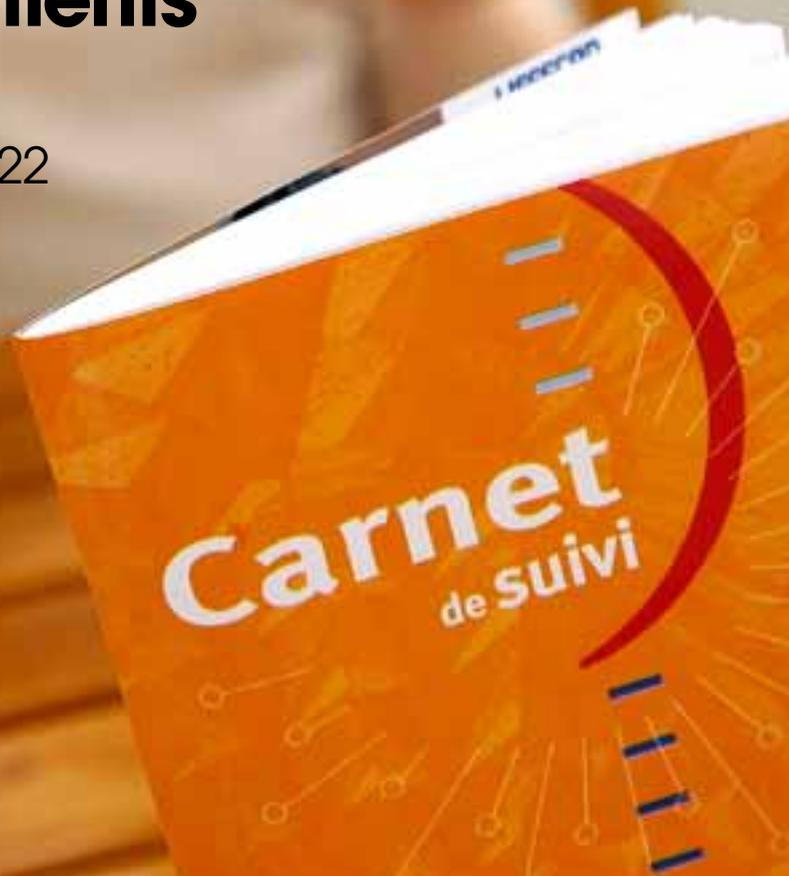




Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

▼ Dossier :

Éducation thérapeutique : vers des patients acteurs de leur santé p.22



▼ L'essentiel
Grippe A(H1N1) :
le plan de
vaccination p.4

▼ Élections ordinales
Trombinoscope :
vos nouveaux élus
au Conseil national p.13

▼ Réflexion
Fin de vie :
trois exemples
en Europe p.11

médecins n°7 sept. 2009

☛ **L'essentiel** | 04

Grippe A(H1N1):
le plan de vaccination

L'Atlas de la démographie
médicale 2009

☛ **Sur le terrain** | 08

La Clinique du souffle La Solane
(Pyrénées-Orientales)

☛ **Ailleurs** | 10

Livre vert des personnels de santé:
l'Ordre répond à la Commission
européenne

☛ **Réflexion** | 11

Fin de vie : trois exemples en Europe

☛ **La voix des associations** | 28

Vaincre le tremblement essentiel

☛ **Courrier des lecteurs** | 30

☛ **Culture médicale** | 31

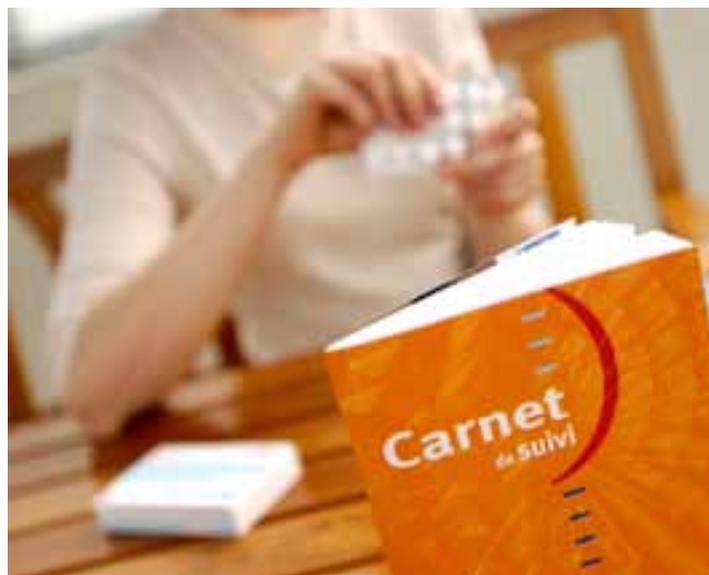
Maîtrise : le mot du mois
par Alain Rey

☛ **À vous la parole** | 32

D^r Paul Allan, gynécologue-
obstétricien, fondateur de la
consultation Éthique et religions à
l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart).

☛ **Dossier** | 22

Éducation thérapeutique : vers des patients acteurs de leur santé



© Phanie

Depuis le vote de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », l'éducation thérapeutique du patient fait désormais partie intégrante de la prise en charge du patient. Un récent rapport du D^r Pierre Hecquard, auditeur au Conseil national de l'Ordre, analyse cette nouvelle pratique de santé qui peut améliorer la qualité de vie des malades chroniques tout en modifiant en profondeur la relation soignants-patients.

Cahier jurispratique | 13 spécial élections ordinales

☛ **CONSEIL NATIONAL** La composition
du bureau du Cnom | 13

☛ **TROMBINOSCOPE** Les conseillers
nationaux de l'Ordre | 14

☛ **ÉLECTIONS** L'annonce des élections
du 6 janvier | 20



Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages
à l'Ordre des médecins
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08
ou par mail
conseil-national@cn.medecin.fr



Dr Michel Legmann,
président du Conseil
national de l'Ordre
des médecins

Grippe A : l'Ordre est mobilisé

L'ensemble de l'institution ordinaire – conseils départementaux, conseils régionaux et Conseil national – s'est considérablement investi aux côtés des services de l'État pour préparer au mieux le dispositif antigrippal, dans l'intérêt de la santé publique. Ainsi, les conseils départementaux contribuent activement aux travaux de la cellule de crise mise en place par les préfetures dans chaque département. À chacune de nos interventions, nous avons incité le ministère à prendre les mesures le plus en phase possible avec nos pratiques quotidiennes. L'Ordre a veillé en particulier à ce que les médecins

qui participeront à la mise en œuvre de la vaccination puissent travailler dans un cadre réglementé, celui de la réquisition, qui leur assurera une couverture assurantielle et une protection spécifique. À condition, toutefois, qu'ils n'aient pas oublié de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle, dans le cadre de leur exercice habituel, comme le prévoit désormais la loi. À ce jour, nous attendons encore des précisions sur la couverture assurantielle dont pourront bénéficier les médecins retraités qui se porteront volontaires, par exemple en s'engageant dans la « réserve sanitaire ». Reste que ce plan vaccinal d'une ampleur inédite pose des questions techniques et organisationnelles particulièrement épineuses. Traçabilité des lots de vaccins, respect de la chaîne du froid, mise à disposition de personnel soignant, convocation des patients, retour d'information vers le médecin traitant... Beaucoup de questions sont en suspens et les directives ministérielles n'y ont pas apporté de réponse pour l'instant. À ces interrogations s'ajoutent les contraintes locales liées aux spécificités démographiques et géographiques de nos territoires.

Les conseils départementaux s'impliquent à leur échelon dans la déclinaison du canevas national. Quant au Conseil national, il s'attache, comme pour ce qui est de la couverture assurantielle, à obtenir que tous les médecins puissent obtenir une indemnisation équitable et identique, quel que soit leur statut, qu'ils soient retraités ou non... Pour vous y retrouver, nous avons rassemblé, dans ce bulletin, toutes les informations pratiques disponibles à l'heure où nous mettons sous presse et nous vous invitons à consulter notre site Internet, où elles seront régulièrement mises à jour.

À L'HONNEUR

L'Ordre et toute la profession médicale ont été honorés lors de la dernière promotion de la Légion d'honneur : le Dr Michel Legmann a été promu au grade de commandeur ; le Dr Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente de l'Ordre et présidente du conseil départemental de l'Ordre de Paris, a été nommée chevalier ; le Dr Geneviève Ancelle, dermatologue et retraitée en activité bénévole auprès des SDF, a été élevée, elle aussi, au grade de chevalier. Nous leur adressons nos sincères félicitations.

Consulter le site ministériel dédié aux médecins :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/grippe/>

Consulter le site de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr

médecins 

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur - COORDINATION : Evelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Pettier - DIRECTION ARTISTIQUE :

Marie-Laure Noel - Secrétariat de rédaction : Alexandra Roy - IMPRIMERIE : IGM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs

auteurs - DÉPÔT LÉGAL : septembre 2009 - n° 16758 - ISSN : numéro en cours.



Ce document a été réalisé
selon des procédés
respectueux
de l'environnement.

➤ Grippe A(H1N1)

Entre formes graves et « grippette », quelle réalité ?

Depuis le 9 septembre, la progression rapide et concordante des indicateurs d'activité indique que l'épidémie a débuté en France métropolitaine.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale que le virus de la grippe A(H1N1) se propage plus rapidement en France que dans le reste de l'Europe. Tous les mercredis, l'InVS fait le point sur l'évolution de la situation.



1 Pandémie certes, mais grippe ou « grippette » ?

Le virus A(H1N1) se caractérise par une virulence « modérée » et par une forte contagiosité. En l'absence d'immunité de la population, ce virus est susceptible d'atteindre, selon l'OMS, jusqu'à 30 % des habitants des pays à forte densité de population. Ceci fait craindre un nombre proportionné de formes graves et de décès. Les observations de l'OMS montrent également que 40 % des décès dus au virus A(H1N1) sont inhabituels : ils surviennent chez de jeunes adultes sans facteur de risque dans un tableau de défaillance pulmonaire : le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).

2 Les mesures « barrières » : des gestes simples à faire au quotidien

La campagne de sensibilisation et d'information du grand public présentant l'utilité des gestes « barrière » est en cours. Les médecins ont un rôle important pour relayer

l'information dans ce domaine où « les gestes de chacun font la santé de tous ». Les progrès accomplis permettront de ralentir la propagation des maladies infectieuses respiratoires et auront un impact positif au-delà de l'actuelle pandémie. Des supports de communication utilisables pour votre pratique quotidienne sont disponibles sur le site Internet dédié aux professionnels de santé.

3 La vaccination reste le meilleur moyen de prévenir les maladies infectieuses

Une vaccination contre le virus A(H1N1) sera proposée à chacun lorsque les vaccins seront disponibles et disposeront d'une autorisation de mise sur le marché délivrée au niveau européen. Si les vaccins sont nouveaux, puisque la souche est nouvelle, leur composition est connue. Ils contiennent des adjuvants de nouvelle génération qui ont déjà été utilisés à grande échelle dans le vaccin appelé Grip-

guard®. 47 millions de doses ont été prescrites sans que la pharmacovigilance ne décèle de signal anormal. En tant que médecins, vous avez un triple rôle à jouer : vous faire vacciner pour vous protéger, protéger vos patients et votre entourage ; vacciner et informer ! Car, pour être acceptée, la vaccination, qui ne sera pas obligatoire, doit être expliquée.

4 Quand la grippe est là, pas d'inconnue dans le traitement

La prescription d'un traitement symptomatique, de masques anti-projections et l'isolement à domicile suffisent dans la majorité des cas. En présence de signe de gravité ou de facteur de risque, un traitement antiviral est recommandé. La première prise d'oseltamivir doit être la plus précoce possible. Demandez à vos patients de surveiller l'évolution de leur état de santé dans les 24-48 heures et de reconsulter sans tarder, en particulier, en cas de persistance ou de réapparition de la fièvre ou d'apparition d'une dyspnée.

Ministère de la Santé et des Sports

+ D'INFOS :

- Le site Internet du ministère de la Santé vous consacre un espace dédié : www.grippe.sante.gouv.fr.
- Inscrivez-vous sur la liste de diffusion « DGS-urgent » qui permet de recevoir automatiquement des messages électroniques sur les urgences sanitaires
- Le site de l'Institut national de veille sanitaire actualise ses données tous les mercredis. www.invs.sante.fr



Questions-réponses sur la sécurité des vaccins contre le virus A(H1N1)

➤ Quel est le processus d'évaluation des vaccins pandémiques ?

À partir de 2004, en préparation de la réponse à la menace liée au virus aviaire H5N1, des démarches, encadrées au niveau européen, ont été entreprises. Les laboratoires pharmaceutiques ont soumis un dossier comportant des données cliniques et ont obtenu de l'Agence européenne du médicament (EMA) une AMM pour un vaccin pandémique « maquette ».

Face au virus A(H1N1), l'EMA raisonne par extrapolation. Ce raisonnement par transposition face à une souche différente n'est pas sans précédent puisqu'il est pratiqué de longue date pour les adaptations annuelles du vaccin contre la grippe saisonnière. Les vaccins de GSK, Novartis et Baxter rentrent dans ce processus de variation d'AMM. Les autres laboratoires (dont Sanofi-Pasteur) ont déposé des dossiers dans le cadre d'une AMM classique.

➤ Pourquoi utiliser un vaccin avec adjuvant ?

Dans un contexte de pandémie, le rôle des adjuvants est essentiel. En premier lieu, les adjuvants de

nouvelle génération, tels que ceux utilisés dans les vaccins contre la pandémie grippale, suscitent une réaction immunitaire plus importante, ce qui est essentiel quand il y a une absence totale d'immunité chez la personne vaccinée. En second lieu, ils permettent également d'utiliser une quantité plus faible d'antigènes vaccinaux ce qui permet de produire une plus grande quantité de doses et donc de protéger le maximum de personnes.

➤ Ces adjuvants ont-ils des effets indésirables particuliers ?

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son avis du 7 septembre 2009¹, évoque « la pertinence du développement et de l'utilisation d'un vaccin pandémique avec adjuvant » et rappelle que « ces adjuvants ont déjà été utilisés en clinique » et « qu'il n'existe actuellement aucun signal permettant de craindre la survenue d'effets secondaires graves suite à l'utilisation de vaccins grippaux adjuvés ». Nous disposons d'un important recul sur la sécurité des adjuvants en général. Si les plus anciens étaient essentiellement fabriqués à base de sels aluminiques, les adjuvants

de la nouvelle génération sont, eux, composés de squalène, c'est-à-dire d'une émulsion lipidique. Nous disposons également d'un certain recul sur les adjuvants de nouvelle génération. Ils ont déjà été utilisés à grande échelle dans le vaccin appelé Gripguard®.

1. <http://www.hcsp.fr/>

➤ Est-il possible d'utiliser ces vaccins avec adjuvant chez tout le monde ?

Les experts en immunologie considèrent qu'il y aurait un risque théorique à utiliser ce vaccin chez des personnes dont le système immunitaire est modifié (femmes enceintes) ou immature (jeunes enfants) du fait de la forte réponse immunitaire que permettent ces adjuvants.

Ce risque théorique est à mettre en balance avec le risque réel que représente le virus A(H1N1) pour les populations à risque. Si l'on dispose de vaccins sans adjuvant, ce seront eux qui seront utilisés. Si l'on ne dispose que de vaccins avec adjuvant, la balance bénéfique/risque devra être soigneusement évaluée car, si le risque de la vaccination est théorique, son bénéfice est certain.

➤ VACCINER : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE POUR L'ORDRE

Le Conseil national de l'Ordre des médecins demande aux médecins de se faire vacciner, d'inciter leurs patients à se faire vacciner, et les encourage vivement à être vaccinés.

- **La participation des médecins aux actions de santé publique est un devoir déontologique.** Le Cnom rappelle que la participation des médecins aux actions de santé publique est une mission entrant dans leurs devoirs déontologiques et légaux. Il leur est indispensable d'être en mesure de donner des soins à leurs patients et de ne pas les contaminer. Il est également essentiel que les médecins se protègent contre le virus, afin d'éviter sa propagation dans leur entourage.
- **Une technique de vaccination**

connue et inchangée. Le Cnom rappelle que le vaccin contre la grippe A sera mis en place après une procédure d'autorisation de mise sur le marché rigoureuse. Les adjuvants présents dans le vaccin permettent d'augmenter la réponse du système immunitaire du patient et rendent le vaccin plus efficace. Ils ont été ajoutés selon la même technique que celle utilisée pour les autres vaccins tels que le vaccin contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole. « Aujourd'hui face à une telle pandémie, il est du devoir des

médecins, premièrement d'être en état de travailler, deuxièmement de ne pas être le vecteur de la maladie, et enfin d'avoir un comportement exemplaire en protégeant les individus et les familles », souligne le D^r Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

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

Rubrique : communiqués de presse.

↳ Démographie

Moins de médecins actifs, encore plus de médecins remplaçants

L'Ordre des médecins est la seule institution à détenir les véritables chiffres de la démographie médicale en France. L'édition 2009 de son *Atlas de la démographie médicale* a été présentée, au cours d'un point presse, par le D^r Legmann, président du Cnom et le D^r Romestaing, président de la section santé publique.

1 Le nombre de médecins en activité régulière diminue pour la première fois

Le nombre de médecins exerçant une activité régulière – les remplaçants en sont exclus – diminue pour la première fois de 2 %. Au 1^{er} janvier 2009, la densité des médecins en activité en France métropolitaine régresse à 290 médecins pour 100 000 habitants contre 300 l'année précédente. Ce phénomène ne fait que commencer car la pro-

fession vieillit. Le nombre de médecins retraités a augmenté de 5,2 % en un an. De plus, l'âge moyen des médecins en exercice est de 51 ans et les effectifs de médecins de plus de 50 ans ont augmenté de plus de 53 % entre 2008 et 2009.

2 L'exercice libéral n'attire plus

Le nombre de remplaçants ne cesse d'augmenter : +5 % entre 2008 et 2009, +550 % en 20 ans. Les médecins remplaçants sont désormais

près de 10 000. Par ailleurs, 25 % des médecins qui se sont inscrits au Tableau de l'Ordre en 2008 ont choisi ce mode d'exercice, « seulement » 10% se sont installés en libéral et 66% ont préféré le salariat.

3 Les disparités régionales se creusent

Provence-Alpes-Côte d'Azur concentre toujours le plus de médecins avec 375 médecins pour 100 000 habitants tandis que la région Picardie reste la région la moins bien lotie (238 pour 100 000). Les mesures d'incitation destinées à favoriser le retour des médecins dans les zones sous-dotées n'ont pas été efficaces, rappelle l'Ordre des médecins qui propose de favoriser les regroupements de praticiens et de réfléchir à une rémunération partiellement au forfait. L'Ordre précise également que le recours à des médecins européens ou extra-européens ne résout pas les problèmes d'accès aux soins, ceux-ci ne s'installant pas dans les zones déficitaires mais dans les zones urbaines, en Ile-de-France ou en PACA.

Pyramide des âges des 199736 médecins en activité régulière (France entière)



Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges traduit un vieillissement marqué de la population médicale. Entre 2008 et 2009, les effectifs des médecins de moins de 49 ans ont baissé de 12,1 %. La tranche d'âge des moins de 40 ans a baissé de 11,7 %. La tranche des plus de 60 ans a augmenté de 52,5 %.

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

Consulter l'*Atlas 2009 de la démographie médicale*, réalisé par G. Lebreton, géographe de la santé au Cnom. L'Ordre des médecins publiera des analyses démographiques par région avant fin 2009.



en bref

LA PLACE DU GÉNÉRALISTE DANS LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

L'Institut national du cancer (Inca) vient de publier une brochure pour renforcer le rôle du médecin traitant dans le dépistage organisé du cancer du sein. À l'initiative du D^r Michel Legmann, le président de l'Ordre des médecins, ce document est envoyé

à l'ensemble des médecins généralistes en activité en complément de ce *Bulletin de l'Ordre des médecins* daté de septembre-octobre.

+ D'INFOS :

Sur l'Inca : www.e-cancer.fr



La gestion et le paiement des astreintes bientôt automatisés

En 2010, tous les médecins libéraux pourront bénéficier d'un nouveau mode de gestion des astreintes, automatisé, plus rapide et plus sûr.

Concrètement, chaque médecin participant à la permanence des soins pourra transmettre sa demande d'indemnisation des astreintes par mail à sa caisse primaire d'assurance maladie. La Cpm lui versera ensuite sa rémunération directement sur son compte. « Les services du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) travaillent actuellement à la mise en place du module qui permettra d'automatiser le paiement des astreintes aux médecins et qui sera implémenté dans *Ordigard*, le logiciel ordinal de gestion des tableaux de garde. Nous devons en particulier anticiper

les demandes et les besoins spécifiques de chaque département », souligne le D^r André Deseur, président de la section Exercice professionnel. Les médecins d'une cinquantaine de départements sont concernés pour l'instant. D'autres conseils départementaux ont opté pour le logiciel de gestion des gardes Netgarde, développé par l'Assurance maladie. Le dispositif sera testé fin 2009 dans certains départements pilotes avant sa généralisation début 2010. Les rencontres ont déjà eu lieu entre les services du Cnom et ceux de la Caisse nationale d'assurance maladie pour la mise au point technique et le calendrier.

Refus de soins

Dans un communiqué publié en juillet suite à l'enquête du Fonds de financement de la couverture maladie universelle et au « testing » du journal *Le Parisien*, l'Ordre des médecins rappelle que refuser de soigner un patient au seul motif qu'il est bénéficiaire de la CMU-C ou lui demander un dépassement d'honoraires est inacceptable, contraire à la déontologie médicale et à la loi. L'Ordre demande une fois de plus aux caisses primaires d'assurance maladie de l'informer systématiquement en cas de refus de soins. L'Ordre rappelle également aux patients victimes de refus de soins qu'il est essentiel de signaler aux conseils départementaux de l'Ordre ou de demander à des associations représentatives de le faire ou déposer plainte pour eux. Ainsi l'Ordre pourra prendre les mesures disciplinaires efficaces qui s'imposent envers tout médecin refusant un patient CMU-C ou lui demandant un dépassement d'honoraire.

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

L'intégralité du communiqué sur le site.

Tourisme médical antidéontologique

Des praticiens exerçant en France à l'hôpital public ou en établissement privé ont reçu des propositions de collaboration de la part de cliniques situées en Espagne, en Grèce ou en Ukraine pour la pratique d'actes d'interruption de grossesse, notamment au-delà du délai de douze semaines, de dons d'ovocytes, de fécondation

in vitro (FIV) ou de gestation pour autrui. Cette publicité s'accompagne d'une promesse de rétrocommission pour chaque patiente adressée. Alerté par certains médecins, le Conseil national de l'Ordre rappelle que ces propositions constituent un racolage et une dichotomie, interdite par le code de déontologie (article R. 4127-24

du code de la santé publique). Dans un communiqué diffusé en juin 2009, il met en garde les médecins face au risque de sanctions qu'ils encourent en acceptant ce type d'offre.

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

L'intégralité du communiqué sur le site.

Départ
en randonnée

➤ Réhabilitation respiratoire

La Clinique du souffle La Solane

Dans les Pyrénées-Orientales, au flanc du plateau de Cerdagne, à Osséja, le groupe Fontalvie dispose d'un établissement dédié à la réhabilitation des malades respiratoires chroniques, où tout est réuni pour faciliter le changement des comportements, ouvrant la porte à l'appropriation d'une vie adaptée et active.

À la frontière espagnole, la Clinique du souffle La Solane prend en charge des malades respiratoires chroniques stables qui viennent de toute la France. Maîtrise du souffle, entraînement, nutrition, éducation thérapeutique et accompagnement psychologique forment les grands axes de cette approche globale personnalisée. Après un bilan, un stage de réhabilitation permet au patient de repartir du bon pied. « *De la dyspnée à la sédentarité en passant par l'inadaptation aux situations sociales, le malade est aspiré dans une véritable spirale infernale...* », affirme le D^r Desplan, président de Fontalvie. Dans ces conditions, la rupture avec le cadre de vie quotidien s'impose. Le programme élaboré par l'équipe transdisciplinaire associant médecins, soignants, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens et physiologistes, éducateurs à la santé et enseignants en activités physiques adaptées, poursuit un seul objectif : optimiser les fonctions et la qualité de vie. À l'issue du bilan réalisé dès l'arrivée, chacun suit son programme pour progresser sans s'essouffler. Gymnastique respiratoire, vélo, tapis, natation ou kiné aquatique mais aussi marches en moyenne montagne rythment la journée.

Peu importe la distance et la performance dans ce retour vers le bien-être. Ce jour-là, le parcours d'une femme sous oxygène croisée dans l'escalier se résumera à gravir quinze marches. Une BPCO a réduit peu à peu sa liberté dans sa vie quotidienne et le moindre geste est devenu un effort. « *Cette première étape, dont elle ne se sentait pas capable, a pu être franchie car elle est parfaitement entourée, encouragée, et que du personnel soignant l'accompagne pour s'assurer très régulièrement du juste niveau d'ef-*

fort par rapport à ses possibilités. » C'est un premier pas pour retrouver confiance en soi, vers une qualité de vie meilleure. « *Un chemin sur lequel les patients s'approprient une nouvelle vie pour devenir acteurs de leur santé* », affirme le D^r Desplan, qui souhaite avant tout « *les accompagner pour qu'ils se prennent en charge* ».

+ D'INFOS :

Cliniques du souffle Info Service,
N° Indigo 0 820 20 33 33 - 0,09 € TTC/min
www.cliniquedusouffle.com



À 1250 m d'altitude, progresser pas à pas dans un climat sec et ensoleillé.



2000 épreuves

d'effort par an pour établir des programmes personnalisés.



Bouger ensemble

La gymnastique pour s'accepter et changer.



À l'entraînement

Trouver sa fréquence cardiaque correspondant au seuil ventilatoire pour bien respirer sans souffrir.



Goût de la vie

Réapprendre le plaisir au quotidien passe aussi par un suivi diététique personnalisé.

D^r Jacques Desplan, président du groupe Fontalvie

Témoignage



“

Les médecins doivent porter des projets et diriger les établissements pour toujours mieux répondre aux besoins des malades aujourd'hui prisonniers d'un système socio-économique et administratif. Le pilotage

d'établissement est un métier passionnant. Notre philosophie et notre éthique doivent s'imposer face aux logiques financières et technocratiques. Nous avons un rôle important à jouer à l'heure actuelle.

Dans le secteur de la réhabilitation, notre groupe, Fontalvie, multiplie les initiatives. Une Clinique du souffle dédiée à l'insuffisance cardiaque chronique et post-chirurgie cardiaque a ouvert ses portes dans l'Hérault; le centre Val Pyrène, spécialisé dans la réhabilitation en alcoologie et en addictologie, a vu le jour à Font-Romeu; et un nouvel établissement va ouvrir dans le Cantal. Cette position nous permet de participer activement à des programmes de recherche, car nous avons les patients et l'expertise pour mener des études à la pointe en réhabilitation respiratoire. Avec le P^r Préfaulit, nous collaborons depuis vingt ans à des études avec l'université de Montpellier et l'Inserm. Nous devrions accueillir quelques internes et notre engagement dans l'adaptation de nouvelles techniques de réhabilitation des malades porteurs de pathologies métaboliques ouvre une voie de recherches prometteuse validant notre démarche scientifique. Plusieurs publications ont aussi souligné l'importance économique de la réhabilitation en avançant que 1 euro investi pouvait générer jusqu'à 8 euros d'économies. Des résultats prometteurs qui méritent désormais de laisser plus de place à la réhabilitation.

”

➤ Livre vert relatif au personnel de santé en Europe : l'Ordre répond à la Commission européenne

Après l'adoption du Livre vert sur le personnel de santé en Europe, la Direction générale de la santé de la Commission européenne a lancé une consultation publique pour définir des réponses communes à tous les acteurs concernés par les grands défis de la santé. Conduite par le D^r Francis Montané, la délégation aux Affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins a préparé une réponse construite autour de quatre problématiques. Ce travail a été mené avec le concours des sections Formation médicale et qualifications ainsi que Santé publique du Conseil national de l'Ordre, et celui du groupe pilote sur les nouvelles technologies.



La réponse du Conseil national de l'Ordre à la Commission européenne a été menée sous la houlette du D^r Francis Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales.

ment pu montrer l'évolution de toutes les formes d'exercice médical depuis plus de dix ans. Il a par exemple révélé que les nouveaux inscrits en médecine générale choisissaient un mode d'exercice salarié au détriment du mode d'exercice libéral et diminuaient, de ce fait, l'accès des patients aux soins de premiers recours.

➤ 2^e axe

Les flux migratoires en Europe

Les flux migratoires soulèvent des problèmes éthiques et organisationnels importants, à la fois du fait des déséquilibres de la répartition de l'offre de soins mais aussi de la régulation de la mobilité des professionnels de santé indispensable à la sécurité des patients.

Quel que soit le niveau de développement du pays, les principaux éléments identifiés comme ayant un impact sur les migrations des professionnels de santé sont :

- la qualité de l'enseignement initial et continu;
- la qualité des conditions de travail;
- la qualité de la rémunération;
- la qualité de vie disponible pour le professionnel et sa famille.

L'enjeu consiste donc à trouver les ressources financières et organisationnelles nécessaires pour permettre

aux médecins et aux professionnels de santé de délivrer les meilleurs soins possible aux patients dont ils ont la charge sans être contraints de migrer.

➤ 3^e axe

Vers une harmonisation des contenus des formations initiales et continues

Le Cnom entend convaincre la Commission de la nécessité de travailler, à l'échelle de l'Union, à une harmonisation des contenus de formation et des référentiels métiers, à une meilleure répartition des rôles entre professionnels de santé, à la mise en place de critères d'évaluation de la qualité de l'exercice médical.

➤ 4^e axe

Le développement des nouvelles technologies de l'information pour améliorer l'efficacité du système de santé et l'accès à des soins innovants

Le Cnom a transmis à la Commission l'ensemble des travaux réalisés en 2008 sur le développement des nouvelles technologies de l'information et notamment ses deux Livres blancs, l'un sur l'« informatisation de santé » appliqué à la problématique du dossier médical informatisé du patient; l'autre sur la télémédecine pour soutenir cette forme nouvelle de pratique et pour y faire respecter les principes de la déontologie médicale. La réflexion de l'Ordre sur les sites Internet de santé destinés au grand public a également été transmise à la Commission.

+ D'INFOS :

Vous pouvez consulter la réponse du Cnom à l'adresse suivante :
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/cnom_fr.pdf



Avec la participation de...

D^r Philippe Biclet, conseiller national de l'Ordre des médecins

D^r Jean Felten, médecin à Luxembourg

Sharon Burton, responsable des questions éthiques au General Medical Council.

Fin de vie : trois exemples en europe

De nombreux pays européens ont été secoués ces dernières années par des affaires dramatiques qui ont relancé le débat sur l'euthanasie et le suicide médical assisté. Pour confronter les expériences et enrichir la réflexion de tous, le Conseil européen des Ordres des médecins a invité, en mai dernier, trois représentants des Ordres européens à présenter les règles ou la législation en vigueur dans leur pays pour accompagner la fin de vie.



France

D^r Philippe Biclet,

conseiller national de l'Ordre des médecins

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, la réflexion s'intensifie en France sur les dispositions relatives à la fin de vie. Plusieurs affaires révélées de manière tonitruante par les médias ont ému l'opinion publique et incité la représentation nationale à se préoccuper des devoirs des médecins vis-à-vis de la personne en fin de vie et de son entourage.

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a appor é actée en 2006; une seconde doit être bientôt adoptée. Certains principes ont ainsi été clairement affirmés par notre déontologie: le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort; l'euthanasie est interdite ainsi que l'assistance au suicide; l'autonomie et le consentement du patient doivent être respectés; le médecin ne doit pas s'obstiner

de façon déraisonnable, entreprendre ou poursuivre des traitements inutiles et disproportionnés. Les débats ont clairement mis au jour que l'intentionnalité du médecin devait être de soulager et non de tuer. Ce n'est pas une simple formule car, derrière cette intentionnalité, il y a l'interdiction d'administrer du chlorure de potassium. En revanche, le médecin a désormais le devoir

de promouvoir la sédation, cette technique réversible qui vise à soulager, et non pas à tuer, de telle sorte que le patient ne souffre pas. Le médecin doit avoir la garantie que la volonté du patient est respectée. Si le patient est conscient, il doit exprimer plusieurs fois sa décision d'arrêter les traitements. Si le patient est inconscient, le médecin doit consulter la personne de

confiance, si elle a été désignée, mais également les directives anticipées, si elles existent. Les médecins doivent par ailleurs recourir à la procédure collégiale, c'est-à-dire avoir reçu au moins deux avis médicaux et consulté l'équipe soignante. Ces dispositions équilibrées, associées au développement des soins palliatifs, régleront l'immense majorité des situations,

mais elles ne les régleront pas toutes. Nos sociétés s'interrogent sur l'«agonie». À quoi sert-elle? Faut-il qu'elle soit si longue? C'est un problème philosophique et ce n'est pas aux médecins d'y répondre.



➤ Luxembourg

D^r Jean Felten,
médecin à Luxembourg

Le D^r Jean Felten est médecin à Luxembourg. Il est le président du Collège médical du Luxembourg, qui regroupe des représentants élus des médecins, médecins-dentistes et pharmaciens. Le Luxembourg est le troisième pays en Europe, après les Pays-Bas et la Belgique, à avoir mis en place une loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Au grand-duché de Luxembourg, la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide a été adoptée par la Chambre des députés après de longs débats passionnés. L'euthanasie y est définie comme un acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne, à la demande expresse et volontaire de celle-ci. L'assistance au suicide consiste, dans les mêmes conditions, à aider une autre personne à se suicider, notamment en lui procurant les moyens nécessaires à cet effet. Le médecin qui répond à une demande d'euthanasie n'est pas sanctionné pénalement à trois conditions: le patient doit être

majeur, capable et conscient au moment de sa demande; la demande doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée; la situation médicale ne doit pas laisser de perspectives d'amélioration et être associée à une souffrance physique et psychique constante et insupportable, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique. Avant de pratiquer un acte d'euthanasie ou d'aide au suicide, le médecin doit informer le patient de son état de santé, de son espérance de vie, tout en évoquant avec lui les possibilités qu'offrent les soins palliatifs. Il doit s'assurer, après plusieurs entretiens, de la persistance de la souffrance du patient, de son souhait d'euthanasie exprimé

clairement et réitéré. Le médecin doit s'entretenir avec un autre médecin de son choix pour confirmer le caractère grave et incurable de l'affection, avec l'équipe soignante et la personne de confiance. Il doit également vérifier auprès de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation si des dispositions de fin de vie ont été enregistrées au nom du patient. Toutes ces démarches sont consignées dans le dossier médical du patient. Le médecin qui pratique un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide doit remettre, dans les huit jours suivant l'acte, le document de déclaration officielle à la Commission nationale de contrôle et d'évaluation. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide mais, en cas de refus, il doit alors communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

CAHIER JURISPRATIQUE



CONSEIL NATIONAL

TROMBINOSCOPE

ÉLECTIONS

SPÉCIAL ÉLECTIONS ORDINALES

n°7 sommaire :

- **CONSEIL NATIONAL** La composition du Bureau | 13
- **TROMBINOSCOPE** Les conseillers nationaux de l'Ordre | 14
- **ÉLECTIONS** L'annonce des élections du 6 janvier | 20

Vos nouveaux élus au Conseil national de l'Ordre

..... Le Conseil national de l'Ordre des médecins a été renouvelé par tiers en juin 2009. Vous trouverez dans ce cahier Jurispratique la composition de ce nouveau Conseil national de l'Ordre. Dix-sept nouveaux conseillers nationaux le rejoindront après des élections complémentaires qui auront lieu le 6 janvier 2010, conformément à la réforme de l'Ordre entérinée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

La composition du Bureau national

Président : D^r Michel Legmann
Secrétaire général : D^r Walter Vorhauer
Trésorier : D^r Jean-Marie Colson

Vice-présidents :
 D^r Jacques Lucas;
 D^r Xavier Deau;
 D^r Jean Lebrat;
 D^r Irène Kahn-Bensaude.

Présidents de section :
Éthique et déontologie : D^r Piernick Cressard
Exercice professionnel : D^r André Deseur
Formation médicale et qualifications : D^r Robert Nicodème
Santé publique : D^r Patrick Romestaing

Délégué général aux relations internes : D^r Patrick Bouet
Délégué général aux affaires européennes et internationales : D^r Francis Montané

Secrétaires généraux adjoints : D^r Jackie Ahr; D^r Michel Fillol; D^r Pierre Jouan

Vos nouveaux élus au Conseil national



ALSACE

Gérard ICHTERTZ
15 décembre 1950
Médecine générale



AQUITAINE

Michel FILLOL
11 avril 1938
Rhumatologie



AUVERGNE

André RAYNAL
8 avril 1943
Médecine générale



BASSE-NORMANDIE

François STEFANI
17 janvier 1947
Médecine générale



CORSE

Napoléon LEOPOLDI
20 avril 1947
Médecine générale



FRANCHE-COMTÉ

Jean LEBRAT
13 février 1930
Gynécologie obstétrique



HAUTE-NORMANDIE

Jean-Marc BRASSEUR
13 août 1959
Médecine générale



LANGUEDOC-ROUSSILLON

Francis MONTANÉ
12 mars 1939
Pneumologie, allergologie

de l'Ordre (après le renouvellement par tiers de juin 2009)

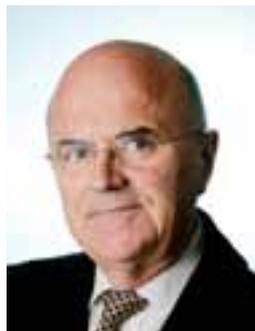


BOURGOGNE

**Jean-François
GUYONNARD**

16 octobre 1954

Médecine générale



BRETAGNE

François SIMON

15 avril 1944

Médecine générale



CENTRE

Pierrick CRESSARD

19 juin 1938

Neuropsychiatrie



CHAMPAGNE- ARDENNE

Jackie AHR

24 novembre 1936

Médecine générale,
technologie
transfusionnelle



LIMOUSIN

François ROUSSELOT

24 juillet 1946

Chirurgie urologique
et cancérologie



LORRAINE

Xavier DEAU

16 mars 1950

Médecine générale



MIDI-PYRÉNÉES

Robert NICODÈME

27 janvier 1947

Médecine générale,
médecine appliquée
aux sports

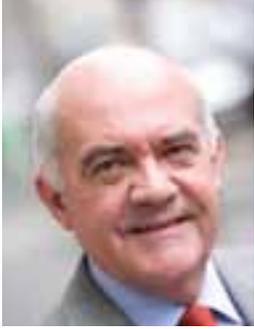


NORD- PAS-DE-CALAIS

Albert DEZETTER

14 mai 1947

Médecine générale

**PAYS DE LA LOIRE****Jacques LUCAS**

12 octobre 1945

Cardiologie

**PICARDIE****Walter VORHAUER**

13 avril 1941

Cancérologie, anatomie et
cytologie pathologiques,
médecine légale**POITOU-CHARENTES****Jean-Marie COLSON**

24 juillet 1932

Médecine générale

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR**Pierre JOUAN**

9 mai 1949

Médecine générale

**Henry ZATTARA**

24 décembre 1935

Stomatologie, chirurgie
maxillo-faciale**RHÔNE-ALPES****Jean-Louis BLANC**

10 octobre 1947

Anesthésie-réanimation

**Patrick ROMESTAING**

9 octobre 1950

ORL, chirurgie de la face
et du cou

ÎLE-DE-FRANCE



HAUTS-DE-SEINE

Michel LEGMANN

2 décembre 1940

Électroradiologie



YVELINES-ESSONNE

André LEON

11 janvier 1936

Médecine générale,
médecine du travail,
allergologieVAL-DE-MARNE/
SEINE-ET-MARNE**André DESEUR**

3 août 1946

Médecine générale

SEINE-SAINT-DENIS/
VAL-D'OISE**Patrick BOUET**

18 août 1955

Médecine générale

ENSEMBLE
ÎLE-DE-FRANCE**Gérard LAGARDE**

26 mars 1935

Rhumatologie

VILLE DE PARIS

**Hervé BOISSIN**

4 janvier 1950

Médecine générale

**Claude-François****DEGOS**

12 octobre 1939

Neuropsychiatrie

**Irène KAHN-BENSAUDE**

Pédiatrie

**Pierre MAURICE**

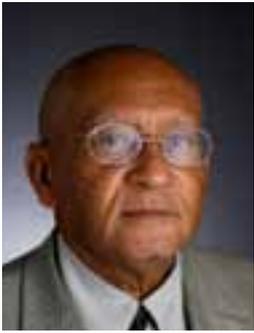
21 septembre 1951

Médecine générale
et compétence
en cardiologie**Roland PARC**

4 août 1940

Chirurgie générale
et compétence
en cancérologie

DOM-TOM



GUADELOUPE

Michel GELARD-THOMACHOT

30 avril 1940

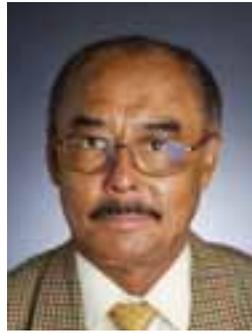
Médecine générale,
médecine exotique

GUADELOUPE suppléant

Alex MOZAR

7 mai 1947

Neurologie



GUYANE

Elie CHOW-CHINE

19 novembre 1944

Ophtalmologie



GUYANE suppléant

Roger-Michel LOUPEC

9 juin 1948

Gynécologie médicale
et obstétrique

AUDITEURS AU CONSEIL NATIONAL

**Marc BRODIN**

8 avril 1945

Pédiatrie et santé publique

**Louis-Jean CALLOC'H**

26 mai 1947

Médecine du travail

**Monique CARTON**

Pédopsychiatrie

**Bernard CHANU**

9 janvier 1949

Médecine interne
(cardiologie, angéologie)

MEMBRES ÉLUS PAR LE CONSEIL NATIONAL

**Jacques MORNAT**

5 mai 1934

Chirurgie orthopédique
et médecine légale**William JUNOD**

12 avril 1930

Médecine générale

**Jacques ROLAND**

22 mai 1942

Radiologie

**RÉUNION-MAYOTTE****Yves COURBIS**

25 juin 1947

Dermatologie

**RÉUNION-MAYOTTE
suppléant****Aboobakar ABDULLA**

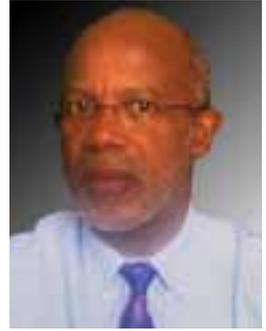
11 février 1961

Médecine générale

**MARTINIQUE****Charles SAINT-AIMÉ**

3 novembre 1933

Pédiatrie

**MARTINIQUE suppléant****Émile ELANA**

23 octobre 1948

Médecine générale

**Jean-Marc EMMANUELLI**

2 juillet 1946

Chirurgie-gynécologie
obstétrique**Pierre HECQUARD**

2 octobre 1949

Médecine générale

**Don Jean MARCHI**

2 janvier 1946

Médecine générale

**Jacques PALOMBO**

19 juin 1939

Médecine générale

MEMBRES DÉSIGNÉS**Georges CREMER**

Académie de médecine

**Michel FRANC**Président de section
au Conseil d'État

APPEL À CANDIDATURES POUR LES ÉLECTIONS COMPLÉMENTAIRES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS EN DATE DU MERCREDI 6 JANVIER 2010

..... En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique modifié par l'article 62 - XXI de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant le nombre de conseillers nationaux de quarante et un à cinquante et un, et conformément aux articles 1 et 2 de l'arrêté du 28 juillet 2009 paru au J.O. du 12 août 2009

quatorze sièges sont à pourvoir pour compléter le Conseil national :

- un membre pour le département des Yvelines ;
- un membre pour le département du Val-de-Marne ;
- un membre pour le département du Val-d'Oise
- un membre pour la région Alsace ;
- un membre pour la région Aquitaine ;
- un membre pour la région Bretagne ;
- un membre pour la région Centre ;
- un membre pour la région Languedoc-Roussillon ;
- un membre pour la région Lorraine ;
- un membre pour la région Midi-Pyrénées ;
- un membre pour la région Nord-Pas-de-Calais ;
- un membre pour la région Pays de la Loire ;
- un membre pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- un membre pour la région Rhône-Alpes.

Envoi et date limite de la candidature

Le candidat se fait connaître, par lettre **recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (180 Boulevard Haussmann-75008 PARIS), revêtue de sa signature.

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.

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 **lundi 7 décembre 2009 à 16h00**.

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 210 x 297 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 jointe à la liste des candidats diffusée aux électeurs et 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 Etats membres de la Communauté européenne ou d'un autre Etat 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..

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.

Le scrutin prend fin le jour de l'élection, le **mercredi 6 janvier 2010 à 18h00**. Tout bulletin parvenu, après cette date ne sera pas comptabilisé.

Le dépouillement et les résultats

Le dépouillement aura lieu le **mercredi 6 janvier 2010 à partir de 18h01** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins-180 Boulevard Haussmann-75008 PARIS.

Après la proclamation des résultats, il sera aussitôt procédé à un tirage au sort parmi les élus pour les répartir dans les tiers venant à échéance respectivement en 2011, 2013 et 2015, aux quels s'appliqueront les dispositions transitoires prévues à l'article 62 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.



➤ Grande-Bretagne

Sharon Burton,

responsable des questions éthiques au General Medical Council.

Les questions autour de la fin de vie sont vivement débattues depuis plus de dix ans au Royaume-Uni. Avec le soutien de notre Ordre des médecins, le General Medical Council – l'organisme de régulation de la profession médicale au Royaume-Uni – a édicté en 2002 et 2008 un certain nombre de principes pour orienter l'action des médecins. Ces orientations ont contribué à établir le cadre juridique et éthique actuellement en vigueur au Royaume-Uni. Elles renforcent l'importance du partenariat entre le médecin, le patient et sa famille, sur toutes les décisions à prendre en matière de traitement, y compris ceux de fin de vie. Elles précisent qu'un traitement qui pourrait prolonger la vie d'un patient devrait être donné, à moins que le patient l'ait refusé

ou que ce traitement n'ait pas été jugé favorable à l'intérêt global du patient. Ce cas intervient lorsque les bienfaits du traitement sont moins importants que l'impact du traitement et les dommages possibles causés au patient. Cette décision est prise par le patient, s'il est capable de comprendre la situation et de prendre une décision, ou par le mandataire juridique du patient, ou par le médecin en consultation avec la famille du patient.

Respecter la vie ne signifie pas poursuivre à tout prix les traitements. L'objectif est de créer un cadre qui nous permettrait de réduire les points de désaccord ou de conflits et d'éviter les tribunaux. On doit arriver à un consensus, mais on doit aussi encourager les professionnels de santé à évaluer la capacité du patient à faire des choix. Nos

orientations ont fait l'objet de nombreuses consultations auprès des organismes médicaux, du grand public, des patients, des tribunaux. Cela ne veut pas dire que tout est résolu. Une loi est entrée en vigueur, en 2000 en Écosse et en 2007 en Angleterre et au pays de Galles, pour autoriser le refus anticipé de traitements qui prolongent la vie, si certains critères sont respectés, comme celui de noter par écrit devant témoin le fait d'avoir compris toutes les implications de refus de traitement. Dans ce cas, le médecin doit respecter cette volonté et s'abstenir de traitement. Mais cette loi est encore très controversée. Et en 2009 et 2010, d'autres tentatives d'introduction de nouvelles lois devant le Parlement pour essayer de légaliser l'assistance au suicide auront lieu.

Ce que dit la loi

DES DISPOSITIONS MÉCONNUES EN FRANCE

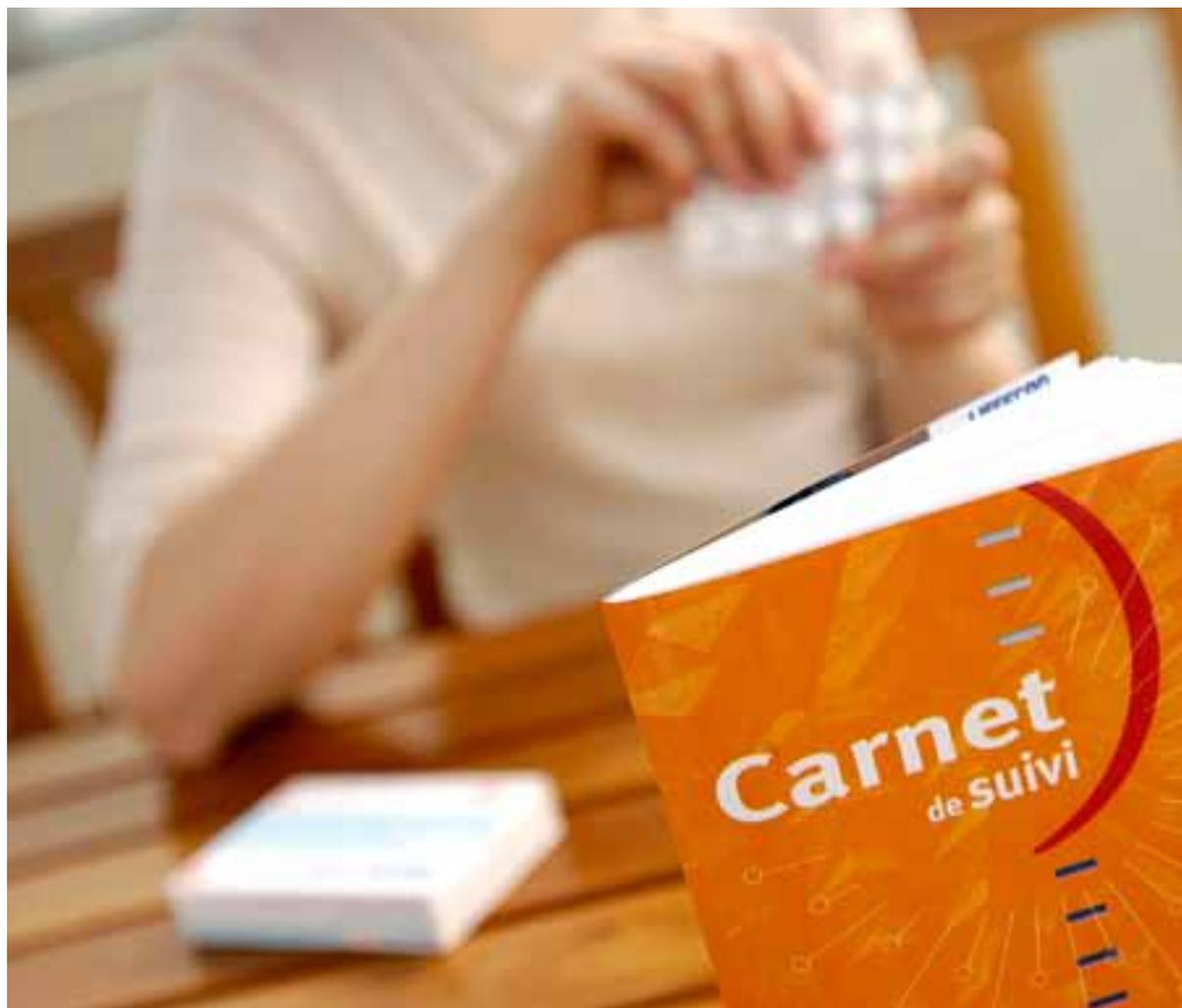
La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a été publiée au *Journal officiel* du samedi 23 avril 2005.

- Elle autorise désormais la suspension des soins médicaux dès lors qu'ils apparaissent « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ».
- Des traitements antidouleur efficaces peuvent être administrés au malade « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable » même si ces traitements ont pour effet secondaire de provoquer le décès plus rapide du malade.
- Plus généralement, le texte clarifie ou renforce les dispositions existantes sur l'obstination déraisonnable et l'obligation de dispenser des soins palliatifs, sur la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement du malade en fin de vie, sur la collégialité de la décision de l'arrêt de traitement du malade inconscient, sur la procédure d'interruption ou de refus de traitement, sur le respect par le médecin de la volonté du malade en fin de vie, sur la personne de confiance. Elle instaure les directives anticipées relatives à la fin de vie.



Éducation thérapeutique : vers des patients acteurs de leur santé

Depuis le vote de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », l'éducation thérapeutique du patient fait désormais partie intégrante de la prise en charge du patient. Un récent rapport du D^r Pierre Hecquard, auditeur au Conseil national de l'Ordre, analyse cette nouvelle pratique de santé qui peut améliorer la qualité de vie des malades chroniques tout en modifiant en profondeur la relation soignants-patients.



Le concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP) a fait son apparition en France il y a une dizaine d'années. Plan national d'éducation à la santé en 2001; programmes nationaux diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme; guide méthodologique de la HAS en 2007; rapport Saout-Charbonnel-Bertrand en 2008... Promue sans relâche par les autorités sanitaires, cette notion reste cependant mal connue des médecins comme du grand public. Selon l'OMS¹, « l'éducation théra-

peutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris le soutien psychosocial. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

EN CHIFFRES**60%****Les maladies chroniques**

représentent plus de 60 % du montant des remboursements de l'Assurance maladie.

(Données Cnamts 2004)

POINT DE VUE
de l'Ordre

« Encourager... mais rester vigilant »

D' Pierre Hecquard,
auditeur au Cnom, auteur d'un rapport sur « l'éducation thérapeutique »

« L'éducation thérapeutique suppose une culture partagée et nécessite un travail d'équipe. Elle ne saurait être l'œuvre des seuls médecins ou des seuls paramédicaux. »

P^r André Grimaldi, chef du service de diabétologie-métabolisme (hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris)

L'éducation thérapeutique est un « plus » dans l'arsenal thérapeutique. Elle répond à un souhait largement exprimé par les patients qui, grâce à elle, peuvent retrouver une plus grande autonomie. Elle renvoie aussi à une évolution de la prise en charge médicale, la responsabilisation des patients permettant d'alléger celle-ci tout en l'améliorant globalement. C'est dire que ce nouveau concept ne devrait pas laisser indifférents les médecins, généralistes ou spécialistes! L'Ordre, pour sa part, ne peut qu'approuver le développement de l'ETP et encourager les praticiens à se former à ses techniques. Il est en effet important qu'ils les maîtrisent: c'est le meilleur moyen d'éviter les dérives. Il ne faudrait pas que, sous le masque de l'ETP et surfant sur un phénomène de mode, des officines dotées d'objectifs peu désintéressés s'emparent de ce concept. Le risque de manipulation est réel: il suffit de voir l'ampleur de l'offre internet sous le vocable d'« éducation thérapeutique du

patient » pour s'en convaincre! Tout en encourageant ces dispositifs, l'Ordre doit donc être très vigilant sur leur mise en place. Il devra veiller à ce que les programmes d'ETP intègrent le médecin traitant dans les différentes phases de la démarche. Il devra aussi veiller à ce que le patient conserve la liberté de se soumettre ou non à un tel programme, s'il lui est proposé: l'ETP ne doit pas devenir pour lui une obligation morale qu'il serait honteux de repousser. Enfin, l'Ordre devra veiller à ce que la promotion d'un programme d'apprentissage ne s'accompagne pas de la promotion d'un produit. L'exercice de cette vigilance essentielle constitue en tout cas une raison supplémentaire pour l'Ordre de siéger dans les Agences régionales de santé (ARS) puisque, aux termes de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » – qui engage fortement au développement de l'éducation thérapeutique – ce sont elles qui auront mission de vérifier le contenu de ses programmes et la qualité de leur mise en œuvre.



L'ETP est destinée en priorité aux patients atteints de pathologies chroniques entraînant une détérioration régulière de la santé : diabète, asthme, obésité, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance rénale, etc. Grâce à une adhésion étroite à leur traitement (prise de médicaments, réalisation de gestes techniques, suivi de régime) et à leur surveillance (paramètres biologiques, etc.), ils peuvent en effet éviter ou retarder la survenue de complications et améliorer leur autonomie et leur qualité de vie.



©Burger/Phonix

Des patients précurseurs

L'idée d'éducation thérapeutique est cependant moins nouvelle qu'il n'y paraît, ainsi que le souligne le D^r Pierre Hecquard dans le rapport qu'il a présenté en juin au nom du Conseil national de l'Ordre² : « *Les associations, écrit-il, n'ont pas attendu que ce concept soit "bordé" pour comprendre l'utilité de l'éducation des patients. Pour les diabétiques, notamment, elles avaient mis en place des dispositifs très proches de ceux de l'ETP.* » Les associations de patients hémophiles (voir « Point de vue extérieur ») ou asthmatiques leur ont également emboîté le pas. Pour autant, l'ETP ne s'improvise pas, ni pour celui qui en est chargé, ni pour celui qui la reçoit. Un médecin ne fait pas de l'éducation thérapeutique parce qu'il donne de l'information à ses patients. Pas plus qu'un organisme de protection sociale lorsqu'il se lance dans un programme d'accompagnement

EN CHIFFRES

20%

 Les maladies chroniques

touchent 15 millions de personnes, atteintes plus ou moins sévèrement, soit 20 % de la population française.

Source : rapport BAS, ministère de la santé 2007

Initiative

La MSA cible les maladies cardio-

La Mutualité sociale agricole (MSA) a été l'un des premiers organismes de protection sociale à intégrer l'éducation thérapeutique dans ses programmes.

Cette mise en place se fait très progressivement depuis 2005. Dans un premier temps, la MSA a décidé de cibler les malades âgés souffrant d'insuffisance cardiaque (hypertension artérielle sévère, insuffisance coronaire, diabétiques précardiaques, etc.). Elle a mis au point une méthodologie et élaboré des outils mais a laissé ensuite à chaque caisse le soin d'organiser ses programmes en fonction de ses particularités.

Pour la caisse MSA d'Île-de-France, c'est le D^r Véronique Drouglazet, médecin responsable de la prévention, qui a pris le dossier en main... après avoir suivi un D.U. d'éducation thérapeutique à Paris VI pour se familiariser avec ces techniques. « *Nous avons proposé aux personnes susceptibles d'être concernées la possibilité de participer à un programme d'ETP. Ceux qui ont répondu positivement ont alors reçu un document à remplir avec leur médecin traitant afin d'établir ce que l'on appelle un "diagnostic éducatif". Il s'agit en effet de savoir d'où part le patient, son vécu, ce qu'il*

sait de sa pathologie, de ses traitements, etc. »

Consciente que ce diagnostic représente une charge supplémentaire pour le médecin traitant et soucieuse que le facteur temps ne soit pas un obstacle, la MSA Île-de-France a d'ailleurs décidé de rémunérer cet acte. Une façon, aussi, de reconnaître la contribution du médecin traitant au processus, avec l'accord de l'Ordre et de l'URML puisqu'un courrier leur est envoyé avant toute action : « *Il est essentiel que les médecins comprennent bien que l'éducation thérapeutique du patient ne se fait pas*

des malades³! Et il ne suffit pas qu'un patient sache tout de sa maladie et de son traitement pour qu'il ait le meilleur comportement possible, qu'il suive bien toutes ses prescriptions et réagisse efficacement en cas de crise.

Changer de posture intellectuelle

« *L'ETP, c'est d'abord une culture* », a expliqué le Pr André Grimaldi, chef du service de diabétologie-métabolisme (hôpital de la Pitié-Salpêtrière), lors du forum que l'Académie nationale de médecine vient de consacrer à ce sujet⁴. Elle implique de la part des médecins un changement de posture intellectuelle que le Pr François Bourdillon, président de la Société française de santé publique (hôpital de la Pitié-Salpêtrière), voit pour sa part comme « *une posture éducative en lieu et place de postures classiquement prescriptives ou injonctives... pour ne pas dire trop techniciennes*

LES 4 ÉTAPES DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Si le programme de l'éducation thérapeutique varie en fonction de la pathologie, du patient et du contexte, le canevas reste, lui, à peu près toujours le même. Il s'organise autour de quatre étapes.

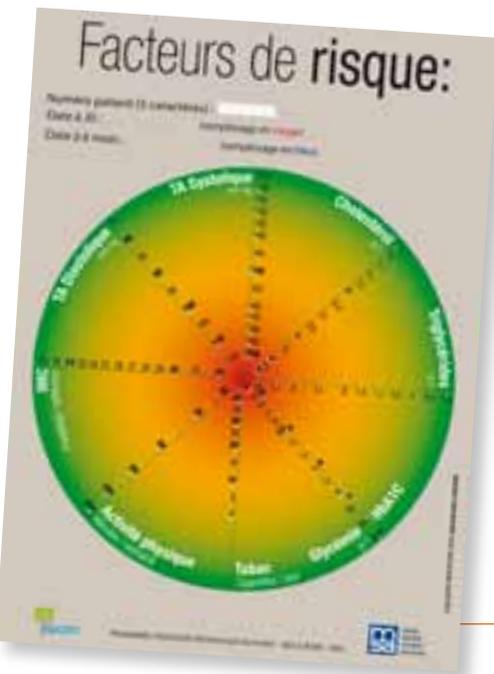
1 L'élaboration du diagnostic éducatif: le praticien ou l'équipe soignante interroge le patient sur ce qu'il sait de sa maladie, sur ses répercussions dans sa vie quotidienne, ses activités, ses projets. Il l'interroge sur les difficultés rencontrées, le suivi de son traitement, ce qu'il imagine de son évolution... Ce diagnostic permet de lister les compétences à acquérir.

2 Le programme d'éducation personnalisé: à partir du diagnostic éducatif, l'équipe chargée de l'éducation thérapeutique va construire, en lien avec le médecin traitant, un programme d'éducation personnalisé, planifié dans le temps et négocié avec le patient. Ensemble, ils vont définir des priorités. Par exemple, apprendre à agir vite et bien en cas de crise, à surveiller son rythme cardiaque, etc.

3 La participation à des séances d'éducation thérapeutique: individuelles ou collectives, elles se déroulent en tout cas dans un temps et un lieu spécifiques. Elles sont conçues autour de modules qui font appel à des techniques spécifiques (jeux de plateau, mises en situation, partage d'expérience). Ces apprentissages sont menés par des médecins ou des paramédicaux dûment formés.

4 L'évaluation individuelle: elle consiste à vérifier que le patient a progressé dans son comportement, que ses données médicales évoluent favorablement, que sa qualité de vie s'est améliorée. Ce bilan sera partagé avec les professionnels impliqués dans sa prise en charge.

vasculaires chroniques



contre eux, mais avec eux, insiste le Dr Drouglazet.

Elle instaure un partage entre l'équipe éducative, dont fait partie le médecin traitant, et le patient. »

Les volontaires sont conviés à se rendre dans un lieu dédié, pour trois séances d'une demi-journée chacune: « *L'objectif de ces séances, c'est moins de renforcer les connaissances des patients sur leur pathologie – souvent d'un bon niveau, d'ailleurs – que de les aider à acquérir des compétences pour mieux la gérer. Notre contrat éducatif: chacun améliore*

sa prise de conscience sur les facteurs de risque, développe sa connaissance des signes d'alerte (identification et réactions appropriées) et ses capacités à utiliser les outils d'autosurveillance (poids, palpation du rythme cardiaque, prise de la tension). » Pour le Dr Drouglazet, ce programme d'éducation thérapeutique, loin de chercher à contourner ou concurrencer les praticiens, permet donc, en responsabilisant le patient, de créer les conditions d'un meilleur dialogue et d'un meilleur suivi médical.

et infantilisantes. » Et d'ajouter que « *ce changement relationnel mériterait d'être mis en œuvre par tous les soignants, même s'ils ne développent pas eux-mêmes des programmes d'ETP* ».

Car, insiste le Pr François Bourdillon, il faut distinguer la démarche éducative – qui devrait être enseignée en formation initiale à tous les professionnels de santé – de la logique des programmes d'éducation thérapeutique proprement dits. Ces derniers renvoient à un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé, faisant appel à l'interactivité et à la participation des patients. Ces programmes sont donc structurés, organisés par des équipes dédiées et dûment formées, construits autour d'objectifs précis et personnalisés; les séances se déroulent dans un temps et un lieu qui leur sont propres.

Se former pour conseiller et suivre son patient

Si le médecin traitant peut avoir un rôle fondamental d'initiateur et d'accompagnant d'une démarche d'éducation thérapeutique, il sera rarement l'effecteur du programme. Néanmoins, pour conseiller utilement et suivre son patient, mesurer avec lui ses progrès dans le processus d'automatisation, mieux vaut qu'il connaisse la méthodologie et les ressorts de ces techniques. L'éducation thérapeutique ne peut pas être proposée à tous les malades chroniques, ni même à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie. Il y a des moments clés pour intervenir, après la consultation d'annonce, par exemple, ou bien à l'occasion d'une crise aiguë, ou d'une rechute. L'éducation thérapeutique ne s'improvise pas: elle s'appuie sur des concepts issus des sciences humaines et met en jeu des techniques validées par l'expérimentation. Ces compétences, le médecin peut les acquérir: il

POINT DE VUE extérieur

Thomas Sannié,
vice-président de
l'Association française
des hémophiles

Interview Plusieurs associations de patients – dont la vôtre – revendiquent la paternité du concept d'éducation thérapeutique...

Thomas Sannié: Ce que je peux dire, c'est que les premiers stages d'auto-traitement – puisque c'est ainsi qu'on les appelait à l'AFH – ont été organisés dès 1974. Le projet était même dans l'air à la fin des années 1960, mais, au départ, les médecins et infirmières nécessaires à l'encadrement se sont montrés réticents à l'idée d'apprendre aux malades des gestes techniques jusque-là réalisés par eux seuls. Par peur de perdre du pouvoir,

sans doute... À tort, en tout cas, car ces démarches éducatives ne se font pas contre les professionnels de santé. Elles se font avec eux, en complément de leurs interventions.

En quoi consistaient ces premiers stages ?

T. S.: Pendant une à deux semaines, encadrés par des professionnels de santé volontaires, quelque dix à quinze patients acquéraient des données de base sur l'hémophilie et, surtout, apprenaient à faire les perfusions. Une véritable innovation! Ceux qui avaient suivi le stage n'étaient plus obligés d'aller à l'hôpital qu'en cas d'urgence. Il leur suffisait d'avoir chez eux, dans leur réfrigérateur, les produits à

Bon à savoir

» **CE QUE DIT LA LOI HPST**

L'article 22 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » inscrit l'éducation thérapeutique dans notre système de soins: « L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soins. »

- **Les pathologies donnant lieu à des programmes d'ETP sont fixées par arrêté du ministre de la Santé.** Ces programmes doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration doivent être définies par décret.

- **L'Agence régionale de santé est au cœur du dispositif:** c'est elle qui vérifie que les programmes d'ETP répondent bien au cahier des charges national, elle qui est chargée de l'évaluation de ces programmes et qui s'assure du maillage de l'offre en éducation thérapeutique, tant en ville qu'à l'hôpital. C'est elle, enfin, qui finance les programmes.

“ Les démarches éducatives ne se font pas contre les professionnels de santé, mais avec eux! ”

mélanger avant de procéder à l'intraveineuse.

Comment cette démarche pionnière a-t-elle été accueillie ?

T. S. : Par les patients, avec un très grand enthousiasme ! Beaucoup attendaient ça depuis longtemps. Les premiers formés à l'auto-traitement ont tous noté une amélioration de la prise en charge – grâce aux soins qui pouvaient intervenir sans retard – et une amélioration de la qualité de vie du fait de l'acquisition d'une plus grande autonomie. Cela s'est vite su. Et les professionnels de santé, même ceux qui étaient les plus réticents au départ, ont reconnu assez vite l'intérêt de ces stages. Il est vrai également que la communauté

scientifique mondiale s'occupant des hémophiles était favorable à cette démarche...

Pour l'AFH, que représente aujourd'hui l'éducation thérapeutique ?

T. S. : L'apprentissage s'est considérablement élargi. En plus des gestes techniques et de la connaissance de la maladie, il comprend désormais un volet prévention via l'activité physique, un repérage des signes cliniques d'alerte ou encore la tenue d'un carnet de santé (élaboré avec l'Inserm). Par ailleurs, nous avons continué à approfondir notre réflexion en constituant un groupe de travail avec le centre de référence maladie rare hémophilie, la société savante,

le Groupement des infirmières et celui des kinésithérapeutes spécialistes de l'hémophilie, sous l'égide du Laboratoire d'éducation de la santé de l'université Paris XIII. Nous sommes en train de rédiger des recommandations nationales pour l'ETP des hémophiles et de formaliser une nouvelle notion, celle de « patients-ressources ». Des patients chargés, en complémentarité de l'intervention des professionnels de santé, de transmettre à d'autres patients leur expertise de vie. Les premières séances animées par ces « patients-ressources » ont été très appréciées. Nous voulons maintenant organiser ce dispositif... qui, je dois le dire, intéresse aussi beaucoup le ministère de la Santé !

existe déjà dans plusieurs facultés de médecine des formations spécifiques, des D.U. d'éducation thérapeutique.

Un développement inéluctable

Reste que la mise en place des programmes d'ETP nécessite la formation et la rémunération des équipes qui s'y emploient. Pour l'heure, le flou le plus total règne sur la question du financement. Certes, comme le souligne le D^r Hecquard, on n'en est aujourd'hui qu'aux prémices d'un processus qui devrait prendre de l'ampleur dans les quinze prochaines années. « *Son développement est inéluctable, estime-t-il, du fait de la pression*

Pour en savoir plus

- **Rapport du D^r Pierre Hecquard** sur le site du Conseil national : www.conseil-national.medecin.fr - Rubrique : rapports.
- **Guide méthodologique** « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » publié par la Haute Autorité de santé et l'Inpes en 2007. Téléchargeable sur www.has-sante.fr.
- **Rapport Saout-Charbonnel-Bertrand**, « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », sur le site du ministère de la Santé (Rubrique : publications - documentation).

des associations, du vieillissement de la population et de l'accroissement des maladies chroniques, de la démographie médicale. » « Mais aussi, ajoute-t-il, parce que les premières évaluations ont montré

des bénéfices substantiels ». Les patients « éduqués » recourent notamment moins à la polymédication et s'adressent de façon plus mesurée aux services d'urgence.

1. Dans un rapport publié en 1998.
2. « L'éducation thérapeutique », rapport du D^r Pierre Hecquard adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 3 avril 2009.
3. Le programme Sophia de la Cnamts, destiné à

« accompagner » les malades chroniques, a certes des points communs avec l'ETP mais n'est pas un programme d'ETP.
4. « L'éducation thérapeutique va-t-elle profiter aux patients ? » Forum du 17 juin à Paris.

Association des personnes concernées par le tremblement essentiel (APTES)



Vaincre le tremblement essentiel

2004

L'Association francophone des personnes concernées par le tremblement essentiel (APTES) a été créée le 3 janvier 2004 sous l'impulsion de Henri Girin, son président. Elle est présente en France, en Belgique, en Suisse et au Canada.

Logo

Pour diagnostiquer le tremblement essentiel, le neurologue demande au patient de suivre un modèle de spirale au crayon. C'est un geste difficile à effectuer par une personne atteinte de tremblement essentiel. Cette spirale est devenue le logo de l'association.

Informier et défendre les malades

800 adhérents ont déjà rejoint l'association. Son objectif est de les informer (site Internet, guide, lettre) et de les défendre (aides sociales).

Partenaires

Le tremblement essentiel est une maladie fréquente mais orpheline, APTES a rejoint la Fédération des maladies orphelines (FMO). APTES accueille par ailleurs des personnes souffrant d'autres types de tremblements dont des tremblements rares, elle appartient pour cette raison à l'Alliance maladies rares et à l'European Organization for Rare Diseases (Eurordis).

C'est une pathologie plus fréquente que la maladie de Parkinson: 300000 personnes seraient concernées en France dont 30000 par une forme grave. Pourtant, le tremblement essentiel est une maladie neurodégénérative peu connue du milieu médical. Il se caractérise par des mouvements musculaires anormaux, le plus souvent au niveau des muscles de la posture, des mains, plus rarement au niveau de l'avant-bras, du visage ou du cou, de la bouche ou de la voix. Les tremblements surviennent lorsque la personne essaie de maintenir une position (tremblement d'attitude) ou au cours d'un mouvement, d'une action (tremblement d'action). Ils affectent tous les actes de la vie quotidienne: écriture, gestes de précision, etc. En l'absence de marqueur spécifique (que ce soit par dosage sanguin, par scanner ou par IRM), le diagnostic du tremblement essentiel est actuellement posé par un neurologue, après l'examen clinique. Le tremblement essentiel est une maladie génétique (deux anomalies ont été découvertes sur les chromosomes 2 et 3). Sa transmission s'opère sur le mode autosomique dominant.



©Garo/Photo



“ L'un de nos principaux objectifs est de développer la recherche médicale sur le tremblement essentiel ”

Fabrice Barcq, vice-président de l'APTES

Interview

Quel est le parcours des personnes qui rejoignent l'association ?

Ce sont des personnes qui souffrent de tremblements depuis longtemps et qui viennent à nous après avoir vu le site de l'association ou lu les discussions sur notre forum en ligne.

Généralement, ces

personnes ont déjà été orientées vers un psychiatre. On leur a dit que leurs tremblements étaient liés au stress, à l'anxiété, à la nervosité. Elles ont été victimes d'une « errance de diagnostic » pendant vingt, trente, parfois quarante ans... Lorsqu'elles nous contactent, nous les aiguillons en priorité vers un neurologue pour que le diagnostic soit posé avec certitude. C'est alors un choc. On pense souffrir d'une maladie psychosomatique; on découvre que l'on est atteint d'une maladie neurodégénérative. Cette situation renforce le sentiment d'être isolé, incompris, le besoin de se replier sur soi... La création de l'association a comblé un réel manque d'information et d'accompagnement pour ces personnes. En quatre ans, plus de 800 adhérents ont rejoint

l'association. Et chaque année, nous traitons 350 appels sur notre plate-forme téléphonique et 400 mails. C'est beaucoup !

Que peut leur apporter l'association ?

Notre rôle est d'abord de les orienter vers un neurologue, spécialiste du tremblement et des mouvements anormaux. Dans un second temps, l'association peut aussi intervenir pour faciliter la prise en charge sociale du handicap, au travail, à domicile ou dans la vie quotidienne en général, pour l'enfant comme pour l'adulte. Nous avons d'ailleurs travaillé avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa) à la rédaction d'une fiche pour aider les Maisons départementales des personnes handicapées à correctement évaluer le handicap que génère le tremblement essentiel. Cela dit, une fois que la maladie est diagnostiquée, le handicap est reconnu sans réel problème. La difficulté, c'est plutôt d'adapter les aides aux besoins des malades. La prestation compensatoire du handicap prévoit par exemple une aide pour l'habillement ou la prise des

repas, mais rien pour le ménage ou pour les courses ! L'association a récemment rencontré tous les acteurs ministériels concernés pour qu'une solution puisse être trouvée.

Sur quels autres champs intervient APTES ?

L'un de nos principaux objectifs est de développer la recherche médicale sur le tremblement essentiel. Le conseil scientifique de l'association rassemble des neurologues de renom. Ils nous aident à répondre aux questions de nos adhérents, nous informent sur les traitements et les découvertes les plus récentes. Avec le Club des mouvements anormaux, présidé par le P^r Michel Goncè (Liège), nous avons organisé un colloque scientifique « Tremblement essentiel et syndromes apparentés », qui s'est déroulé au Palais du Luxembourg le 8 février 2008, en présence de 150 neurologues et 100 malades. L'objectif était de faire le point des connaissances sur la maladie. Enfin, nous avons lancé deux appels d'offres, en 2008 et 2009, dotés respectivement de 30000 et 20000 euros, pour financer des programmes ciblés sur la maladie.

Une maladie parfois invalidante

La forme tardive de la maladie est la plus courante. Elle débute entre 55 et 65 ans, puis s'aggrave lentement et de façon continue. La forme précoce concerne environ 20000 cas. Elle débute durant l'enfance; augmente jusqu'à un pic initial, pendant l'adolescence; stagne entre 30 et 50 ans, puis s'aggrave vers 55/65 ans. Chez les personnes âgées, la maladie est banalisée tant elle est fréquente. Chez les enfants et les jeunes, elle est souvent ignorée et peu diagnostiquée. En

l'absence de traitement réellement efficace, tous doivent apprendre à vivre avec cette maladie et, notamment, à supporter le regard des autres qui associent souvent ces tremblements à une forme sévère d'alcoolisme ou à une maladie psychiatrique. Certains médicaments comme les bêtabloquants et les anti-épileptiques parviennent cependant à réduire l'amplitude des tremblements, mais avec de nombreux effets secondaires. Pour les cas les plus invalidants, il existe désormais deux traitements chirurgicaux qui ont fait la preuve de leur efficacité:

la stimulation électrique cérébrale et la radiochirurgie par Gamma Knife. Leurs effets indésirables sont encore mal connus et les neurochirurgiens formés à ces techniques ne sont pas assez nombreux pour soulager tous les malades potentiellement concernés. Pour les malades, elles représentent cependant un réel espoir.

+ D'INFOS:

Pour contacter l'association:
www.aptes.org ou au 0 970 407 536

• L'adresse du forum de discussion sur Internet: http://fr.groups.yahoo.com/group/tremblement_essentiel/



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

Les médecins et la CMU

J'aimerais vous faire part de mon regret de voir de plus en plus souvent les confrères spécialistes vers qui j'oriente des patients ne pas donner de réponse à mes courriers, ne pas m'envoyer de courriers quant à leurs conclusions. Je voudrais aussi vous dire, prenant en soins au centre de

santé Parcours d'exil des patients fragilisés par la torture et les mauvais traitements, comme je suis choqué de les voir, même quand ils ont des papiers en règle, même quand ils sont assurés sociaux, se voir de plus en plus refoulés par des confrères qui « ne prennent pas la CMU ». Je trouve

personnellement cela choquant. Cela vient ajouter encore au sentiment de déchéance que vivent ces patients. Enfin, un tout petit peu dans le même ordre d'idées, je voudrais vous faire part de mon étonnement de voir un des patients reçus au centre de santé « dénoncé » par un

pharmacien qui a appelé directement la police suspectant que cette personne, dont la carte Vitale était à réactualiser, d'être sans papiers. Cela ne relève pas de l'Ordre des médecins, mais c'est à mon sens choquant.

D^r Pierre D. (Paris 3)

À propos du transsexualisme

J'ai appris hier que le politique fait le médecin. Je connaissais déjà ses ambitions personnelles, son ambition de pouvoir et sa volonté de s'en prendre à ce qu'il nomme le pouvoir médical, mais tout de même pas au point d'inscrire dans un texte de loi que le désir de changer de sexe ne relève pas de la maladie, de la psychose, disons-le tout de suite, mais d'une simple différence semblable à la différence du groupe sanguin ou de la couleur des yeux. [...] Depuis plus d'un siècle et l'analyse par Freud des mémoires du président Schreber, nous, psychiatres et psychanalystes, interrogeons le rapport entre féminité et psychose. La clinique nous confirme chaque jour que ce qui pousse à être La femme est au centre de la problématique psychotique. La femme, là encore la clinique nous l'enseigne, n'existe pas.

Il y a des femmes, mais le délire du transsexuel est de vouloir l'incarner La femme. Ils le disent clairement, ils se sentent plus femme que toutes les femmes et sont prêts à enseigner la féminité. Mais cette expérience du soin et de prise en charge de patients souffrant et surtout en danger, parfois même après des interventions chirurgicales qui ne peuvent être que décevantes, cette expérience ne vaut rien en face d'une loi édictée par quelques politiques, qui se croyant inspirés veulent paraître modernes, ouverts, libéraux. Il est peut-être utile de rappeler ici ce qu'il en est de ce que l'on nomme aujourd'hui à la Chambre des députés le transsexualisme. C'est un concept assez récent attribuable à Harry Benjamin qui voulait désigner des personnes qui souhaitaient au-delà de l'anatomie se définir homme ou

femme. Le terme introduit est *transgender*, ou « transgenre », qui tend à désigner les transsexuels en dehors de tout cadre pathologique. Évidemment, le transsexuel confronte l'humain à la différenciation sexuelle, nous confronte à la définition de l'homme et de la femme. Qu'est-ce donc être un homme, qu'est-ce donc être une femme? Là, nous voilà bien embarrassés. Nous psychanalystes, au premier chef, et ce depuis le discours de Jacques Lacan sur la différence sexuelle. Se situer du côté homme ou du côté femme ne dépend nullement de l'anatomie, formulation qui marque une avancée par rapport à la théorie de Freud sur le manque du pénis, manque censé fonder la différence sexuelle et la différence du genre.

D^r E.S. (Paris 1)

Maîtrise

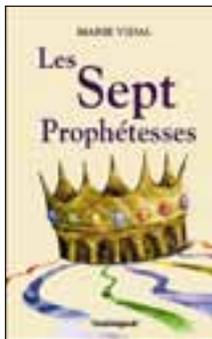
Alain Rey, auteur, avec Danièle Morvan, du *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.



Le mot maîtrise ou maïtrise, dérivé de maître dès le XII^e siècle, transmet en français la qualité de magister, mot latin que l'on rattache à magis, « plus ». La notion vient de la langue sacrée; elle donne à maître son pouvoir dominateur, et maîtrise a suivi cette route, en désignant d'abord un commandement nécessaire et absolu, celui d'un navire.

Maîtrise a pris presque autant de significations que maître : la plus intériorisée étant la maîtrise de soi. Tous gravitent autour du verbe dérivé maîtriser, qui peut couvrir toute activité où le réel doit être soumis à la volonté et à la raison humaines. Dans l'exercice de la médecine, notamment hospitalière, la complexité des enjeux donne à l'idée de « maîtrise » des applications parfois affrontées. En effet, maîtriser la maladie, la douleur, suppose des moyens financiers dont la « maîtrise » peut limiter le déploiement. Il s'agit de concilier ces deux impératifs, celui de la mission humanitaire et morale que doit être la médecine; celui du réalisme qui oblige à se contenter de ce que la société, par ses maîtres politiques, consent pour poursuivre cette mission.

Les sept prophétesses



La spiritualité n'est pas incompatible avec l'exercice médical. Pour preuve, l'ouvrage de notre consœur, exégète de confession catholique et qui enseigne depuis de nombreuses années la portée de la Torah. Qui sont ces sept prophétesses qui ont une place importante dans l'histoire des Hébreux? Sarah la princesse, Myriam la sœur de Moïse, Déborah du livre

des Juges, Hannah, Abigayil, Houldah, et Esther la reine. Le texte invite à la lecture, ou à la relecture, de l'Ancien Testament. À conseiller à ceux d'entre nous, athées ou croyants, qui s'intéressent au rôle des femmes dans l'Ancien Testament. » Maurice Hodara

» *Les sept prophétesses*, de Marie Vidal. Éd. Cosmogone, 395 pages, 28 euros.

Paroles de maladies, paroles de médecins



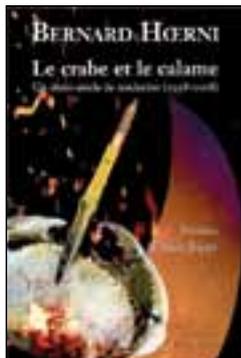
Pierre Kamoun a demandé à vingt-quatre chefs de service des Hôpitaux de Paris de l'Assistance publique de choisir dans leur expérience médicale des anecdotes, amusantes ou émouvantes, qu'ils ont vécues. Des situations plus ou moins identiques ont été vécues par des confrères exerçant en milieu privé ou à l'hôpital.

Ce qui fait le charme de cet ouvrage, c'est que sa lecture dégage une nostalgie du passé sensible pour les médecins ayant fait leurs études à Paris ou ayant eu une activité hospitalière à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Lecture pour tous.

» M.H.

Paroles de malades, paroles de médecins, sous la direction de Pierre Kamoun. Éd. Glyphe, 331 pages, 21 euros.

Le crabe et le calame



Au moment de prendre sa retraite, Bernard Hoerni fait le bilan d'un demi-siècle de sa carrière médicale dans un ouvrage de 414 pages. Trop long? Certainement pas. À côté de la relation d'une brillante vie professionnelle de cancérologue à Bordeaux, des ressemblances

troublantes entre la vie de Jean Bergognié (fondateur des Centres anti-cancéreux) et la sienne, on découvre l'homme attachant qu'est l'auteur. Un des traits majeurs de sa personnalité, que rappelle Alain Juppé dans la préface, est l'empathie qu'il cherche à créer avec son malade: « *S'approcher d'une autre personne pour percevoir ses émotions, sans les faire siennes, pour ne pas en souffrir soi-même* »; définition à laquelle souscrit volontiers tout praticien. Personnalité riche, lecture intéressante. » M.H.

Le crabe et le calame. Un demi-siècle de médecine (1958-2008), de Bernard Hoerni. Éd. Glyphe, 414 pages, 26 euros.

“ Je me sens médecin et passeur ”

Dr Paul Atlan,
gynécologue-obstétricien, fondateur
de la consultation Éthique et religions
à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart).

Témoignage

Paul Atlan a toujours su qu'il serait médecin. « *C'est pour cela que j'ai choisi de faire un bac philo* », confie-t-il. Comme si c'était une évidence... De fait, il est devenu gynécologue-obstétricien et a même ajouté une seconde spécialité à son actif, la psychiatrie, mais sans jamais se départir de son tropisme philosophique. Ce parcours atypique l'a poussé à concevoir ce que nul autre avant lui n'avait imaginé... et qui reste à ce jour unique en France, voire dans le monde : une consultation Éthique et religions à l'hôpital. En l'occurrence, dans le service de gynécologie-obstétrique le plus « pointu » qui soit en matière d'assistance médicale à la procréation : celui du Pr René Frydman, à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart). « *Depuis un quart de siècle, les "premières" médicales s'y sont succédé*, explique le Dr Atlan. *Cela nous a naturellement amenés à nous poser de nombreuses questions d'ordre éthique, philosophique, religieux.* » Paul Atlan a participé à toutes les réflexions menées autour de ces questions dès 1982. « *Mais je suis praticien avant tout et j'ai eu envie de les mettre au service de mes patientes. De là est née l'idée de créer une consultation d'éthique, pour aider les couples concrètement.* » Au départ, bien sûr, les autorités de tutelle ont hésité, craignant une entrave à la laïcité de l'hôpital. Paul Atlan a su les convaincre. Et c'est ainsi que, depuis treize ans, une fois par semaine, sa consultation offre aux femmes ou aux couples venus de tous les coins de France, souvent en plein désarroi, la possibilité d'exposer leur problème : presque toujours, un conflit entre des convictions religieuses et un acte médical – FIV, IVG, amniocentèse, etc. – qu'ils croient ne pas pouvoir accepter... au risque de se mettre en danger de mort. « *Dans ces situations dramatiques, je suis à la fois un médecin et un passeur, médiateur entre les couples et les autorités religieuses.* »

En effet, Paul Atlan ne tranche pas : il s'est assuré le soutien des autorités religieuses catholiques, musulmanes, juives et protestantes de France, qu'il consulte au cas par cas. En urgence, si nécessaire. Éclairées par le médecin, celles-ci rendent des avis qui, le plus souvent, entre progrès scientifiques et doctrine religieuse, trouvent la voie de la raison. Celle de la vie.



©DR

PARCOURS

» 1942

Naissance à Alger

» 1969

Docteur en médecine
(faculté de médecine de Paris)

» 1973

Spécialiste en gynécologie

» 1973-1992

Dirige le premier centre
de Planification familiale créé
en France (Fontenay-sous-Bois)

» 1991

Devient praticien hospitalier
attaché à Antoine-Béclère

» 1996

Crée la consultation Éthique
et religions à Antoine-Béclère

» 2004

Est fait chevalier dans l'ordre
national de la Légion d'honneur