



+

Conférence Francophone des Ordres des Médecins

Compte rendu **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CFOM**

MERCREDI 15 OCTOBRE 2014
16H00 – 19H00

CNOM
180 Bd HAUSSMANN 75008 PARIS

16h00 : Ouverture

Allocution du **Dr Patrick BOUET**, Président Conseil de l'Ordre des Médecins de France

Mes Chers Collègues,

Je suis très heureux de vous accueillir cet après-midi sous la présidence du Docteur Guy SANDJON pour cette réunion de la Conférence francophone des Ordres des médecins qui précède le 1^{er} Congrès de l'Ordre des médecins français qui débute demain et auquel vous êtes invités.

C'est un moment important pour nous et pour l'ensemble de la communauté médicale.

Avec le Président SANDJON, nous avons pensé que l'intervention du Directeur général de la santé, le Professeur Benoit VALLET, en charge de la problématique du virus Ebola sur le territoire national ainsi que de l'aide internationale apportée par la France serait intéressante tant pour échanger que pour entendre la position d'un des plus hauts responsables de notre pays sur la politique française à ce sujet.

Je suis très heureux que nous continuions de donner de la force et de l'acuité à cette réunion de nos Ordres parce qu'il est essentiel que nous puissions partager et échanger sur les sujets qui nous préoccupent. J'y accorde beaucoup d'importance au nom de l'Ordre des médecins français et je suis très attaché à poursuivre l'œuvre entamée par le Professeur Jacques ROLAND, un de mes prédécesseurs, à réunir l'ensemble des Ordres francophones au sein d'une réflexion commune.

Il m'apparaît important que nous puissions continuer, développer, amplifier cette coopération et cet équilibre entre nos Ordres qui portent des valeurs et nous permettent de cultiver cet espace francophone, professionnel, éthique et déontologique.

Je le fais avec plaisir aux côtés du nouveau Président de l'AMM, le Docteur Xavier DEAU, parce que nous sommes très attachés à cet engagement international. C'est la politique que l'équipe élue depuis un an veut conduire auprès de l'ensemble des acteurs.

Je vous remercie de cette adhésion, de votre participation et de votre volonté commune de développer cette coopération. Je vous prie de m'excuser, parce que je vais devoir m'absenter pour voir avec l'Élysée les conditions de la présence du Président de la République au Congrès, et je demanderai au Docteur Patrick ROMESTAING, Vice-président, de me remplacer. Je ne pourrai donc pas accompagner vos travaux. mais soyez assurés de mes remerciements pour votre participation à cette réunion et nous aurons l'occasion de continuer à discuter ensemble ce soir lors du dîner. Merci Monsieur le Président.



Accueil du **Dr Guy SANDJON**, Président de la CFOM, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du CAMEROUN.

À mon tour, je remercie tous mes confrères ici présents d'avoir accepté votre invitation à participer à cette Assemblée générale de la CFOM au siège de l'Ordre national des médecins de France. C'est un grand honneur pour nous d'être présents cet après-midi.

Je voulais également vous remercier pour votre invitation au Congrès de l'Ordre national des médecins, nul doute que nous apprendrons beaucoup et nos jeunes institutions ordinaires ont besoin de votre expérience pour avancer.

J'ai été très heureux que vous me saisissiez pour modifier légèrement l'ordre du jour de notre réunion afin de pouvoir parler de cette terrible épidémie dont nul ne connaît le devenir. L'Afrique paie encore une fois un lourd tribut à cette infection et il aurait été inconcevable de rentrer chez nous sans avoir une position concertée ou une idée de ce que pense la communauté internationale que vous représentez en grande partie. Nous serons certainement interrogés lorsque nous rentrerons dans nos pays et nul n'est mieux placé que le Directeur général de la Santé français pour nous expliquer cette position.

Je sais que la France est aux côtés de nos pays pour combattre cette épidémie. La dernière décision est l'ouverture d'un hôpital avec la Croix rouge à Conakry. Je sais aussi que votre compagnie anciennement nationale est l'une des rares compagnies à aller encore partout même si les navigants se plaignent d'un ou deux pays. Tout ceci nous réconforte et évite les stigmatisations qui seraient terribles pour nos pays.

Cette pandémie a apporté une catastrophe sanitaire, mais s'y ajoute une catastrophique économique que vous ne pouvez imaginer. Les chiffres avancés sont très importants, on parle de 32 milliards de dollars à l'horizon 2015 pour l'Afrique de l'Ouest avec un recul très important du PIB dans ces pays. Les pays comme le Libéria et la Sierra Léone sont obligés de cantonner des populations entières pendant trois jours chez eux. Ce sont donc des pays qui s'arrêtent de fonctionner et de vivre pour enterrer leurs morts. Cette infection méritait que nous modifiions notre programme. Je suis certain qu'un mot sera glissé dans vos différents discours sur ce sujet, parce que ce problème ne peut être ignoré.

Monsieur le Président, je tenais vraiment à vous remercier pour cet accueil un an après l'Assemblée générale de Douala et nous étions ici au mois de mai pour un Bureau restreint pour parler de notre association. Je remercie le Conseil national de l'Ordre des médecins de France de toujours nous accompagner. Sans vous, même si nous partageons la langue française, nous ne tiendrions pas très longtemps. Au nom de tous mes collègues ici présents, je vous remercie.

Présentation des sujets par le **Dr Xavier DEAU**, Président de l'Association médicale mondiale, Président de la Délégation aux affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins français, Secrétaire général de la CFOM.

Nous allons d'abord aborder le problème Ebola. Vous avez tous lu, et peut-être même beaucoup plus que nous, les interrogations que posent Ebola. Lors de l'Assemblée générale de l'AMM Nous avons souligné la semaine dernière en Afrique du Sud, la méconnaissance de beaucoup de praticiens de la maladie elle-même. La période d'incubation est de 18 à 21 jours, période durant laquelle il ne peut y avoir de contagion. La contagion se fait par le sang ou la salive avec un contact assez important. Le Congo avait rappelé que les principes de base d'hygiène et de soins n'étaient pas toujours suivis. Bien souvent, les gens ne se lavaient pas correctement les mains au sortir de la chambre des patients, les détritres après les soins n'étaient pas mis à part et l'organisation même de l'hygiène élémentaire n'était pas correctement réalisée. Le Président OBAMA et même notre Président, François Hollande, ont considéré qu'il fallait une organisation un peu autoritaire, dite militaire, pour gérer au mieux ce type de crise d'épidémie non contrôlée. C'est-à-dire d'un côté on met les vrais malades, d'un autre les susceptibles d'être malades, d'un autre ceux susceptibles d'être en phase contagieuse afin de mieux gérer la propagation de l'épidémie. Le projet français est d'envoyer à tour de rôle une centaine



d'effecteurs de santé, des EPRUS, c'est-à-dire des personnes formées à cette organisation dite militaire, essentiellement vers les pays africains. Ce sont 150 à 200 militaires pour gérer l'organisationnel. La semaine dernière nous avons abordé avec M. VORHAUER qui dirige la Délégation française au sein de l'AMM, les médicaments éventuels, mais il ne faut pas se faire d'illusion. Savez-vous comment Pasteur a trouvé son premier vaccin ? C'était de façon complètement expérimentale et « artisanale » tout comme les expériences sur le cordon ombilical dans les années 1970. Des médicaments ont été essayés à titre expérimental aux États-Unis et en France. Il semble que ces médicaments soient actifs, mais ne peuvent être utilisés parce qu'il n'y a pas les moyens de les produire à grande échelle.

Le sujet des données personnelles a été mis à l'ordre du jour parce que c'est problème international. Aussi bien en Europe, aux États-Unis, qu'en Afrique, nous savons que les données personnelles nécessitent des moyens très importants de protection et surtout dans le domaine médical. M. LUCAS le spécialiste au Conseil national donnera les derniers messages d'ordre éthique, voire déontologique.

Le point sur l'indépendance des médecins dans les conflits armés vis-à-vis des autorités militaires, administratives ou des insurgés fait suite à nos débats à Douala. Notre conclusion était que l'indépendance du médecin doit être respectée tant par les autorités politiques, administratives, militaires ou religieuses. Cette indépendance de la décision du médecin est le gage de la confiance indispensable à la relation médecin-malade. Bruce CHAUVIN, membre très actif du CICR (Comité international de la Croix-Rouge) qui était présent à Douala, était ravi de pouvoir tisser des liens avec nos différents ordres. J'ai été interpellé par certains d'entre vous lors de la guerre Israël-Gaza durant laquelle des transports ambulances ont été des vecteurs militaires et des hôpitaux ont été les refuges de soldats. J'ai eu les versions de Gaza et d'Israël, chacun a raison. Il est certain que nous devons rester les garants de cette indépendance et cette indépendance des professions médicales est fondamentale même dans les conflits armés.

1re partie des débats : virus Ebola

Intervenants :

- **Dr Guy SANDJON**, Vice-Président du CNOM du Cameroun, Doyen honoraire de la Faculté de médecine

J'ai pensé résumer quelques idées de ce qu'a fait et pourrait faire l'Ordre national des médecins du Cameroun contre cette épidémie. Le Cameroun est en pré-épidémie puisqu'il n'a pas encore déclaré de cas. En revanche, le Nigéria, notre voisin le plus proche avec qui nous partageons 1 200 km de frontières, a été touché. Nous avons pris des dispositions très fermes pour éviter la contamination. Il ne s'agit que de redites. Le virus Ebola provoque une maladie aiguë et grave, souvent mortelle dans 55 à 70 % des cas. La croissance du virus qui sévit actuellement en Afrique de l'Ouest, dont les premiers cas ont été déclarés en mars 2014, est la plus importante et la plus complexe depuis la découverte du virus en 1976. Le développement du virus a pour particularité de s'être propagé d'un pays à l'autre en partant de la Guinée pour toucher la Sierra Léone, le Libéria, le Nigeria, le Sénégal, ainsi que l'Europe et les États-Unis. Les pays les plus touchés sont la Guinée, la Sierra Léone et le Libéria parce que leur système sanitaire est très fragile. Ils manquent également de ressources humaines et d'infrastructures. En général, ce sont des pays qui sortent de guerres civiles. Le 8 août dernier, le Directeur général de l'OMS a déclaré cette maladie « *urgence de santé publique de portée planétaire* ». C'est le plus haut degré dans l'urgence sanitaire. Toute une gamme de traitements potentiels est en cours d'évaluation.

Le premier cas Ebola a été découvert en septembre dans un hôpital de la République démocratique du Congo. Un flacon de sang a été envoyé un jeune médecin de Belgique à la suite d'une petite épidémie dans cet hôpital et il a découvert cet étrange virus. Il s'est alors rendu dans cet hôpital situé dans une ville où coule un fleuve qui s'appelle Ebola, d'où le nom du virus. Ce premier cas annoncé a touché 318 personnes en République démocratique du Congo et en a tué 280, presque 90 %.

L'histoire de l'épidémie actuelle varie selon les sources, il s'agirait d'un garçon de deux ans, décédé en décembre 2013 en Guinée, non loin des frontières sierra-Léonaises et libériennes. Une autre publication parle d'une épidémie qui aurait son origine après l'enterrement d'une guérisseuse, dont le rôle est important en Afrique, et qui aurait été consultée par un malade.

Sur le plan épidémiologique, c'est un virus tout en longueur d'où son nom de filovirus. Le virus actuel provient d'une souche zaïroise, ce qui est surprenant parce que l'on passe de l'est de l'Afrique à l'ouest et la distance est presque aussi importante qu'entre l'Afrique et l'Europe.



La transmission se serait faite par une famille de chauves-souris frugivores à des singes et autres animaux (chimpanzés, gorilles) qui mangeraient les mêmes fruits. Ces animaux meurent du virus dans la forêt.

La transmission interhumaine se fait par les 5 S : sang, sperme, salive, sueur, selles. Les risques sont très élevés en milieu hospitalier en zone endémique à cause du manque d'hygiène et de sécurité dans les dispensaires.

La transmission se fait souvent lors des rites funéraires. Il est difficile de dire aux Africains de laisser incinérer un corps à cause de leur attachement particulier à l'être humain qui fait que les rites funéraires sont très particuliers.

On note encore des contaminations par sperme 7 semaines après la guérison clinique du patient. C'est un virus extrêmement virulent parce qu'il se réplique très rapidement et désamorce les systèmes humanitaires en très peu de temps. Il faut à peine 17 particules du virus pour infecter un être humain alors que d'ordinaire il en faut pratiquement cinq fois plus. On n'en comprend pas encore aujourd'hui la pathogenèse. Ce virus crée des coagulations intravasculaires disséminées dans les petits vaisseaux. Une fois ces vaisseaux bouchés, le sang est bloqué ce qui entraîne une nécrose des organes concernés. Le virus attaque aussi brutalement les tissus conjonctifs et le collagène des tissus sous-cutanés avec des hémorragies cutanées et réactions inflammatoires importantes.

L'expression clinique se caractérise par une incubation de 2 à 21 jours avec une moyenne de 4 à 9 jours. L'apparition de la fièvre est brutale avec les signes d'un syndrome grippal. Plus tard interviennent la diarrhée, les vomissements et les éruptions cutanées. Les hémorragies internes et externes surviennent par la suite avec un décès par choc cardiovasculaire dans 50 à 90 % des cas.

Le diagnostic biologique se fait en laboratoire spécialisé. Très peu de laboratoires peuvent le faire dans nos zones infectées et je pense que la plupart des laboratoires les envoient en France où il y a deux principaux laboratoires : à Lyon et au Centre de la médecine de la santé militaire qui procèdent à la détection biologique de ce virus.

Il n'y a pratiquement pas de traitement en dehors du traitement symptomatique. Il n'y a pas de vaccin pour l'instant. Certains sont annoncés par des pays, la Russie prévoit un vaccin dans 6 mois jour pour jour. En attendant, on recourt à certains antirétroviraux.

Le monde médical a été surpris par cette infection qui ne concernait jusqu'à présent que des épidémies circonscrites dans des zones géographiques bien limitées, nul ne s'attendait à une croissance si importante. L'épidémie actuelle couvre l'Afrique de l'Ouest avec 2 500 cas environ en Sierra Leone dont 600 décès, 1 000 cas en Guinée dont 739 décès et pratiquement 4 000 cas au Libéria. Le Sénégal a déclaré un cas qui venait de Guinée et qui a été bien géré puisque le patient est guéri. Cela semble s'être arrangé au Nigeria. D'ici quelques jours, l'OMS pourrait déclarer ces deux pays hors de cause s'il n'y avait pas de nouveaux cas.

Le rôle de l'OMS est d'empêcher la croissance du virus en assurant une surveillance de la maladie et en aidant les pays à risque à élaborer leur propre plan de protection. Elle intervient en prêtant son concours à la surveillance et à la mobilisation des communautés à la prise en charge des cas au service des laboratoires, à la recherche des contacts, à la lutte anti-infectieuse, à l'appui logistique, à la formation et à l'assistance en matière de pratique d'inhumation sans risque. Néanmoins, l'OMS n'est pas une organisation supranationale, elle ne peut ni décider de la fermeture des aéroports à la place des autorités nationales ni de l'utilisation d'un nouveau médicament. Elle a, pour l'essentiel, force de recommandation et d'expertise. Il incombe donc aux autorités locales de mettre en place des stratégies de lutte pertinentes.

La réaction de l'Union africaine s'est faite très tardivement, le 8 septembre, c'est-à-dire il y a moins d'un mois alors que l'infection sévit depuis 8 mois. L'Union africaine est le pendant de l'Union européenne. La présidente de l'Union africaine a indiqué il y a un mois que la réponse africaine devait être unie, complète et collective et que nous devons faire attention à ne pas mettre en place des mesures qui auraient un impact social et économique supérieur à celui de la maladie elle-même. Les commerces, les investissements et les cycles agricoles sont très perturbés. Le coût actuel de l'épidémie estimé par l'Union africaine est de 32 milliards de dollars pour l'Afrique de l'Ouest d'ici à 2015 avec une baisse de PIB pour beaucoup de pays. À la catastrophe sanitaire s'est ajoutée une catastrophe économique pour ne pas dire humanitaire tout court. C'est à prendre au sérieux parce que personne ne sait aujourd'hui comment évoluera cette maladie qui change chaque jour.

Les médecins et le personnel médical en général paient un lourd tribut face à cette épidémie parce qu'ils n'y sont pas préparés. En sémiologie, l'étude d'Ebola n'existe pas, ce n'est pas encore dans les livres de médecine. Personne n'est donc préparé sauf les pays qui ont déjà eu à l'affronter comme le Gabon ou la République démocratique du Congo qui ont une petite expérience. Dans les pays où le virus sévit, par



exemple en Guinée, le deuxième de décès après celui de l'enfant, était celui du médecin qui l'a pris en charge avec sa famille.

C'est un souci qui interpelle donc l'Ordre national des médecins. C'est un problème de santé publique grave et une des missions de l'Ordre national des médecins est la mission de santé publique. Cela pose des problèmes d'éthique, devons-nous accepter la validation des essais thérapeutiques dans l'urgence ? La question s'est posée pour le cas américain, fallait-il le soigner de suite ou pas ? Les comités d'éthique des différents pays ont de suite accepté de le faire puisqu'il n'existait rien d'autre. Les médecins sont exposés au risque de contamination parfois sans protection, les tenues ne sont pas disponibles partout. Devons-nous inciter les médecins à continuer à prendre en charge ces malades dans ces conditions ? Il y a matière à réflexion. Cela pose aussi le problème de crédibilité de nos pouvoirs publics. J'ai cité l'exemple du Mali dont nous avons parlé il y a quelques années dans cette même salle, lors des troubles avec le nord du Mali, seul l'Ordre des médecins était admis à venir en aide aux populations. C'est la même chose dans nos pays. Parfois dans certains secteurs, la parole des pouvoirs publics n'est plus parole d'évangile et une institution comme l'Ordre des médecins a plus de crédibilité à faire passer un message. Les Ordres doivent donc accompagner le gouvernement de même que certaines populations sceptiques de nos pays qui estiment que c'est une maladie inventée par les blancs pour les empêcher de manger du gibier. Des équipes de Médecins sans frontières qui se rendaient sur place pour aider la population ont été agressées. Nos institutions peuvent aider à crédibiliser ces actions et permettre à ces associations qui aident beaucoup à pouvoir travailler correctement. L'Ordre doit être en première ligne dans les actions de sensibilisation parce qu'il est souvent plus crédible que le gouvernement et les Occidentaux qui sont toujours suspectés d'avoir caché le virus. La formation du personnel médical à l'accueil et la prise des cas suspects est importante. Il y a eu un « faux » cas à l'hôpital de Douala, plus gros hôpital avec 850 lits. Il s'agissait en fait d'un cas d'hépatite fulgurante qui a été pris pour un cas d'Ebola et l'hôpital s'était vidé de tous ses praticiens. Cela s'était passé en août, soit plusieurs mois après le début de l'épidémie. Cela a été en quelque sorte un avertissement sans frais qui nous a permis de savoir que la formation est importante. Nous avons réalisé une semaine de formation pour le personnel médical et le gouvernement a débloqué 630 millions de francs CFA, c'est-à-dire un peu moins d'un million d'euros, c'est dire que les sommes affectées à cette infection sont parfois dérisoires au vu des enjeux. Il y a une étroite collaboration entre l'Ordre national des médecins et les pouvoirs publics pour une meilleure planification des actions sur le terrain pour ne pas donner l'impression de se mettre en marge de l'action du gouvernement.

En conclusion, l'une des plus grandes hantises des épidémiologistes a resurgi le 6 décembre 2013. C'est la crise épidémique la plus grave depuis l'identification du virus en 1976. L'Ordre national des médecins doit donc être en première ligne au plan international dans la coordination des actions et leur application sur le terrain.

Peter PIOT codécouvreur de ce virus affirmait le 6 octobre 2014 « *J'ai découvert le virus Ebola. Je crains maintenant une inimaginable tragédie.* »

Dr ROMESTAING, Vice-Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de France

Je remercie le Président SANDJON d'avoir permis de mettre à jour nos bases bien que les réunions récentes permettent de bien avoir en mémoire l'histoire liée à la propagation et à la diffusion du virus Ebola. Il est à la fois important d'être informé, de sensibiliser et aussi parfois de rassurer. Nous pouvons voir, comme en France à l'occasion de situations heureusement limitées, des cas de panique et des enfants qui sont retirés des écoles parce que d'autres élèves ont séjourné dans un pays d'Afrique sans d'ailleurs savoir lequel. Néanmoins, les parents affolés retirent leur enfant. Il faut donc sensibiliser, informer et mettre dans la réalité et, bien sûr, former les professionnels de santé. C'est important parce qu'il s'agit d'une pathologie dans laquelle les professionnels de santé sont très exposés. Merci beaucoup de ce point essentiel.

Nous accueillons le Directeur général de la santé, M. VALLET. Merci Monsieur le Directeur général d'avoir accepté d'intervenir devant la Conférence des Ordres francophones. Nous nous sommes encore rendu compte la semaine dernière à l'AMM, avec MM. DEAU et VORHAUER, combien il est important d'échanger. C'est une occasion unique cet après-midi, dans le cadre de cette Conférence, de vous accueillir et de vous entendre au poste qui est le vôtre, c'est-à-dire un poste à haute responsabilité, sur une situation hautement périlleuse même si l'on veut éviter l'affolement. En l'absence de notre Président retenu, je vous remercie de votre présence.

- **Pr VALLET, Directeur général de la Santé près le ministère des Affaires sociales et de la Santé**



Chers confrères, bonjour. Je remercie le Dr SANDJON pour sa présentation très précise et cohérente par rapport à ce que nous savons aujourd'hui d'Ebola. Je vous remercie de m'accueillir, je considère que c'est une chance de pouvoir être proche de la Conférence des Ordres francophones. C'est un moment important parce que c'est une bataille que nous livrerons tous ensemble et que nous gagnerons.

La France est très consciente de sa responsabilité en termes de préparation, d'une part, pour accompagner l'Afrique de l'Ouest et les pays en contact avec l'Afrique de l'Ouest, pays frontaliers ou à distance parce que les transports aériens favorisent la diffusion du virus et, d'autre part, pour permettre le rapatriement et trouver des mécanismes de coordination entre les différents pays européens en lien avec l'Amérique du Nord.

Je serai court sur la partie africaine parce que vous avez déjà des informations et mon but n'est pas de faire un exposé des actions françaises, mais de recueillir vos questions et étudier comment travailler avec vous et vous aider. Pour son action sur le terrain, la France a souhaité installer un hôpital de campagne à Macenta. Nous avons encore quelques limites dans l'organisation, mais cela se met en place très rapidement. Le Président de la République, en lien avec le Président OBAMA, a décidé qu'il y aurait d'autres centres de traitement. Il y aura donc une accélération vraisemblable même si les éléments techniques ne sont pas tous calés sur la Guinée. Nous travaillons en Guinée, mais aussi au Libéria avec certains de nos opérateurs, moins en Sierra Leone, mais il y a eu une demande de l'ONU d'avoir un travail de coordination dans ces pays en lien avec les autorités des pays. Il ne s'agit pas de se mettre à la place des autorités du pays, mais de venir en soutien. Cette répartition fait que la France agit en principal en Guinée. L'opérateur qui travaillera avec nous avec la coordination médicale guinéenne est la Croix Rouge. Nos dispositions seront donc délivrées à la Croix Rouge afin qu'il puisse y avoir une action de terrain.

L'autre part importante de l'action française est la coordination européenne. Je reviens sur l'évacuation sanitaire, l'engagement des pays, des ONG, de Médecins sans Frontières et d'autres, doit comporter une certitude de rapatriement lorsque les personnels de santé sont atteints en particulier pour nous les réservistes de l'établissement pour la préparation à la réponse aux urgences sanitaires afin qu'ils puissent continuer à s'engager. Évidemment, il nous semble que le plus essentiel est de renforcer l'action sanitaire sociale. Les moyens ont été estimés à 2 500 lits compte tenu de l'aggravation majeure de l'épidémie et le caractère exponentiel propre à toute épidémie. Il y a eu une action très importante du gouvernement français pour que cette coordination autour de l'évacuation sanitaire se fasse. Elle a deux volets : celui des moyens d'aviation qui n'est pas nécessairement évident et celui de la mise à disposition de lits et de médicaments.

Je voudrais revenir sur quelques points abordés par le Dr SANDJON. Le diagnostic biologique est effectivement aujourd'hui assez délicat à réaliser. Il se fait dans des enceintes très spécifiques pour les espèces virulentes, ont été cités le laboratoire P4 des fièvres hémorragiques de Lyon et l'équivalent chez les militaires. Nous avons le souhait d'activer ce deuxième laboratoire. Pour autant, il existe aujourd'hui des kits à usage unique délivrés par Altona qui sont mis en place chez nous en outremer. Je pense que c'est aussi le cas pour les pays d'Afrique de l'Ouest pour avoir des diagnostics biologiques rapides. Ils ne sont pas aussi sensibles et spécifiques que les tests réalisés avec les PCR dans les P4. Néanmoins, lorsque les tests sont négatifs, cela permet de penser que le cas est beaucoup moins sérieux et, au contraire, s'il est positif de s'engager déjà dans une logique d'isolement.

Le mot clé est : 70, 70, 60, ce qui signifie 70 % de patients isolés, 70 % des patients décédés inhumés rapidement et dans des conditions de protection – source majeure de contact et donc d'aggravation de la transmission de l'infection – et 60 pour 60 jours. C'est-à-dire que l'objectif de l'OMS, en réduisant à 70 % les contacts et à 70 % les décédés et leur prise en charge, est d'enrayer cette crise en une soixantaine de jours. Évidemment, nous savons déjà que cet objectif ne sera pas atteint, mais le risque est qu'il ne soit pas atteint non plus sur les deux autres chiffres, d'où les efforts intenses qu'il nous faut maintenant réaliser.

Il a été parlé des traitements, il faut être honnête ceux dont nous disposons aujourd'hui sont expérimentaux et extrêmement inaccessibles pour ce qui est des anticorps monoclonaux. Nous en avons bénéficié pour une patiente qui est revenue en France, mais je ne saurais pas dire si c'est ce traitement qui a changé le profil évolutif de la patiente. Nous n'avons aucune certitude actuellement sur l'efficacité du traitement antiviral par voie orale (Favipiravir). Il sera utilisé dans les pays d'Afrique de l'Ouest avec les éléments d'éthique que vous avez bien rappelés dans le cadre d'essais, mais qui ne



seront pas des essais cliniques randomisés, l'éthique ne nous l'autoriserait. Ce seront des essais cliniques qui seront bien conduits en termes d'analyse des résultats en particulier sur la mortalité et sur des éléments probants de biologique, d'inactivation du virus et d'augmentation des anticorps. Il y aura donc un suivi à la fois sur le caractère clinique, mais aussi sur des éléments probants biologiques. Nous pouvons penser que ces essais cliniques qui incluront de suite 60 patients permettront rapidement d'étudier l'impact que peut avoir l'usage de ces traitements. Cela se fera à Conakry en Guinée urbaine puis à Macenta en Guinée forestière.

Dr DEAU

Mme HEINRICH, Responsable du pool médecins de Médecins sans Frontières, devait être parmi nous, mais a malheureusement été retenue. J'ai reçu le témoignage d'équipes de Médecins sans Frontières, qui reviennent tous effondrés, éplorés et désemparés par le manque d'organisation sur le terrain, le manque de structures et même d'espoir dans les traitements actuels. Ils expriment la peur d'avoir contracté le virus et se demandent s'ils doivent attendre un mois avant de reprendre leur travail ou s'ils peuvent reprendre immédiatement. C'est une question à poser pour avoir une réponse identifiée ne serait-ce que pour les médecins de Médecins sans frontières.

La semaine dernière à Durban en Afrique du Sud, à l'occasion de l'Assemblée générale de l'AMM, nous avons eu le témoignage d'un américain qui travaille en Afrique du Sud, mais très étroitement avec les pays infectés. C'est un épidémiologiste de santé publique qui suit les missions de Médecins sans frontières. Son discours était aussi plus qu'alarmiste et concluait à l'impératif d'une organisation très rigoureuse afin de canaliser les flux de malades. C'est ce qu'indiquait M. VALLET avec les 70 % d'isolés, 70 % de décès et les 60 jours que nous ne tiendrons pas. Tout le monde, que ce soient les Américains, les Africains et les Français puisque nous sommes partenaires, doit avoir ces mêmes objectifs.

Pr VALLET

Effectivement, les traitements mis en place représentent un moment d'espoir. D'autres éléments, en termes de vaccins, sont assez initiaux pour l'instant, mais les phases 1 peuvent rapidement passer en phase 2 dans ce type de contexte.

En fait, ce que j'estimais important d'examiner avec vous, c'est l'aide que nous pourrions apporter en termes de formation. Aussi bien sur des éléments de formations disponibles, par exemple pour la partie essentielle qui concerne l'isolement, la protection à l'égard des personnes qui sont affectées. Il y a à certains éléments d'apprentissage tout à fait indispensables aussi bien sur l'organisation d'une chaîne sanitaire, mais également sur l'usage d'éléments de protection individuelle qui ne sont pas si simples à mettre en œuvre. Ces éléments de formation sont à mon sens importants tout comme l'organisation sanitaire territoriale pour laquelle vous avez bien rappelé la place du Conseil de l'Ordre et des Ordres francophones dans ce contexte. Il est vrai que renforcer la sécurité sanitaire à l'embarquement, à l'arrivée d'un certain nombre de voyageurs au niveau des postes de frontière sans faire de blocage complet est important. Même si nous avons besoin que les échanges continuent et que les autorités de santé se déplacent ainsi que les moyens économiques, il faut renforcer la sécurité avec des éléments de contrôle simple : provenance, mise en contact des personnes affectées par la pathologie, éléments initiaux cliniques simples comme la température qui peut être prise de manière indépendante du contact. Ce sont éléments que nous utilisons aussi et que nous utiliserons probablement de plus en plus notamment pour faire attention à l'accès des voyageurs et pour autant ne pas interrompre les échanges entre les pays.

Quels sont donc vos besoins par rapport à cela ? Avez-vous besoin de renforts dans la formation, de personnes qui viendraient au sein de vos facultés ? Est-ce que l'Agence universitaire francophone peut être à vos côtés également ? J'ai rencontré le Président CERQUIGLINI qui travaille à la Sorbonne et qui est le coordonnateur de « l'alliance » universitaire francophone. Il est prêt à avoir des actions de santé publique au contact des pays immédiatement voisins et au-delà pour des pays éloignés, mais attachés notamment par des éléments d'échanges aériens. Ce sont des points initiaux que nous pouvons étudier ensemble. Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions si je le peux.

Je remercie encore une fois le Conseil national de l'Ordre des médecins, car c'est une chance très importante de rencontrer notamment le Sénégal, la République démocratique du Congo, le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, le Tchad qui sont des pays voisins et concernés par le renforcement de ce que l'on



appelle le règlement sanitaire international, dispositif de l'OMS qui permet de favoriser la constitution de points focaux nationaux qui répertorient tous les cas et les enregistrent ainsi que la mise à disposition de moyens pour renforcer le contrôle dans les aéroports, les ports et certaines zones qui pourraient être affectées par la présence de premiers cas ou de cas possibles.

Dr SANDJON

Je voudrais remercier Monsieur le Directeur général de la santé. Nous vous avons écouté avec beaucoup de plaisir et d'attention. Votre question est très importante, que pouvez-vous faire pour nous ? Il faut saisir la balle au bon. Oui pour un EPU, oui pour l'information. D'un point de vue pratique, le Cameroun peut recevoir quelqu'un d'averti qui apporterait la voie de la France, pour parler pendant quelques heures devant plusieurs médecins de l'expérience de la France. Je suis tout à fait pour, même si ce sont des choses que nous savons, le message passera encore mieux. Il s'agit donc d'étudier comment l'organiser.

• Dr AKA KROO, Trésorier de la CFOM, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Côte d'Ivoire

En Afrique de l'Ouest, les populations comme les autorités sanitaires n'étaient pas du tout préparées à cette maladie hémorragique qu'est Ebola. Il y a donc eu des tâtonnements et même, au départ en Guinée notamment, une envie de dissimuler l'information. Il y a seulement trois mois que nous avons pris toute la mesure de ce qui se passait en Côte-d'Ivoire et que le ministère de la Santé a édicté des règles. Ainsi, depuis trois mois, l'Ordre des médecins Côte-d'Ivoire a rédigé un dépliant comportant un message très simple pour les médecins afin de leur demander de se protéger. Nous avons constaté que le corps médical et paramédical payait un lourd tribut dans les statistiques face à cette maladie. Il y a bien sûr les populations, mais c'est aussi un problème lorsqu'une bonne partie du corps médical fuit les hôpitaux à cause de cette maladie ou est mal protégé ou encore victime de cette maladie comme au Liberia où il y a moins de 50 médecins.

Le message est donc très simple, à partir d'un volumineux document de l'OMS en association avec le CDC Atlanta et le département américain de la santé, concernant les maladies hémorragiques, nous avons estimé qu'il était nécessaire de proposer à nos médecins des attitudes très simples. D'après la directive du ministère de la Santé, il est interdit à tout médecin et paramédical d'examiner un patient sans porter des gants, ce que nous n'appliquions pas. Il faut également avoir une blouse de préférence à manches longues et porter un masque qui protège non seulement les cavités nasales mais aussi la bouche. C'est maintenant le principe pour tout patient qui viendrait en cabinet ou à l'hôpital. Malheureusement, il y a quelques problèmes puisque le milieu médical public connaît des pénuries de gants par exemple et certains médecins de la fonction publique ont cru nécessaire de poser des conditions avant d'appliquer cette directive en indiquant que puisque des gants n'avaient pas été mis à leur disposition, ils n'appliqueraient pas la directive. J'ai été obligé de rappeler que devant la maladie l'État ne les enterrerait pas ni leurs familles d'ailleurs puisque lors dès qu'un patient décède de cette maladie, le corps va directement au cimetière sans que les parents soient appelés pour une quelconque cérémonie funéraire. Ils l'ont bien compris et ont eux-mêmes pris la décision d'acheter des gants sur leurs propres deniers auprès des pharmacies en attendant la dotation du ministère et du service d'approvisionnement des hôpitaux. Il faut donc porter des gants et se laver les mains avant et après l'examen de chaque patient. Au vu de la modicité des salaires des médecins fonctionnaires, certains ont dit que changer de gants à chaque examen allait peser lourd financièrement. Néanmoins, ils ont compris la nécessité de se protéger avant tout et avant de penser à l'approvisionnement par l'État. C'est chose faite aujourd'hui, puisque les 600 000 paires de gants commandées en Asie ont été livrées.

Lorsqu'un patient est suspecté d'être porteur du virus, il faut alerter les autorités de l'hôpital ou les autorités sanitaires avant même le diagnostic. Un numéro vert a été mis en place. Il faut bien sûr alerter le personnel médical et paramédical sur les mesures de protection et d'isolement. Les patients éventuellement porteurs de cette maladie ne se savent pas malades, il y a donc une sincérité des patients qui est fondamentale pour pouvoir cerner le problème. J'en parlais avec le Gabon, le Président OGANDAGA a pratiqué une fibroscopie à un patient qui est ensuite décédé en Afrique du Sud. Il n'est heureusement pas porteur du virus, mais le médecin anesthésiste qui a reçu ce patient est porteur du virus. Le cas du patient américain par exemple montre que le patient n'a pas été sincère au départ puisque c'est lorsque ses symptômes se sont aggravés qu'il a révélé qu'il avait véhiculé une patiente décédée. Le patient peut être sincère, mais il faut être vigilant et presque enquêter comme la police pour



faire en sorte que le patient et son entourage puissent révéler qu'il revient de voyage. Aujourd'hui en Côte-d'Ivoire, nous nous attendons à de nouveaux cas parce que les liaisons aériennes ont été rétablies et les frontières réouvertes. La Guinée et la Côte-d'Ivoire ont une frontière commune et de nombreux opérateurs économiques de Guinée ont été bloqués par la décision de fermeture des frontières terrestres et de suspension des liaisons aériennes. Ces personnes sont actuellement en train de revenir en Côte-d'Ivoire, nous nous attendons donc à un cas dans les semaines à venir.

Nous avons donc renforcé le dispositif sanitaire à l'aéroport, le long des frontières communes avec les pays touchés. Nous avons formé les médecins du privé et du public à l'usage des combinaisons. Ces vêtements protecteurs ne sont pas à la portée de tous les cabinets parce qu'une combinaison coûte environ 30 000 francs CFA, soit 50 euros pour un seul patient suspect. Il faut aussi porter lunettes, des bottes en caoutchouc, des gants, etc., et ce n'est pas à la portée de tout médecin en cabinet. Il faut également laver et désinfecter tout matériel réutilisable.

Lorsque le diagnostic est confirmé, la plupart du temps le patient est déjà pris en charge par les autorités sanitaires avec des ambulances spécifiques. À Abidjan, trois ambulances sont spécifiquement outillées pour prendre en charge ces patients. Dès lors que vous recevez un patient qui se révèle positif, tous les patients qui étaient dans la salle d'attente avec ce dernier doivent être bloqués dans votre cabinet, il faut prendre leur identité, leurs coordonnées, les mettre en isolement afin de pouvoir réagir en cas de résultat positif. Le cabinet est fermé et le médecin ne peut rentrer chez lui pour ne pas contaminer sa famille. C'est donc une catastrophe en Afrique pour laquelle il faut prendre de nouvelles attitudes.

Le problème des vêtements protecteurs (masques, bottes, etc.) a grevé de façon importante le nombre de patients, mais aussi de personnel médical et paramédical touchés par cette maladie. En Guinée par exemple, les infirmières avaient seulement une blouse et un masque de protection qui protège les cavités nasales et le bouche, mais elles s'occupaient du patient sans gants. Il y a eu une réaction et la Guinée a donné des blouses avec des gants, mais pas de masque. Les hôpitaux étaient démunis face à cette maladie. Le personnel médical et paramédical a ensuite bénéficié de vêtements de protection. Toutes ces mesures sont un idéal afin que nos autorités aussi puissent mettre à la disposition des médecins du public et éventuellement du privé le nécessaire pour se préserver et ne pas en arriver à l'exode, la fuite de ces régions dans des trains saturés refusant des personnes.

(Applaudissements.)

Dr SANDJON

Quelle pourrait être la forme de l'aide que le Directeur général pourrait apporter à nos pays africains et notamment au sud du Sahara ? J'étais favorable à un EPU, un entretien avec un professeur désigné par vous-même et que nous recevions dans nos pays pour échanger et nous apporter la bonne information.

Dr OGANDA, Past-Président de la CFOM, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Gabon

La question posée par Monsieur le Directeur général de Santé est très judicieuse. Il y a tout d'abord lieu de cerner les pays, certains sont autour du foyer et ceux-là n'ont pas les mêmes demandes que ceux qui sont loin. Certains ont aussi déjà géré certaines épidémies et ont donc déjà une certaine expérience et des process et certaines structures sont mis en place. Par exemple, au Gabon nous avons eu deux épidémies d'Ebola, nous avons donc une certaine expérience de la gestion des épidémies. Nous avons la connaissance de la maladie.

Ce que la France pourrait apporter au Gabon serait d'abord faire un point sur ce qui se fait ailleurs et sur l'ampleur de l'épidémie parce qu'il y a tout de même suffisamment d'éléments sur le plan de la connaissance. Néanmoins, ce ne serait pas de trop qu'un missionnaire vienne et organise cela parce qu'au Gabon le ministère de la Santé sortant avait déjà organisé des grandes réunions sur Ebola avec tous les médecins, en particulier ceux de la capitale, en plus Ebola était géré par les militaires. Nous avons déjà actuellement des cellules aux aéroports avec des prises de température sans contact.

D'autre part, il y aurait nécessité que la France fasse le point avec l'État par rapport au dispositif mis en place pour étudier comment mettre en place un système de maillage pour limiter tous les cas qui viendraient par la côte. En effet, nos frontières sont très perméables, le Gabon a une côte qui offre une pénétration par les pirogues. Par conséquent, même si nous ne sommes pas proches de la Côte d'Ivoire ou du Liberia, des bateaux viennent pêcher au Gabon.



Pour résumer, d'une part, oui à la formation, mais assez limitée dans le cas du Gabon, d'autre part, étudier les structures mises en place. Cependant, il y a toujours un problème de moyens. Après cet inventaire et l'accord avec le gouvernement, il faut examiner comment nous pourrions nous organiser.

Je dirai que l'Ordre des médecins par rapport à l'information régaliennne aurait été heureux qu'il y ait une restitution du fruit de cette rencontre et donc avoir un document qui puisse nous permettre de rencontrer le ministère de la Santé pour leur montrer que la France prend à cœur le problème d'Ebola en Afrique et que nous avons été sollicités en tant que Président de l'Ordre et que nous souhaiterions que se mette rapidement en place un dispositif pour que dans l'immédiat la France puisse étudier dans quelle mesure elle peut aider le Gabon.

Dr BOUSTANY, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Liban

Pour abonder dans votre sens, est-ce à dire qu'il faut attendre qu'un pays soit touché pour envoyer des experts pour de la formation ou existe-t-il des pays à risque ? Il faut prévoir la formation et l'expertise et qui décide des pays à risque ?

Dr SANDJON

Le Liban est tout de même loin des forêts africaines.

Dr BOUSTANY

Nous avons deux millions de réfugiés syriens dans un état de délabrement et de misère. Il suffit qu'un seul vienne du Cameroun portant le virus pour que tout le Liban soit touché et nous ne pourrions plus rien faire. C'est pourquoi je pose cette question et comme cela a été indiqué, il n'y a plus de distance.

Dr SANDJON

Avant de répondre aux questions, je demanderai au Président de l'AMM, M. DEAU, de recadrer les choses parce que le Président du Gabon a parlé de moyens. Il serait intéressant que le Directeur général de la Santé nous indique ce que nous pouvons avoir avant que nous n'exprimions les besoins. Évidemment, si on nous dit que 100 M€ sont disponibles, je dirai d'accord donnez-moi 10 M€ et on verra pour la gouvernance. Il serait bon de savoir ce que nous offre la France. Nous connaissons nos pays africains, vous envoyez des moyens pour la santé, mais il n'est pas certain que ce soit utilisé pour Ebola. Il faut faire attention, nous, Présidents de l'Ordre des médecins, sommes là en tant qu'Institutions et non pas ONG, il faut donc déterminer ce que, nous, Institutions ordinaires pouvons faire. Pour ce qui concerne la politique française et l'Afrique, il est certain que les demandes ont dû être exprimées en haut lieu et le ministre du Gabon a donc déjà dû exprimer ses besoins. Que pouvons-nous attendre éventuellement de vous ?

Pr VALLET

Si j'ai souhaité vous rencontrer, c'est pour entrer dans une logique assez précise. Je ne suis effectivement pas ministre des Affaires européennes et internationales ni Président de la République, je ne peux donc répondre aux questions d'ordre diplomatique que vous avez évoquées ni sur la somme globale qui pourrait être attribuée dans ce contexte.

En tant que collègue, confrère, et dans le cadre d'une maison qui est aussi la mienne – celle du Conseil national de l'Ordre des médecins puisque je cotise chaque année même en tant que Directeur général de la Santé – nous devons installer un réseau de communication et d'information. Nos sachants, en termes de diplomatie et de décision internationale, ne savent pas ce qui se passe du point de vue des prises en charge sanitaire. Ce qui est rappelé ici montre que la prise de conscience est très présente parmi vous et que certains moyens sont déjà mis en place. Ce qui nous intéresse entre collègues médecins ce sont les limites qui sont celles de votre détection, de votre préparation, de votre degré de réponse à cette crise sanitaire.

Nous avons parlé des pays, certains sont directement concernés par Ebola : Sierra Leone, Liberia et Guinée, au sein desquels des actions sont en cours et nous avons beaucoup plus d'informations sur ces pays puisque le drame est là et que la réalité des ONG est déjà très connue et nos efforts sont déjà concentrés et vont normalement se renforcer. Cela fait partie des demandes nord-américaines, françaises et anglaises avec un dispositif européen de contribution matérielle, humaine et internationale puisque des pays comme le Japon, l'Australie, le Mexique ou Cuba s'engagent.



Il y a ensuite les pays immédiatement contact et c'est là où il était intéressant de vous rencontrer, en particulier le Sénégal, la Côte-d'Ivoire et le Mali qui seront les prochains pays à être touchés même si certains peuvent être plus à distance par voie de mer. En réalité, la deuxième zone de pays représente ces pays contacts et l'OMS souhaite un renforcement sanitaire dans ces pays. C'est là que, même si nous n'allons pas faire le bilan aujourd'hui, nous allons échanger nos coordonnées et nous appeler pour nous dire « il nous manque ceci, cela, voilà nos faiblesses, ce que nous avons déjà mis en place » afin de faire l'inventaire des besoins d'un point de vue sanitaire. Si l'OMS n'est pas supranationale, elle est dans une action multilatérale qui est la seule tenable dans ce contexte.

Je demande aux Ordres des médecins de ces pays de me faire remonter l'information et leurs besoins pour étudier avec eux comment concrètement apporter une aide, qui peut-être financière, humaine, une aide en formation, en produit ou en logistique. Plusieurs choses peuvent être envisagées pour renforcer le règlement sanitaire international et la protection de ces pays.

Après, il faut considérer l'Afrique dans sa globalité, parce que si ces pays sont également touchés, la propagation continuera.

Et enfin, les pays à distance, tous les pays au plan international sont concernés puisque les échanges aériens et la globalisation font que personne ne peut estimer ne pas être concerné par Ebola. Le Liban bien sûr, mais tous les pays sont concernés comme nous nous le sommes par cette situation sanitaire. Ma demande est donc simple, par le biais de l'Ordre des médecins, entamons une chaîne de contacts, d'information et de vigilance afin de nous permettre de mieux nous préparer et de donner une réponse adaptée aux besoins que vous aurez fait remonter. Vous avez entre vos mains, cette coordination sanitaire, cet état de préparation des pays à une situation qui est dramatique. Il est inutile de le rappeler, c'est une évidence. L'estimation aujourd'hui du nombre de cas et de décès est probablement sous-évaluée, nous sommes probablement entre les deux tiers et la moitié.

Dr ALAOU, Président d'honneur de la CFOM, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Maroc

Je pense que le Professeur VALLET a circonscrit le problème dans ses trois dimensions. En tant que représentants des Ordres nationaux, notre devoir au plan médical pur, comme l'ont dit MM. SANDJON et AKA KROO, est l'information, la délimitation des actes et la façon de les réaliser et diffuser cette information. Nous avons cette capacité, sinon nous ne serions pas des médecins, l'information est notre premier rôle.

Je voudrais personnellement ici que nous nous placions au niveau international parce que nous sommes presque dans la même situation que le virus du Sida. Nous devons reprendre tout le travail effectué à cette époque parce que la mondialisation est là. Tout le monde craint la contamination par ceux qui travaillent et nous devons pouvoir les mettre en situation de sécurité, parce que c'est une nécessité de nous attaquer d'abord à ceux qui existent et ensuite de nous étendre vers les autres. Nous devons d'abord protéger les médecins, le personnel infirmier, en contact avec les malades. D'autre part, concernant les pays « foyers », beaucoup de pays avaient interdit ou annulé les correspondances et les transports aériens. Le Maroc ne l'a jamais fait, nous sommes donc presque en première ligne.

Par conséquent, je voudrais que nous nous placions en tant qu'Institutions, Conseils de l'Ordre, parce qu'il s'agit d'attirer l'attention des politiques. C'est un problème qui est devenu politique, le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a pas les moyens d'acheter des gants, etc., et qui subviendra aux dépenses du médecin lorsque l'on fermera son cabinet? C'est un problème politique et, à mon sens, nous devons ici en tant que CFOM faire une recommandation à nos États qui nous appuieront pour leur dire qu'il s'agit de mettre en place tous les moyens qu'ils possèdent et que chaque État fasse les demandes nécessaires aux autres. Ce n'est plus maintenant la France seule, les États-Unis et l'Europe apportent une capacité. Nous ne pouvons pas à nous seuls faire face aux besoins techniques, de matériel, de logistique, de management. Il faudrait envoyer des experts de terrain sur le terrain pour qu'ils identifient exactement les points sur lesquels nous devons agir pour traiter de choses concrètes et ne pas rester dans les bureaux.

Enfin, l'OMS est le réceptacle de toute l'information et ce sont les experts de l'OMS qui nous aident à voir clair et à mettre en place les plans nécessaires. Ces plans sont déjà en train de s'affiner et c'est sur ces plans que nos États, en association avec le Conseil de l'Ordre, doivent faire les demandes



nécessaires. Il s'agit d'un management qui peut être mis dans un contexte d'abord international puis ensuite entre nos relations et, nous, Conseils de l'Ordre, pouvons y participer en fonction de nos moyens. Nos moyens, c'est d'abord l'information, nous engager, informer la population pour qu'elle sache qu'elle doit faire ce nous leur disons, parce que ce n'est malheureusement qu'une maladie d'hygiène au départ. Nous ne pouvons pas nous battre contre la culture, mais nous devrions faire une recommandation d'abord à nos États en indiquant que c'est un problème national et international et que nous appelons à ce que le soutien international se fasse dans des conditions de collaboration et d'intégration nécessaires et obligatoires et ensuite le décliner en fonction de nos responsabilités en tant que Conseil national de l'Ordre des médecins.

Dr SANDJON

Je retiendrai le mot de recommandation qui est très important. Pour l'anecdote, le pendant de la Coupe d'Europe de football que la France prépare, est la Coupe d'Afrique des Nations. Elle devait avoir lieu en février 2015 au Maroc a été annulée. C'est presque aussi une mini catastrophe parce qu'il y a des enjeux économiques énormes sans parler de l'enjeu émotionnel.

Dr ALAOUI

C'est en fait reporté, décision prise avec l'OMS selon les instructions internationales de sécurité sanitaire.

Pr VALLET

De ces échanges ressortent deux éléments très importants « médecins » et « francophones ». C'est un lien et une force. Nous devons nous fonder sur cette force qui est d'être médecins et de se comprendre par une langue commune qu'est le français. Nous redécouvrons aujourd'hui cette richesse qui est la nôtre et que nous avons un peu oubliée au profit de l'anglo-saxon. Je crois que dans ce repérage la francophonie est une alliance majeure et il faut la renforcer. Au travers de cette francophonie et de ce que sont les médecins et leur formation, on retrouve aussi l'Agence universitaire francophone qui est prête à mettre des moyens notamment de formation et d'action de santé publique. Je vous propose donc de répertorier vis-à-vis de l'Agence universitaire francophone, les demandes que vous m'adresserez.

Nous avons d'autres structures autour, la Conférence des Doyens, la CAMES (conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur) qui sont aussi des outils qui nous permettent de travailler tous ensemble. Il faudra, et j'espère que vous avez ce type de relation dans vos pays, vous mettre en relation avec les directions de santé. Les suggestions et la manière dont la coordination peut se faire au plan francophone entre les Ordres des médecins et ces organisations universitaires, devront être remontées vers ces directions de santé ainsi que la nécessaire coordination qu'il peut y avoir et les informations que nous pourrions nous délivrer entre nous. Il y a aussi le moyen des médias et la francophonie est notamment couverte par TV5 monde, c'est aussi un lien entre nous. Je ferai une intervention la semaine prochaine sur Africa N°1, média africain qui permet d'avoir à la fois une audience dans les pays africains, mais aussi en France parce que nous avons beaucoup de populations qu'il ne faut pas stigmatiser et exclure. C'est Ebola qu'il faut exclure et non pas les pays concernés par Ebola.

Je me permettrai de demander à l'Ordre des médecins français, la liste de vos contacts, mails et téléphones tant de vos structures que personnels pour vous communiquer en échange mes coordonnées afin que vous puissiez utiliser mon biais pour faire passer certaines demandes et informations que je relayerai en haut niveau, c'est-à-dire au ministère de la Santé et aux organisations interministérielles comme le ministère des Affaires étrangères et du Développement avec qui je travaille beaucoup et en particulier, leur ambassadeur des maladies transmissibles, Philippe MEUNIER, mais aussi avec la Défense, je travaille avec le service de santé des armées qui est très contributif aujourd'hui et d'autres organisations autour de l'aviation civile et d'autres structures.

Il était important pour moi dans notre rencontre aujourd'hui que vous sachiez bien que la France est là, qu'elle souhaite travailler avec vous, au milieu de vous et réunir ce que vous demandez pour mieux comprendre vos besoins. Je pense que l'on peut prendre l'épicentre, et en particulier Macenta où la force s'installe, pour commencer à enrayer cette épidémie. Les trois pays concernés sont le Liberia, la Guinée, la Sierra Léone et autour la première couronne les pays contacts. Il faut travailler de façon appuyée sur ces pays contacts et ensuite au-delà de manière internationale comme cela a été largement répété.

**Dr DJOUDOUNSEUGOU, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Tchad**

Nous avons pris bonne note de tout ce qui a été dit. Jusqu'à présent, l'épidémie n'a pas été enrayée parce qu'il n'y a pas de plan de communication détaillé envers la population comme envers le personnel de santé pour sous-tendre le traitement. Je proposerais ou demanderais en ce qui concerne le diagnostic précoce, surtout pour les pays qui ne sont pas encore touchés où des regroupements existent dans les sous-régions, de développer des moyens de diagnostic précoce à l'instar de l'Institut Pasteur qui existe déjà. Nous pourrions utiliser ces structures et développer un moyen de diagnostic pour prendre précocement des mesures contre ce virus.

Pr VALLET

Il existe un kit précoce, le kit Altona utilisé en outre-mer chez nous pour la partie française, mais aussi sur le terrain en Afrique de l'Ouest comme au Liberia et Sierra Léone et permet d'avoir, même s'il n'est pas du même niveau en termes de sensibilité et de spécificité des mesures d'analyse ARN faites au P4 de Lyon par exemple. Ils sont très intéressants à utiliser parce qu'ils donnent un diagnostic précoce et des grandes orientations. Il est important que nous puissions vous communiquer la façon de se procurer ce kit et comment l'utiliser afin que vous ayez à votre disposition des moyens rapides de tri. Par ailleurs, pour ce qui est de Pasteur, il est installé aujourd'hui au Sénégal et dans de nombreux pays africains. Il est également en voie de se réinstaller à Conakry en Guinée puisqu'un contrat de 3 ans a été voté par le conseil d'administration de Pasteur et il y aura une mission détachée à Macenta dans le cadre de l'établissement prévu pour traiter les populations et les soignants au cœur de ce foyer épidémique. Vous avez raison de dire qu'il faut un diagnostic précoce et je vous communiquerai ces informations.

Dr MBUTUKU, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de République démocratique du Congo

Il est vrai que pour nous, c'est actuellement la huitième épidémie. Nous manquons aussi de moyens. Je suis tout à fait d'accord pour que l'énergie soit concentrée vers ces pays de l'Ouest où l'épidémie sévit, mais il ne faut pas oublier que la République démocratique du Congo est aussi concernée. Nous avons peut-être la chance que l'épidémie se soit déclarée dans une zone complètement enclavée. C'est ainsi que nous avons pu contenir l'épidémie. Néanmoins, si nous concentrons tous les efforts ailleurs et que nous abandonnons ces contrées, nous ne résoudrons pas le problème.

Dr SANDJON

Nous n'avons pas tous les jours la chance d'avoir un collègue proche des politiques. Nous avons un vieux projet et j'avais commencé à contacter la francophonie qui doit se tenir à Dakar dans quelques semaines en vue d'une espèce de reconnaissance de notre Institution. Pouvez-vous nous aider parce dans ces échanges interministériels afin de nous crédibiliser et nous introduire auprès de cette Institution puisque vous avez cité l'Agence universitaire française, la Conférence des Doyens, le CAMES, etc., qui participent tous des institutions des pays qui partagent le français. Je pense que le Conseil national de l'Ordre des médecins répond très bien à cette préoccupation, pouvez-vous nous aider dans ce besoin de reconnaissance afin d'avoir une voix dans cette réunion qui va peut-être changer de Président ? Nous ne demandons rien, nous nous cotisons nous-mêmes.

M. DEAU

Effectivement, par sa présence le Professeur M. VALLET accrédite totalement cette demande, car il ne vient ici que pour l'assemblée générale de la CFOM et il ne serait pas présent si cela n'avait pas d'importance. Nous allons lui communiquer les statuts de la CFOM, les coordonnées, et il fera notre lobbying auprès des ministères cités.

(Applaudissements.)

M. VALLET

Vous pouvez compter sur moi.

M. ALAOU, Président d'honneur de la CFOM, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Maroc

Nous, responsables de Conseils de l'Ordre, devons aussi vous transmettre les coordonnées chaque fois qu'un pays a un service d'épidémiologie. Il faut absolument développer les capacités locales.

M. VALLET

Nous sommes d'accord.



(Départ de M. VALLET.)

M. SANDJON

Il était inconcevable que nous partions d'ici sans avoir profité d'une telle expérience. Je suis persuadé qu'il nous aidera beaucoup. Quand l'information vient de la Direction générale de la santé de France, l'impact n'est pas du tout le même que lorsque nous parlons nous. Une audience comme celle-là a plus d'influence chez nous.

M. DEAU

Pour conclure, la semaine dernière nous étions, pays francophones et anglophones en Afrique du Sud, et nous avons tiré exactement les mêmes conclusions : absence d'information des médecins et absence d'information des populations, absence d'organisation pour traiter les flux de patients et l'absence même de formation des médecins et des équipes soignantes. Les Américains prennent tout naturellement en charge les pays anglophones, c'est une question de langue et c'est effectivement à la francophonie au travers de la CFOM et le Directeur général de la santé de le faire pour les pays francophones. Nous avons tous les outils l'OIF rassemble la CIDMES, la CAMES, l'AUF, France 24, il suffit de les mettre en œuvre, les coordonner et c'est le rôle du Professeur VALLET.

M. ROMESTAING

Chacun aura apprécié à sa juste mesure l'accord et le déplacement du Directeur général de la Santé à la demande du Conseil national pour profiter de cette occasion unique d'échanges avec un nombre significatif de hauts responsables de conseils de l'Ordre de pays francophones et certains venus de zones très concernées par cette pathologie. Au-delà des simples mots, il y a déjà un engagement, un premiers pas avec ces échanges et ce réseau qui pourra s'installer grâce vous tous autour du Conseil national et la Direction générale de la Santé.

M. VORHAUER, Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins de France

L'essentiel des propositions, qui sont manifestement d'ordre militaire, est mettre en place des sentinelles pour informer et qui peut informer le plus, si ce n'est pas les Ordres par rapport aux professionnels de santé ? Il n'y a pas une Direction générale de Santé qui ne connaisse exactement l'état d'esprit des médecins si ce n'est pas l'Ordre. C'est un indicateur – ce n'est pas le seul – et nous allons essayer de communiquer de cette façon.

2^e partie des débats : La santé mobile (applications et objets connectés – prévention et suivi des patients)

Intervenants :

- **Dr LUCAS, Vice-Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de France**

Mes chers confrères, excusez mon arrivée tardive, vous savez tous que le Congrès approche et il a encore beaucoup à préparer et je devrais malheureusement vous quitter juste après ce débat et vous prie de m'en excuser.

L'ensemble des pays est effectivement concerné par la santé mobile, c'est-à-dire les objets connectés et les applications en santé. Mon propos sera un peu réducteur. Trois groupes des pays sont concernés par cette approche.

Les premiers étant les États-Unis d'Amérique qui inondent le marché avec des objets et applications, probablement en raison du savoir des ingénieurs de la Silicone Valley, mais aussi probablement lié à la prise en charge des citoyens américains en matière de santé puisque le système de protection sociale aux États-Unis, comme vous le savez, laisse assez largement sur la route toute une frange de la population qui n'a pas nécessairement les moyens d'acheter les soins. Aux États-Unis, *business is business*, non pas qu'ils n'ont pas de réflexion éthique, mais la valeur est donnée au marché et la consultation médicale et les interventions chirurgicales coûtent cher. Il faut avoir une assurance qui également coûte cher, d'autant plus qu'il existe une judiciarisation très importante avec quasiment une obligation de résultat.

Ainsi, certains citoyens américains se procurent des objets connectés ou des applications avant d'avoir recours au système de soins dans une optique d'autodiagnostic, d'auto surveillance, voire d'automédication.



On nous dit par conséquent que nous autres en Europe allons inévitablement être confrontés à la vague américaine, d'abord parce que nous avons une sorte de fascination pour la technologie sans nécessairement réfléchir aux usages de ces outils et c'est bien au niveau de ces usages que se pose l'interrogation éthique.

Un deuxième ensemble de pays ou de nations concerne ce que l'on peut appeler les pays émergents ou les pays en voie de développement ou avec une extension géographique importante. On peut penser notamment au Maghreb et, encore plus, à l'Afrique francophone puisque nous sommes dans la francophonie où très vraisemblablement il y aura très rapidement un saut numérique permettant d'apporter aux populations un accès aux soins et des outils de m-santé dans les développements sanitaires, médicaux et médico-social au bénéfice des populations et des individus.

Bien évidemment, si nous raisonnons en termes d'éthique ou de déontologie, il ne faut pas faire fi des réalités du monde. Il existe là un marché et le marché de la m-santé – le marché des industriels – s'adressera également à ces pays où elle peut apporter beaucoup. Je ne sais plus lequel d'entre vous avait fait remarquer lorsque nous parlions du consentement aux soins que pour consentir aux soins encore fallait-il ne pas être mort faute d'avoir pu les avoir. Mon propos est un peu réducteur, mais nul ne peut nier qu'il existe des populations pour lesquelles les outils numériques peuvent apporter beaucoup en matière de santé. Certains prétendent même qu'ils ont apporté dans certains pays des révolutions par les réseaux sociaux qui étaient annonciatrices de grandes libérations. C'était peut-être une vision à courte vue lorsque l'on voit l'état du monde dans ces régions.

Le troisième groupe de pays concerne les pays européens qui, eux, ont des exigences en matière de protection des données bien supérieures à celles des États-Unis puisque la donnée en Europe n'est pas une donnée marchande. Les États-Unis considèrent que la donnée personnelle de santé peut-être revendue en mettant en avant les bénéfices qu'il peut y avoir à la revente de ces données sans tenir compte du fait que ce sont bien des données personnelles de santé.

C'est donc le panorama général sur lequel s'inscrit la réflexion du Conseil national. Nous développerons ce propos qui sera aujourd'hui nécessairement limité sous la forme d'un livre blanc qui sera publié après adoption par le Conseil national en fin d'année. Tous ces aspects pourront être développés et nous nous ferons un très grand plaisir de vous le communiquer pour recevoir vos observations et vos critiques. Une fois qu'il aura été adopté par le Conseil national, ce ne sera pas gravé dans le marbre étant donné d'ailleurs que les technologies évoluent très vite.

Nous avons répondu à la Commission européenne qui a publié un livre vert sur la santé mobile, ses applications et ses objets connectés, orienté très business parce qu'il existe un marché de la e-santé que l'on peut chiffrer en milliard. Un certain nombre d'économistes disent que cela va encore aller croissant. Nous avons fait observer en ce qui concerne notre mission ordinaire à la Commission européenne 8 points de vigilance (recommandations) :

1. La nécessité de la protection des données recueillies, par une législation européenne qui s'impose non seulement aux États membres de l'Union mais qui soit également susceptible d'influencer celles des prestataires des états extracommunautaires.
2. La sécurité informatique qui concerne ces données dans les systèmes d'exploitation.
3. L'impératif de mettre l'exploitation des gros volumes des données collectées et les croisements des données de sources diverses sous le droit fondamental de la protection des données personnelles de santé tel qu'il sera issu du Règlement européen en cours de révision.
4. L'absolue nécessité de prévoir un cadre juridique européen sur les applis et objets connectés, en marge de la Directive 2001/83/CE relative aux dispositifs médicaux, en cours de révision. Si les applis et objets connectés n'entreront pas tous directement dans le strict champ d'application de la Directive telle qu'elle est aujourd'hui, il est néanmoins indispensable de prévoir leurs statuts dans le cadre du droit européen. À cet égard, le Conseil national de l'Ordre des médecins juge indispensable que le droit précise les restrictions qui pourraient s'appliquer sur la vente des applis ou des objets connectés concernant le mode de vie et le bien être des personnes en fonction des risques qui pourraient être identifiés pour la sécurité et la santé des personnes.
5. La nécessité d'imposer aux éditeurs, fournisseurs et responsables de plates-formes l'obligation de délivrer une information immédiatement accessible aux profanes, claire et loyale :



- sur la fiabilité technique de l'appli ou de l'objet connecté en ce qui concerne le paramètre qu'il enregistre et transmet comme dans la réponse qu'il recueille après traitement de la donnée transmise ;
- sur la sécurité mise en œuvre afin d'interdire l'accès à la donnée, lorsque celle-ci comporte un risque d'identification nominale, pour toute personne non habilitée par l'utilisateur de l'appli ou de l'objet connecté ;

6. Le besoin de mieux établir la contribution possible des dispositifs de santé mobile à la définition des politiques de santé publique des États membres justifie un débat public préalable, au nom des principes de transparence, de démocratie sanitaire et d'équité dans l'accès aux soins, à la prévention, à l'accompagnement, à l'éducation thérapeutique. Ces usages des dispositifs de santé mobile posent des interrogations vis-à-vis de la gestion des risques par les assureurs et/ou l'État. Le citoyen doit avoir la garantie que les données ainsi collectées ne produiront pas de discrimination ni envers lui, ni envers un groupe populationnel auquel il serait identifié.

7. Les réflexions en cours de la Commission sur la télémédecine en Europe devront intégrer la manière selon laquelle, et à quelles conditions, les applis et objets connectés pourraient s'associer à la pratique de la télémédecine³, en restant juridiquement distincts. Selon le CNOM, la télémédecine demande une réglementation européenne spécifique afin de la distinguer juridiquement de la prestation électronique⁴ et de la Directive 2000/31/CE sur le commerce en ligne.

8. Dès lors que l'évaluation des applis et objets connectés aurait reconnu scientifiquement leurs bénéfices sur la santé individuelle et/ou collective, il serait licite que les politiques publiques des États membres en intègrent la prise en charge sociale, sous l'expresse réserve que cette prise en charge ne permette pas l'accès du financeur à la donnée traitée dans la base de recueil des informations permettant l'identification directe de la personne. La logique de l'open data des données - à laquelle le Conseil national de l'Ordre des médecins souscrit et apporte son concours en France - suppose que les données soient rendues anonymes et non réidentifiables.

Nous allons donc nous attacher à développer, notamment dans notre livre blanc, l'ensemble de ces éléments. Nous voulons donc que les applications et objets connectés deviennent des outils complémentaires à la prise en charge des patients dans une relation interpersonnelle qui doit rester le socle de la relation de soins.

Nous souhaitons conclure cette contribution par deux aspects complémentaires :

1. Le potentiel de recherche, lié aux objets et applications, envisagé par la Commission, avec la réalisation d'une grande base de données, ne doit pas conduire au nom de bénéfices économiques, de recherche en santé et de gestion des systèmes de santé, à l'affaiblissement des standards éthiques applicables. À cet égard, l'AMM pourrait se préoccuper de ces standards éthiques applicables. L'information et le consentement éclairé du citoyen sont des prérequis absolus. Quand le citoyen acquiert une application ou un objet, sait-il à quoi s'engage-t-il vraiment ? Le simple achat en ligne ne saurait donc suffire pour attester du consentement sans que, avant tout achat et toute utilisation, le citoyen ait été informé. À ce titre des campagnes grand public d'information, menées par les autorités publiques indépendantes tel le groupe de travail « article 29 » sur la protection des données, donneraient des garanties supplémentaires que la simple lecture des conditions générales d'utilisation.

2. Nous attirons également l'attention sur l'impact psychologique et de dépendance que l'encouragement à l'usage immodéré des applis et objets connectés peut conduire. Alors la personne plus que libérée se trouverait devenue dépendante de l'appli ou de l'objet, de son propre mouvement à partir de campagnes de publicité des sociétés qui les commercialisent. Cela représente un argument supplémentaire, prendre en compte cette dimension dans le processus de labellisation ou de certification ci-dessus demandé.

Le livre blanc sera soumis à l'approbation du Conseil national, il me reste donc encore la tâche de convaincre mes 52 collègues. Néanmoins, j'essaierai de le faire comme j'ai essayé de le faire aujourd'hui pour attirer votre attention sur le fait que c'est inéluctable et qu'il ne sert à rien de construire des digues contre ce fleuve parce qu'il les engloutira très rapidement et il vaut mieux être dans le cours du fleuve plutôt que de rester sur la berge.

Je vous remercie.

(Applaudissements.)

M. ROMESTAING

Merci de ces propos très éclairés et documentés qui montrent l'attention portée par le Conseil national qui a sensibilisé le Conseil des Ordres européens et relayé cela auprès des instances européennes.



Cela démontre que, même en changeant de sujet par rapport au premier point de l'ordre du jour, nous pouvons aussi voir se constituer des risques pour l'individu sur lesquels le Conseil national et vos Ordres respectifs porteront leur regard.

M. OGANDA

Je remercie M. LUCAS parce si je suis venu en tant que Past-Président de la CFOM et médecin, je suis aussi venu en tant que membre permanent de la Commission nationale chargée de la protection des données personnelles. C'est donc tout l'intérêt que je porte aux données. Au Gabon, nous avons déjà des lois et une autorité, cela commence. Ayant en charge ce problème des données, cet exposé revêtait un caractère particulier pour moi. J'aimerais avoir le support que vous avez utilisé afin que je puisse en faire la restitution à la Commission chargée des données et l'apporter aux confrères concernés par ces données médicales. Cet exposé sur les objets connectés est un peu large et j'ai apprécié votre conclusion, c'est effectivement un fleuve. Nous avons été invités comme pays observateur dans l'application des directives dont vous parlez qui ne prennent pas corps parce que tout le monde ne saisit pas encore l'importance de la protection des données *a fortiori* les données médicales. En Afrique, nous aurons de plus en plus intérêt à utiliser la télémédecine. C'est bien encadré ici, mais tant qu'une loi ne l'encadre pas chez nous ce n'est pas un fleuve, mais un tsunami. Tout ce qui a été évoqué représente effectivement des dangers potentiels et les données personnelles constituent actuellement un gros marché. Toutes les plates-formes numériques auxquelles vous avez fait référence sont en train de prendre tellement de place que nous avons intérêt à nous intéresser aux données médicales qui ont un caractère plus particulier avec le secret médical. Nous risquons d'être vite dépassés. Tous nos ordres doivent s'y intéresser.

Dr LUCAS

Je souscris à vos propos et je pourrais vous donner toute la documentation ainsi que toutes les communications qui creusent un peu le sujet. Je veux souligner un autre aspect, aujourd'hui les personnes se mettent nues sur internet, sur Facebook, Twitter et les réseaux sociaux. Ce sont parfois les mêmes personnes qui mettent ces données personnelles sur ces réseaux non protégés qui hurlent au loup lorsqu'une donnée vue par un médecin va être divulguée dans l'espace public. Il y a donc un paradoxe dans nos sociétés sur lequel il faut aussi être vigilant.

Dr ALAOUI

Comme d'habitude M. LUCAS a la pédagogie et la hauteur de vue pour aborder des problèmes très complexes en les simplifiant. C'est une chose de parler des données personnelles individuelles, mais parlez-vous aussi de la marchandisation des dispositifs médicaux et de leur utilisation ? Vous avez cité des exemples, mais c'est un autre monde, on s'attaque à toute l'économie mondiale qui a une puissance de frappe à laquelle personne n'a la capacité de s'opposer. Les États sont démunis, ce qui ne nous empêche pas d'aborder ces problèmes, de poser des questions parce qu'il s'agit d'éthique, etc.

J'ai apprécié que vous classiez ces pays en trois catégories parce que pour les pays émergents, par exemple pour Rabat et Casablanca qui représentent toutes deux 1 200 000 habitants, nous avons 5 petscans fonctionnels. Je ne parle pas des accélérateurs au nombre maintenant de 42 pour 33 millions d'habitants. Cela nous dépasse et il est nécessaire que nous puissions avoir une approche plus serrée pour aborder les choses de façon afin que nous puissions être entendus. Il y a très certainement une façon de poser le problème, il doit y avoir une introduction large comme celle-là, mais il faut commencer à cibler pour nous attaquer à l'utilisation de ces produits en particulier. La population est admirative de ce genre de chose, ils viennent même nous parler de la nouvelle invention affichée sur toutes les télévisions du monde. Il nous appartient de délimiter les choses afin que notre position soit écoutée. Il faut même mettre dans la boucle ceux qui produisent cette information et dispositifs médicaux parce qu'aucun État ou citoyen n'est en mesure de supporter les coûts que ceci engendre. Votre travail avec les collègues de l'Europe serait un excellent travail de simplification. C'est l'humanité qui est en question. Quelles sont les retombées sanitaires ? Sont-elles positives ? Avons-nous allongé la vie des personnes ? Nous vous remercions de vous attaquer à cette question et d'essayer d'élargir cette question à l'Europe.

Dr LUCAS

Je partage totalement votre analyse. Mon propos ici se voulait un peu généraliste en introduction. Je retiens que nous avons besoin de convaincre nos confrères, ce n'est pas en récitant un code que nous bougeons les lignes, c'est en implémentant le code dans les systèmes d'information. Nous devons donc



avoir des relations, que nous avons prises ici avec les industriels du monde de la santé, les sociétés académiques et les usagers parce que c'est finalement de la société civile qu'il s'agit. Nous demandons même un débat public de ce que l'on appelle la société civile avant que les parlementaires ne légifèrent. Nous voyons bien que les aspects économiques réels que cela induit ne peuvent pas être négligés puisque les ressources des États ne sont pas incommensurables. Le choix pose aussi des interrogations éthiques et vous avez raison de dire que nous n'avons que le ministère de la parole. Néanmoins, nous, nous avons aussi écrit à la Commission que le modèle permettrait aux utilisateurs finaux – malades ou non – d'avoir confiance dans le monde numérique et ainsi en favoriser le développement durable au bénéfice de tous, usagers, professionnels, informaticiens et entrepreneur sur des bases éthiques consolidées. Est paru en France, *L'Homme numérique*, on entre dans la société on sort de l'homme oral ou écrit. Nous entrons dans l'humanité numérique et il y a des humanités numériques. La CNIL elle-même a publié un bel ouvrage assez drôle *Le corps : cet objet connecté* puisqu'à l'horizon 2020 on pense que tout citoyen européen utilisera au moins 8 applications ou objets connectés.

Dr KERZMANN, Vice-président du Conseil national de l'Ordre de Belgique en charge des Affaires internationales

Je m'intéresse particulièrement à ce sujet et je voudrais faire quelques remarques sur ce qui vient d'être échangé. Tout d'abord un mot : l'utilisation. Nous ne pouvons pas nous attaquer au monde entier et nous ne pouvons d'autant moins le faire que pour le monde entier – et dans le monde entier, il y a le patient – ces applications numériques représentent leur vie. Parmi ces patients dans ce monde, il y a des médecins et il y a des jeunes médecins. Si nous ne pouvons pas nous attaquer au monde entier, nous pouvons au moins nous attaquer à ceux qui sont comme nous, les médecins, qui ont une déontologie et qui doivent avoir une éthique. C'est tout de même moins que 4 ou 5 milliards d'individus.

Nous devons donc pouvoir dans tous les Ordres, faire passer le message que l'utilisation qui peut être faite de ces applications doit être sérieusement encadrée. Nous avons eu à Bruxelles la semaine une réunion sur le sujet de la télémédecine et toutes les applications et la déontologie qui doit être appliquée. Concernant les objets connectés, j'ai appris que des compagnies d'assurance souhaitaient mettre en complément de leur police d'assurance des bracelets où l'on pourrait enregistrer les pulsations, l'électrocardiogramme, etc. Nous pouvons donc nous demander quelle est en la finalité ? Nous avons parlé d'allonger la vie, mais sera-t-elle encore assurable avec l'utilisation de moyens comme ceux-là ? Je me réjouis d'être à Rome dans 6 semaines pour en débattre à nouveau au plan européen. La santé sera un des sujets fondamentaux.

Dr ROMESTAING

L'ordre du jour étant encore chargé et restant peut de temps, en accord de MM. SANDJON et DEAU nous supprimons le point de l'ordre du jour concernant les valeurs éthiques pour retenir le troisième point sur l'indépendance des médecins dans les conflits armés pour ces derniers échanges et pour lequel certains d'entre vous souhaitaient intervenir.

3e partie des débats : Indépendance des médecins dans les conflits armés vis-à-vis des autorités militaires, administratives ou des insurgés.

Intervenant :

- **Dr Xavier DEAU, Président de l'Association médicale mondiale, Président de la Délégation aux affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins français, Secrétaire général de la CFOM.**

Dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », le CICR a entrepris de consulter l'Association médicale mondiale (AMM), le Comité international de médecine militaire (CIMM), le Conseil international des infirmières (CII) et la Fédération internationale pharmaceutique (FIP) pour obtenir de ces organisations qu'elles s'entendent sur un dénominateur commun pour ce qui est des principes déontologiques applicables aux professionnels de la santé en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence. Le présent document, qui est le résultat de ces consultations, est applicable sans Les organisations de soins de santé civiles et militaires, dont le souci commun est de vouloir améliorer la sécurité de leur personnel de santé et des infrastructures sanitaires, et fournir des soins de santé efficaces et impartiaux pendant les conflits armés et autres situations d'urgence,



- se référant au principe d'humanité, en vertu duquel le personnel de santé s'efforce de prévenir et d'alléger les souffrances humaines en toutes circonstances, et au principe d'impartialité, selon lequel les soins de santé doivent être prodigués sans aucune discrimination,
- ayant à l'esprit les normes du droit international humanitaire, en particulier les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977, et celles du droit international des droits de l'homme, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966),
- considérant les principes éthiques et codes de déontologie adoptés par les associations professionnelles du secteur de la santé, notamment les Règles de l'Association médicale mondiale en temps de conflit armé et dans d'autres situations de violence,

approuvent les principes éthiques suivants relatifs à la fourniture de soins de santé :

PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Les principes éthiques applicables à la fourniture de soins de santé en temps de paix ne changent pas et continuent de s'appliquer en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence.
2. Le personnel de santé doit, en toutes circonstances, agir conformément au droit international et au droit national pertinents, aux principes éthiques relatifs à la fourniture de soins de santé et selon sa propre conscience. En s'attachant à prodiguer les meilleurs soins possibles, il doit veiller à utiliser les ressources disponibles de façon équitable.
3. La mission première du personnel de santé est de préserver la santé physique et mentale des personnes et d'alléger leurs souffrances. Il doit prodiguer les soins nécessaires avec humanité, en respectant la dignité des personnes concernées et sans discrimination aucune, en temps de paix comme en période de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence.
4. Les privilèges et facilités accordés au personnel de santé en période de conflit armé et dans d'autres situations d'urgence ne doivent jamais être utilisés à d'autres fins que celle de répondre aux besoins sanitaires.
5. Quels que soient les arguments invoqués, le personnel de santé ne doit jamais accepter d'actes de torture ni aucune autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants, quelles que soient les circonstances, et même pendant un conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence. Il ne doit jamais assister ni participer à de tels actes.

RELATIONS ENTRE LE PERSONNEL DE SANTÉ ET LES PATIENTS

6. Le personnel de santé agit dans l'intérêt supérieur de ses patients et, dans la mesure du possible, avec leur accord explicite. Si, dans l'exercice de ses fonctions, un membre du personnel de santé se trouve confronté à un conflit de loyauté, son obligation première, au regard de la déontologie, est celle envers le patient.
7. En période de conflit armé ou dans d'autres situations d'urgence, le personnel de santé est tenu de prodiguer les soins requis dans les meilleurs délais et au mieux de ses capacités. Aucune distinction n'est opérée entre les patients, si ce n'est celle commandée par les décisions liées à leurs besoins médicaux et aux ressources disponibles.
8. Le personnel de santé doit respecter le droit du patient à la confidentialité. La divulgation d'informations confidentielles n'est éthique que lorsque le patient y consent ou lorsqu'il existe une menace réelle et imminente pour le patient ou d'autres personnes.
9. Le personnel de santé s'efforce de garantir le respect de la vie privée des personnes blessées, malades ou décédées, notamment en veillant à ce que les soins de santé aux blessés et aux malades, tant civils que militaires, ne soient pas utilisés à des fins politiques ou de publicité.

PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTÉ

10. Le personnel de santé, les structures et moyens de transport sanitaires, qu'ils soient militaires ou civils, doivent être respectés par tous. Le personnel de santé est protégé dans l'exercice de ses fonctions et doit pouvoir faire son travail dans les meilleures conditions de sécurité possibles.
11. L'accès en toute sécurité du personnel de santé aux patients ainsi qu'aux structures et aux équipements sanitaires ne doit pas être indûment entravé, tout comme l'accès des patients aux structures sanitaires et au personnel de santé.
12. Dans l'exercice de ses fonctions et lorsqu'il y est légalement autorisé, le personnel de santé se distingue par le port d'un des emblèmes internationalement reconnus, comme la croix rouge, le croissant



rouge ou le cristal rouge, qui sont la manifestation visible de la protection que lui confère le droit international applicable.

13. Le personnel de santé ne peut en aucun cas être sanctionné pour avoir exercé ses fonctions conformément aux normes juridiques et éthiques.

En conclusion, en approuvant les présents principes éthiques relatifs à la fourniture de soins de santé, les organisations signataires s'engagent à les promouvoir et les mettre en œuvre dans toute la mesure du possible, notamment en assurant leur diffusion auprès de leurs membres.

Cette journée à Douala sur l'indépendance avec Bruce CHAUVIN était un germe qui a continué de grandir et la réunion que j'ai animée en Bruxelles fin 2013 début 2014 et les réunions suivantes à Genève ont abouti à ce communiqué.

Il s'agit bien sûr toujours de bonnes intentions, mais il est important de les rappeler. M. CHAABOUNI m'avait interpellé pendant la guerre de Gaza. J'étais effectivement tous les jours en relation avec Israël qui essayait de justifier ce conflit. Le médecin n'a pas à essayer de le justifier, il doit rester dans la neutralité la plus stricte et une impartialité la plus totale et ne pas à prendre parti. Nous savons très bien que des exactions ont été commises des deux côtés.

Nous sommes un peu les garants de cette indépendance et de cette impartialité quel que soient les motifs des conflits parce qu'ils ont tous quel que par raison et tort. Nous avons assez parlé du secret professionnel et des données personnelles, mais je pense que chacun vis-à-vis du conflit vécu durant cette année 2014 a sans doute un témoignage à communiquer. Nous avons eu des discussions un peu animées à Casablanca, mais c'est un souci que l'Union des Ordres des médecins maghrébins a aussi de confirmer la stricte nécessité de cette indépendance.

M. SANDJON

Nous pouvons avoir nos convictions en tant que citoyens ou ressortissants d'un village, mais le parti-pris ne doit pas transparaître dans l'exercice de nos fonctions. Cela donnerait lieu à des dérives difficiles à gérer. Je suis donc tout à fait d'accord pour éviter de prendre parti et ne pas être qualifié de partisan ou de combattant.

M. ALAOU

Cela résume bien la situation. Il y a une exigence de nous élever par rapport aux situations même si certaines choses nous touchent certainement plus profondément que d'autres. Nous devons absolument l'enseigner aux jeunes étudiants en médecine. C'est pourquoi je voudrais que la conclusion que nous ressortirons puisse être envoyée aux facultés de médecine pour que ce soit intégré dans les enseignements. Cela peut aller plus loin, nous commençons déjà à faire de la ségrégation dans notre quotidien lorsqu'il est question de celui qui est bien soutenu ou pas, celui qui présente bien ou pas bien. Nous sommes tous des médecins praticiens et nous vivons cette situation au quotidien, nous devons nous battre contre nous-mêmes pour nous élever contre cette différenciation, ségrégation ou exclusion. Cela peut aussi être lié à ce que nous croyons être la légitimité d'une position. Or, notre honneur, notre responsabilité et notre mission est de maintenir la vie, d'apporter le soutien médical à quelqu'un. Nous devons, en tant que responsables de Conseils de l'Ordre, continuer à mettre cette position en avant. Même si c'est idéalement impossible, c'est notre mission. Je pense que si nous ne faisons pas attention et ne l'incluons pas dans la formation initiale, continue, etc., nous risquons d'avoir des médecins qui, dans la pratique quotidienne, ne feront pas du tout référence à cette position. Il y a là un problème de fond lié à la formation et à la pratique au quotidien. C'est notre sacerdoce, c'est difficile et excessivement exigeant, mais il vaut mieux que la voix des Ordres, dans l'éthique et le fondement, puisse continuer à se faire entendre sinon la mission médicale en elle-même serait amputée d'un élément fondamental.

M. MBUTUKU

Je vous remercie pour la clarté de cet exposé. Je citerai deux exemples que nous vivons en République démocratique du Congo. Aujourd'hui, la rébellion pour humilier les soldats ou la famille commet des actes inimaginables, par exemple on tire sur les sexes des femmes et on défend aux familles d'amener ces femmes à l'hôpital. Un médecin gynécologue s'est insurgé et l'Ordre des médecins l'a soutenu dans ses efforts. C'était la même chose les militaires, par exemple, un militaire qui a reçu une balle est venu réveiller le médecin la nuit et l'a obligé à le soigner et le guérir immédiatement en lui pointant l'arme sur la nuque et lui tirer dessus s'il n'y parvient pas. Ce sont des cas difficiles. Il est difficile pour le médecin de travailler dans ce genre de situation et nous devons absolument promouvoir la déontologie. Malheureusement, son apprentissage face à celui de la science à l'université n'est pas équilibré. Le cours de déontologie médicale chez nous par exemple ne dure que 15 heures. Or, c'est pratiquement le



comportement du médecin durant toute sa vie professionnelle. Je pense qu'une recommandation aux universités serait indispensable pour améliorer ces cours et apprendre aux jeunes que quels que soient les sentiments qu'ils peuvent avoir contre un individu, ils doivent le soigner parce que c'est la mission principale du médecin. Par ailleurs, à un moment donné en République démocratique du Congo, certains médecins travaillaient dans la sécurité. Les opposants savent que dans tel hôpital, des médecins sont dans la sécurité et que s'ils s'y rendent ils risquent d'y laisser leur peau. Comment faire pour éviter ce genre de chose ? Le médecin doit se mettre au-dessus de ces considérations. Le code de déontologie dispose qu'aussi longtemps que la réglementation de l'entreprise n'est pas en contradiction avec le code de déontologie on peut le respecter, mais si cela va à l'encontre il ne faut pas le respecter, mais entre temps vous êtes soumis à cette exigence. J'estime que nos Ordres des médecins peuvent formuler des recommandations aux universités pour que le cours de déontologie soit revu.

M. DEAU

Il serait intéressant de connaître la position de l'Ordre Madagascar qui a connu plusieurs conflits internes et où les tensions politiques y sont vives depuis plusieurs années.

M. ANDRIANASOLO, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Madagascar

Depuis deux jours, nous avons encore des problèmes à la suite du retour de l'ancien Président. Nous risquons toujours d'être confrontés à ce genre de problème, mais jusqu'à présent les médecins sont toujours restés neutres. Nous y avons veillé et nous avons même demandé aux médecins qui se présentaient aux élections de ne pas utiliser leur titre de docteur. Les médecins ne prennent pas parti. Il y a des problèmes de banditisme dans le sud de Madagascar et le médecin s'occupe de la population et des bandits sans problème.

M. VORHAUER

Je souscris à ce qui a été indiqué et en particulier sur le fait que l'enseignement de la déontologie est nettement insuffisant, reste trop théorique et souvent au début des études. Après, on oublie, on a d'autres choses à faire, des examens et des concours à presser. Ensuite, cela se fait plus que par le biais d'un compagnonnage avec les plus anciens.

Concernant les médecins, malheureusement l'histoire ancienne et même actuelle continue à montrer que les professionnels de santé, et les médecins en particulier, restent des victimes toutes désignées. Soit parce qu'elles montrent quelques réticences à prendre parti sous la pression de groupements armés qui veulent prendre leur distance et ils risquent leur vie, soit parce qu'ils épousent même une cause. Il ne faut jamais perdre de vue ces mauvais médecins qui sont heureusement peu nombreux, mais qui existent. Nous l'avons vu pendant la colonisation, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, etc. J'ai été profondément marqué par la vague de fond qui n'a pas continué au lendemain de 1945 qui avait mis en cause tous ceux qui avaient pris des positions, par exemple les médecins dans les camps de concentration ont été jugés et parfois même condamnés à mort. Nous avons aussi le sentiment qu'il fallait petit à petit individualiser au sein de la société le corps médical, même dans le cadre de conflits et que ceux qui s'attaquaient aux médecins dans l'exercice de leur fonction étaient susceptibles de condamnation beaucoup plus graves. Or, cet élan s'est malheureusement arrêté. Il ne faut pas se leurrer, le fait que les États-Unis refusent de souscrire au tribunal pénal international n'y a pas aidé. Nous pouvons le comprendre qu'ils refusent la traduction de leurs citoyens devant ce tribunal, mais nous pourrions faire un certain nombre d'exceptions, c'est-à-dire criminaliser celui qui s'attaque au corps médical, ce qui n'est pas le cas actuellement. Nous avons des actions contre des services de santé pour des nécessités de « tact militaire » et nous ne sortons finalement pas de cette affaire. Quel que soit le belligérant qui s'attaque à un service de santé, à la Croix rouge, au Croissant rouge, etc., il n'est pas soumis à une répression exemplaire. Lorsque nous aurons la possibilité de criminaliser ces actions, le problème ne sera pas résolu, mais il faut continuer à enseigner la déontologie à comprendre le médecin sous la menace d'une arme. Je suis toujours choqué de voir les médecins dans les services militaires porter une arme. On dit que c'est pour défendre leurs blessés. Ce n'est pas vrai, c'est ridicule. Dans l'armée française, le médecin militaire porte une arme de poing pour défendre ses blessés, cela n'a pas de sens. Il peut être considéré comme un belligérant à partir du moment où il porte une arme, c'est donc un danger. Ce sont des éléments qui perdurent depuis toujours dans nos sociétés. Pour conclure, nous devons rendre hommage aux professionnels de santé et, aux médecins en particulier, qui ont péri que ce soit dans une épidémie ou comme aujourd'hui dans des conflits. Quand les Américains étaient dans leur camp à Bagdad, leurs médecins militaires ont agi de façon condamnable, ils doivent donc être traduits. La seule possibilité, c'est la justice internationale et c'est un travail de longue haleine. Je crois beaucoup à la Cour pénale internationale et encore plus à la Cour de justice internationale, mais



combien de pays n'ont pas signé les accords... C'est bien sûr un travail sur plusieurs générations, ce ne sera jamais parfait, mais il faut continuer à rendre hommage à nos confrères qui perdent la vie parfois en sauvant des blessés dans des situations très difficiles.

M. DEAU

Vous abordez un sujet que nous avons tous en tête. Il domme que notre confrère du Liban ne soit plus là, car il aurait pu apporter son témoignage sur les 20 000 réfugiés présents au Liban dans un climat de violence et de guerre permanent. L'accès aux soins n'est pas préservé ou est très partial. Nous en avons un peu parlé à Casablanca, nous sommes peut-être encore au bord d'un nouveau conflit mondial. Nous parlons tous d'un état islamiste, des forces aériennes américaines et françaises. Une ville kurde est au bord de gouffre et est en train de tomber. Il y a un mois, j'ai recueilli de médecins syriens à Épinal, ils étaient complètement désemparés, désespérés et ne croyaient plus en rien. Nous nous devons de répéter cette impartialité et cette indépendance et nous nous devons aussi de les aider. J'avoue être moi-même désemparé dans ce conflit culturel, voire religieux, où nous avons beaucoup de difficultés à déterminer quelle attitude avoir.

M. VORHAUER

Il y a tout de même une lueur d'espoir. Dans un passé plus éloigné, à la chute du mur à l'effondrement de ce que l'on appelle l'empire soviétique, nous avons vu réapparaître des Conseils de l'Ordre et donc un appétit des médecins pour « consommer » de la déontologie médicale. Or, pendant toute cette période historique, sans porter de jugement de valeur, les médecins étaient contraints. Bien souvent, ils acceptaient cette contrainte, des médecins sont partis au goulag pour diverses raisons et pas nécessairement pour opinion politique, des médecins ont été exécutés. Que le système politique repose sur une base philosophique ou matérialiste ne change rien. À partir du moment où la liberté de penser est altérée, toutes les dérives sont possibles. Je pense que la mémoire historique est importante lorsque nous avons affaire à des jeunes qui ne sont pas informés de ces problèmes et qui ne les ont pas vécus. Il faut être lucide et regarder cette mémoire historique sans se voiler la face. Je suis désespéré de voir la disparité de cette notion dans les livres d'histoire en France. On parle d'histoire économique, de géographie politique, etc., on ne parle pas de l'histoire des hommes avec leur travers dont le plus grand est de faire la guerre à l'autre.

M. CHAABOUNI

À une échelle plus réduite, la Tunisie a connu des situations de tension au moment de la révolution. Même si ce n'était pas réellement une guerre, le corps médical et les établissements sanitaires étaient visés. L'Ordre a dû intervenir pour attirer l'attention des autorités en exercice pour exiger une protection réelle à la fois des établissements sanitaires et du corps médical. Nous avons obtenu, après plusieurs interventions et dénonciations, qu'il y ait un service de vigilance, c'est-à-dire que les équipes sanitaires soient gardées par des vigiles et qu'il y ait des caméras de surveillance. Nous avons obtenu la pénalisation des agressions. À la suite des protestations de l'Ordre, deux agresseurs ont été arrêtés et poursuivis en justice. La protection du système de santé est essentielle dans ce contexte pour garder cette continuité des soins. Nous étions sur le point de voir des médecins désertir les établissements sanitaires dans deux ou trois endroits où la sécurité était menacée et ces médecins ont repris leur poste lorsque nous avons fait pression pour une amélioration des conditions de surveillance. Je pense que l'Ordre a joué un rôle historique dans ce contexte. Lorsque j'ai appelé M. DEAU, des médecins tunisiens étaient partis participer aux soins et nous avons eu des témoignages d'attaques sur l'établissement sanitaire. J'avais appelé le lendemain considérant que le corps médical devait être protégé dans ce genre de situation et surtout en situation de guerre. Cette attaque était inacceptable et intolérable. Je n'en ai pas été informé par la radio ou la télévision, mais par un appel d'un médecin sur place qui a témoigné de l'agression et se sentait lui-même en danger.

M. DEAU

Vous avez très bien fait parce que je l'ai répercuté ce témoignage le jour même, c'était fondamental. J'ai eu ensuite la réponse d'Israël.

M. ALAOU

Dans le prolongement de l'intervention de M. VORHAUER, nous devons aussi et surtout criminaliser, judiciaire et exiger des États, dans un contexte législatif international, de ne pas utiliser les médecins dans des situations absolument contre l'humain. C'est indiscutable et il faut même, au préalable, que



nous impliquions le médecin et qu'il sache sa crédibilité sera le premier gage du positionnement de son gouvernement.

Concernant les militaires, ce n'est peut-être pas un exemple, mais il n'empêche qu'à l'heure actuelle dans la perception du Maroc, le médecin militaire – qui ne porte pas d'arme – peut encore ne pas appliquer une instruction qui va à l'encontre de son savoir médical. Il ne peut le faire que parce que nous avons encore une certaine crédibilité sur le plan politique. C'est fondamental. Pendant des décennies ce médecin était protégé parce qu'il a été considéré par les sommités qui disaient « *dis-moi quel est ton mal, ne me dit pas quelle est ta religion* ».

Cela amène au sujet de l'État islamiste, vous le savez tous, ce n'est pas l'islam. L'Islam par ses autorités compétentes ne reconnaît en aucune façon ces hordes qui sont en dehors de tout ce que l'Islam professe et exige dans la pratique. Malheureusement, l'information mondiale a tendance à se focaliser sur ce sujet et alimente de façon directe et indirecte leur position. Il se trouve aussi malheureusement que des États les financent. Ce sont des hordes qui n'ont ni foi ni loi et aucun référentiel. En tant que musulmans, nous ne pouvons pas accepter que l'islam soit entaché par des hordes totalement marginales. Nous nous battons intérieurement et extérieurement parce qu'ils sont en train de dire que tous ceux qui ne les suivent pas... C'est dramatique, ils tuent parce que l'on ne pense pas comme eux. Rien dans l'Islam, la religion juive, le protestantisme ou le christianisme n'accepte cette position de ne pas écouter celui qui est en face. Ils ne veulent même pas savoir ce que l'on va dire parce qu'ils sont contre. Cette affaire est en train de s'amenuiser et nous espérons vraiment que cela prendra fin parce que nous ne pouvons plus en tant que responsables humains et en même temps médecins accepter que notre acte aille à l'encontre de la nature humaine. Il est écrit dans le coran (52/32) « *Celui qui tue une âme innocente, c'est comme s'il avait tué l'humanité entière et celui qui sauve une âme, c'est comme s'il avait sauvé l'humanité entière.* », mais personne n'en parle dans la presse internationale. Il faut s'entraider, les hommes et femmes de bonne volonté doivent converger vers une compréhension beaucoup plus humaine, beaucoup plus large afin que nous puissions vivre ensemble chacun dans son domaine, mais dans le respect mutuel. J'espère que ce mouvement sera éradiqué et que leur dessin ne sera jamais atteint. Certes, nous déplorons des pertes, mais nous en débattons entre nous. Nous savons que ce type de positions existe. Même notre parti islamique n'a jamais pris position pour ce genre de chose en tant que médecin d'abord ni ensuite en tant qu'humain.

M. DEAU

Merci pour ces propos qui nous rassurent beaucoup et je souhaiterais qu'effectivement le même type de propos puisse être repris par plusieurs autorités du Maroc, de la Tunisie, de l'Algérie et tous les pays. En France, l'Islam s'est prononcé tout comme en Angleterre et c'est important de l'entendre.

M. ALAOU

Le roi Hassan II avait déjà pris position dans les années 1980 et son fils le fait aussi, il est le premier à avoir envoyé tout un hôpital pour recueillir les syriens, y compris ceux qui étaient dans l'opposition et tuaient les autres. Ils sont restés là-bas plus d'un an et ont traité toutes les personnes. Nous avons la malchance de ne pas faire connaître ce qui se passe. Cet État islamique nous a ciblés comme le prochain État à détruire parce que nous avons la position de ce que nous appelons l'islam moderne.

M. VORHAUER

Il ne faut jamais perdre de vue que les premières victimes sont les musulmans.

M. CHAABOUNI

Pour conclure, une certaine d'intellectuels musulmans à travers le monde et les pays musulmans ont récemment dénoncé ce mouvement extrémiste religieux et considèrent que cela n'a à rien à voir avec les principes fondamentaux de la religion musulmane.

M. AKA KROO

En cas de conflits armés, il faut faire attention parce qu'il y a toujours deux antagonistes. Vous avez ce que vous appelez les hordes, nous, nous avons eu ce que l'on appelle les rebelles. Un médecin a été égorgé parce qu'il était dans une ambulance étatique. Lorsque l'événement est passé, l'amnésie s'installe. Nous essayons surtout de gérer la violence postconflit et les Ordres ne doivent accepter aucune tolérance vis-à-vis de la violence et du personnel de santé, c'est à ce niveau que se situe notre combat.

QUESTIONS DIVERSES



M. SANDJON

Nous devons aujourd'hui le plaisir d'accueillir le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Madagascar qui remplace notre consœur Marie-Fidèle SAMISON. Nous tenons à vous accorder toute la place qui est la vôtre dans ce forum.

Avant de venir à Paris, je suis allé au Bénin où il y a des problèmes de gouvernance. Nous faisons partie d'un forum qui doit promouvoir la gouvernance dans nos institutions, cela fait aussi partie de l'éthique, s'il n'y a pas gouvernance vous n'êtes pas accepté.

J'ai donc rencontré le Président qui souhaiterait prendre toute sa place, il ne savait même pas que la francophonie existait alors que nous avons tout dit au Docteur SOULE. Les choses sont arrangées avec quelques difficultés, mais ils veulent participer à nos côtés, mais ce n'était pas possible à 4 jours de cette réunion. Je vous annonce donc leur arrivée prochaine.

Je déplore l'absence du Mali, il s'agit d'un mal entendu que nous allons régler parce qu'il n'est pas bon que le Mali, où cette association est née, ne soit pas parmi nous. Le Burkina-Faso et le Togo sont absents pour des raisons conjoncturelles.

Je salue la présence de la Belgique qui est toujours là. Nous aimerions tous vous voir en Afrique parce que votre présence crédibilise notre association. Je déplore l'absence de la Suisse, du Canada et d'Haïti alors qu'il était présent l'année dernière. Le Luxembourg est toujours présent. Je souhaitais tous vous remercier.

M. ALAOU

Je voudrais faire acter que c'est le nouveau Président du Conseil national de l'Ordre des médecins qui viendra au nom du Maroc à la prochaine Assemblée générale.

M. DEAU

En principe, la prochain Assemblée générale de la CFOM est prévue à Annaba en 2015.

Synthèse des débats et conclusion

M. SANDJON

Je suis très heureux que nous ayons parlé d'Ebola, sujet extrêmement important et il n'était pas concevable que des médecins se réunissent aujourd'hui sans en parler. Il s'agit d'une situation très importante dont nous ne pouvons pas imaginer la suite ni en Afrique ni en Europe compte tenu de la mondialisation. La présence du Directeur général de la Santé qui est pratiquement le plus haut niveau s'agissant de la santé en France était une très bonne chose dont nous devons nous féliciter. Nous devons saisir cette main tendue d'échange de coordonnées et en user sans abuser pour crédibiliser ce que nous devons faire dans nos pays respectifs. Je compte sur le Secrétaire général pour rédiger une recommandation du Conseil national de l'Ordre des médecins que nous pourrons faire signer et adresser à nos pays respectifs.

Je retiens qu'il serait intéressant de résumer cette réunion en tout cas pour ce qui concerne Ebola afin que nos dirigeants sachent que nous avons réfléchi et parlé de ce sujet et que nous avons arrêté des résolutions.

Pour ce qui concerne les applications numériques de la santé, à savoir la santé mobile, je ne ferai pas d'autre commentaire que de préciser que c'est l'avenir de toutes les professions, mais que nous devons l'encadrer afin de protéger le secret médical, point fondamental de notre profession. Si nos patients ont l'impression que le secret médical n'est pas sauvegardé, ils iront voir les guérisseurs pour ce qui concerne l'Afrique ou la médecine parallèle pour ce qui concerne l'Europe.

C'est la troisième fois que nous parlons de l'indépendance des médecins dans les conflits armés, nous en avons parlé il y a deux ans au Mali avec M. FOFANA. C'était une très bonne chose parce qu'il avait réussi ce que le gouvernement ne pouvait pas faire à ce moment-là. Le conflit était très violent et les combattants, pour ne pas dire les rebelles de cette région, n'acceptaient que la présence de l'Ordre national des médecins. C'était un bel exemple d'intervention d'un Ordre. C'était un peu la même chose au Cameroun et en Côte-d'Ivoire dont je vais reprendre le flyer qu'ils ont édité pour le diffuser à nos confrères. Nous ne sommes pas allés jusque-là, mais je vais m'en inspirer.



Il faut bien dire les choses, s'il y a 10 conflits dans le monde aujourd'hui, le « faux » islam est impliqué dans 8 de ces conflits. Ces bandits se cachent sous le manteau d'un arriérisme et obscurantisme incroyables pour assouvir ses dessins. Nous avons exactement la même chose au Cameroun, nous avons 1 200 km de frontières avec le Nigeria et Boko Haram qui enlève des personnes pour demander des rançons. Nous ne pouvons pas ne pas payer ces rançons parce que ce sont des religieux et il n'y a pas d'autres moyens de discuter avec eux ; nous avons tort avant même de discuter. Nous payons à chaque fois, mais malheureusement payer les rançons c'est les enrichir. Le Cameroun a placé des troupes d'élite à la frontière grâce à l'armée française et américaine. Une consœur pédiatre, épouse du Vice-Premier ministre, a été enlevée pendant 3 mois avec son enfant. Je ne l'ai pas encore rencontrée, mais nous avons apporté tout notre soutien moral. Sous le couvert de la religion, ils enlèvent 237 jeunes filles qu'ils revendent. C'est une situation catastrophique pour nous et le simple fait d'en parler montre que nous ne sommes pas d'accord et permet peut-être de faire bouger un peu les choses.

Je remercie tous les intervenants et transmettez notre satisfaction au Directeur général de la Santé de sa présence à notre assemblée. Nous lui faisons confiance. M. BOUET qui revient de l'Élysée va nous accueillir au Congrès de l'Ordre des médecins français. Je suis très heureux de participer et j'espère que nous aurons des photographies afin de les mettre sur nos sites internet pour montrer que nous réalisons des choses dans le bien de nos confrères. Il ne faut pas avoir de fausse modestie.

Je conclurai en disant, Monsieur le Président de l'AMM, je vous félicite. Nous comptons beaucoup sur vous. Vous n'hésitez jamais à aider la francophonie à s'inscrire dans les forums et c'est très important.

M. DEAU

Nous avons effectivement fêté la semaine dernière l'arrivée de 4 nouveaux pays africains au sein de l'AMM. Je félicite les Présidents AKA KROO et CHAABOUNI qui sont des participants efficaces et constants. Cependant, nous souhaiterions que d'autres pays africains francophones suivent. Ce n'est pas une question d'argent puisque cela dépend du nombre de cotisants déclarés. La semaine dernière, nous avons quasiment eu une journée entière de débat sur Ebola avec des témoignages de tous les pays.

Le site de l'AMM comporte beaucoup d'éléments de réflexion, sachez que nous sommes pris à partie par tous les pays. Je dois aller au congrès d'éthique de l'islam à Amman, je dois aller en Israël, à Taïwan d'ici la fin de l'année pour les nouvelles technologies, en Norvège pour la Déclaration d'Helsinki, à Melbourne pour le G20. Les activités ne manquent donc pas et il est fondamental que l'ensemble des pays africains puisse participer. Nous avons aussi l'*African project* avec Margaret MUNGHERERA. Les problèmes de l'Afrique sont très différents du Maghreb de la Centre Afrique de l'Afrique francophone ou l'Afrique anglophone, mais il est indispensable qu'il y ait une cohérence ou cohésion de réflexion et le lieu même de l'AMM est sans aucun doute le lieu de prédilection pour cette réflexion.

M. ALAOU

Je souhaiterais que la CFOM, qui est fière que notre Secrétaire général ait été élu Président de l'AMM, le remercie de nous représenter dignement et de lui fasse une plaquette sur nos sites web.
(*Applaudissements.*)

M. DEAU

J'ai parlé de la CFOM dans mon discours inaugural, c'était une évidence.

M. ALAOU

Nous en sommes fiers et heureux.

M. ROMESTAING

Au nom du Conseil national, je voudrais vous remercier d'avoir trouvé le temps de venir à Paris pour participer à cette réunion plus que passionnante. C'est la première fois que j'ai l'honneur de participer à vos échanges d'une richesse incroyable. Je vous remercie pour ces témoignages poignants et de votre implication dans des domaines très variés et parfois très sensibles. Au cours de ces trois thèmes que nous avons parcourus ensemble, nous nous rendons compte que tout bouge et rien ne bouge. Tout bouge parce que la notion d'épidémie existe depuis la nuit des temps, mais nous sommes là devant révolution liée à la rapidité des échanges et des déplacements des populations. Mais finalement rien ne bouge.



Les Conseils de l'Ordre mettront en place une déclinaison pratique de cette rencontre entre vous, représentants de tous ces pays, et la Direction générale française. Concernant la santé mobile, nous sommes sur des nouvelles technologiques et là encore l'Ordre doit être présent dans le respect de la confidentialité et l'attention portée par une population à ces nouvelles techniques, et ses risques, mais qui en est très friande. Enfin, sujet hautement sensible, l'indépendance des professionnels de santé, est un sujet très fort et les Ordres ont plus que jamais toute leur place.

En tant que représentant du Président du Conseil national, j'ai senti en vous écoutant les uns et les autres combien vous aviez à cœur ce rôle essentiel de l'Ordre auprès des populations, auprès des professionnels et auprès des médecins que les Ordres doivent épauler dans les situations difficiles. Nous partageons votre analyse et les Ordres plus que jamais doivent être sur le terrain et vous en avez tous fait la démonstration ce soir.

Je vous remercie au nom du Conseil national de l'Ordre des médecins.

La séance est levée à 19 heures 20.