



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



➤ Dossier : Tests génétiques : la fin de l'innocence p.22

➤ Informatique
Télémédecine : les
préconisations de l'Ordre
des médecins p.6

➤ Sur le terrain
Le kiosque Info Cancer
de Lyon p.8

➤ Réflexion
Médecine prédictive :
quel intérêt, quelles
limites ? p.11

médecins n°4 mars 2009

➤ **L'essentiel** | 04

Permanence des soins : les zones rurales sont fragilisées

➤ **L'essentiel informatique** | 06

Télé médecine : les préconisations de l'Ordre des médecins

➤ **Sur le terrain** | 08

Le kiosque Info Cancer de Lyon

➤ **Ailleurs** | 10

L'Ordre se mobilise pour le temps de travail des médecins hospitaliers et salariés

➤ **Réflexion** | 11

Médecine prédictive, quel intérêt, quelles limites ?

➤ **Courrier des lecteurs** | 28

➤ **La voix des associations** | 29

L'aide aux jeunes diabétiques

➤ **Culture médicale** | 30

Addictologie : le mot du mois par Alain Rey

➤ **À vous la parole** | 32

D^r Vincent Bouton, ORL à Melun (77)

➤ **Dossier** | 22

Tests génétiques : la fin de l'innocence



La génétique est-elle en train de nous laisser miroiter l'espoir de maîtriser un jour la totalité des maladies ? Veut-elle nous faire croire au mythe de l'enfant parfait ? Questions inéluctables lorsque l'on aborde, comme ce fut le cas lors de la dernière Journée d'éthique organisée par l'Ordre, le dossier des tests génétiques à des fins médicales... Entre mirage et progrès scientifique réel, bien des problèmes éthiques se posent.

©23 p./Jupiter Images

Cahier jurispratique | 13

- **PRÉVENTION** Sécurité routière : des pictogrammes sur les médicaments à risque | 13
- **PRATIQUE** L'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées | 14
- **DÉCRYPTAGE** Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : les mesures à retenir | 16
- **ÉLECTIONS** Appel à candidatures pour le renouvellement par tiers du Conseil national de l'Ordre des médecins | Appel à candidatures pour l'élection de la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins | 19

Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner ?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08



D^r Michel Legmann,
président du Conseil
national de l'Ordre
des médecins

Loi HPST : les cinq combats de l'Ordre...

A lors que nous mettons sous presse, le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » est encore en cours de discussion au Parlement. Je ne sais donc pas si les amendements que nous avons défendus auront été entendus et acceptés. Je souhaite pourtant vous rappeler les cinq combats que nous avons menés pour préserver notre déontologie médicale et l'indépendance de notre profession, dans l'intérêt de tous les patients.

Nous nous sommes battus en particulier pour que les médecins, via les commissions médicales d'établissement, soient réellement associés à la gestion et à l'organisation de l'hôpital. Nous avons plaidé aussi pour le maintien en l'état des commissions de qualification, aujourd'hui gérées par l'Ordre et présidées par un représentant de l'Université. Ces commissions fonctionnent sur les ressources propres de l'Ordre, avec le soutien unanime de l'ensemble des syndicats médicaux. Il nous semblerait particulièrement malvenu d'en modifier l'organisation.

Nous avons demandé par ailleurs le rétablissement des compétences et nous continuerons si besoin de le demander. Vingt-cinq ans après la mise en place du nouveau régime des études médicales, nous observons partout les effets néfastes de la disparition du « médecin compétent ». Actuellement, par exemple, des médecins spécialistes d'organes, libéraux, hospitaliers ou salariés de centres anticancéreux, ne peuvent prescrire et mettre en œuvre un traitement de chimiothérapie alors qu'ils pratiquent la cancérologie dans leur champ d'exercice depuis des années. C'est inacceptable.

Nous nous sommes opposés en outre à ce que les caisses d'assurance maladie aient désormais la possibilité de sanctionner les médecins en cas de refus de soins, de mauvaise information sur les honoraires ou de non-respect du tact et de la mesure. Il appartient à l'Ordre des médecins, et à lui seul, de sanctionner les manquements commis par un médecin, conformément aux missions qu'il a reçues du législateur. À condition que l'Assurance maladie fasse connaître à l'Ordre les informations en sa possession susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un médecin, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Nous revendiquons enfin une place à part dans les agences régionales de santé, conformément à la loi du 4 mars 2002 qui a créé les conseils régionaux de l'Ordre pour permettre aux médecins, tous exercices confondus, d'être représentés au niveau régional.

Sur tous ces points, nous espérons être entendus et continuerons, le cas échéant, de faire valoir nos arguments et nos points de vue auprès des parlementaires. Notre engagement pour une meilleure qualité des soins et un égal accès aux soins pour tous est aussi à ce prix.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D^r Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.
E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D^r André Deseur - CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel - SecrÉTARIAT DE RÉDACTION : Élisabeth Castaing, Sophie Loubeyre - RESPONSABLE DE LA RUBRIQUE « CULTURE MÉDICALE » : D^r Maurice Hodara - IMPRIMERIE : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : mars 2009 - n° 16758 - ISSN : numéro en cours.



➤ INFORMATION ÉCRITE PRÉALABLE SUR LES HONORAIRES

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a demandé au ministère de la Santé de mener une réflexion sur les difficultés d'application que soulève l'obligation légale d'information écrite et préalable du patient sur les honoraires, entrée en vigueur le 1^{er} février. En attendant, il souhaite

que cette obligation soit réservée aux actes médico-techniques et chirurgicaux programmés, conformément aux travaux parlementaires. L'Ordre a conçu un modèle d'information à remettre aux patients en vue de la réalisation d'un acte médico-technique ou chirurgical.

+ D'INFOS SUR LE SITE :
www.conseil-national.medecin.fr

Pour lire la note du Conseil national de l'Ordre sur ce sujet et télécharger ce modèle.

➤ CONTRATS « AU MÉRITE »

Le Conseil national de l'Ordre rappelle que les clauses et contrats d'intéressement des médecins sont contraires à la déontologie médicale. « Un intéressement du médecin liant ses décisions et conseils médicaux n'est pas acceptable en ce qu'il aliénerait son indépendance professionnelle et affecterait la relation de confiance entre patients et médecins. »

➤ ÉLECTIONS À L'ORDRE

Le jeudi 11 juin prochain, le Conseil national procédera aux élections pour le 18^e renouvellement par tiers des membres du Conseil national. Les candidatures devront parvenir au siège de l'Ordre avant le mercredi 13 mai 2009 à 16h. Retrouvez toutes les informations sur ces élections et sur les élections à la Chambre disciplinaire nationale, pages 19 et 20, dans le cahier jurispratique du magazine.

➤ Observatoire

Les violences hospitalières à la loupe

Créé en 2005 par le ministère de la Santé, l'Observatoire national des violences hospitalières est composé pour une moitié de représentants du secteur hospitalier, dont l'Ordre des médecins qui y est associé depuis cette année, et pour l'autre moitié de représentants du ministère de l'Intérieur. Objectifs : recenser et analyser les actes de violence signalés par les établissements de santé.

Près de 2700 faits de violence enregistrés en 2006, 3253 en 2007... Les actes de violence signalés par les établissements publics ou privés sont en hausse. « Mais cette augmentation ne signifie pas nécessairement que l'insécurité ait augmenté. Elle traduit aussi une meilleure sensibilisation des agents hospitaliers à la nécessité de déclarer les faits de violence dont ils sont victimes ou témoins », précise Fabienne Guerriéri, commissaire principal détachée à la DHOS¹ et chargée de mission pour l'Observatoire. Depuis 2005, l'Observatoire national des violences hospitalières recense et analyse les fiches de signalement d'actes de violence qui sont transmis par les hôpitaux à la DHOS¹, via un logiciel de remontée de l'information disponible à partir d'un simple lien Internet. Comme dans le code pénal, ces faits de violence sont différenciés selon qu'ils relèvent d'atteintes à la personne ou

d'atteintes aux biens, puis déclinés par niveau de gravité.

Les chiffres de l'Observatoire ne sont pas exhaustifs, les établissements n'ayant pas tous pris l'habitude de déclarer les événements survenus au sein de leur structure. De plus, beaucoup de professionnels de santé ignorent que la loi du 18 mars 2003 a correctionnalisé systématiquement les atteintes aux personnels de santé. Conséquence : les plaintes sont encore rares. Pour améliorer la situation, un protocole santé-sécurité a été signé, en août 2005, entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur. Parmi ses dispositions : la mise en place d'un circuit spécifique afin que les personnels hospitaliers puissent déposer plainte plus facilement, ou encore la possibilité pour l'établissement de bénéficier d'un diagnostic de sécurité par les forces de l'ordre. 480 hôpitaux se sont déjà engagés dans cette démarche. Pro-

LES CHIFFRES DE L'ORDRE BIENTÔT DISPONIBLES

Cette initiative rejoint celle du Conseil national de l'Ordre qui a créé en 2005 un Observatoire de l'Insécurité des Médecins, actuellement dirigé par le Dr Jean-François Guyonnard. Les déclarations faites par les médecins hospitaliers à l'Ordre seront d'ailleurs transmises à la DHOS. L'enquête 2008 de l'Observatoire de l'Ordre sera rendue publique le 25 mars 2009.

+ D'INFOS :

Pour le consulter :
www.conseil-national.medecin.fr

chaîne étape : la signature, courant 2009, d'un avenant au protocole santé-sécurité par le ministère de la Justice.

1. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la Santé.

↳ Télémédecine

Les préconisations de l'Ordre des médecins

Dans un livre blanc publié en janvier, l'Ordre des médecins émet des recommandations pour un développement optimal de la pratique de la télémédecine. Le point en dix questions.

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

Consulter le livre blanc sur la télémédecine

Dépistage de la rétinopathie diabétique par la télémédecine.



© Goro/Photo

1 Quelle définition donner de la télémédecine ?

La télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé à des fins médicales de

diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale.

2 Qu'est-ce qu'un acte de télémédecine ?

Quatre types d'actes de télémédecine peuvent être répertoriés :

- **La téléconsultation** s'exerce dans deux types de situations. La première concerne la régulation médicale : le patient prend contact par téléphone avec un centre où le médecin régulateur établit le diagnostic de gravité et prend la décision d'orientation du patient. La seconde consiste en la consultation d'un médecin à distance par le patient près duquel se trouve un autre médecin ou un autre professionnel de santé.
- **La téléassistance** médicale correspond à un acte au cours duquel un médecin assiste techniquement un confrère à distance.

- **La télé-expertise** concerne un échange professionnel entre deux ou plusieurs médecins, soit par la concertation entre médecins, soit par la réponse d'un « médecin distant » sollicitée par le médecin en charge directe du patient.
- **La télésurveillance** se distingue de la téléconsultation en ce sens qu'elle concerne un patient déjà connu par le médecin ou l'équipe soignante.

3 À quels besoins répond la télémédecine ?

- **L'accès aux soins** : en abolissant les distances, la télémédecine rapproche les patients de la présence et/ou de l'expertise médicale.
- **La qualité des soins** : en favorisant la coopération des pratiques médicales et en facilitant le suivi à distance, la télémédecine permet de conserver un bon niveau de qualité des soins tout en maintenant les patients dans leur lieu habituel de vie.

4 Quels sont les droits des patients dans le cadre de la télémédecine ?

Ils s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre aujourd'hui habituel des soins. Mais l'origine et la diversité des modes d'organisation possibles de la télémédecine renforcent l'exigence d'information du patient. La télémédecine ne saurait être imposée au patient

Un rapport ministériel

Un rapport ministériel sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins, rédigé par Pierre Simon et Dominique Acker, conseillers généraux des établissements de santé, a également été publié en janvier 2009. Il peut être consulté sur le site du ministère de la Santé.

+ D'INFOS :

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

POINT DE VUE de l'Ordre



D^r Michel Legmann,
président de l'Ordre
des médecins



D^r Jacques Lucas,
vice-président du Cnom,
chargé des systèmes
d'information en santé

« Ce livre blanc entend nourrir la réflexion sur la télémédecine, sachant que le gouvernement prépare actuellement un cadre juridique qui devrait prendre la forme d'un amendement au projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » et d'un décret. L'Ordre y souligne en particulier que la mise en œuvre de la télémédecine doit être guidée par des besoins

et une nécessité justifiés. Sa pratique ne saurait contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient. Plutôt que de décliner une nomenclature figée d'actes télé médicaux administrativement autorisés, nous sommes favorables à l'élaboration concertée de protocoles techniques et de conventions de coopération entre professionnels

et établissements qui permettraient d'établir et de décrire les conditions de mise en œuvre des pratiques de télémédecine, celles de la valorisation des activités des professionnels et des établissements qui y concourent, et les modes opérationnels pour répondre aux exigences de santé publique et de l'accès aux soins. »

lorsqu'il refuse consciemment et librement d'y avoir recours. Par ailleurs, l'annonce d'un diagnostic engageant le pronostic vital ne doit pas être faite par télémédecine. Il ne doit pas y avoir de « téléconsultation d'annonce ».

5 Quelles sont les obligations des médecins pratiquant la télémédecine ?

Il est nécessaire que des protocoles soient établis dans la mise en œuvre des pratiques, que ce soit sur un territoire de santé ou en fonction des pathologies, et que des conventions viennent régler les coopérations entre établissements publics et privés, comme celles des différentes professions de santé entre elles. En particulier, en donnant un rôle central à l'échange informatisé d'informations, la pratique de la télémédecine amplifie les contraintes de sécurité relatives à la confidentialité des données médicales.

6 Quels devraient être les supports juridiques de la télémédecine ?

La loi doit consolider l'existence de la télémédecine sur des bases juridiques affirmées. Elle doit

permettre son développement par des conventions de coopération entre professionnels comme entre établissements. Elle doit en assurer la sécurité par des protocoles de mise en œuvre sur les volets médicaux, techniques et financiers.

7 Que doit contenir le contrat formalisant une pratique de télémédecine ?

Pour permettre l'élaboration de ces contrats particuliers, le Cnom estime indispensable que soient précisées en amont, par les autorités compétentes en matière de santé publique, les caractéristiques fondamentales des protocoles et les clauses essentielles devant obligatoirement figurer dans chaque document contractuel.

8 De quelles compétences doivent faire preuve les médecins ?

Pour l'Ordre, la télémédecine ne doit pas relever d'un cadre d'exercice spécialisé. Cette pratique représente au contraire un moyen de coopération qui peut concerner des situations très concrètes de pratiques professionnelles au service de l'équité dans l'accès aux soins.

9 Comment rémunérer la pratique de la télémédecine ?

Les activités de télémédecine ont bénéficié jusqu'ici de modalités de financement qui ont atteint leurs limites. L'acte médical de télémédecine correspond à un temps médical et à une compétence dont la reconnaissance implique une rémunération spécifique, prévue et encadrée. Sa réalisation requiert des moyens techniques et un investissement en matériels et logiciels qui doivent être pris en considération.

10 Quelle organisation pour le développement de la télémédecine ?

Il est urgent d'accélérer la mise en œuvre des composants essentiels du système d'information de santé actuellement en construction : identifiant de santé du patient, dossiers médicaux professionnels communicants, messageries sécurisées, voire plates-formes de services aux professionnels, sans oublier le chantier de la normalisation et des référentiels d'interopérabilité qui sous-tendent la qualité du système.



↳ Médico-social

Le kiosque Info Cancer de Lyon

Ouvert fin 2006, le kiosque Info Cancer de Lyon, situé en centre-ville, commence à être bien connu. Malades, proches et professionnels y sont reçus de manière anonyme et gratuite.

Avec une fréquentation en hausse de 55 % en 2008 par rapport à 2007, le kiosque Info Cancer de Lyon est bien implanté dans le paysage médico-social lyonnais, un an et demi après son ouverture. Pour se faire connaître, le kiosque a participé à des actions de sensibilisation sur le dépistage du cancer colorectal sur une dizaine de marchés; il a aussi réalisé des interventions sur les cancers féminins dans des centres sociaux, avec l'association Adémas 69¹ et d'autres partenaires. Le public accueilli est en grande majorité féminin (73 %). Interrogations sur l'évolution de la maladie, ses répercussions sur la vie de famille, les effets secondaires, les droits juridiques et sociaux... Les questions autour du cancer sont multiples. « *L'information représente 45 % de notre travail, observe Françoise Jouffray, et l'écoute 28 %. Nous proposons un accompagnement moral pour aider les personnes à retrouver de la sérénité.* » Les visites durent entre 20 minutes et 1 heure 30. « *Au cours de l'écoute, nous détectons souvent des problèmes sociaux, médicaux, psychologiques que la personne n'avait pas forcément identifiés,* ajoute Souad Salhi. *Nous pouvons alors l'orienter vers des structures adaptées.* » Ce jour-là, vient un jeune homme dont l'épouse souffre d'un cancer. Elle n'a toujours pas obtenu le remboursement de ses soins à 100 %. De plus, leur fils de 12 ans vit très

mal la maladie de sa mère : Souad Salhi oriente le père vers une association de psycho-oncologues qui propose des entretiens individuels. Elle lui conseille aussi de prendre rendez-vous avec l'assistante sociale de la CPAM². C'est le Plan cancer de 2003 qui a impulsé la création des kiosques Info Cancer. Aujourd'hui, il en existe treize en France, gérés par des associations, auxquels s'ajoutent quatre structures qui relèvent de la Ville de Paris.

1. Adémas 69 : Association pour le dépistage organisé des cancers dans le Rhône.
2. CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie.

+ D'INFOS :

www.kiosque-info-cancer-lyon.org
Tél. : 04 78 60 03 12



Extérieur

Situé dans le 3^e arrondissement de Lyon, en centre-ville, le kiosque est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 18h.



Téléphone

Chaque entretien, de visu ou par téléphone, donne lieu à l'ouverture d'un dossier, toujours dans le respect de l'anonymat.



Accueil

Deux étudiantes recherchent de la documentation pour un mémoire sur le cancer. Un accueil sur mesure grâce à la présence de nombreux professionnels de santé.



Entretien

Faut-il parler de la maladie ? Comment ? Le cancer affecte les relations entre les malades et les proches, qui ont souvent besoin d'en parler. En venant au kiosque, ils trouvent une écoute.

L'équipe

De haut en bas : Souad Salhi, Françoise Jouffray, Jean-Marie Collin, chargé de la communication du kiosque, Louis Lagabbe, vice-président de l'association, et ci-dessous, le Dr Monique Bret.

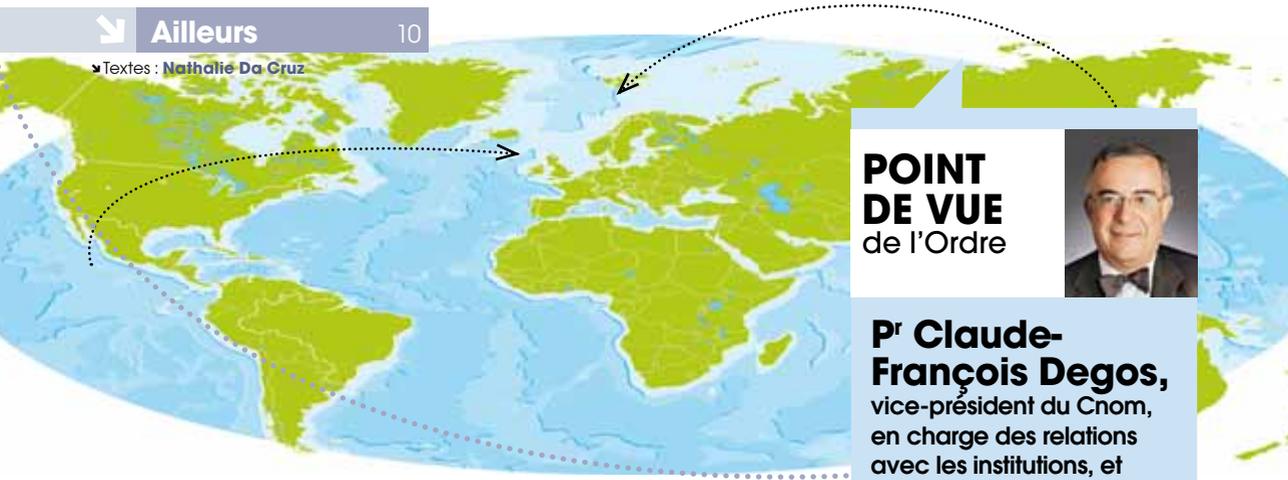


“ Une structure d'accueil et d'information en dehors de l'hôpital ”

Dr Monique Bret, ancien réanimateur à l'hôpital Édouard-Herriot, présidente du kiosque Info Cancer de Lyon et vice-présidente du conseil de l'Ordre du Rhône.

témoignage

Le bilan de l'année 2008 est bon. Mais la recherche de financements pérennes pour notre association loi 1901 est difficile ! Nos principaux financeurs sont les Hospices civils de Lyon, qui nous prêtent le local, et le Groupement régional de santé publique (GRSP), qui regroupe la Caisse primaire d'assurance maladie et la Ddass. Le kiosque répond à un réel besoin car il se trouve en dehors de l'hôpital. Au moment de l'hospitalisation, les malades sont très occupés. C'est de retour à la maison qu'ils réalisent qu'ils ont besoin d'un accompagnement. À ce moment-là, ils pourraient contacter les services sociaux de l'hôpital, mais souvent, ils n'ont aucune envie d'y retourner. D'où l'intérêt de créer une structure en ville. Les kiosques ont des modes de fonctionnement très différents ; certains ont une infirmière, un psychologue... Nous allons organiser une Journée nationale des kiosques, le 14 mai 2009, à Lyon. Cette journée, à laquelle sont conviés les 13 kiosques existants, ainsi que les quatre structures parisiennes et divers partenaires (Ligue contre le cancer, Espaces de rencontres et d'information...), sera une plate-forme d'échanges sur nos missions, notre fonctionnement, nos modes de financement, nos difficultés, nos points faibles... Nous envisageons de proposer la création d'une fédération nationale, pour renforcer notre impact et harmoniser nos actions.

**POINT DE VUE**
de l'Ordre**P^r Claude-François Degos,**
vice-président du Cnom,
en charge des relations
avec les institutions, et
membre de la DAEI.

« Ayant présidé pendant longtemps le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP), j'avais déjà mené des actions de lobbying dans ce dossier, lors d'une première lecture par le Parlement en 2005. J'ai repris mon bâton de pèlerin cette année pour le compte de l'Ordre. J'ai rencontré les eurodéputés Bertrand Lehideux et Jacques Toubon, et contacté Élisabeth Morin et Françoise Grossetête. J'ai agi en priorité en direction des députés que je savais acquis à notre cause pour leur rappeler le contexte et nos arguments déontologiques, et pour qu'ils soient soudés lors du vote du Parlement. L'Ordre a agi de concert avec tous les organismes professionnels européens représentant les médecins salariés et hospitaliers. Cette démarche commune a été un facteur de succès. »

L'Ordre se mobilise pour le temps de travail des médecins hospitaliers et salariés

Désormais dotée d'un bureau à Bruxelles, la délégation aux Affaires européennes et internationales (DAEI) de l'Ordre a accru son implication dans les débats européens. Ainsi, le Cnom a pu mener une action de terrain lors des discussions sur la modification du temps de travail – une mesure qui aurait pu mettre en péril la sécurité des soins.

La directive européenne sur le temps de travail actuellement en vigueur (2003/88/CE) date de 1993. Depuis plusieurs années, une révision est engagée, mais elle n'aboutit pas, en raison de dissensions entre les États membres, certains souhaitant notamment aller au-delà du plafond hebdomadaire de 48 heures. En juin 2008, le Conseil des ministres européen a proposé une nouvelle version du texte, qui présentait toujours trois points compromettant la sécurité des soins, selon le corps médical. Tout d'abord, il maintenait la possibilité (appelée « opt-out ») de déroger au plafond hebdomadaire et d'aller jusqu'à 60 ou 65 heures. Ensuite, le repos de sécurité pouvait être pris non plus dans la foulée de la garde mais dans les 72 heures. Enfin, le texte introduisait dans la durée d'une garde des périodes considérées comme inactives, et donc non décomptées comme du temps de travail et non rémunérées.

Le 27 juin 2008, l'Ordre a réagi dans un communiqué et dans un courrier adressé à Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, et à Roselyne Bachelot, ministre de la Santé : « *Les conditions d'exercice du médecin, libéral ou salarié, doivent prendre en compte impérativement un temps de travail compatible avec des soins en toute sécurité aux patients.* » Le Cnom a également alerté par courrier tous les parlementaires français ainsi que certains eurodéputés.

Lobbying auprès des eurodéputés

Avant le vote du Parlement de Strasbourg sur ce texte, le 15 décembre 2008, les députés européens avaient été sensibilisés par de nombreuses associations de médecins salariés et hospitaliers et par plusieurs Ordres étrangers. Pour la première fois, l'Ordre français a également pu mener une action de terrain. En effet, un bureau de la DAEI a été ouvert à Bruxelles,

en octobre dernier. Il est tenu par Marie Colegrave-Juge, qui a assisté aux débats du Parlement européen. Le P^r Claude-François Degos, vice-président du Cnom, a rencontré plusieurs eurodéputés pour les convaincre des risques induits par la nouvelle modification du texte. Conjugué aux actions menées par tous les organismes professionnels européens, ce travail a porté ses fruits. Le 15 décembre, le Parlement a rejeté la proposition de directive. Le texte est actuellement en phase de conciliation : soit le Parlement et la Commission parviennent à se mettre d'accord, auquel cas ce texte est adopté, soit aucun compromis n'est trouvé, et le projet de modification de la directive est abandonné.



Avec la participation de...

P^r Sylvie Manouvrier, présidente du Collège national des enseignants et praticiens de génétique médicale.

P^r Brigitte Jude, chef du laboratoire d'hématologie de l'hôpital cardiologique de Lille.

P^r Pierre Brissot, chef du service des maladies du foie, coordinateur du centre de référence de surcharges en fer rares d'origine génétique, CHU Pontchaillou, Rennes.

Médecine prédictive, quel intérêt, quelles limites ?

Nous connaissons aujourd'hui les tests génétiques à des fins médicales, le diagnostic prénatal, le diagnostic préimplantatoire ou encore le diagnostic présymptomatique. Nous connaissons demain le diagnostic des gènes de prédisposition, les tests pharmacogénétiques. Illustration des problématiques que soulève le développement de ces tests pour trois pathologies particulières : la maladie de Huntington, la thrombose veineuse et l'hémochromatose.



La maladie de Huntington

Par le P^r Sylvie Manouvrier

L'origine génétique de la maladie de Huntington s'explique par la mutation du chromosome 4p16. Elle peut donc être recherchée chez les personnes asymptomatiques de la famille d'un patient décelé. Il faut alors choisir de savoir ou de ne pas savoir. Pourquoi ? Pour qui ? Quel est le rôle des médecins, de la société ? Voici un exemple particulièrement dramatique, mais malheureusement assez représentatif des cas de maladie de Huntington.

Arthur vient consulter alors qu'il est âgé de 20 ans environ. Jeune étudiant, il vit dans un milieu socioculturel très élevé. Il nous explique qu'il est le second d'une fratrie de trois enfants, que son père a quitté sa mère avec les deux aînés, alors qu'il était âgé

de 2 ou 3 ans. Il n'a jamais revu sa mère, il est en conflit avec son père et sa belle-mère et cherche à reprendre contact avec sa mère et son petit frère. Quand il retrouve sa mère, elle est dans un état cognitif dramatique. Son petit frère sait depuis plusieurs années que sa mère souffre de

la maladie de Huntington et que cette pathologie a également été diagnostiquée chez son grand-père maternel. Arthur a décidé de consulter car il se pense porteur de l'anomalie. Il suit seul le protocole défini. On lui explique notamment qu'il a le choix de savoir ou de ne pas savoir.

Après examen, Arthur n'est pas porteur de l'anomalie. Quelques mois plus tard, son frère aîné nous consulte également. Il réalise assez mal ce qu'est la maladie. Il vit en couple et souhaite avoir des enfants sans leur transmettre la maladie. Il suit seul la démarche, sans sa compagne, mais celle-ci est présente le jour des résultats. Le frère d'Arthur est malheureusement porteur de la maladie, et ce résultat est très mal accueilli par sa compagne. Ce couple est désormais engagé dans une démarche de diagnostic préimplantatoire. Quant à Louis, le petit frère, il a un vécu très lourd de la maladie maternelle, puisqu'il s'occupe seul de sa mère depuis les premiers symptômes, tout en gérant le quotidien du foyer. Il veut à tout prix savoir et se pense non porteur. Pour lui, une telle situation n'est pas imaginable car elle serait « *trop injuste* ». Il suit la démarche

seul. Sa mère décède pendant cette période. Il est accompagné de sa voisine le jour du résultat, qui s'avère malheureusement défavorable. Depuis, nous n'avons plus de nouvelles de Louis qui ne s'est pas rendu à la consultation de suivi. Nous savons toutefois par ses frères qu'il se porte bien. Cette histoire illustre parfaitement les difficultés des tests génétiques présymptomatiques dans les maladies à révélation plus ou moins tardive sans réelle thérapeutique. Quelle est l'utilité médicale de ce test ? L'information génétique n'est-elle pas source de vulnérabilité plutôt que le gage d'une meilleure préparation à l'avenir, qui reste incertain ? Les précautions que prévoit le protocole constituent une aide fondamentale. La multidisciplinarité de l'équipe est capitale tant pour le candidat au test que pour les personnes

de l'équipe qui ne sortent pas indemnes de ces consultations. Il importe de faire attention au désir du patient lui-même. Le droit de savoir est un choix ; il n'y a aucun devoir de savoir. Le délai de réflexion est primordial même si le patient n'en comprend pas toujours le sens au départ. La prise en compte des conjoints est essentielle. Enfin, faire preuve d'empathie est une qualité indispensable chez le praticien. S'il n'est pas favorable, le diagnostic présymptomatique peut parfois déboucher sur le diagnostic prénatal ou préimplantatoire afin de ne pas donner naissance à un enfant porteur de la même anomalie génétique. Mais le risque est de nier la valeur de sa propre vie et tout espoir de thérapeutique, au prix de difficultés psychologiques et techniques importantes.



Les thrombophilies constitutionnelles

Par le Pr Brigitte Jude

Toutes les thrombophilies constitutionnelles connues sont autosomiques dominantes. Le dépistage de facteurs biologiques de risque chez les sujets asymptomatiques (étude familiale) soulève donc de nombreuses questions.

L'étude familiale peut être proposée, mais elle ne peut être imposée, dans le respect des règles légales. Le rapport coût/bénéfice doit être discuté ; il varie suivant les anomalies. Il est recommandé de ne pratiquer l'étude familiale que chez les individus asymptomatiques de premier degré âgés de moins de 60 ans, et de proposer l'étude en cas de déficit en AT. L'absence de facteur V Leiden dans une famille informative

ne doit pas être considérée comme une protection. Dans le cas de la thrombophilie, les règles sont les mêmes que pour une maladie monogénique. Une consultation de génétique pluridisciplinaire est nécessaire. Le test nécessite l'information préalable du sujet et son consentement écrit dont le laboratoire doit disposer. Le résultat ne peut être remis qu'au prescripteur. Les résultats sont présentés en consultation et leurs

conséquences expliquées de manière détaillée, que le test soit positif ou négatif. L'information familiale est suggérée. Au final, les circonstances de la survenue d'une embolie pulmonaire sont plus informatives sur le risque de récidive que la découverte d'une thrombophilie banale. Enfin, nous manquons encore de données s'agissant des thrombophilies rares. Les études familiales sont, dans ce cas, particulièrement délicates.

L'ADN POUR TOUS ?

23andMe, Family Tree Dna, DeCODE... Les tests ADN fleurissent sur Internet. Mais ces tests sont extrêmement dangereux, et pour certains d'entre eux non fiables ou sans fondement. Selon le groupe de travail « Génétique et Bioéthique » de la Fédération française de génétique humaine (FFGH), ils déconnectent la personne de l'encadrement médical individualisé qui doit entourer la prescription

des analyses génétiques, le rendu de leurs résultats et l'accompagnement qui y fait suite, selon les législations française et européenne. Ils représentent une menace tant sur le plan de la prise en charge médicale des personnes que sur le plan social (assurances, accès au marché du travail). Il ne faut pas perdre de vue que les véritables motivations du développement de ces

tests sont commerciales et bafouent les règles cliniques, déontologiques et éthiques qui doivent encadrer l'utilisation des tests en génétique humaine. Il est nécessaire de diffuser l'information auprès du grand public en rappelant les deux fondements des bonnes pratiques en matière de tests génétiques : pas de test génétique sans utilité clinique, ni sans suivi médical individualisé.

+ D'INFOS

Ces trois témoignages ont été présentés lors de la Journée d'éthique organisée par l'Ordre le 22 janvier dernier. Pour lire l'intégralité des débats : www.conseil-national.medecin.fr



© P. Cano / Phantie

L'hémochromatose

Par le Pr Pierre Brissot

L'hémochromatose est l'une des maladies génétiques les plus fréquentes en France. Un test génétique diagnostique a été rapidement disponible pour cette maladie. Les professionnels espèrent désormais l'avènement de tests génétiques pronostiques.

L'hémochromatose se révèle tardivement, souvent vers l'âge de 40 ans chez l'homme et de 50 ans chez la femme. La place du test génétique dans la démarche diagnostique dépend de la situation clinique :

1. Chez un sujet donné (c'est-à-dire hors d'une enquête familiale) : il faut rechercher d'abord le trouble du métabolisme du fer en dosant la saturation à la transferrine. Dès lors que celle-ci est élevée, le test génétique peut être réalisé pour vérifier la présence, à l'état homozygote, de la mutation C282Y du gène HFE. La mesure de la ferritinémie constitue ensuite la troisième étape du diagnostic permettant de quantifier la surcharge en fer.

2. Au cours de l'enquête familiale : le test génétique (recherche de la mutation C282Y) doit être réalisé (du moins au sein de la fratrie) dans le même temps que saturation de la transferrine et ferritinémie,

et c'est la prise en compte combinée de ces trois facteurs qui permet d'établir le risque et d'engager éventuellement le traitement. En pratique, l'enquête, coordonnée au mieux par un centre de dépistage, est réalisée par l'intermédiaire du probant qui est seul habilité à informer sa famille : les membres de la famille (de plus de 18 ans) sont alors invités à contacter leur médecin traitant pour le recueil des principales données clinico-biologiques et la transmission secondaire de ces données au centre de dépistage. Le centre effectue la synthèse et retourne ses conclusions au médecin traitant pour information des sujets explorés. Le déni de cette maladie est très rare s'agissant d'une affection génétique qui, à condition d'être diagnostiquée précocement, se soigne efficacement. Outre l'hémochromatose classique liée à la mutation du gène HFE, il

existe d'autres formes, très rares, d'hémochromatoses non liées à ce gène. La recherche, dans le domaine hémochromatosique, doit s'attacher à comprendre les facteurs, génétiques ou acquis, sous-tendant la variabilité d'expression phénotypique. Il s'agit notamment d'identifier les marqueurs prédictifs permettant d'indiquer quels sujets sont susceptibles de développer la maladie et à quel degré. La création en France (Rennes) d'un centre de référence des surcharges en fer rares d'origine génétique constitue un support organisationnel fort pour contribuer à améliorer la prise en charge des malades et la compréhension de leur maladie. Au niveau international, médecins et chercheurs se retrouvent régulièrement lors des grands congrès comme le European Iron Club ou le BioIron Meeting. Ce travail est de plus en plus mené en partenariat avec les associations de patients, en particulier l'EFAPH (European Federation of Associations of Patients with Haemochromatosis) qui regroupe quatorze pays européens.

CAHIER JURISPRATIQUE



PRÉVENTION

PRATIQUE

DÉCRYPTAGE

ÉLECTIONS

n°4 sommaire :

- **PRÉVENTION** Sécurité routière : des pictogrammes sur les médicaments à risque | 13
- **PRATIQUE** L'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées | 14
- Fin de vie : nouvelle version de l'article 37 | 15
- **DÉCRYPTAGE** Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : les mesures à retenir | 16
- **ÉLECTIONS** Appel à candidatures pour le renouvellement par tiers du Conseil national de l'Ordre des médecins | Appel à candidatures pour l'élection de la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins | 19

Sécurité routière : des pictogrammes sur les médicaments à risque

..... La prise de médicaments peut altérer les facultés des conducteurs. Une signalétique vient renforcer l'information des utilisateurs.

Le 3 octobre dernier, le *Journal officiel* a publié une réévaluation des substances à risque pour les conducteurs automobiles suite à une étude de l'Afssaps (l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Depuis 2005, celle-ci dispose de trois pictogrammes, apposés sur le conditionnement extérieur des médicaments, qui précisent le degré de risques encourus par les automobilistes qui les consomment. De la prudence à l'interdiction formelle



de conduire, ces pictogrammes, qui sont présents sur près de 39 % des médicaments, ont un rôle important à jouer dans la sécurité routière. En effet, ces précautions ne doivent pas être négligées car on retrouve la prise d'un médicament susceptible d'altérer l'aptitude à la conduite chez environ 10 % des accidentés de la route. Ce sont généralement les hypnotiques et les tranquillisants



(en particulier les benzodiazépines) qui sont en cause. Ces pictogrammes proposent également une lecture attentive de la notice ou le recours à l'avis d'un professionnel de santé pour savoir quel comportement adopter. L'Afssaps devrait prochainement fournir des recommandations de bon usage de cette signalétique aux professionnels et au grand public via un dépliant d'information.



L'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées

..... D'ici à 2015, l'ensemble des cabinets médicaux devront être accessibles aux personnes handicapées, mais les nouveaux cabinets doivent d'ores et déjà se mettre aux normes avec les règles d'accessibilité. Le point sur la réglementation...

1/ Ce que dit la loi

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé les exigences en matière d'accès des personnes handicapées aux établissements recevant du public. Ainsi, l'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation prévoit que les établissements recevant du public doivent être accessibles « aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif mental ou psychique ». Le décret n°2006-555 du 17 mai 2006 est venu préciser les conditions d'accessibilité. Les cabinets médicaux étant des établissements recevant du public de 5^e catégorie, ils doivent répondre aux conditions posées par la loi et le décret. Depuis le 1^{er} janvier 2007, tout nouveau cabinet médical ou tout nouvel immeuble

comprenant un cabinet médical doit répondre à ces exigences.

2/ Les aménagements à effectuer

L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements, et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements. Des arrêtés du 1^{er} août 2006 et du 30 novembre 2007 précisent les aménagements à effectuer. Par exemple :

- tout parc de stationnement doit comporter des places adaptées pour les personnes handicapées situées à proximité de l'entrée de l'établissement;
- tout escalier de trois marches ou plus doit notamment comporter une main courante et être antidérapant;
- les sanitaires doivent comporter au moins un cabinet d'aisance aménagé pour les personnes handicapées

circulant en fauteuil roulant et un lavabo accessible.

Des dérogations techniques à ces dispositions sont prévues pour ces nouveaux établissements en raison des caractéristiques du terrain, de la prévention des risques, notamment d'inondation, ou de la présence de constructions déjà existantes.

une habitation dans des locaux à usage d'habitation existants. Des dérogations sont également prévues pour les établissements existants ou modifiés (en cas de préservation du patrimoine, par exemple).

4/ Les démarches à effectuer

Une autorisation de construire, aménager ou modifier un établissement recevant du public est nécessaire avant de commencer les travaux. Le dossier de demande d'autorisation est déposé à la mairie de la commune dans laquelle sont envisagés les travaux. Cette autorisation n'est délivrée par le préfet ou le maire selon les cas (article R.111-19-13) que si les travaux projetés sont conformes aux règles d'accessibilité des personnes handicapées (article R.111-19-14). Pour les travaux soumis à permis de construire, ce dernier tient lieu d'autorisation de travaux (article R.111-19-15).

3/ Le calendrier

À compter du 1^{er} janvier 2015, les cabinets médicaux existants doivent également se conformer aux obligations d'accessibilité des personnes handicapées. Il est possible de ne mettre qu'une partie du cabinet en conformité. À compter du 1^{er} janvier 2011, il en va de même pour les établissements créés par changement de destination pour accueillir une profession libérale, c'est-à-dire la création d'un cabinet médical seul ou d'un cabinet médical avec

Suivant les dispositions de l'article L.111-17-4, une attestation d'achèvement des travaux doit stipuler la prise en compte des règles relatives à l'accessibilité. Cette attestation n'est nécessaire qu'à l'issue de l'achèvement de travaux soumis à permis de construire. Une autorisation d'ouverture d'un établissement recevant du public est, en outre, nécessaire;

cette autorisation est délivrée après le contrôle par une commission départementale de sécurité et d'accessibilité du respect des règles de l'accessibilité des personnes handicapées (article L.111-8-3 et R.111-19-13). Une décision de fermeture peut être prise (article L.111-8-3-1 du code de la construction et

de l'habitation) :

- quand un cabinet existant ayant bénéficié d'une autorisation ne respecte pas les dispositions de celle-ci;
- à partir du 1^{er} janvier 2015, pour un cabinet qui n'aurait pas été mis en conformité avec les règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

» **Caroline Nicet-Blanc,**
conseiller juridique du Cnom

Si l'objectif de cette réglementation est louable, nous sommes perplexes sur sa mise en œuvre dans les entreprises libérales de très petite taille. Devant la complexité de ces mesures, nous suggérons aux médecins de prendre les conseils d'un architecte avant tout achat ou construction d'un cabinet médical ainsi qu'avant la réalisation de travaux.

Fin de vie : nouvelle version de l'article 37

..... **Le Cnom, réuni en session le 6 février 2009, a approuvé une nouvelle rédaction de l'article 37 du code de déontologie qu'il propose à la ministre de la Santé.**

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique, et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. Dans les cas prévus aux articles L.1111-4 et L.1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de

limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes. Cette procédure peut également être initiée dans le respect des directives anticipées du patient ou à la demande de la personne de confiance. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins, si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant.

L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5, dans les conditions prévues au I et au II du présent article, et lorsque la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, le médecin a recours aux traitements antalgiques et sédatifs permettant d'assurer la dignité de la fin de vie du patient. »

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : les mesures à retenir

..... La loi de financement de la sécurité sociale 2009 a été publiée au *Journal officiel* du 18 décembre 2008. Voici les dispositions qui concernent l'exercice médical.

Traitement social des dividendes servis par les SEL (article 22)

Mettant fin à une controverse juridique et judiciaire, la loi soumet expressément à cotisations sociales les dividendes perçus par les praticiens exerçant leur activité en SEL. Dans le débat parlementaire, le gouvernement a indiqué que cette mesure conduirait à rétablir l'équité entre cotisants qui exercent la même activité, que ce soit en nom propre ou sous forme de SEL. Cette mesure prendra effet au 1^{er} janvier 2009 même si un décret doit préciser les modalités de calcul de l'assiette des cotisations sociales.

Seront exclus de l'assiette pour chaque associé, 10 % des apports ayant concouru à la formation du capital social ainsi que les apports en compte courant. L'impact de cette exonération de l'assiette sera, dans la pratique, marginal.

Rémunération des enseignants de médecine générale (article 39)

Les unions régionales des caisses d'assurance maladie concluront avec chaque enseignant titulaire ou non titulaire de médecine générale un contrat qui prévoira des engagements individualisés pouvant porter sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à toute

action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention et à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que la participation à la permanence de soins. Ce contrat sera conforme à un contrat type élaboré par l'Urcam, et en contrepartie de sa signature, le médecin percevra une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale. Le Conseil national de l'Ordre des médecins, dans le souci de l'équité de traitement de l'ensemble des personnels enseignants quelle que soit leur spécialité, n'avait pas estimé pour sa part opportun de créer des obligations spécifiques aux enseignants de médecine générale dans leur pratique médicale ambulatoire.

DEUX ARTICLES CENSURÉS PAR LE CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 11 décembre 2008, a censuré d'office une vingtaine d'articles dans la loi de financement de la sécurité sociale, estimant, en particulier, qu'ils n'avaient pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses de sécurité sociale, et qu'à ce titre, ils ne pouvaient pas figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale. Parmi les articles censurés, deux concernaient plus particulièrement les médecins.

Le premier, suggéré par le Conseil national de l'Ordre des médecins, permettait aux médecins d'obtenir la qualification de médecin compétent en plus de leur spécialité de base. Cette qualification était particulièrement

utile et attendue par les médecins, notamment dans le domaine de la cancérologie. L'amendement sera donc certainement rediscuté dans le cadre du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » où il devrait logiquement être voté en termes identiques et ne s'exposera pas à la censure du Conseil constitutionnel dès lors que la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » n'est pas une loi de finances.

A également été censurée la disposition suivant laquelle le directeur général de l'Uncam fixait la contribution que devaient payer les professionnels de santé pour chaque feuille de soins transmise sur un support papier.

Référentiel de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série (article 34)

Le rapport de l'Uncam cité par l'Assemblée nationale constate des variations très significatives dans les traitements prescrits aussi bien en ville qu'à l'hôpital à des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable, et la ministre de la Santé a cité devant le Parlement l'exemple des actes de masso-kinésithérapie prescrits à la suite d'une prothèse de hanche à des fins de rééducation : suivant les départements, le nombre moyen de séances prescrites varie de 11 à 37. La loi prévoit donc que la prise en charge des actes en série peut être subordonnée au respect d'un référentiel approuvé par la HAS qui fixera le nombre maximal d'actes au-delà duquel les actes supplémentaires ne seront pris en charge que dans le cas d'une procédure d'accord préalable du service du contrôle médical.

Régulation de la consommation des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus de la T2A (article 47)

Les volumes concernés sont importants, puisqu'en 2006, 61 % des médicaments étaient facturés en sus de la T2A, et en particulier les médicaments anticancéreux. Des mécanismes de régulation sont mis en place pour maîtriser l'évolution des dépenses, et l'ARH pourrait, sur la base des recommandations émises par la HAS, l'Afssaps et l'Inca s'assurer de la justification par un établissement du

dépassement du taux prévisionnel d'évolution fixé par l'État. Les établissements pourront voir la prise en charge de ces médicaments réduite à concurrence de 10 % s'ils ne respectent pas les règles édictées. La loi prévoit que la différence entre les montants remboursables et les montants remboursés ne peut être facturée aux patients. Il paraît cependant évident que si les dotations hospitalières diminuent, cela ne sera pas sans impact sur la prise en charge des patients. Il est également prévu de subordonner la prise en charge des médicaments orphelins à une prescription

initiale effectuée par un centre de référence de la maladie ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

Prescription en dénomination commune internationale (article 50)

Le Parlement a rendu obligatoire la prescription en DCI au sein des groupes génériques, autrement dit pour les catégories de médicaments où la substitution est déjà en cours. Cette mesure est censée favoriser le développement des médicaments génériques, la France comptant un retard par rapport à ses voisins européens.

Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques (article 59)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a déjà permis de mettre sous accord préalable des établissements qui ont anormalement facturé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire. Cette procédure est

désormais étendue aux établissements qui réalisent une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels de la HAS ou un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies pour une activité comparable à partir des données du PMSI.

Récupération sur les tarifs des Ehpad des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie (article 62)

Le Parlement a fait le constat que dans les Ehpad ayant opté pour le tarif journalier global (qui inclut la rémunération des médecins, des auxiliaires médicaux, les examens de biologie et de radiologie et les médicaments), les caisses ont remboursé des dépenses de soins des résidents liées à des actes médicaux facturés en sus du tarif soins. La loi permet à l'Assurance maladie

de récupérer ces prises en charge à titre individuel auprès d'un établissement. Pour reprendre les termes du rapport présenté à l'Assemblée nationale : « Cette procédure permet de résoudre cette double prise en charge sans pénaliser le résident en cause ni limiter la liberté des résidents des Ehpad d'aller consulter des médecins hors de l'établissement, ou la liberté de ces médecins d'établir une prescription pour cette catégorie de clients. »

Droit de prescription des pédicures-podologues (article 61)

La loi permet aux pédicures-podologues, dans le cadre d'un renouvellement, d'adapter les prescriptions initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans. Selon le Parlement, cette mesure permettra aux pédicures-podologues d'ajuster la prescription initiale à l'évolution des besoins du patient. Elle favoriserait aussi la prise en charge thérapeutique des diabétiques dont les orthèses doivent être adaptées très régulièrement. Le renouvellement

de prescription sera interdit en cas d'opposition du médecin. Un décret précisera les conditions de mise en œuvre de cette disposition.

Cumul emploi-retraite : libéralisation du cumul pour les bénéficiaires du taux plein (article 88)

Conformément au souhait du Conseil national de l'Ordre des médecins, les conditions dans lesquelles un retraité peut cumuler une pension de retraite et un revenu d'activité professionnelle ont été libéralisées, et toutes les restrictions en vigueur (plafond de cumul des ressources, délai de latence de six mois avant de retourner chez son dernier employeur pour les médecins salariés) ont été supprimées dès lors que le retraité a liquidé toutes ses pensions de retraite personnelles auprès des régimes obligatoires d'assurance vieillesse et qu'il justifie d'une durée d'assurance au moins égale à la durée limite (40 ans et 1 trimestre en 2009 permettant d'obtenir une liquidation de pension à taux plein à 60 ans) ou a atteint l'âge de 65 ans.

Pénalités financières (article 115)

Comme l'a rappelé le Parlement dans ses travaux, l'objectif recherché avec la mise en place des pénalités financières introduites par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie consiste à « disposer d'une procédure de sanctions administratives qui soit dissuasive en prévoyant une pénalité financière modulable mais qui soit moins lourde que le recours à la procédure pénale ou à une procédure ordinaire dans le cas des professionnels de santé. »

« Trois ans après la mise en œuvre effective de cette disposition, il apparaît qu'elle a été peu utilisée en raison, semble-t-il, de la lourdeur du dispositif et du caractère peu dissuasif du montant des pénalités. » De façon générale, sont concernés les inobservations du code de la sécurité sociale et du code de la santé publique ayant entraîné un préjudice financier.

Il y a lieu de relever que, dans le nouveau dispositif, pourront faire l'objet de pénalités financières les professionnels de santé qui ne répondent pas aux demandes de pièces justificatives d'information et de convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou des services du contrôle médical dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable. Encore faut-il que ces demandes soient bien en rapport avec leurs missions et que le patient ne s'oppose pas à la transmission de documents le concernant... On notera aussi que le barème des pénalités est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés et peut atteindre au maximum 50 % du montant de l'indu. Si le préjudice de l'organisme ne peut être évalué, la pénalité est fixée forfaitairement dans la limite de 2 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale. Enfin, une procédure dérogatoire est prévue pour des cas de fraude qui seront définis par voie réglementaire. Cette procédure dérogatoire permettra au directeur de prononcer une sanction sans solliciter l'avis de la commission des pénalités comprenant des représentants de la profession concernée. En tout état de cause, il s'agit d'un simple avis, le directeur décidant seul de la sanction. Dans le cas de fraudes, les pénalités sont portées à 200 % de la valeur de l'indu et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

À cette occasion, le Conseil national entend rappeler que les caisses primaires d'assurance maladie ne doivent pas devenir les juges de la déontologie médicale et que le système des pénalités financières ne devrait pas s'appliquer lorsqu'est en cause un manquement à la déontologie médicale. Dans ce cas, l'Ordre des médecins, seul compétent, devrait être saisi par l'organisme d'assurance maladie.

APPEL À CANDIDATURES POUR LE RENOUELEMENT PAR TIERS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

..... En application de l'article L.4132-2 du code de la santé publique, le Conseil national procédera aux élections pour le 18^e renouvellement par tiers des membres du Conseil national.

Ces élections auront lieu :

LE JEUDI 11 JUIN 2009

Les membres sortants sont les Docteurs Kennel (Alsace), Biclet, Boissin et Rougemont (Ile-de-France, département de la Ville de Paris), Bouet (Ile-de-France, départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise), Montane (Languedoc-Roussillon), Deau (Lorraine), Prentout (Haute-Normandie), Vorhauer (Picardie), Zattara (PACA), Knopf (Rhône-Alpes), Chow-Chine (titulaire, Guyane), Loupec (suppléant, Guyane).

Seront à pourvoir les postes :

- d'un membre pour la **région Alsace**
- de trois membres pour la **région Ile-de-France** (département Ville de Paris)
- d'un membre pour la **région Ile-de-France** (départements Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise)
- d'un membre pour la **région Languedoc-Roussillon**
- d'un membre pour la **région Lorraine**
- d'un membre pour la **région Haute-Normandie**
- d'un membre pour la **région Picardie**
- d'un membre pour la **région Provence-Alpes-Côte d'Azur**
- d'un membre pour la **région Rhône-Alpes**
- d'un membre titulaire et d'un membre suppléant pour la **région Guyane**

Envoi et date limite de la candidature

Selon l'article R.4122-1 du code de la santé publique, le candidat se fait connaître par lettre adressée au président du Conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann, 75008 Paris), revêtue de sa signature et **recommandée avec demande d'avis de réception**.

Elle peut aussi être déposée au Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

Il devra, en outre, indiquer le siège auquel il se présente.

- Un même candidat au Conseil national et à la Chambre disciplinaire doit rédiger deux actes de candidature distincts qu'il place dans une seule enveloppe.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national 30 jours au moins avant le jour de l'élection. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mercredi 13 mai 2009 à 16h** (article R.4125-1).

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable.

Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance et, le cas échéant,

sa qualification professionnelle.

Il peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif) selon les dispositions de l'article R.4123-2-4° du code de la santé publique : « Celle-ci, rédigée en français sur une seule page qui ne peut dépasser le format 210x297 mm (A4), en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L.4121-2. »

Cette profession de foi sera ensuite photocopiée, en l'état, en fonction du nombre des électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Sont éligibles

Les médecins inscrits au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre du ressort de la région à condition :

- de posséder la nationalité française ou d'être ressortissant de l'un des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- d'être à jour de leur cotisation ordinale

Ne sont pas éligibles

Les praticiens faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L.4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L.145-2 du code de la sécurité sociale.

Incompatibilités de fonctions

Il est interdit de cumuler les fonctions de membre d'un conseil de l'Ordre ou d'une chambre disciplinaire ordinale avec la fonction de médecin habilité à accompagner l'EPP.

Les électeurs

Sont électeurs pour chacune des régions concernées les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région.

Le vote a lieu par correspondance. Il est adressé ou déposé, obligatoirement, au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (article R.4122-2 du CSP).

Le scrutin prend fin le jour de l'élection, le **jeudi 11 juin 2009 à 18h**. Tout bulletin parvenu après cette date n'est pas valable (article R.4122-3 du CSP).

Le dépouillement aura lieu le **jeudi 11 juin 2009 à 18h05** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins, 180 boulevard Haussmann, 75008 PARIS.

APPEL A CANDIDATURES POUR L'ÉLECTION DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

..... En application de l'article R.4122-6 du code de la santé publique, les membres titulaires du Conseil national de l'Ordre des médecins se réuniront le jeudi 25 juin 2009 à 17h, au 180, boulevard Haussmann, 75008 PARIS, pour le 1^{er} renouvellement des membres de la Chambre disciplinaire nationale.

IL Y AURA LIEU D'ÉLIRE :

6 membres titulaires et 6 membres suppléants pour le collège interne de la Chambre nationale dont la durée du mandat est de deux ans (art. R. 4122-5 CSP).

Les membres sortants de ce collège sont :

Titulaires : Docteurs Biclet, Colson, Cressard, Kennel, Mornat, Zattara.

Suppléants : Docteurs Chow-Chine, Fillol, Knopf, Lagarde, Léon.

2 membres titulaires et 2 membres suppléants du collège externe de la Chambre nationale, dont la durée du mandat sera de six ans.

Les membres sortants de ce collège sont :

Titulaires : Docteurs Calloc'h et Munier.

Suppléants : Docteurs Cresp et Rossant-Lumbroso.

ÉLECTEURS ET VOTES

Sont électeurs les membres titulaires du Conseil national.

Ne peuvent voter que les membres titulaires **présents** à la réunion du jeudi 25 juin 2009 (art. R.4125-2 CSP)

- Le vote par procuration n'est pas admis (art. R.4125-1 CSP).
- Le vote a lieu à bulletin secret. Le dépouillement est public (art. R.4122-7 CSP).
- L'élection est acquise à la majorité simple des membres présents ayant voix délibérative (art. R.4122-7 CSP).

ÉLIGIBILITÉ ET DÉPÔT DES CANDIDATURES

Sont éligibles

- **Au collège interne** les seuls membres élus au sein du Conseil national, y compris ceux qui seront élus le 11 juin 2009.
- **Au collège externe** tout membre actuel du conseil départemental ou régional ou ancien membre de l'Ordre (départemental, régional ou national).

Les conseillers candidats doivent être :

- a) de nationalité française (article L.4122-3 du code de la santé publique) ;
- b) à jour de leur cotisation ordinale.

Ne sont pas éligibles

- Les conseillers faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L.4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L.145-2 du code de la sécurité sociale.

Incompatibilités de fonctions

Il est interdit de cumuler les fonctions de :

- 1- Membre de la Chambre disciplinaire nationale et de membre d'une chambre disciplinaire de 1^{re} instance (art. L.4122-3 CSP).
- 2- Membre de la Chambre disciplinaire nationale et de médecin habilité à accompagner l'EPP.

Acte de candidature

Le candidat doit - obligatoirement - indiquer dans sa lettre (art. R.4122-6 CSP) :

- ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, ses titres, sa qualification, son mode d'exercice et ses fonctions éventuelles dans les organismes professionnels ;
- le collège de la chambre auquel il se présente ;
- ses fonctions actuelles ou anciennes au sein de l'Ordre.

Il peut joindre à sa candidature **une profession de foi** (facultatif). Celle-ci doit être rédigée sur une feuille de format A4 (210x297 mm) séparée de la candidature, en noir et blanc et sur une seule page. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre en application de l'article L.4121-2 CSP.

Cette profession de foi sera ensuite photocopiée, en l'état, en fonction du nombre d'électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Un membre suppléant du collège externe qui n'est pas en fin de mandat peut faire acte de candidature pour le collège externe sans devoir démissionner :

- **a)** Dans le cas où il serait élu titulaire, son siège de suppléant restera vacant.
- **b)** Dans le cas où il serait réélu suppléant, son mandat aura une durée de six ans à partir du jour de l'élection et son siège initial de suppléant restera vacant.
- **c)** Dans le cas où il ne serait pas élu (ni titulaire, ni suppléant), il garde son siège initial.

Un même candidat au Conseil national et à la Chambre disciplinaire doit rédiger deux actes de candidature distincts qu'il place dans une seule enveloppe.

Envoi et date limite de la candidature

Le candidat se fait connaître par lettre adressée au président du Conseil national (180, boulevard Haussmann, 75008 PARIS) revêtue de sa signature et **recommandée avec demande d'avis de réception**.

Elle peut aussi être déposée au Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

La candidature doit impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national, 30 jours au moins avant le jour de l'élection. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mercredi 13 mai 2009 à 16h** (article R.4125-1 CSP).

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

1. Un membre sortant du Conseil national peut, s'il le souhaite, demander expressément dans son acte de candidature au collège interne de la Chambre nationale que cette candidature soit reportée au collège externe dans le cas où il ne serait pas réélu au Conseil national.

Tout candidat au Conseil national qui fait également acte de candidature à la Chambre disciplinaire peut, s'il le souhaite, demander expressément que cette candidature soit reportée au collège externe dans le cas où il ne serait pas élu au Conseil national.



Tests généétiques : la fin de l'innocence

La génétique est-elle en train de nous faire miroiter l'espoir de maîtriser un jour la totalité des maladies? Veut-elle nous faire croire au mythe de l'enfant parfait? Questions inéluctables lorsque l'on aborde, comme ce fut le cas lors de la dernière Journée d'éthique organisée par l'Ordre, le dossier des tests génétiques à des fins médicales... Entre mirage et progrès scientifique réel, bien des problèmes éthiques se posent.



A ce jour, 12000 maladies héréditaires ont été recensées. Un millier d'entre elles disposent déjà de tests génétiques valables, et avec les avancées du séquençage du génome humain et les progrès de la biotechnologie, on n'en restera pas longtemps à ce stade. On ne peut que se réjouir de ce formidable mouvement s'il s'agit de comprendre et de combattre la maladie. Mais comment nier qu'il comporte aussi des zones d'ombre? Les généticiens sont les premiers à admettre la nécessité

de réfléchir aux « bouleversements importants » que cette discipline engendre... d'autant plus que le mouvement les dépasse depuis que fleurissent sur Internet des propositions de tests ADN plus « alléchantes » les unes que les autres, émanant de sociétés privées aux objectifs éminemment lucratifs. Et ce n'est qu'un début! Pour Simone Gilgenkrantz, professeur émérite de génétique humaine à la faculté de médecine de Nancy, « *la commercialisation des tests génétiques va connaître un engouement considérable* ». Cette spécialiste de génétique humaine en reste d'ailleurs perplexe. « *Je peux*

EN CHIFFRES

12000

maladies héréditaires

ont été recensées dans le OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man)



« Les hommes auraient passé leur vie, auparavant dans des cavernes à attendre, oisifs et moroses, leur mort, (...) mais, dès qu'on leur eut retiré la connaissance de l'heure de leur mort, l'espoir naquit en eux ; les hommes s'éveillèrent alors et se mirent à transformer leur monde en un monde habitable. »

Eschyle, Prométhée



POINT DE VUE de l'Ordre

« Le recours aux tests doit rester strictement médical »



D^{rs} François Stefani et Pierrick Cressard

Section éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre

Il nous faut regarder la génétique, comme toute invention humaine, sous ses deux faces. D'un côté, elle a permis des progrès majeurs dans la connaissance des maladies héréditaires et parfois dans leur évitement (l'hémophilie, etc.). De l'autre, elle présente des dérives très préoccupantes. Par exemple, quel intérêt y a-t-il pour un patient à lui poser le diagnostic et le pronostic d'une pathologie mortelle... qui se développera peut-être dans trente ans? A-t-on le droit de lui gâcher ainsi la vie alors que demain, peut-être, on saura le guérir? L'incertitude du destin est non seulement une source créatrice mais aussi une source de joie puisqu'elle permet l'espoir... Actuellement, alors qu'il existe des codes internationaux interdisant toute manipulation sur la personne sans son consentement, on veut s'autoriser à manipuler des œufs fécondés! Mais sous des arguments très politiquement et socialement corrects, ne risquons-nous pas de donner prise au mythe de l'enfant parfait et à son pendant

inévitabile, l'eugénisme? Cette toute-puissance de la génétique qui est en train de nous envahir ne risque-t-elle pas de nous faire oublier ce qui fonde l'homme, c'est-à-dire moins ses gènes que sa culture, son environnement, la société qui l'entoure?

Cela étant, on ne peut désapprouver le recours aux tests génétiques lorsqu'il est bénéfique aux patients et aux familles. Mais il est essentiel que ce recours se situe dans un cadre strictement médical. Et en dehors de toute démarche commerciale, car le patient qui prend connaissance de sa « positivité » a besoin d'un accompagnement médical pour interpréter ce résultat, bien au-delà de la brutalité de cette information. Il est par ailleurs indispensable de procéder dans des conditions qui garantissent le respect du secret médical. Il est effectivement souhaitable, bien souvent, que la parentèle soit prévenue; cela doit se faire par la persuasion et en aucun cas par la trahison de la confiance que le patient accorde à son médecin.

EN CHIFFRES

5 maladies génétiques

En population générale, un dépistage néonatal généralisé de cinq maladies génétiques existe depuis plusieurs années : la phénylcétonurie, l'hyperplasie congénitale des surrénaïdes, l'hypothyroïdie (maladie à hérédité complexe), la drépanocytose (dans certaines populations à risque), et, plus récemment, la mucoviscidose.

vous citer le cas d'un Américain, Richard Powers : après avoir fait réaliser le séquençage complet de son génome (350 000 dollars), il a « découvert » qu'en menant une vie plus saine, il pourrait se préserver de certaines maladies dégénératives. À mon avis, il aurait été possible d'arriver à la même conclusion sans recourir au séquençage ! »

Au cours de cette Journée d'éthique consacrée aux tests génétiques (voir l'encadré « Initiative » ci-dessous), l'Ordre des médecins a su mettre en évidence la complexité du sujet. Le dialogue entre généticiens et éthiciens, mais aussi la diversité des exemples présentés ont bien montré les faces lumineuses de cette discipline qui sauve des vies – dans des cas de thrombophilies ou de l'hémochromatose – et ses faces plus sombres... Dans des maladies graves d'apparition tardive, actuellement sans traitement, elle peut

aussi détruire des vies. Certes, en identifiant une mutation génique, les tests permettent à la personne porteuse de mettre en place d'éventuelles mesures pour vivre mieux sa maladie, voire en repousser au maximum l'échéance, mais ils risquent aussi et plus sûrement de gâcher des années de vie « innocente ». Voire d'empêcher l'avènement de vies qui auraient pu être menées normalement, si l'on pense au diagnostic préimplantatoire.

« Une tragédie shakespearienne »

Une multitude de questions ont jailli de ces débats. Ainsi, lorsqu'on découvre une maladie génétique ou une prédisposition forte chez un patient, peut-on négliger d'en informer sa parentèle au nom du secret médical ? Le porteur d'une maladie héréditaire n'a pas toujours envie de le faire savoir et

Initiative

L'Ordre porte le débat



P^r Jacques Roland

L'Ordre des médecins a consacré, le 22 janvier dernier, à Paris, sa dernière Journée d'éthique aux « tests génétiques

à des fins médicales ». Devant une assemblée nombreuse et attentive, le P^r Jacques Roland, président d'honneur du Conseil national, a ouvert la séance en évoquant l'actualité brûlante du thème. Le Conseil de l'Europe vient en effet de publier un « Protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine relatif aux tests génétiques à des fins

d'aviser des parents plus ou moins éloignés. Au Pr Christian Hervé, directeur du laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (Paris-V) et modérateur des débats de la matinée, qui s'interrogeait au nom de l'intérêt collectif et de la santé publique, les généticiens, souvent confrontés au problème, ont répondu avec prudence. Pour protéger le secret médical tout en assurant ce devoir d'information, la loi de bioéthique de 2004 a chargé l'Agence de biomédecine de prévenir la parentèle. Elle ne révèle rien mais propose, dans un courrier, que des tests génétiques soient effectués. Reste qu'accéder à cette connaissance n'est pas une obligation. Toute personne reste libre de savoir ou de ne pas savoir – cela a été amplement souligné. Les cas les plus douloureux sont évidemment ceux dont la révélation débouche sur une impuissance complète de

D^r Yves Léopold, généraliste, membre du conseil de l'Ordre des médecins du Vaucluse

témoignage



“

La génétique dans l'activité du médecin généraliste ne date pas d'aujourd'hui, mais avec l'oncogénétique – entre autres –, nous sommes entrés dans un nouveau registre. Cela dit, la plupart du temps, nous avons des solutions à proposer. La médecine prédictive dans les maladies à révélation tardive pose bien plus de problèmes : je crains que l'on

remplace l'illusion d'une médecine qui guérit tout par l'illusion d'une médecine qui prédit tout!

Dans les cas les plus lourds, le rôle du généraliste n'est pas facile.

Son point de vue "expert" doit d'autant moins s'imposer au patient "qui ne sait pas" que sur les pathologies rares, les patients en savent souvent bien plus long que nous... Cela étant, même s'il intervient dans le cadre d'un réseau, à long terme le médecin traitant se retrouve seul face à son patient; l'empathie constitue alors sa meilleure arme.

Mais l'absence de solution thérapeutique n'interdit pas la recherche du diagnostic... sauf à limiter le champ diagnostique à celui des maladies curables.

”

devant les médecins

médicales ». Dans l'Hexagone, en prévision de la prochaine révision des lois de bioéthique, le Conseil d'État a chargé un groupe de travail de réfléchir aux tests de paternité, tandis que l'Inserm vient de publier « un rapport collectif majeur sur le sujet », a précisé le Pr Roland. C'est dire qu'à l'heure où les tests génétiques se vendent désormais sur Internet, cette réflexion éthique est nécessaire. Les intervenants – le Pr Christian Hervé, directeur du Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (Paris-V) et le Pr Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP en tête – ont d'ailleurs salué l'initiative ordinaire de porter cette réflexion devant les médecins et, au-delà,

sur la scène publique. « *Qui mieux que les médecins peut assumer cette problématique sur le terrain ?* », a demandé le Pr Hirsch... Le sujet n'est ni simple ni confortable. Car la génétique, le Pr Hervé l'a rappelé, touche « *aux éléments fondamentaux de notre être et de la société, notamment par la filiation* ». Elle peut donc remettre en question l'ordre établi. « *Nous devons être conscients des bouleversements que nous risquons de susciter* », a-t-il prévenu. Après une présentation du Pr Gilgenkrantz sur la place de la génétique en médecine clinique et sur les enjeux pour le futur, des intervenants ont illustré l'intérêt des tests à partir d'exemples concrets : l'hémochromatose,

l'oncogénétique et les thrombophilies constitutionnelles (voir notre rubrique « Réflexion », page 11). La séance de l'après-midi, centrée sur les tests génétiques à visée prédictive dans les maladies graves à révélation tardive, a été beaucoup plus perturbante. Le cas extrême de la chorée de Huntington, présenté par le Pr Sylvie Manouvrier, a montré la difficulté de l'exercice. « *Que faire d'un savoir qui nous laisse impuissant ?* », s'est interrogé Emmanuel Hirsch. En écho, Christian Hervé l'a rappelé, « *les lois sont là pour fixer des limites, mais il importe que les médecins mènent leur propre réflexion.* » Cette journée éthique de l'Ordre était destinée à les y aider.

BON À SAVOIR

➤ Les tests génétiques déjà disponibles...

➤ **Le diagnostic prénatal** porte surtout sur des pathologies chromosomiques ou les malformations (mais pourrait être étendu à certains cancers). Il est légal en France mais se heurte à des mouvements anti-avortement.

➤ **Le diagnostic préimplantatoire** constitue un véritable parcours de combattant pour les couples (stimulation ovarienne, biopsie embryonnaire et DPN). Autorisé avec réticence en 1994, il n'est pratiqué que dans trois centres en France. Un premier enfant est né de cette technique en 2000. Depuis, seuls cinq enfants sont nés après DPI.

➤ **Le diagnostic présymptomatique** se pratique avant la survenue de la maladie. Très encadré par la loi, interdit sur les mineurs (sauf dérogations), il doit être réalisé par un laboratoire et un médecin agréés, prescrit au sein d'une équipe multidisciplinaire agréée par l'Agence de biomédecine. Plus le risque d'être porteur de la mutation génique est élevé, plus le diagnostic de la maladie est mauvais et plus la décision de faire pratiquer le test est lourde. Lorsqu'il y a un projet d'enfant, la personne (ou sa descendance) peut alors choisir de demander un DPN ou un DPI.

➤ Les tests génétiques à venir...

➤ **Le diagnostic de prédisposition** vise deux types de gènes. Les premiers, très proches des gènes des maladies mendéliennes, impliquent une forte prédisposition (cancer de la prostate, entre autres). Les seconds (les SNP) impliquent seulement un risque plus élevé de développer telle pathologie que pour l'ensemble de la population.

➤ **Les tests pharmacogénomiques** suscitent beaucoup d'espoirs car ils ont pour ambition de mieux adapter les médicaments aux malades, de réduire les effets secondaires indésirables en s'appuyant sur certains variants qui interviennent dans le métabolisme et font que les réponses aux médicaments sont très différentes d'un individu à un autre.

la médecine. Face à ces situations, le Pr Sylvie Manouvrier, présidente du Collège national des enseignants et praticiens de génétique médicale, a avoué son désarroi. Comment ne pas le comprendre? Devoir répondre aux demandes de ceux qui, non malades, veulent – ou croient vouloir – savoir s'ils sont porteurs de la maladie qui a dévasté un père, une mère sous leurs yeux, cela crée parfois « des situations dignes d'une tragédie shakespearienne », comme l'a expliqué Marcela Gargiulo, psychologue (consultation de médecine prédictive à l'Institut de myologie au CHU de la Pitié-Salpêtrière, à Paris). Et de préciser que les équipes vivaient comme une victoire le fait de voir des personnes renoncer au test qu'elles étaient venues chercher.

C'est parfois « un savoir qui peut tuer » (Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP). Le fait qu'un délai de réflexion soit désormais obligatoire avant d'entamer la procédure d'un diagnostic présymptomatique est en tout cas bien vécu par les généticiens. Pour autant, faut-il condamner la médecine prédictive? Dans le domaine du cancer, notamment, elle offre des pistes très prometteuses, comme l'a fort bien expliqué le Pr Stoppa-Lyonnet, chef du service de génétique oncologique à l'Institut Curie (Paris) et professeur à l'université Paris-V (voir l'entretien page suivante). Mais attention aux mirages : il ne suffit pas de ne pas être porteur d'un gène prédisposant au cancer de la prostate pour en être épargné à coup sûr...

POINT DE VUE extérieur



Pr Dominique Stoppa-Lyonnet, chef du service de génétique oncologique à l'Institut Curie (Paris) et professeur à l'université René-Descartes (Paris-V)

+ D'INFOS :

www.conseil-national.medecin.fr
Vous y trouverez une synthèse de la Journée d'éthique ordinaire du 22 janvier

<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/html/203.htm>
Pour lire le protocole additionnel du Conseil de l'Europe

ist.inserm.fr/basisrapports/tests-genetiques.html
Pour consulter le rapport collectif de l'Inserm

www.espace-ethique.org
Le site de l'Espace éthique de l'AP-HP avec de nombreuses contributions sur ce thème

“ Il faut apprendre à repérer les prédispositions génétiques aux cancers ”

interview

Le cancer est-il une maladie héréditaire ?

P^r Dominique

Stoppa-Lyonnet : Le lien entre hérédité et cancer était pressenti depuis longtemps.

Ce n'est qu'en 1986

qu'un premier gène de disposition au cancer a été identifié, le gène RBI. Une mutation constitutionnelle du gène BRCA1, portée par un seul allèle, est associée à un risque très élevé (90 %) de rétinoblastome dans les premiers mois de vie. Depuis, grâce au clonage positionnel, une quarantaine de gènes de prédisposition ont été identifiés. Cela étant, on ne peut pas dire que le cancer est une maladie héréditaire. Ce que l'on peut dire, c'est que dans un certain nombre de cas, pas les plus nombreux, il y a une mutation génétique qui augmente le risque de développer un cancer. On sait par exemple que 45 % des femmes présentant une altération du gène BRCA1 développeront un cancer du sein avant l'âge de 50 ans. Comme dans la population générale, ce risque a augmenté chez les femmes mutées au cours des dernières décennies : il est deux fois plus élevé chez les femmes nées après 1940 par rapport à celui des femmes nées avant 1940.

À partir de cette donnée, va-t-on devoir multiplier les tests génétiques à titre préventif ?

P^r D. S. : Le Plan cancer a permis un renforcement du réseau de consultations d'oncogénétique et une augmentation du nombre de tests réalisés dans les laboratoires afin d'offrir un meilleur accès aux tests de prédisposition génétique, notamment pour les cancers du sein et du côlon. Entre 2003 et 2006, grâce au soutien de l'Institut national du cancer (INCa), le nombre de consultations et de tests génétiques a doublé. Mais il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

Le corps médical est-il bien informé sur ces possibilités ?

P^r D. S. : Il faut l'avouer, trop de médecins, aujourd'hui encore, considèrent qu'aucun cancer n'est héréditaire. Même si rares sont les situations de prédisposition, il faudrait que les médecins de premier recours aient le réflexe de poser quelques questions simples pour repérer les situations familiales à risque (nombre de cas, âge précoce de survenue d'un cancer, cancers multiples, etc.). Et, en cas de doute, qu'ils n'hésitent pas

à entrer en contact avec une consultation d'oncogénétique.

Des diagnostics prénatals et préimplantatoires dans les formes héréditaires du cancer sont-ils envisageables ?

P^r D. S. : Que ce soit pour le DPN (et l'IMG) ou pour le DPI, le législateur a laissé la décision d'accéder ou non à la demande des couples à l'appréciation d'équipes médicales pluridisciplinaires, au sein des CPDPN. En 2006, l'INCa et l'Agence de la biomédecine ont commandé un rapport sur la question, qui recommande de ne pas modifier la loi et de laisser les CPDPN au centre des décisions. Ceux-ci attestent de la gravité et de l'incurabilité de la situation en prenant en compte l'importance des risques tumoraux, des capacités de traitement et de prévention, le retentissement sur la qualité de vie de ces mesures de traitement et de prévention. L'information et l'accompagnement permettent aux couples de décider de recourir ou non à un DPN ou un DPI. L'autorisation peut être délivrée en particulier dans des situations de risques très élevés de cancers survenant dans l'enfance.



Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner ?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann – 75389 Paris Cedex 08



« Je réagis vivement à l'article sur la mobilité professionnelle des médecins de l'Union européenne paru dans le magazine Médicins de novembre-décembre 2008. Un exergue, page 22, nous apprend que "tout ce que peuvent faire les conseils départementaux de l'Ordre, c'est négocier".

TOUT EST DIT. Pour ma part, j'ai pu constater en pratique l'extrême variabilité des connaissances et compétences médicales – donc vraisemblablement des formations reçues – de prétendus confrères venant de pays de l'Est, qui affluent littéralement à l'heure actuelle, surtout ceux parlant français comme souvent les Roumains. Variabilité confirmée par les témoignages de leurs anciens patients sur la pratique médicale dans leur pays d'origine, qui me fait dire qu'il y a URGENCE à adopter une politique d'accueil moins laxiste, dans la ligne de celle de nos homologues britanniques. (...) À l'heure actuelle, médecins bulgares et roumains, entre autres, peuvent joyeusement s'engouffrer dans la brèche française avec l'aval de l'Ordre, pourtant censé défendre la qualité de la médecine exercée en France et être garant des compétences. »

D^r Catherine L. (06)

Chère confrère,
L'Ordre des médecins demande aujourd'hui avec force au ministre de la Santé le droit et la possibilité d'imposer dans certains cas un sursis et une mise à niveau avant d'inscrire un ressortissant de l'Union européenne diplômé en médecine. Dans l'état actuel de la législation, l'Ordre des médecins, responsable de l'inscription et de l'autorisation d'exercice sur le territoire français, NE PEUT PAS refuser les inscriptions de médecins de nationalité européenne, ni même demander un sursis afin que le médecin puisse rafraîchir ses connaissances, améliorer son français ou compléter une formation jugée insuffisante.

« (...) La loi Léonetti est de toute évidence méconnue de nos confrères. Ses dispositions sont ignorées, soit oubliées, voire dévoyées lorsqu'on en arrive, comme cela a été fait récemment à une personne de mon entourage, à solliciter la rédaction de directives anticipées auprès d'un patient semi-dément, suivi depuis plusieurs années, alors que jamais il n'en avait été fait mention lorsque le patient était encore en mesure de donner son avis. Je vous laisse le soin d'imaginer la réaction de l'épouse à laquelle cette demande a été faite. Je considère qu'il est du rôle de l'Ordre de faire connaître la loi et, puisqu'il n'a pas le pouvoir de la faire respecter, au moins peut-il émettre le souhait que les directives anticipées soient portées à la connaissance de l'ensemble du corps médical, pourquoi pas en mettant un formulaire type à sa disposition ? Un pas supplémentaire serait souhaitable : essayer de faire en sorte qu'elles deviennent partie intégrante du dossier hospitalier établi lors de l'hospitalisation, au même titre d'ailleurs, que l'autorisation de prélèvement d'organes pour greffes. »

D^r Éliane Katz (Paris)

» L'association Aide aux jeunes diabétiques

Apprivoiser son diabète



» 1953 : premiers centres de vacances

Les premières maisons de vacances destinées aux jeunes diabétiques sont installées à l'initiative du Pr Henri Lestrade, pédiatre de renom. L'objectif est d'aider les enfants à prendre progressivement en charge leur maladie. Il existe désormais neuf centres de vacances en France.

» 1956 : création

L'association Aide aux jeunes diabétiques voit le jour officiellement avec l'objectif d'organiser les séjours de vacances des enfants. Elle devient bientôt une association reconnue d'utilité publique. Au-delà, elle entend favoriser l'éducation, l'information des familles et soutenir la recherche.

» 1986 : Cahiers de l'AJD

La commission pédagogique de l'AJD se lance dans l'édition de cahiers pédagogiques destinés aux enfants et à leurs familles pour expliquer simplement les principaux aspects du traitement. Une dizaine de cahiers ont été publiés pour l'éducation au début du diabète, une dizaine pour la suite de l'éducation.

« **A**dapter le diabète à sa vie et non pas contraindre la vie aux exigences du diabète », tel est le credo de l'association Aide aux jeunes diabétiques (AJD). Son objectif : aider les jeunes qui souffrent d'un diabète insulino-dépendant et leur famille à mieux vivre avec la maladie. Son approche pédagogique : associer l'éducation médicale aux activités quotidiennes, symboles de liberté et de jeunesse. L'histoire de l'association commence avec les maisons de vacances mises en place pour les jeunes diabétiques, sous l'impulsion de son premier président, le Pr Henri Lestrade. Aujourd'hui, plus de 1000 jeunes de 3 à 17 ans, encadrés par 300 adultes, sont accueillis, été comme hiver, dans l'un des 9 centres de l'AJD (Alpes, Normandie, Midi-Pyrénées, Bretagne, île de la Réunion). Ces séjours permettent aux enfants de prendre peu à peu leur traitement en charge, dans un climat de confiance, en présence d'une équipe médicale. Cette « éducation thérapeutique » se pratique aussi dans les consultations des services de pédiatrie où l'AJD rassemble 470 médecins adhérents, ainsi que dans les centres d'éducation thérapeutique gérés par l'AJD.

« Nous avons besoin de soignants pour accompagner les enfants pendant nos séjours de vacances! »

Pr Jean-Jacques Robert, président de l'AJD, PUPH, chef du service diabétologie (Necker-Enfants malades.)

interview

Quel est l'impact des séjours dans les maisons de vacances de l'AJD sur les enfants ?

Leur impact est énorme sur le plan psychologique et médical. Ces séjours permettent à l'enfant de sortir de l'hôpital, d'apprendre à vivre « presque » normalement avec sa maladie, avec l'aide de personnels soignants qualifiés, de devenir autonome et de faire mille activités comme tous les autres enfants de son âge. Les séjours sont organisés par tranches d'âge et adaptés aux capacités d'apprentissage de chacun. Un rapport du Haut Comité de santé publique recommande d'ailleurs que chaque enfant diabétique puisse effectuer un séjour dans les centres de vacances de l'AJD. En 2006, le rapport de certification de la HAS a par ailleurs souligné la qualité de notre politique d'éducation thérapeutique.

Quels sont les autres outils que vous avez développés pour les enfants ?

Nous avons réalisé un travail important pour créer les *Cahiers de l'AJD*, des outils d'information très simples dont le but est d'aider les enfants à maîtriser les différents aspects de leur

maladie. Nous avons également rédigé des dossiers thématiques. Parallèlement, nous avons mis en place une procédure pour évaluer l'impact de ces outils d'information. Nous avons pu tester et valider un questionnaire de connaissances auprès de plus de 3000 enfants, dans 115 services de pédiatrie. Résultat : nous avons pu établir pour la première fois une relation entre le score de connaissance de la maladie et l'équilibre glycémique du patient.

Quels sont vos projets pour 2009 ?

Nous lançons une campagne d'information sur l'acidocétose diabétique pour sensibiliser les médecins à cette affection qui survient chez les enfants diabétiques quand le diagnostic du diabète de type 1 n'a pas été posé à temps. Trop d'enfants diabétiques arrivent encore aux services d'urgence dans un état grave. Il faut savoir que le diabète de type 1 débute brutalement chez l'enfant, et son état peut se détériorer très rapidement s'il n'est pas traité. Nous voulons donc améliorer la formation des généralistes et des pédiatres. C'est d'autant plus important que la maladie survient de plus en plus fréquemment avant 5 ans, sans que l'on sache d'ailleurs pourquoi.

+ D'INFOS :

<http://www.diabete-france.net/>

Addictologie

Alain Rey, auteur, avec Danièle Morvan, du *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.



Discipline médicale et hygiéniste assez nouvelle, l'addictologie, où l'élément grec -logie semble garantir la nature scientifique, vient de l'emploi d'un verbe latin renouvelé par les Anglo-Saxons.

Cet *addicere* s'employait en droit, à propos d'un engagement (d'abord verbal, *dicere*, «dire») à donner, à fournir une somme d'argent, en rémunération d'un prêt. Au Moyen Âge, en latin, l'*addictus*

était tenu de rembourser, et l'*addictio* un genre de contraintes par corps. De l'*addict* au sens latin (au XVI^e siècle en Angleterre) à celui du XX^e siècle, qui est comme «emprisonné» par ses habitudes, il a fallu la prise de conscience des dangers des «paradis artificiels». L'addiction est un drame psychosomatique; l'addictologie un savoir complexe, nécessaire si l'on veut réparer les dégâts, surtout de l'alcool, du tabac, de toutes drogues devenues habitudes contraignantes.

Mais ce n'est pas parce qu'il faut nommer ce chapitre de la pathologie et de la médecine qu'on sera forcé, comme un alcoolique enivré par la langue anglo-américaine, de dire d'un gamin qu'il est «addict» des jeux vidéo, ou même des apéros avec les copains.

La Grippe en face



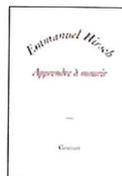
La grippe a été identifiée comme une maladie épidémique hivernale dont l'origine virale et l'épidémiologie ont été reconnues depuis les trois grandes pandémies de 1918, 1957 et 1967. Depuis trente ans, les virus circulent ajoutant des milliers de victimes.

L'émergence en 1997 de virus aviaires très pathogènes en Asie justifie une préparation au niveau national et international. La gravité de la maladie est liée aux surinfections bactériennes d'expression respiratoire sévère, surtout chez les personnes âgées ou affaiblies. Très contagieuse en saison hivernale, la protection repose sur l'immunité acquise après infection ou après vaccination. Les réseaux nationaux et internationaux de surveillance épidémiologique mesurent l'impact sanitaire et économique de la grippe; la surveillance à la fois clinique et biologique des syndromes grippaux fournit une estimation approximative de l'activité grippale, mais la variabilité du virus grippal rend nécessaire l'analyse des souches isolées chaque année par l'OMS et l'arme préventive la plus efficace demeure sans conteste la vaccination annuelle.

» Jean Pouillard

» *La Grippe en face*, du Pr Yves Buisson, éd. Xavier Montauban, 224 p. (avec un CD-Rom), 2007, 49 euros.

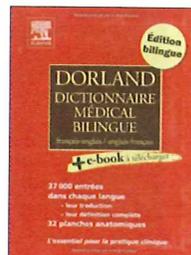
Apprendre à mourir



Les derniers temps ultimes d'une existence doivent s'accompagner d'un devoir de solidarité, de fraternité et de respect, sans négliger toute réflexion personnelle tendant à demeurer invulnérable aux pressions d'une idéologie de convenance favorable à la

prescription d'une mort médicalement programmée. Les dispositions de la loi Léonetti transférées dans le code de déontologie médicale et la décision collégiale d'un arrêt de traitement motivé constituent les conditions les plus souhaitables pour aborder la mort sans y perdre en humanité et dans un ultime partage, parfois, de gestes fraternels. » J. P.

» *Apprendre à mourir*, d'Emmanuel Hirsch, éd. Grasset, 124 p., 2008, 9 euros.

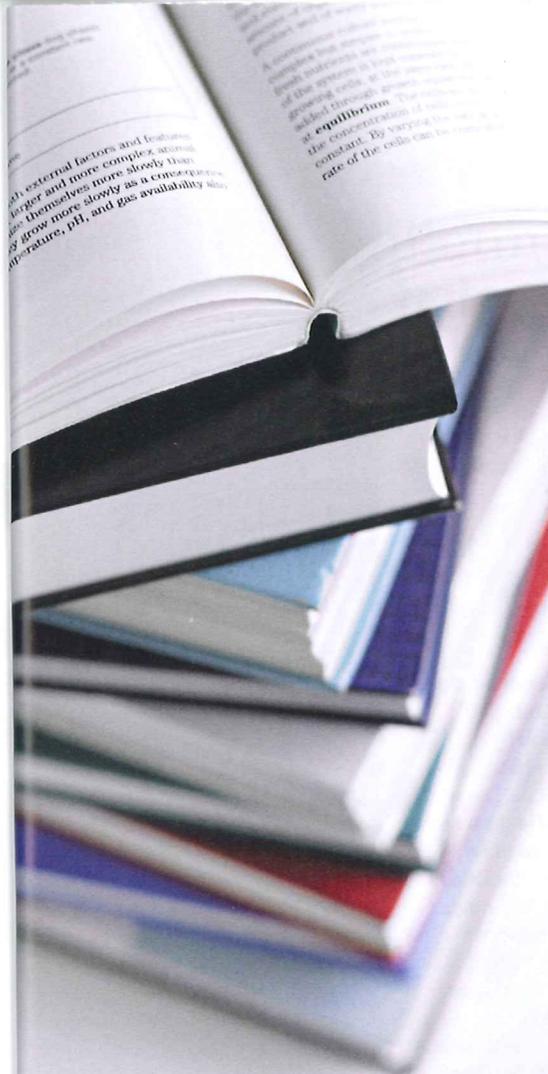


Dictionnaire médical bilingue

Un livre recommandé à ceux d'entre nous qui lisent et/ou publient leurs travaux dans les revues de la presse anglo-saxonne, ainsi qu'aux confrères ayant des anglophones dans

leur clientèle. Cet ouvrage a la particularité, comme le souligne François Maniez dans la préface, « de donner à l'utilisateur une définition des termes choisis ». À noter que ce dictionnaire peut être téléchargé. » Maurice Hodara

» *Dorland, Dictionnaire médical bilingue*, éd. Elsevier, 1940 p., 59 euros.



La Médecine à l'envers

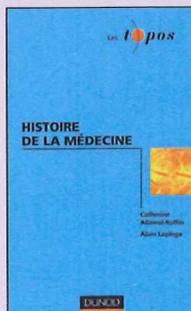


C'est le diagnostic sévère mais justifié de la pratique médicale en France fait par un généraliste exerçant à la campagne. Elle est à l'envers, cette médecine, dès la formation des étudiants en médecine, et pendant l'exercice professionnel : ses modalités (temps perdu en tâches administratives,

impossibilité actuelle de déléguer certains actes médicaux à des auxiliaires), le management des urgences, l'organisation de la permanence des soins, le nombre insuffisant de médecins, et le mode de leur rémunération. La responsabilité de cet état n'incombe pas aux seuls médecins et/ou aux organismes dont ils dépendent : syndicats, Sécurité sociale, etc. Elle incombe, à parts égales, aux patients par leur comportement face à leurs problèmes de santé et face au médecin. On peut remettre cette médecine à l'endroit grâce aux remèdes tout à fait faisables proposés par l'auteur. Lisez cet excellent ouvrage de 141 pages et recommandez sa lecture à vos patients, car notre médecine ne pourra être remise à l'endroit qu'avec leur participation. » M. H.

» *La Médecine à l'envers*, d'André Chassort, éd. Pascal, 141 p., 10 euros.

Histoire de la médecine



Ce petit ouvrage va de la préhistoire à la médecine scientifique du XXI^e siècle en abordant l'évolution des sciences médicales : chronologie de la médecine scientifique, principales découvertes, évolution des grandes théories médicales et des méthodologies de recherche, avec quatre chapitres croisant l'analyse

de l'histoire, de la philosophie et de la sociologie des sciences. À noter une chronologie et une bibliographie. À recommander aux étudiants en médecine, dès leur première année. » J. P.

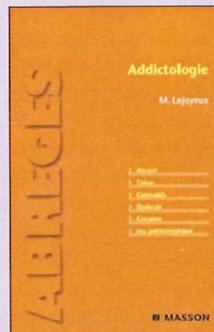
» *Histoire de la médecine*, de Catherine Allamel-Raffin et Alain Leplège, éd. Dunod, 128 p., 2008, 9,40 euros.

Addictologie

La reconnaissance de l'addictologie comme spécialité n'est pas due à un effet de mode mais répond à une nécessité : l'addiction est aujourd'hui un problème de santé publique par le grand nombre de patients relevant de cette discipline transdisciplinaire.

En effet, cette dernière intéresse cliniciens, biologistes, généticiens, psychanalystes, psychiatres, sociologues... C'est le généraliste qui est souvent le premier à être confronté à un patient ayant un comportement addictif. Plus de quarante spécialistes ont participé à la rédaction de ce volume de la collection « Abrégés » qui envisage ses différents aspects cliniques, de prévention et thérapeutiques. » M. H.

» *Addictologie*, de Michel Lejoyeux, éd. Masson, 324 p., 33 euros.



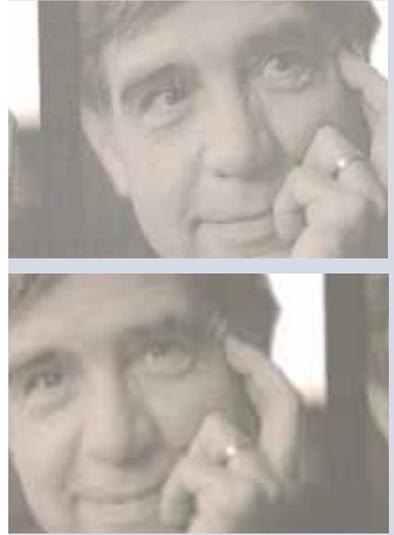
“ Je fais un métier que je n'ai pas appris ”

Dr Vincent Bouton,
ORL à Melun

Témoignage

Des histoires de nez, le Dr Vincent Bouton, ORL et spécialiste en rhinologie, en connaît des centaines. Pas étonnant qu'il leur ait consacré deux essais, l'un paru en 2006, l'autre en 2008. Dans le premier, *Le Rhinosophe*, il livre un petit traité d'écoute et de sagesse sur la relation patient/médecin. Dans le second, *Nez en mains*, il relate avec humour et affection ses consultations les plus emblématiques. « *Nos malades nous apportent tellement! Ils sont une expérience que nos meilleurs manuels ne peuvent égaler. J'avais le sentiment de leur devoir beaucoup. Écrire ces histoires, leurs histoires, est une façon de repositionner les patients au cœur de notre démarche médicale.* » À travers l'écriture, c'est aussi à une autre forme

de consultation que se livre Vincent Bouton, celle du mal à l'âme, l'autre volet du soin. « *La médecine est un émerveillement scientifique et technique, mais le pouvoir du savoir nous éloigne du malade. Être médecin, c'est aussi être émerveillé par l'être, par l'autre. En ce sens, je fais un métier que je n'ai pas appris.* » En 1998, le Dr Bouton ressent le besoin d'approfondir les questionnements de ses patients. « *Mes patients me renvoyaient constamment à la question de l'"à venir". Pour moi qui suis catholique, la mort était intimement attachée à ma conception de Dieu. Je voulais explorer ces problématiques que la médecine ne nous laisse jamais entrevoir.* » Il entame des études de théologie, obtient une licence universitaire et s'inscrit en maîtrise. Mais beaucoup d'interrogations restent encore en suspens, le médecin se tourne alors vers la philosophie. Avec toujours ce désir de comprendre ce que veulent dire les malades, ce qu'ils ressentent, qui ils sont, ce qu'ils espèrent. « *J'essaie d'appréhender les outils nécessaires pour apporter quelque chose à mes malades. "Docteur, je n'ai plus d'espoir", me disent certains. "Oui, mais l'espérance?", leur réponds-je. Avec leurs questions, mes patients m'ont déjà fait passer onze ans en faculté!* » Parallèlement à ces études et à une carrière émaillée de plusieurs publications scientifiques sur la chirurgie endoscopique des sinus, Vincent Bouton trouve encore le temps de se consacrer à sa passion de jeunesse : la poésie. Après quelques publications dans des revues spécialisées, il publie son premier recueil de poèmes, couronné par le prix Troubadours en 2008. Il s'est récemment attelé à un nouveau genre littéraire, le roman policier biblique. Sous le titre de *Nicodème*, ce nouveau livre nous plonge dans l'intrigue des Écritures, au cœur du mystère chrétien. Vincent Bouton ou la quadrature du cercle...



PARCOURS

» 1950

Naissance à Orléans.

» 1963

Débuts en poésie.

» 1981

Installation en libéral comme ORL à Melun.

» 1998

Entame des études de théologie à l'ICP, puis des études de philosophie.

» 2005

Licence de théologie et inscription en maîtrise.

» 2006

Le Rhinosophe, aux éditions Publibook.

» 2007

Prix de poésie Cesare-Pavese. *La Statue à sa fenêtre*, aux éditions Amalthée.

» 2008

Nez en mains, aux éditions Publibook. Prix Troubadours de poésie : *Nos limites sont de cendres*, aux éditions Cahiers de poésie verte, collection «Fiches».

» 2009

Nicodème, aux éditions Bénévent.