARBONNIER Dorothee, DIDIER Dominique, DUBOIS Marie-Véronique, ESCHERMANN Julien, SCAVENNEC Catherine, VIGNAL Dominique, WAROUX Stanislas.

Conseil départemental du Vaucluse 11/02/2018

Sont élus titulaires : BONTEMPS Paul, BOURGEOIS Stéphane, BRUNET Jean-Yves, DIANCOURT Marie-Hélène, GUEROULT Isabelle, HANSBERGER Lucie, LOUARD Léa, REBOUL Alain, TAMISIER Serge, VERDIER Hélène.

Sont élus suppléants : AUGIER Gérard, BONNASSIEUX Roland, CHIODETTI Laëtitia, IZARD Patricia, LAFON Ludovic, LIBES Dominique.

Conseil départemental de la Vendée 11/02/2018

Sont élus titulaires : COULON Paul, CWMCKLINSKI Emelyne, FOUCRIER-HEGLY Catherine, GOICHON Mathieu, KRITTER Anne, LEPRINCE Françoise, MORIN Jean-François, PERIER Marc.

Sont élus suppléants : CAMPOS Dorothee, DOPSENT Yves, LEFETZ Jonathan, OLIVIER Jacques, STEFFEN Lucy, TARDIVEL-RAIMONDEAU Pascale.

Conseil départemental du Territoire de Belfort 11/02/2018

Sont élus titulaires : GRIMM-MESSIN Michèle, GRUDLER Sophie, MALPICA Johann, MERCELAT Yves, MOUMANE Laurianne, SEWOKE Pradip, TOUTENU Noël, ZANA Hélène.

Sont élus suppléants : CHABRIER-COULON Nathalie, CREPIN Étienne, DI BETTA Thierry, HICKEL Julia, JARDOT Bénédicte, LORENTZ Christian, MANET Caroline, ROZE Thierry.

À suivre...