

Echanges professionnels sécurisés : Pourquoi et comment l'Ordre passe à l'action ?

Table ronde organisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
(MEDEC le 11 Mars 2009)



Animée par **Dominique LEHALLE**, journaliste spécialisée :

- **Michel GAGNEUX**, Président du GIP-DMP et de la Mission de préfiguration de l'Agence des Systèmes d'Information partagée en santé (ASIP).
- **Docteur Jacques LUCAS**, Vice-président du CNOM, chargé des systèmes d'information en santé
- **Isabelle ADENOT**, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.
- **René MAZARS**, administrateur du CISS
- **Sophie VULLIET-TAVERNIER**, Directrice des affaires juridiques de la CNIL
- **Marthe WEHRUNG**, Directrice du GIP-CPS

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Bonjour, nous allons reprendre nos débats. Si vous étiez avec nous tout à l'heure, vous avez déjà entendu quelques orateurs que nous retrouvons à présent. Nous sommes réunis par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, et avec la motivation de l'Ordre des Médecins d'avancer et de passer à l'action, comme le veut l'intitulé de cette conférence : « échanges professionnels sécurisés, pourquoi et comment l'ordre passe à l'action ? » Nous débattons des conditions organisationnelles et techniques qui doivent présider aux échanges, des manières de mesurer comment apprécier la confidentialité des informations, la confiance du patient, etc. Ces mesures sont promises à un développement rapide au cours des prochaines années.

Le Docteur Jacques Lucas est le Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins. C'est essentiellement sous son impulsion qu'ont été rédigés, sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Livre blanc sur l'informatisation de la santé, et le Livre blanc de la télémédecine. Docteur, quels points appellent-ils une réponse rapide ?

Docteur Jacques LUCAS, Vice-président du CNOM

Je tâcherai de répondre au « pourquoi » de manière diffuse dans l'introduction et la conclusion, le « comment » relevant d'un autre moment, je vous dirai pourquoi.

Depuis la publication de notre livre blanc, nous arrivons fort heureusement à la préfiguration de l'ASIP, que Michel Gagneux, Président du GIP-DMP, présidera avec avantage, et Jean-Yves Robin, Directeur du GIP-DMP, dirigera. Nous sommes obligés de tenir compte de cet élément structurant dont nous nous réjouissons, même s'il peut impacter la manière dont nous allons continuer de travailler. Pourquoi l'Ordre des Médecins passe-t-il à l'action ?

Tout le monde connaît la « saga du DMP » et les critiques sévères formulés par l'IGAS, l'IGF, le CGTI et la Cour des comptes. L'Office Parlementaire des Technologies Nouvelles envisage lui aussi, nous a-t-il été dit lors de la table ronde précédente, de se saisir de la question.

En fait aujourd'hui, nous devons nous placer dans une vision de prospective et pas de rétrospective, en tirant les enseignements utiles du passé. Une annonce ministérielle officielle dans les prochains jours doit situer le cadre stabilisé de la relance du DMP. Il faut d'ailleurs relever que les solides critiques formulées par les corps de contrôle de l'Etat ne remettent nullement en cause l'utilité de l'informatisation des dossiers des patients, partageables entre professionnels de santé avec l'accord du patient. Par ailleurs, le CISS confirme qu'il n'a jamais été opposé à la mise en place d'un dossier médical partagé, sous réserve que le partage de son dossier soit accepté par le patient.

Les critiques des grands corps de contrôle de l'état ne portaient finalement que sur les politiques publiques menées en la matière. Ces critiques viennent d'ailleurs s'insérer dans le cadre de la RGPP, en vue d'accroître son efficacité. Par ailleurs, la crise économique accélérera nécessairement la recherche d'une plus grande efficacité.

Quelle que soit la pertinence des critiques, les expérimentations sur le sujet ont permis de prendre conscience de sa complexité et de la nécessité d'une gouvernance nationale forte afin d'éviter une dispersion liée à une éventuelle babélisation régionale. Ce domaine complexe doit être abordé par étapes, avec une relance fondée sur des objectifs réalistes, pragmatiques, correspondant aux besoins, aux usages, afin que les professionnels de santé comme les patients en aient une vision claire et précise.

Enfin, il faut que la dimension régionale, cohérente avec la réalité territoriale, s'effectue dans le cadre de la gouvernance nationale afin de favoriser l'interopérabilité des systèmes appelés à communiquer entre eux.

Après ce propos introductif général un peu solennel, je souhaiterais rappeler que nous avons publié deux livres blancs, le premier sur l'informatisation de la santé, l'autre sur la télémédecine. L'essor des technologies nouvelles doit s'effectuer au service des patients. C'est une évidence mais il est bon de la redire. En effet, ce n'est pas le médecin ou à l'hôpital qui est le pivot du système, c'est le patient qui est au cœur du système. Par ailleurs, le système doit intégrer mais aussi le secteur médico-social.

Je limiterai mon intervention à cinq points essentiels, qui demandent des réponses rapides. Le CNOM en a saisi officiellement la mission de préfiguration de l'ASIP, en février 2009 :

- l'identifiant national de santé doit être établi ;
- l'identification forte des professionnels de santé (l'Ordre des Médecins s'inscrit dans la convergence de la carte Ordinale et de la Carte Professionnelle de Santé comme les six ordres professionnels de la santé) ;
- le consentement explicite du patient pour que ses données personnelles de santé soient recueillies, stockées et échangées : le consentement explicite est un problème très réel, comme l'expriment les réseaux de cancérologie ;
- la sécurité dans l'hébergement de ces données, par leur cryptage, lorsqu'elles circulent ;
- la problématique de l'hébergement des données, des textes réglementaires importants étant attendus sur ce sujet.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est engagé de manière résolue dans cette voie. Pourquoi l'a-t-il fait ?

Les professionnels de santé sont habitués à échanger sous des formats papier. La dématérialisation des échanges peut apporter de la qualité aux échanges s'ils sont structurés afin de dégager du temps médical, qui doit être séparé des activités d'écriture. Surtout, les échanges ville/hôpital, secteur ambulatoire/hospitalisation ne sont pas satisfaisants. La dématérialisation pourrait améliorer la qualité de la relation ville/hôpital, et donc la qualité dans la coordination des soins.

Nous avons clairement exposé l'idée que le développement de messageries sécurisées devait être mieux assuré, c'est-à-dire par le biais de messageries professionnelles dont le développement soit significatif pour les 220 000 médecins, mais aussi pour les infirmières, les sages femmes et les autres professionnels de santé, puisque tous concourent aux prises en charge des patients dans leurs domaines de compétences.

Je pense avoir traduit la volonté d'implication soutenue du Conseil National de l'Ordre des Médecins. J'anticipe une éventuelle critique sur la légitimité de l'intervention de l'Ordre des Médecins sur cette question. Nous devons faire en sorte que la déontologie soit opérante dans la vie réelle, et non dans la vie rêvée, en particulier sur le terrain et dans les territoires. Nous pensons entrer dans la réalité, là où se vit la déontologie, plutôt que par le discours. Cela motive et justifie amplement notre légitimité dans ce domaine.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Vous avez répété que le système de santé devait fonctionner autour du patient. A tout seigneur tout honneur, René Mazars abordera les notions de consentement et d'échange.

René MAZARS, administrateur du CISS

Merci. En préambule, il me paraît important de situer l'attente des usagers dans la nouvelle organisation de la santé. Les patients requièrent une organisation optimale des soins. Le parcours de soin doit être clairement posé et identifié, de la constitution du dossier médical personnel jusqu'à la circulation des données médicales entre tous les intervenants habilités par leur carte professionnelle. Le dossier médical personnel est un outil nécessaire et indispensable à la coordination des soins. Il est un moyen de décloisonner le système en facilitant la coordination entre tous les acteurs de santé.

L'utilisation de l'informatique réduit les risques d'erreur, notamment la mauvaise lisibilité, elle permet aussi d'apporter l'expertise au plus près des patients. Le fait que des informations individuelles circulent sur un réseau informatique est une révolution qui peut modifier la relation entre le patient et le médecin. Cette situation suscite des inquiétudes sur son devenir. C'est un nouvel outil.

Dans sa phase actuelle sous format papier, le dossier médical reste enfermé dans le cabinet du médecin. La circulation du dossier s'effectue par courrier et fax. La confiance en La Poste va de soi, mais il arrive qu'un courrier ou un fax parvienne à un destinataire erroné. Demain, le dossier médical regroupera toutes les informations concernant la personne selon l'article 1111-7 du Code de la santé publique. Toute information inscrite dans le dossier médical doit donc être protégée et traçable, et l'historique du contenu des accès doit être conservé. Les informations spécifiques du dossier médical peuvent toutefois être conservées dans le lieu où elles ont été créées, pourvu qu'elles soient stockées et immédiatement accessibles en cas de besoin.

C'est ici que se pose la question importante de la sécurité et de la confidentialité des échanges entre professionnels, ainsi que de leur archivage. L'usage d'une messagerie dédiée à la circulation des données de santé mérite d'être protocolisé. Les partenaires doivent rédiger un cahier des charges complet, tenant compte du besoin, d'une organisation de soins performante, et de la protection obligatoire des données de santé personnelles. La transparence doit être la règle. La responsabilité des acteurs doit être précisée en cas de partage, et inscrite dans une charte commune du bon usage du système informatique de santé. Pour échanger ces données, la procédure doit veiller à respecter le secret

professionnel et recueillir le consentement éclairé du patient, car ces informations sont sensibles pour diverses raisons.

Beaucoup de questions restent à régler pour sécuriser ces échanges, mais il est normal que notre objectif reste toujours celui d'une meilleure qualité des soins, ainsi que d'une prise en charge optimale du patient dans un parcours de soin nettement identifié. Cependant, nous nous engageons avec confiance dans cette technologie sous réserve d'une garantie de sécurité et de confidentialité absolue dans le traitement, la circulation des données individuelles de santé, et dans le cadre d'un schéma directeur national des systèmes d'information de santé.

Les enjeux sont trop importants pour les laisser sans contrôle. Aussi, nous adhérons à la création d'un système de surveillance éthique des systèmes d'information de santé. Le risque de regroupement d'informations destinées à être exploitées commercialement ne peut pas être exclu. Pour cette raison, il nous paraît opportun d'envisager toutes les hypothèses de dévoiement du système. Nous souhaitons évidemment être membres d'un tel organisme de surveillance.

En conclusion, nous attendons d'un système informatique de santé qu'il soit un outil au service de la santé du patient et de son parcours de soin. L'enjeu de la meilleure qualité des soins est exigeant et doit être au cœur de nos efforts pour que le pacte de solidarité continue à être le moteur de notre action.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Merci pour cette déclaration. Sophie Vulliet-Tavernier, Directrice des affaires juridiques de la CNIL, évoquera les chantiers en cours, puis Michel Gagneux, Président du GIP-DMP, apportera des éclairages sur le fait que les chantiers ne sont pas seulement en cours, mais en voie de redémarrage, notamment dans le domaine de l'hébergement des données.

Sophie VULLIET-TAVERNIER, Directrice des affaires juridiques, CNIL

En préambule, je souhaiterais réagir par rapport à l'intervention précédente, notamment à l'affirmation selon laquelle le développement s'effectuait sans contrôle. J'étais étonnée que l'intervenant n'évoque pas la réglementation Informatique et Liberté, qui est devenue incontournable en matière de développement des systèmes d'information de santé. Je rappellerais que la CNIL a toujours porté une vigilance particulière au traitement des données de santé. Cette vigilance s'est accrue avec le développement d'internet. La loi Informatique et Liberté a été profondément modifiée en 2004. A présent, les données de santé sont devenues sensibles, leur traitement étant interdit, bien que des dérogations soient accordées selon des conditions rigoureuses. Une directive européenne de 1995 a insisté sur la nécessaire protection des données de santé.

La CNIL porte son attention sur trois critères :

- la proportionnalité, c'est-à-dire que nous vérifions que l'utilisation des données de santé est bien conforme aux missions de santé publique. En effet, nous avons toujours été vigilants pour
- interdire formellement toute utilisation des données de santé à des fins commerciales ;
- la confidentialité : la loi Informatique et Liberté comprend une disposition qui oblige tout responsable de fichier à prendre toutes les précautions requises afin de préserver la confidentialité des données de santé, ainsi que d'éviter la divulgation et leur déformation. Le non-respect de cette disposition est passible de sanctions pénales lourdes ;
- le droit des patients : la loi Information et Liberté impose l'information claire des personnes lorsque des données sont collectées auprès d'elles : droit d'accès, d'opposition, etc.

Vous m'avez demandé de présenter l'état des lieux des chantiers en cours. Trois problématiques se posent dans le monde de la santé. La première porte sur le

développement de la santé sur internet. La CNIL s'est prononcée sur tous les outils institutionnels, comme le dossier médical personnel. Nous avons contrôlé les

expérimentations en 2006. Notre contrôle sur place peut s'accompagner d'un pouvoir de sanction : interruption d'un traitement, sanction pécuniaire, etc. Nous nous sommes rendus sur les différents sites, les conclusions ont été rendues publiques. Ces conclusions étaient mitigées car nous avons estimé que les mesures de sécurité prévues n'étaient pas satisfaisantes. Par exemple, les procédures d'accès au DMP s'effectuaient par simple mot de passe dont les bases n'étaient pas chiffrées, contrairement à nos recommandations.

Le second outil institutionnel est le dossier pharmaceutique. Les mesures de sécurité ont été expertisées de manière approfondie ; elles sont apparues satisfaisantes. En ce qui concerne le respect des droits des patients, nous avons estimé que les modalités de recueillement des informations étaient très satisfaisantes car elles garantissaient le droit des patients.

Le troisième outil institutionnel est le web médecin qui a suscité quelques plaintes auprès de la CNIL. En ce qui concerne les modalités d'accès au web médecin, nous souhaiterions que le consentement de l'assuré soit réel, et que l'utilisation de la carte vitale soit l'expression d'un consentement libre et éclairé.

Pour la CNIL, les questions fondamentales portent sur l'identification du patient. La CNIL a eu l'occasion de prendre position sur le sujet, à l'issue d'une très large concertation qui a abouti aux conclusions suivantes : l'identifiant ne peut être le numéro de Sécurité sociale pour différentes raisons. Cette décision est notamment motivée par le fait que le numéro de Sécurité sociale a été à l'origine de la loi Informatique et liberté, dont la loi provient d'un projet du gouvernement d'interconnecter tous les fichiers liés au numéro de Sécurité sociale. Par ailleurs, il n'est pas inutile de rappeler que le numéro d'EXE a été conçu sous Vichy, en vue notamment d'identifier les personnes juives nées en Algérie. Ce numéro n'a jamais été mis en œuvre, mais ces raisons historiques expliquent la méfiance vis-à-vis de la généralisation du numéro de Sécurité sociale.

Un débat a porté sur le fait qu'il semblait légitime, à partir du moment où le fichier du médecin figurait sur le dossier de santé dans le cadre de la relation avec la Sécurité sociale, de l'utiliser comme identifiant de santé. A l'issue des auditions, notamment avec les associations de patient et la Ligue des droits de l'homme, nous avons abouti à la conclusion que le développement du DMP et du dossier médical informatisé imposait plutôt d'opter pour un identifiant spécifique, sectoriel, qui ne soit pas utilisé dans toute la sphère sociale.

Aujourd'hui, les expérimentations et la généralisation du dossier pharmaceutique ont mené à l'élaboration d'un identifiant provisoire. Aucune solution définitive n'a été retenue à ce jour. Le Ministère s'orienterait vers un identifiant provisoire. La CNIL devra expertiser ce dispositif. Nous sommes favorables à un identifiant pérenne et unique à la sphère de santé. Cependant, nous souhaitons qu'il soit déconnecté du numéro de Sécurité sociale.

En outre, un autre point problématique provient de la question de la sécurité sur internet. Nous attendons toujours l'arrêté de confidentialité. Nous avons eu l'occasion d'échanger. Le service d'expertise de la CNIL a donné des observations. Pour nous, il est impératif que la confidentialité de la sécurité soit renforcée tant dans les systèmes d'information hospitaliers que pour ceux mis en place dans les cabinets médicaux, nous ne considérons pas que la sécurité soit satisfaisante dans les systèmes informatiques de santé.

La troisième problématique de la CNIL vient de l'exercice effectif des droits des patients, notamment en matière de recueil du consentement explicite et express.

Je constate que les personnes n'exercent globalement pas leurs droits d'accès. L'un des premiers efforts nécessaires porte sur des actions de sensibilisation fortes auprès des patients pour qu'ils aient accès à leur dossier médical de façon plus transparente.

Le monde de la santé m'inquiète car il ne faut pas raisonner de manière exclusivement franco-française. Microsoft tente d'imposer son offre de dossier médical. Google n'envisage pas pour le moment d'implantation en Europe, mais il y viendra. Il faut raisonner au plan mondial. Les pays européens disposent d'un système de protection des données, contrairement aux Etats-Unis où les concepts de *privacy* sont assez différents des nôtres. A l'heure de la mondialisation des données, il ne faudrait pas se faire attaquer par des offres mondiales qui viendraient des Etats-Unis.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Merci beaucoup. Nous allons étudier la réalité des dossiers sur internet. Parmi ceux évoqués par Sophie Vulliet-Tavernier, nous allons évoquer ceux du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Nous sommes toujours tentés de présenter le dossier pharmaceutique comme le grand succès de l'informatique de santé en France.

Isabelle ADENOT, CNOP

Il faut beaucoup d'humilité pour aborder ce sujet. En 1993 est survenue une révolution, l'irruption du web, alors que l'informatique était jusqu'alors destinée à demeurer interne. Depuis cette date, toutes les informations circulent sans limite ni frontière. Cette situation est positive car il est possible d'utiliser ces systèmes de manière éthique. Les ordres professionnels doivent se rappeler que la déontologie est basée sur le respect de la personne humaine. Il faut que les principes de déontologie s'appliquent aux technologies.

Je voudrais parler du respect des droits des patients et de la sécurité des échanges. En effet, l'informatique génère des voies de doute, voire même de la suspicion chez les professionnels comme les patients. Le dossier pharmaceutique est assis sur une loi et une délibération de la CNIL. Les pharmaciens ont désormais l'obligation d'instaurer le dossier pharmaceutique dans leur officine.

Auparavant, chaque pharmacien disposait d'un dossier dans son officine sur la dispensation des médicaments. La circulation du patient entre officines multipliait les dossiers. Le but du dossier pharmaceutique consiste à réunir l'ensemble de ces données. Les pharmacies n'ont accès en circulation qu'à quatre mois de dossiers. Nous n'utilisons pas le numéro de Sécurité sociale du patient. Le pharmacien a l'obligation d'utiliser sa carte professionnelle de santé. La carte vitale sert d'accès à ce dossier pharmaceutique.

Les données de l'hébergeur parviennent en moins de trois secondes. Lorsque la dispensation est finie, les données sont détruites automatiquement de l'ordinateur du pharmacien, qui ne garde que les médicaments qu'il a dispensés.

En cas de contre-indication d'un médicament, une croix indique dans le dossier pharmaceutique que le médicament vient d'être pris dans une autre pharmacie. Or le pharmacien ne disposerait pas de ce type d'information sans le dossier pharmaceutique. Je donnerai un exemple. Il y a actuellement en France 900 000 patients sous antivitamine K, qui concerne 4 médicaments : le Sintrom, le Minisintrom, la Coumadine et le Préviscan. Ces médicaments sont une très forte source d'iatrogénie. L'évaluation a porté sur 160 pharmacies en deux mois. Nous avons recherché les patients qui consultaient au moins deux pharmacies connectées au DP, et les visites qui donnent lieu à une contre-indication. La probabilité d'en trouver était quasiment nulle, mais nous avons identifié 60 cas. Pour cette raison, nous voyons l'intérêt d'évoluer d'une informatique utilisée à une informatique utile.

A ce jour, 3 millions de personnes ont un dossier pharmaceutique. La carte recensant le déploiement du dossier pharmaceutique est mise à jour tous les mois. Elle renseigne sur le nombre de pharmacies déployées par département, le taux de croissance du système, ainsi que le nombre de patients ayant des dossiers par

département. Chaque mois, de 600 à 700 pharmacies mettent en place le système de dossier pharmaceutique. Près de 12 000 patients ouvrent chaque jour un DP. Enfin, 15 millions de consultations se sont déjà effectuées par l'intermédiaire du DP. 4 facultés de pharmacie sont équipées d'un système identique au dossier pharmaceutique.

L'objectif du dossier pharmaceutique est le respect des droits des patients. Plusieurs millions de brochures ont été distribuées aux patients pour faciliter le recueil de leur consentement. Elles ont été traduites en anglais, en arabe et en turc. L'ensemble des professionnels de santé devraient disposer de l'affichette de la CNIL dans nos officines de santé, indiquant que nous traitons des données dans nos ordinateurs. Or la plupart des pharmaciens ne respectent pas l'affichage. Pour cette raison, nous avons rappelé l'obligation d'afficher ce document.

Nous informons aussi les patients en publiant des articles dans les médias. Ensuite, le patient a un droit d'accès et de rectification de ses données. 14 % des patients manifestent le refus de création de leur dossier, les raisons de cette décision changeant radicalement en fonction des lieux. Un pharmacien qui a consenti à ouvrir un dossier peut changer d'avis, 5 480 pharmaciens ayant supprimé leur dossier pharmaceutique.

Nous avons tâché d'être très pragmatiques pour que les pharmaciens adhèrent au système. Une fois que le patient a accepté, le système se met en marche, ce qui génère un droit d'opposition du pharmacien. Le patient a également le droit de refus d'alimentation, partiel ou totale, de son ordonnance. Cette mesure a fait débat, mais elle est désormais basée sur des données concrètes. Le patient qui adhère au dossier en a généralement compris l'utilité.

Certains cas pourraient être étudiés car certains cas donnent lieu à des conflits de valeur. Par exemple, il faut se demander quelle décision il convient de prendre pour une personne mineure. Nous avons décidé qu'un jeune pouvait ouvrir seul son dossier pharmaceutique à partir de 16 ans. Nous avons demandé au CISS de mener une étude indépendante de l'ordre. Le Collectif a mené une étude pour vérifier la valeur de nos affirmations. Les conclusions ont été favorables.

Un patient peut refuser l'accès à son dossier pharmaceutique, il peut accepter ou refuser l'accès à l'historique de son dossier, tout en souhaitant ou non que celui-ci soit alimenté des médicaments en cours d'achat. Par ailleurs, tous les médicaments sont concernés, y compris ceux qui sont hors prescription. Quand on demande la carte vitale à certains patients, leur première réaction est de nous expliquer que leur médicament n'est pas remboursé par la Sécurité sociale. Il convient d'expliquer à ces personnes le changement de fonction de la carte vitale.

Nous avons envoyé un kit de formation à l'ensemble des organismes de formation pour les amener à se conformer au système des dossiers pharmaceutiques. Nous avons mis en ligne une formation sur le respect des droits des patients. Les étudiants commencent à être formés à cette question. Enfin, nous avons mis en place un centre de support, l'appel étant gratuit pour les pharmaciens, où nous répondons à toutes les questions qu'ils peuvent se poser.

En conclusion, l'Ordre des pharmaciens n'a accepté aucun compromis en matière de sécurité. Un patient a perdu son épouse. Il a écrit à l'Ordre pour lui demander de fermer le dossier pharmaceutique. Cependant, cette personne avait rendu la carte vitale de son épouse. Dans ce cas de figure, nous lui avons répondu que nous étions dans l'incapacité d'avoir accès à son dossier pharmaceutique. Nous avons été obligés de dire que le dossier serait supprimé au bout de 36 mois.

Les préparateurs en pharmacie ont été informés du dispositif. L'Ordre valide les logiciels en les faisant passer sur des plateformes de tests, et nous interdisons à un pharmacien de se brancher sur l'hébergeur en l'absence de système ADSL sécurisé. Les systèmes Wifi traditionnels ne sont pas acceptés. Cette situation est problématique dans les pharmacies qui n'ont pas accès à internet.

L'hébergeur est en attente d'agrément aux normes ISO. Le rapport sur ce point a été fourni à la CNIL. Nous avons vérifié que les règles d'habilitation soient excessivement strictes pour l'hébergeur.

Enfin, nous avons engagé une société d'audit de sécurité spécialisée dans les questions de défense, pour lui demander de briser l'accès au dossier pharmaceutique. Les tests d'intrusion et de continuité d'activité ont été menés. Cette étude s'est correctement déroulée. La continuité de l'activité est fondamentale. A l'heure actuelle, aucun pharmacien ni aucun patient ne supporteraient que le système ne soit plus accessible.

En conclusion, nous avons beaucoup progressé grâce à la CNIL, la Cour des comptes, et notre politique de gestion des risques. Il est possible d'utiliser les réseaux numériques de manière éthique. Les professionnels seront de plus en plus spécialisés, les parcours de soin plus complexes, ce qui les rendra nécessaires. L'informatique au service de notre ambition professionnelle est la source majeure de la qualité de service pour nos citoyens.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Merci Madame pour ce plaidoyer en faveur de l'informatique professionnelle, afin de la mettre au service du patient. Je note la facilité exprimée dans votre cas. Le

dossier pharmaceutique passe par l'utilisation de la carte professionnelle de santé, selon un système basé sur la confiance.

Marthe Wehrung, Directrice du GIP-CPS, vous vous employez à lever ces obstacles. Bien que le décret de confidentialité date du 15 mai 2007, l'arrêté n'est pas encore prêt. Malgré tout, la CPS progresse sur la définition de certaines orientations.

Marthe WEHRUNG, Directrice du GIP-CPS

Bonjour. Vous vous demanderez pourquoi une nouvelle conférence est organisée sur la CPS, qui existe depuis près de dix ans. La vraie nature de la CPS est méconnue ; il est donc important de communiquer sur ce sujet. En outre, cette carte évolue. La CPS un outil utilisé quotidiennement dans le monde libéral. Plus de 630 000 exemplaires de cette carte ont été distribués, dont plus de 500 000 dans le secteur libéral. Les libéraux l'utilisent quotidiennement dans l'exercice de leur activité. Cependant, la carte CPS est souvent oubliée par certains professionnels de santé qui n'ont pas conscience de la détenir. Les médecins ne devraient pas l'oublier, mais y apporter autant d'attention qu'à leur carte d'identité.

La vraie nature de la CPS est d'être une carte d'identité professionnelle électronique. Elle est distribuée avec autant de soin qu'une carte d'identité. Le circuit de distribution porte attention aux qualités professionnelles des médecins. L'Ordre des médecins intervient dans ce contrôle. Cette carte a vocation à être utilisée pour protéger l'accès aux données médicales du patient.

Son usage est rendu obligatoire par le décret de confidentialité. Très prochainement, nous serons amenés à mettre l'arrêté en circulation dans une nouvelle version qui maintient cette obligation de confidentialité.

La confidentialité est un élément essentiel de la confiance, dans le cadre du partage et des échanges de données dans les systèmes d'information de santé. La carte CPS permet d'apporter la preuve de l'identité du professionnel de santé. Elle est la base du contrôle d'accès, de la traçabilité. Elle permet aussi la signature des documents et des actes.

L'exemple du dossier pharmaceutique présenté par Isabelle Adenot est une très bonne illustration de son aptitude. Une partie des médecins utilisent ce document dans le cadre de réseaux de soin, en cancérologie, et dans certains hôpitaux pour accéder aux dossiers patients. Ce rôle de carte d'identité professionnelle électronique a encore des progrès à faire. Pour cela, nous nous efforçons de la faire évoluer.

Une évolution est en cours d'un point de vue technologique. Nous avons choisi l'entreprise qui réalisera la future carte. Les premières apparaîtront à la fin de l'année 2009, ou au début de l'année 2010, suivant les aléas de ce projet informatique. La carte actuelle fonctionne comme la carte bancaire : il faut l'insérer dans un lecteur, taper un code secret, etc. Dans l'avenir, elle fonctionnera comme la carte Navigo, en vue d'améliorer l'ergonomie d'usage, notamment à l'hôpital. Par ailleurs, les standards évoluent. Le standard IAS, des cartes d'identité électroniques, a été retenu, pour installer à terme des logiciels harmonisés sur les postes informatiques.

La deuxième évolution est plus formelle. La carte CPS convergera avec la carte Ordinale dans une perspective européenne. Cette fusion est principalement liée à des raisons pratiques, en vue d'aboutir à un outil unique attestant des capacités professionnelles du praticien, dans les pratiques courantes comme dans l'univers électronique. Par ailleurs, l'usage européen correspond à l'extension du périmètre de reconnaissance de cette carte. Le projet H Pro Card est en cours.

La carte convergente sera distribuée dès l'inscription du médecin à son ordre professionnel. Le professionnel en disposera dès son entrée dans la vie professionnelle, ce qui présente un certain avantage. L'arrivée de la carte convergente se traduira par une évolution du visuel avec la photographie du praticien, le logo de l'Ordre, et au verso les coordonnées de l'autorité compétente. La carte convergente est prévue pour les pharmaciens entre fin 2009 et début 2010, et plutôt à la fin de l'année 2010 pour les médecins. La photographie sera demandée aux membres de l'Ordre des médecins.

En outre, il faut faire évoluer les règles d'usage de la carte professionnelle. La carte CPS reste souvent « coincée » dans le lecteur. Dans certains cas, pour des raisons d'organisation du travail, le médecin confie sa carte CPS à son secrétariat médical, et lui délègue les tâches administratives, ainsi que la facturation et la signature des feuilles de soin électronique. Ce système constituait un obstacle à l'utilisation de la carte CPS en tant que carte professionnelle. Pour cette raison, nous avons demandé à la CNAM d'officialiser cette délégation, ce qui pourrait se traduire par la distribution de cartes CPE, comme pour les pharmaciens.

En conclusion, pour préparer l'avenir, la carte CPS ne pourra satisfaire à tous les besoins. Nous expérimentons une forme dématérialisée de la carte CPS, et travaillons sur la réparation d'un pilote pour un embarquement sur les PDA. Par ailleurs, des expérimentations sont suffisamment avancées à l'hôpital. Vous connaissez la nature de la carte CPS, et je vous remercie de votre attention.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Maintenant, votre tâche est un peu plus difficile, Michel Gagneux, Président du GIP-DMP, future agence des systèmes d'information partagée. Un certain nombre de chantiers sont ouverts ou en voie de clarification, en matière d'hébergement des données. Vous expliquerez de manière synthétique sur quels éléments les professionnels pourront s'appuyer pour sécuriser leurs échanges.

Michel GAGNEUX, Président du GIP-DMP

Bonjour à tous. Toutes ces interventions de haute tenue, bien qu'empruntées de gravité, permettent de mesurer la responsabilité de la nouvelle agence. Le DMP doit d'abord être un outil mis au service de la qualité des soins et de la prévention, ainsi qu'un outil mis au service des professionnels de santé, sous le contrôle du patient. Vous aurez remarqué quelle place ont prises les questions relatives au droit du patient, au respect de la confidentialité, ainsi qu'à la sécurité du traitement de ces données individuelles de santé. C'est un enjeu majeur. Je suis persuadé, depuis que je travaille sur ces questions, que l'amélioration de notre système de santé passe par le développement de systèmes d'information performants et partagés.

En outre, le développement de ces systèmes indispensables pour faire évoluer les pratiques médicales ne pourra se faire sans des garanties éthiques inattaquables. Par exemple, les Pays Bas, il y a quelques semaines, ont dû annoncer le report de leur dossier médical électronique partagé, faute d'avoir pris à temps la mesure de toutes les précautions à prendre vis-à-vis des patients. En tant que citoyen, je me réjouis que notre pays dispose d'une institution comme la CNIL. En tant que président d'un opérateur qui sera chargé d'assurer une fonction de maîtrise d'ouvrage dans les systèmes d'information de santé et de contribution à la sécurité de ses systèmes, l'existence d'une telle institution, même si elle crée beaucoup d'angoisse, est une nécessité et une aubaine. Il n'y aura pas d'amélioration du système de santé sans des garanties totales en matière de sécurité et de confidentialité.

Tout l'enjeu se situe dans la tension entre l'efficacité, l'apport donné au patient et la sécurité des données de santé. La conciliation de ces deux objectifs contradictoires lorsqu'ils se mettent en œuvre permettra de gagner la bataille décisive des systèmes de santé.

Il est possible de développer des systèmes d'information de santé dans un cadre éthique rigoureux. Cependant, il faut concrétiser cet engagement, faire en sorte que les systèmes vivent pour le bienfait des patients et l'amélioration des conditions d'exercice médical des professionnels de santé. Pour ce faire, nous devons franchir un certain nombre d'étapes que nous aborderons avec humilité.

Nos intervenants ont montré que quelques points demeuraient en suspens. Dans quelques jours, avant la fin du mois, nous serons en mesure avec Jean-Yves Robin, Directeur du GIP-DMP, et Marthe Wehrung, de présenter un programme de relance du dossier médical personnel et des systèmes d'information médicale partagée. Dans le programme, nous essaierons d'expliquer la stratégie que nous entendrons poursuivre, la trajectoire, les étapes par lesquelles nous nous efforcerons de passer pour faire progresser le développement de ces systèmes, ainsi que les modes opératoires proposés pour mettre en place ces dispositifs.

Trois mots d'ordre gouverneront notre action :

- la concertation, voire la coopération avec les différents acteurs (professionnels de santé, patients et industriels) ;
- l'expérimentation, qui est décisive car les nouvelles technologies apportent des bouleversements dans les pratiques médicales, ou du point de vue du patient vis-à-vis des éléments de sa santé : les usages, l'observation de la réalité, les comportements devant des situations ou des évolutions de pratique nous apprendront davantage que des débats théoriques. Les exemples concrets seront très vite manifestes. La nécessité d'une vigilance accrue jusqu'à l'exercice du consentement libre, spécifique et informé, pour l'usage de dossier électronique. l'exercice du consentement peut se théoriser, mais nous sommes tous d'accord pour penser qu'il doit être explicite. Comment rendre l'explicite compatible avec les facilités d'usage ? C'est là que se jouera l'enjeu de la réussite de ces systèmes, et où l'expérimentation, sous le contrôle des autorités compétentes et de la CNIL, est capitale.
- l'évaluation est aussi nécessaire. Il ne s'agit pas de lancer un projet et d'étudier son fonctionnement dans dix ans. Une politique dévaluation se mène dans le fil de la mise en place d'un projet, en partenariat avec tous ses acteurs, et de manière transparente.

Les équipes de notre agence, les pouvoirs publics et les principaux acteurs, dont les ordres professionnels, devront mener à bien les dossiers qui constituent les conditions essentielles de la réussite de ces systèmes. En matière de gouvernance, j'ai été chargé de compléter les rapports précédents par un troisième rapport qui portera sur certains aspects, notamment sur l'angle éthique du problème.

Dans les conclusions d'un rapport que j'ai signé il y a un an était préconisée la création d'une autorité de surveillance éthique des systèmes d'information et de santé. Cette proposition était nourrie en vue de fixer une cible. Aujourd'hui, nous constatons qu'en dehors du rôle de la CNIL, un ensemble d'initiatives en train d'être prises dans le domaine de la surveillance et de la régulation éthique. Or nous avons peu de recul sur les usages et le comportement éthique de ce secteur.

Le Médiateur de la République a créé un pôle santé. Les conférences nationales et régionales de santé ont pour mission de remettre des rapports relatifs à l'exercice des droits des patients. Il faut prendre du temps avant de créer une institution nouvelle dont nous aurions des difficultés à bien dessiner le périmètre. En revanche, la nouvelle agence devra être dotée d'un organe d'éthique et de déontologie à forte lisibilité et à forte autonomie, de façon à ce que pour la conduite des projets très complexes, et dont chaque élément comporte une telle dimension, nous soyons en permanence aidés, éclairés par des personnalités qualifiées. Les représentants des ordres professionnels et des patients auront un rôle éminent à jouer dans cette nouvelle agence.

Parmi les chantiers qui restent à ouvrir, il faut consolider le cadre réglementaire, qu'il s'agisse de celui permettant la création d'un identifiant national de santé unique, et dédié à ce domaine, des dispositions complémentaires qu'il reste à prendre pour la mise en place de l'arrêté confidentialité.

Grâce à la coopération accrue du GIP-DMP, du GIP CSP et de la Mission pour l'informatisation des systèmes de santé, nous avons mis en place un dispositif qui doit permettre d'assoir l'agrément des hébergeurs de données de santé dont les conditions sont très élevées. Au cours des prochains mois, nous devrions être en mesure d'apporter des réponses concrètes aux patients. Pour accepter de mettre en place ce cadre réglementaire, il faut accepter que le temps soit pris car les questions soulevées sont quelquefois très complexes.

Nous devons faire des choix sur la nature de l'identifiant à mettre en œuvre, de façon à concilier l'exigence d'un identifiant unique pour la mise en place de tous ces dispositifs d'échange, avec la capacité de le mettre en œuvre pour permettre l'essor du DMP.

L'arrêté confidentialité imposera de reprendre une concertation de façon à créer une forme de conférence, afin que cet arrêté puisse paraître dans les délais utiles, si possible avant la fin de l'année 2009. Il en va de la responsabilité des services ministériels, mais tous les opérateurs dont je suis ont une responsabilité particulière. Nous ne ménagerons pas nos efforts pour essayer d'aider les services ministériels à publier ce cadre réglementaire.

Le troisième point de mon intervention relève du droit des patients. Je souscris à l'affirmation de Sophie Vulliet-Tavernier selon laquelle un cadre législatif relativement récent amène à considérer que le droit des patients est peu et pas toujours bien exercé. Ce point dépasse le fait que l'exercice du droit du patient s'effectue dans une pratique de la prise en charge médicale sur support informatisé. Bien souvent, ces pratiques culturelles datent de l'époque du dossier papier.

La difficulté est que dès lors que l'on met en place des outils nouveaux, la tolérance à l'égard de pratiques relâchées au regard des pratiques de sécurité, prend une tonalité beaucoup plus aigüe, vive, et n'est plus acceptable. Nous devons tous, acteurs et opérateurs, pouvoirs publics, professionnels de santé, patients et industriels, être conscients que nous devons mettre en place non seulement des pratiques spécifiques aux technologies de l'information, mais elles doivent être ancrées davantage dans les esprits et devenir des réflexes dans la vie quotidienne.

Le système doit permettre d'accepter ou refuser le partage ou l'échange de données individuelles, ainsi que de masquer certaines données. Le patient doit avoir la garantie que toute consultation d'un dossier médical fait l'objet d'une traçabilité et d'une capacité à accéder à ses traces. Il doit avoir le droit d'exprimer son consentement de manière souple, ce qui ne va pas de soi. Il faut travailler en commun pour rendre ce consentement explicite, effectif et réel dans le cadre de l'hospitalisation des patients. En effet, le consentement relatif au dossier médical est beaucoup plus complexe que le consentement obligatoire.

Nous avons réfléchi à toutes ces questions. Nous allons proposer à nos partenaires des objectifs, une trajectoire et des modes opératoires fondés sur la concertation, l'expérimentation et l'évaluation.

En conclusion, je souhaiterais faire part de mon accord avec Sophie Vulliet-Tavernier sur la nécessité de ne pas raisonner dans le seul cadre national. Nous avons la chance d'avoir construit une conscience forte des enjeux liées aux données individuelles, de nous être dotés d'institutions pour accompagner ce projet. Cependant, nous devons avoir conscience que ce qui s'organise au-delà de nos frontières s'effectue avec des intervenants dont la puissance de frappe technologique dépasse un Etat comme la France. En outre, ces états ont une capacité d'influence importante auprès des décideurs européens.

Nous devons prendre conscience, pour défendre notre modèle, que notre présence au niveau européen devient un enjeu stratégique majeur. Et cela nous concerne tous, représentants du ministère, ordre professionnel, industriels et opérateurs. Dans ce champ, il est indispensable qu'au cours des années qui viennent puisse se bâtir une stratégie concertée de tous les acteurs nationaux pour défendre ce modèle qui est le plus conforme à ce qui répond à un objectif d'amélioration de notre système de santé et de défense des libertés individuelles, auquel nous attachons beaucoup de prix.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Michel Gagneux, vous acceptez la nécessité qu'un peu de temps soit pris avant de prendre des décisions. Or il s'est déjà écoulé un an entre le rapport 2008 et

aujourd'hui, ce qui prouve que la DMP a bénéficié de temps. En outre, le rapport prévoyait un plan de relance. Vous pourriez agir dès demain. Vous avez rencontré des dizaines d'acteurs pour publier les rapports.

Michel GAGNEUX, Président du GIP-DMP

Un rapport administratif est une réponse à la problématique d'un moment. Il comporte des données de durée plus longue car il fait référence à des problèmes structurels, d'autres plus conjoncturels pouvant être revus différemment. J'ai le sentiment d'avoir écrit l'ancien testament, et que je suis actuellement en train de rédiger le nouveau testament.

Ces propos s'inscrivent dans la continuité des propositions du rapport et de celles que je présenterai dans quelques jours. A chaque étape, nous nous servons des succès et des échecs des étapes précédentes. Tout ce qui a été fait avant le rapport de relance sur les DMP et la nouvelle gouvernance des systèmes partagés dans la santé contenait beaucoup de bons éléments. Dans la plupart des cas, les mêmes équipes y travaillent. Elles ont le sentiment de travailler pour un projet qui prend des aspects différents car j'espère que nous avons tiré les enseignements du passé. Ma proposition tiendra compte des aspects concurrents : étapes, trajectoires, moyens, méthodes. De cette manière, les trois dernières années ne sont pas perdues lorsque je regarde la situation des pays voisins, qui tous, à leur manière, car aucun projet n'était identique, rencontrent des difficultés considérables pour mettre en place leur système.

Nos chantiers sont de très longue haleine. Il faudra de nombreuses années pour généraliser ces systèmes. Pour cette raison, les méthodes employées, fondées sur la notion de trajectoire, d'étape, de préparation des étapes suivantes, sont les plus propices à assurer le succès de notre entreprise. Tout ne se déroulera pas comme prévu car la situation est complexe. Nous fonctionnons dans des secteurs où la législation évolue beaucoup plus lentement qu'on ne l'imagine au départ.

Le décret confidentialité prévoyait la généralisation de la carte CPS à l'hôpital en trois ans, alors que nous savions que le projet était trop complexe pour être réalisé dans un tel délai. Il est capital de définir des délais, mais ils doivent être toujours réalistes, et surtout s'inscrire dans un calendrier de déploiement suffisamment souple.

C'est autour de cette logique que nous présenterons le nouveau schéma de relance dans quelques jours. Je laisserai Jacques Lucas répondre aux questions relatives aux convergences entre le DMP et l'Ordre des Médecins.

Docteur Jacques LUCAS, Vice-président du CNOM

Le gouvernement, par la voie de Madame la Ministre de la Santé et des Sports, s'exprimera donc fin mars avons-nous su. Je ne suis pas dans ses secrets. Je me garderai donc de faire des effets d'annonce. Il faut désormais éviter des annonces irréalistes susceptibles de susciter de faux espoirs, de nourrir l'ironie et de démotiver les gens. Madame la Ministre a déclaré que tout citoyen français volontaire disposerait d'un dossier socle, en reprenant une expression du CNOM. Cette échéance nous semble assez difficile à tenir...

Michel GAGNEUX, Président du GIP-DMP

Cependant, une première étape d'un DMP à services initiaux, utilisables en vie réelle, sera prête en 2010.

Docteur Jacques LUCAS, Vice-président du CNOM

C'est très bien. Dans la relance du projet en général, j'espère que la philosophie générale de l'Ordre des Médecins sera respectée dans deux domaines, d'une part celui de l'informatisation de la santé, et d'autre part celui de la télémédecine. Les livres blancs sur ces thèmes traitent d'aspects pratiques mais encore de la déontologie et l'éthique médicale, sujets dont Michel Gagneux a souligné qu'ils étaient fondamentaux. Cependant, les livres blancs ne sont pas des textes sacrés. Ils indiquent des perspectives. Il faut trouver des éléments de convergence, et non de divergence, entre la proposition très forte des documents officiels sur la relance et le livre blanc sur l'informatisation, de même qu'entre le document produit par les conseillers généraux des établissements de santé de la DHOS et celui produit par le CNOM sur la télémédecine. Et quand il se trouve des divergences il faut chercher comment les résoudre.

Je pointerai tout d'abord une convergence forte. Elle est relative à la protection des données personnelles de santé. Et je vais illustrer cette affirmation. La Commission européenne avait constitué un groupe d'experts pour réviser la Directive de 1995 consacré à ce sujet.

Cela est important car, comme vous le savez, une Directive européenne s'impose aux législations nationales. Je ne prétends pas que cette directive ne mérite pas d'être éventuellement révisée et adaptée. Des experts de l'Union Européenne suffisamment qualifiés pourraient apporter leur avis, un point de vue extérieur venant des Etats-Unis pouvant leur être associé. Or cette commission était constituée de cinq membres, dont quatre étaient très directement liés aux intérêts américains. Le président de la CNIL a présenté aux sénateurs une proposition de motion très forte contre cette perspective de travail. Le Conseil National de

l'Ordre des Médecins et le CISS se sont associés pour publier un communiqué commun, commun, c'est ce qu'il faut souligner, en soutien au président de la CNIL. Jacques Barrot, Commissaire européen, a annoncé la dissolution de ce groupe d'expert. Nous devons porter notre action sur ce genre de situation. Protéger les données de santé est un combat d'ordre éthique majeur qui s'attache aux libertés fondamentales.

Nous avons eu une divergence avec la MISS sur l'arrêté dit « confidentialité », dont la forme rédactionnelle ne nous convenait pas, en ce sens que nous n'approuvions pas le fond. Nous avons présenté des recommandations et d'autres préconisations. Les six ordres professionnels ont publié un communiqué commun pour affirmer que la concertation devait réunir tous les acteurs en commun pour évoluer vers une solution opérante. La mission d'information du système de santé a entendu notre proposition et nous allons bien voir ce qui va se passer.

Pour conclure, j'aurais souhaité apporter des éléments plus concrets que l'expression générale de tendance dans l'engagement du CNOM. Le deuxième terme de l'intitulé de cette table ronde portait d'ailleurs sur le « comment ». Je n'interviendrai pas sur ce point aujourd'hui.

Pourquoi ? Il ne me semblerait pas convenable d'exposer des éléments plus concrets alors que la feuille de route de l'ASIP, comme indiquée précédemment sera donnée officiellement par Madame Bachelot dans les jours qui viennent. Nous communiquerons ensuite. Nous comprenons fort bien qu'il faille donner du temps au temps, mais il existe aussi des besoins très réels dans le corps professionnel. Il faut que des réalisations concrètes, basiques et utiles voient rapidement le jour.

Au nom du Conseil national de l'ordre des médecins, j'affirme que nous agissons très fortement pour que ce projet voit le jour. Avec Michel Gagneux et Jean-Yves Robin, nous avons échangé sur ce point, et nos points de vue s'accordent.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Merci Docteur pour votre intervention.

De la salle

Je souhaiterais poser une question brève à René Mazars. La séance a principalement porté sur la sécurisation des échanges de données. Or les citoyens sont exigeants en matière de qualité de soin. Suite à quelques événements survenus dans les hôpitaux fin 2008, on s'est demandé comment on pouvait se

tromper, dans un hôpital, d'étiquette sur les flacons, alors qu'un supermarché ne commet pas de telles erreurs.

Isabelle Adenot affirme que 60 cas de contre-indications ont été identifiés lors de l'étude menée par l'Ordre des pharmaciens, alors que leur probabilité était nulle. Les failles apparaissent tous les jours à cause de l'absence d'information des professionnels de santé. Il y a une insuffisance de tension entre d'une part la protection et la sécurisation des données, et d'autre part la rapidité avec laquelle les failles surviennent. Les patients sont-ils suffisamment conscients de la tension entre les deux pôles ?

René MAZARS, administrateur du CISS

Il ne faut pas tout mélanger. La plupart des soins se déroulent correctement. Il nous importe simplement d'assurer la continuité des soins, en arrêtant de distinguer la médecine ambulatoire de l'hôpital. La gestion du risque est également cloisonnée. Les acteurs ne communiquent pas suffisamment pour assurer la sécurité des patients, ainsi que la protocolisation du suivi réel des soins. C'est ce qui se passe dans la réalité pour les patients atteints de maladies chroniques. Un patient qui n'est pas suffisamment armé pour prendre en charge son parcours n'est pas en mesure de se soigner convenablement.

Une personne âgée seule et sans véhicule se trouve dans une situation dramatique. Le CISS est un partenaire. Nous n'avons reçu aucune plainte supplémentaire depuis la loi de 2002. Chacun fait des efforts pour que nous construisions en commun. Tout le monde a pris conscience de cette réalité et de ce besoin. Nous espérons que nous allons l'exercer ensemble.

Dominique LEHALLE, journaliste spécialisée

Merci René Mazars, et merci à tous. Nous allons vous libérer, pour vous retrouver demain à 9 heures 30. Bonne fin de journée.