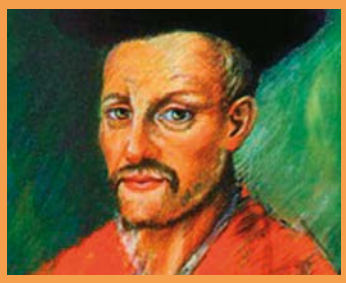
la Lettre de l'

Ordre des Médecins

de L'Hérault - n° 32 - Juillet 2019



Sommaire

ACTUALITES

- Alertes arnaques ! 3
- Les instances médicales statutaires de la fonction publique. 4
- Motion de la CRSA Occitanie réunie le 8 février 2019 à Montpellier. 5
- Pilote d'aéronef, état de santé préoccupant, secret médical. 6
- L'AMFB organise son 36e congrès annuel. 6

INFORMATIONS PRATIQUES

- La Pasquière : Maison d'accueil pour familles de personnes hospitalisées. 7
- Certificats médicaux. 8
- Le contrat de collaboration. 9
- Le programme d'aide et de solidarité aux soignants se renforce en 2019. 10
- Accompagner un enfant en deuil. 12
- La coordination territoriale d'appui sur le secteur Est-Héraultais. 14

LIBRES PROPOS

- Réflexions sur le temps. 15
- L'acte médical : Avec quoi soigne-t-on ? 21
- Extension de la PMA aux femmes seules ou vivant en couple de femme. 23
- Le suivi médical des patients en Ehpad. 24

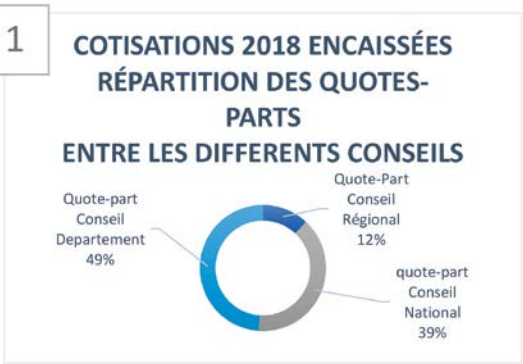
IN MEMORIAM 25

La Lettre de l'Ordre des Médecins de L'Hérault
N° 32 - Juillet 2019
Directeur de la publication : Docteur Xavier de BOISGELIN
Rédacteur en Chef : Docteur Marcel DANAN
ISSN - 0643 - Imprimerie Les Petites Affiches / Montpellier

Editorial

Notre cotisation annuelle, à quoi sert-elle ?

1

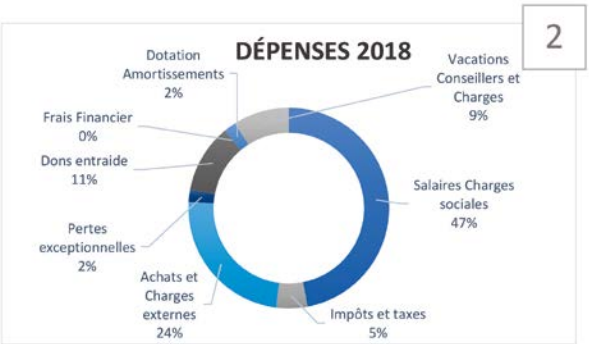


Des cotisations 2018, 39% ont été reversées au Conseil National et 12 % au Conseil Régional. (Cf 1) Les 49 % restant représente la quote part du Conseil Départemental.

Ainsi en 2018 nos dépenses se sont élevées à 970 493 € (en augmentation de 2% par rapport à l'année précédente.

Le détail de ces dépenses : (Cf 2)

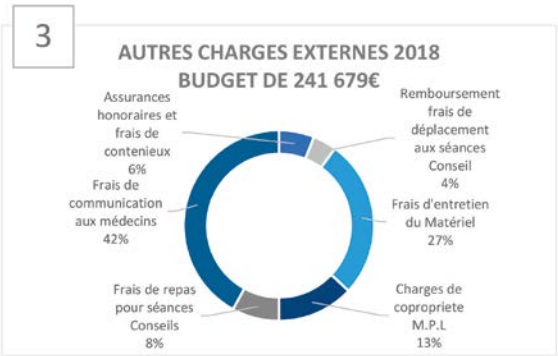
2



- **Salaires et charges du personnel** (8 Postes – 7.5 ETP) en constituent près de la moitié : (47%) alors que les charges externes et les achats de matériel en représente 24 % (Cf 3)

- **Des Vacations (8%)** sont octroyées aux conseillers (analyse des contrats, participations aux médiations, ou à des réunions externes, saisies de dossiers) ; La participation aux séance plénières mensuelles ne fait pas l'objet de rémunération.

3



Les membres du bureau responsables perçoivent une indemnité mensuelle (1500 € pour le Président et le Secrétaire Général, 500€ pour les vice- présidents, le Secrétaire général adjoint et le trésorier).

•••/•••

•••/••• - **L'entraide (11 %)** aux familles en cas de décès d'un médecin en activité, aux confrères en difficulté, aux orphelins de médecins (cadeaux de noël pour les moins de 18 ans et possibilité pour les enfants majeurs d'obtenir une bourse nationale d'études par l'AFEM (à laquelle nous avons versé 50 000 €).

Au total pour 2018 notre entraide s'est élevée à 111 276 €.

Le Trésorier et Responsable de L'entraide.
Le Professeur Henri MARY.

NB : 1. L'expertise comptable est assurée par le cabinet AUTHIE de Béziers, les pourcentages et chiffres mentionnés sont extraits du compte de Gestion 2018.

2. Le trésorier est à votre disposition si vous souhaitez de plus larges explications.

Le mot du Président

C'est avec grand Plaisir que j'ai laissé la première page à notre Trésorier le Professeur Henri Mary pour vous expliquer à quoi sert votre cotisation.

Ayant occupé ce poste pendant 12 ans, je sais bien qu'il est parfois difficile et souvent pénible de supporter les réflexions de confrères concernant la cotisation.

Ce n'est effectivement jamais facile de payer sans savoir le service que l'on acquiert.

Cette cotisation obligatoire (la plus faible de tous les ordres professionnels) n'apparait utile, bien souvent, que lorsqu'on a recours aux services de l'Ordre, et comme, heureusement la majorité de nos confrères n'ont pas de problème, l'utilité de la cotisation apparait parfois illusoire.

J'espère donc que les explications de notre trésorier vous auront convaincu, et nous restons à votre disposition pour éclaircir tel ou tel point particulier.

*« **NB / Information de dernière minute :** Lors de l'Assemblée Générale des Présidents, Secrétaires Généraux et Trésoriers du 28 juin 2019, le Conseil National nous a informé qu'à compter du 1 janvier 2020, suite à une **injonction de la Cour des Comptes**, le prélèvement de la cotisation sera effectué par le Conseil National qui par la suite dotera les Conseils Départementaux et les Conseils Régionaux en fonction du budget prévisionnel établi en fin d'année précédente. Ceci est d'ailleurs imposé dorénavant à tous les Conseils départementaux. »*

Bien Confraternellement
Le Président
Xavier de BOISGELIN

ALERTES ARNAQUES !

Les arnaques fleurissent et nous attirons une fois encore votre attention sur le fait qu'il n'y a aucune obligation à répondre aux sollicitations parfois agressives des sociétés commerciales.

Avant toute souscription ou paiement d'une prestation, il convient de se renseigner sur internet à propos de la société en question.

Attention aux risques d'arnaques sur la mise en conformité avec le RGPD !

Des médecins reçoivent par mail ou téléphone des propositions, moyennant rétribution, d'un *« kit de mise en conformité »* avec le RGPD. Parfois, le démarcheur se présente comme agissant au nom de la CNIL, qui a été alertée immédiatement. La CNIL rappelle qu'elle a communiqué début mai au sujet de sociétés promettant de manière peu scrupuleuse une mise en conformité *« clé en main »* au RGPD.

La CNIL, nous indique qu'avant toute souscription ou paiement d'une prestation, il convient de se renseigner sur internet à propos de la société en question. En cas de doute, la CNIL recommande de la contacter au 01 53 73 22 22.

Si un médecin a souscrit les services d'une société et payé le prix demandé, il lui est possible, après avoir procédé aux vérifications sur internet et auprès de la CNIL, de déposer plainte auprès de la gendarmerie ou du commissariat, en particulier si le démarcheur s'est indûment présenté comme membre de la CNIL.

Lire l'article sur le site de la CNIL : *https://www.cnil.fr/fr/pratiques-abusives-mise-en-conformite-RGPD-CNIL-DGCCRF*

Attention aux escroqueries au registre d'accessibilité ! Pratiques Commerciales Agressives

Comment procèdent les arnaqueurs ?

Les arnaques se déroulent par **téléphone** ou par **courrier, mail ou fax**. Votre interlocuteur s**e fait passer pour un organisme officiel** ou pour un **expert en accessibilité**. Il peut vous laisser penser que vous êtes face à une administration avec l'intitulé utilisé, de faux numéros de dossiers ou encore des logos aux couleurs du drapeau français.

Il vous **affirme que vous ne répondez pas à la loi** en matière de registre public d'accessibilité ou que vous n'êtes pas inscrit sur le « Registre national d'accessibilité », document qui n'existe pas.

Il a souvent un discours anxiogène : en vous questionnant sur votre entreprise, il vous affirme que vous violez la loi en matière d'accessibilité et que vous risquez une amende importante, voire que votre activité peut être amenée à cesser. Les appels ou courriers sont souvent répétés pour vous alarmer sur votre situation.

Des solutions vous sont alors proposées pour vous permettre de respecter la loi : ces soi-disant organismes officiels ou sociétés vous proposent de **régulariser la situation pour vous en complétant votre registre d'accessibilité, pour une certaine somme**, allant le plus souvent de 300 à 900 euros. Ces prestations seront bien entendues inexistantes. Votre numéro de carte bancaire vous est alors demandé pour régler ces sommes importantes.

Lire l'article sur le site HandiNorme : *https://www.handinorme.com/accessibilite-handicap/240-attention-aux-escroqueries-au-registre-daccessibilite*

LES INSTANCES MÉDICALES STATUTAIRES

« La Direction Départementale de la Cohésion Sociale recherche des médecins pour y siéger ! ».

Les instances ne peuvent se tenir qu'avec le collège médical complet. A ce jour, le nombre de praticiens permettant leur organisation est insuffisant. Si cet aspect de la médecine liée à la situation des agents vous intéresse, vous pouvez prendre contact auprès de la Direction départementale de la cohésion sociale.

Présentation du Comité médical

Le Comité médical est une instance départementale consultative qui siège pour chacune des trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière). La direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) est chargée de son secrétariat pour les administrations de l'Etat et des hôpitaux. Le centre de gestion 34 (CDG34) gère les collectivités territoriales sauf celles ayant plus de 350 agents qui administrent leur propre comité.

Composé de médecins généralistes et spécialistes agréés par le Préfet, le comité médical est chargé de donner aux administrations employeurs un avis sur les droits à congé maladie de leurs fonctionnaires (ordinaire, longue maladie, longue durée, prolongations de congé imputable, mise en disponibilité d'office), leur aptitude aux fonctions, les reprises à temps plein ou à temps partiel thérapeutique, les reclassements, réintégrations ou mises à la retraite pour invalidité.

« Le comité médical et la commission de réforme sont les instances médicales consultatives au service des administrations employeurs des trois fonctions publiques et de leurs agents. Elles participent à la protection sociale des agents publics. »

La qualité de médecin agrée permet :

- D'effectuer des expertises dans le cadre des instances médicales (comité médical pour ce qui est de la maladie, commission de réforme pour tout ce qui est des accidents de services et maladies professionnelles)
- Si le praticien le souhaite le souhaite, de siéger au collège des médecins du comité et de la commission

Présentation de la Commission de réforme

La Commission de réforme est une instance départementale consultative, tripartite, qui siège régulièrement pour chaque fonction publique. Elle comprend deux médecins généralistes, deux représentants de l'administration, deux représentants des personnels et le représentant du préfet. Les situations des agents instruits par le secrétariat passent en séance de commission de réforme.

Contrairement au secteur privé, la présomption d'imputabilité au service n'existe pas pour la fonction publique. Aussi, lors de refus d'imputabilité, la saisine de la commission est automatique. Par ailleurs, elle se prononce notamment sur la fixation des dates de consolidation, les taux d'incapacité permanente partielle (IPP), l'éventuelle reprise de travail à temps partiel thérapeutique ou complet, les demandes de mise à la retraite pour invalidité.

Motion de la CRSA Occitanie réunie le 8 février 2019 à Montpellier

Comme d'autres régions de France, la région d'Occitanie a été sévèrement touchée par la grippe de décembre 2018 à février 2019.

Le nombre total de cas déclarés dans cette période s'élève aux alentours de 160 000.

DE LA FONCTION PUBLIQUE

HONORAIRES DES MEDECINS AGREES MANDATES PAR L'ADMINISTRATION

Code	En Euros	Majoration	Taux
C	23	Examen d'aptitude à l'emploi ou contre visite après congé de maladie	0
V	23	Examen ayant donné lieu à la rédaction d'un rapport médical adressé au médecin de prévention de l'administration concernée	
G(C+MMG)	25	Expertise ou contre-expertise effectuées à l'issue d'un examen demandé par le comité médical ou en vue de la soumission d'une demande en commission de réforme (prolongation CLM CLD...) ou expertise dans le cadre d'un accident du travail ou de reconnaissance de maladie professionnelle	
Gs (Cs+MMG)	47.73	Expertise effectuée à la demande du comité médical supérieur suite à contestation des avis donnée en première instance	
CsC	39	Expertise effectuée par un professeur praticien enseignant	
Cnpsy	3.27	Eventuellement frais de déplacement en plus	
MCC	5	Eventuellement TVA à 20% en plus si la finalité principale est la fourniture d'un avis préalablement à une décision produisant des effets juridiques. Pas de TVA si visite à finalité préventive et si prestation de service du médecin en dessous d'un chiffre d'affaire de 33 200 euros	
MCG	5		
MCS	2		
MMG	10		
MD	2		
MPC	2		
MPC (PSY)	2.7		
V	23		
VG (V+MMG)	25		
VGS	25		
Vnpsy	39		
APC	50		
APY	62.5		
APU	69		

TARIFS AU 1ER JUIN 2018 source *ameli.fr*

AUTRES CODES A CONTROLER AVEC LA TABLE

Renseignements : Direction Départementale de la cohésion sociale
Comité médical / Commission de réforme
Anne-Marie CABON
04 67 41 72 06
ddcs-cmcr@herault.gouv.fr

« Un grand nombre de personnels hospitaliers, soignants ou de fonction support, ne fait pas l'objet d'une vaccination à jour et répétée annuellement en matière de maladie grippale. Cette absence de vaccination fragilise les dispositifs soignants, en ville comme dans les structures de soins. Les personnes non vaccinées deviennent alors des agents de transmission vis-à-vis des personnes fragilisées ou vulnérables dont elles ont la responsabilité soignante notamment ***les jeunes enfants, les jeunes adultes et les sujets âgés****. »*

Dès lors, la CRSA dans une motion très largement votée émet les vœux :

D'inciter tous les personnels soignants à bénéficier d'une vaccination annuelle contre le syndrome grippal.

Cette incitation est particulièrement importante dans les cliniques, services hospitaliers d'urgence, de soins intensifs, de réanimation, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou de psychiatrie comme pour les soignants en exercice libéral.

Elle engage les ordres professionnels, les unions régionales de professionnels de santé, les fédérations soignantes, les établissements publics et privés, à vérifier annuellement le niveau de vaccination des professionnels en exercice et à les inciter à se mettre à jour.

Pr Laurent SCHMITT
Président de la CRSA
Président de la CME du CHU de Toulouse

PILOTE D'AÉRONEF - ÉTAT DE SANTÉ

Le Conseil national de l'Ordre des médecins et la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC) ont souhaité mettre en place un procédé pratique destiné aux médecins traitants des pilotes d'aéronef.

Ce procédé permet au médecin, qui s'interroge sur l'existence d'un risque pour la sécurité aérienne en raison de l'état de santé d'un pilote, de solliciter, pour avis, un médecin aéronautique évaluateur de la DGAC, sans révéler l'identité du pilote concerné.

L'AMFB ORGANISE SON 36E CONGRÈS ANNUEL

Du 18 au 21 Septembre, l'association médicale Franco-Britannique, conjointement avec son Association britannique jumelle, l'Anglo-French Medical Society (AFMS), tiendra son 36e congrès annuel à Montpellier à l'hôtel Oceania Métropole.

L'objectif de ces deux associations, qui regroupent des médecins généralistes et spécialistes de toutes spécialités, est de développer les contacts entre professionnels exerçant dans des systèmes de soins différents, de partager notre expérience, nos connaissances et le fruit des recherches récentes.

A ce titre, chaque année un congrès se tient alternativement en Grande-Bretagne et en France et rassemble généralement 100 à 150 participants.

Les étudiants sont conviés également à présenter dans la langue non maternelle, un concours interne qui voit décerner le Prix James Tudor au finaliste.

Outre les communications scientifiques qui se déroulent durant trois matinées, dans les 2 langues, durant lesquelles interviendront notamment des praticiens montpelliérains renommés, portant sur des sujets médicaux, professionnels ou d'Histoire de la Médecine, les après-midis sont consacrés à des visites touristiques et culturelles.

Les personnes intéressées peuvent consulter le site internet, actuellement en reconstruction, et qui sera étayé au fur et à mesure pour le Congrès. ***www.amfb.fr***

Renseignements : Dr Saint-Quentin : *amfb.secretariat@gmail.com*

Les objectifs de l'association

Réunir médecins francophones et anglophones, quel que soit leur mode d'activité, dans le but de mieux connaître le système médical et les conditions d'exercice des uns et des autres.

Échanger observations et connaissances médicales.

Améliorer la connaissance de l'autre langue et la pratiquer dans un contexte amical et professionnel.

PRÉOCCUPANT - SECRET MÉDICAL

Circulaire n° 2019 - 01 1

Vous êtes en relation avec un patient dont vous savez ou vous apprenez qu'il est un pilote d'aéronef et vous estimez que son état de santé (pathologie, thérapeutique ou addiction) n'est peut-être pas compatible avec l'exercice du pilotage.

Dans cette situation de doute sur l'aptitude au vol d'un pilote, vous pouvez, sans révéler l'identité du pilote concerné, contacter au numéro **06 25 32 33 98**, un médecin aéronautique évaluateur de la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC) qui répondra à vos interrogations.

Vous pouvez de plus contacter ce médecin par courriel à l'adresse suivante : ***« medaero-bf@aviation-civile.gouv.fr »*** Ce contact permettra un échange entre vous et le médecin évaluateur de la DGAC, celui-ci étant parfaitement à même d'identifier si la situation médicale rencontrée peut présenter des risques pour la sécurité des vols.

Ce contact, en conservant l'anonymat du pilote concerné, peut vous permettre de lever votre doute sur l'aptitude du pilote à ses fonctions. Il peut aussi vous conduire à convaincre le pilote d'une démarche auprès de son centre d'expertise médicale du personnel navigant ou son médecin agréé concernant sa situation médicale.

S'il vous apparaît cependant improbable que le patient engage cette démarche et si vous estimez que la situation le requiert (risque grave de mise en danger d'autrui que vous ne pouvez prévenir autrement, après avoir épuisé toute autre solution), il vous est alors proposé, conformément à la position du Conseil national exprimée dans son communiqué *« Secret Médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui »* du 3 avril 2015, en en informant le patient, de faire part de vos préoccupations de façon nominative aux médecins évaluateurs de la DGAC.

Le secret médical est général et absolu, sauf dérogations prévues par la loi. Si vous estimez devoir déroger au secret, l'information transmise au médecin évaluateur de la DGAC doit être limitée au strict nécessaire et la démarche proportionnée au danger actuel ou imminent.

En de telles circonstances, vous pouvez informer le conseil de l'Ordre des médecins de vos démarches sans dévoiler l'identité du patient.

Se limiter aux éléments strictement nécessaires, telle que la prescription d'un arrêt de travail.

LA PASQUIÈRE

MAISON D'ACCUEIL POUR FAMILLES DE PERSONNES HOSPITALISÉES

L'un de vos patients doit être hospitalisé à Montpellier (CHU, Clinique privées, ICM)

La Pasquière héberge et accompagne la famille ou les proches (40 chambres dont 8 doubles).

- Elle accueille aussi des patients pour traitement ambulatoire ou hospitalisation de jour
- Sa situation à proximité des hôpitaux et du tramway (Ligne 1) facilite le contact famille/patient.
- Cette structure d'accueil hospitalière est dotée d'une cuisine et salle à manger, salons, buanderie et d'un parc qui permettent de recréer les habitudes quotidiennes
- L'accueil et l'écoute sont assurés par des bénévoles ou des salariés de la direction.
- La maison est administrée par une Association à but non lucratif (loi 1901) ce qui permet de proposer de modestes tarifs de séjour.

La Pasquière - Maison d'accueil hospitalière
7, avenue Docteur Pezet - 34090 MONTPELLIER
Tel : 04 67 54 42 30 • lapasquiere@free.fr
Site : *www.lapasquiere*

CERTIFICATS MEDICAUX

La prudence s'impose

Un certificat a valeur de preuve médico-légale.

Sa rédaction engage la responsabilité du médecin qui sous-estime souvent les risques qu'implique un certificat non conforme aux principes établis.

Plus de 25 % des plaintes enregistrées par le Conseil Départemental en 2018 mettent en cause des certificats médicaux.

L'article 76 du Code de Déontologie Médicale, et en particulier ses commentaires, sont des outils de référence que chaque médecin doit connaître ou doit consulter avant de répondre favorablement à une demande de certificat médical non-exigé par les lois et règlements (accident du travail, application des lois sociales, etc.).

L'Article 76 du Code de Déontologie Médicale
(Article R.4127-76 du Code de la Santé Publique)

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. »

COMMENTAIRES

Tout médecin, quelle que soit sa forme d'activité professionnelle, est amené à remettre aux personnes qu'il a examinées tantôt une ordonnance, tantôt un certificat. **Ce document signé engage sa responsabilité**. Le médecin doit donc consacrer à sa rédaction toute l'attention et la rigueur nécessaire.

Les articles 28, 50 et 76 du code de déontologie déclinent les règles et limites d'établissement des certificats.

1 **L'établissement des certificats médicaux est une des fonctions du médecin. Il ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises**. Il en a l'obligation pour les certificats exigés par les lois et règlements (accident du travail, application des lois sociales, etc.). **Quand ce n'est pas le cas, le médecin apprécie s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat qui lui est demandé et rejettera les demandes indues (voir note 2) ou abusives**.

2 **Le médecin est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif**. Il relate les constatations faites par le médecin. **Il ne doit pas affirmer ce qui n'est que probable, il ne doit pas comporter d'omissions dénaturant les faits**.

3 **Un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne** dont il s'agit. L'établissement d'un certificat est en effet un acte à part entière de l'activité médicale.

L'examen sera soigneux et attentif, et le certificat détaillé et précis, en particulier dans certains cas : description de lésions traumatiques après accident ou agression (le certificat initial sera la pièce fondamentale du dossier du blessé), ou certificat d'internement (dans lequel il n'est pas nécessaire de formuler un diagnostic, mais qui doit décrire les symptômes ou comportements pathologiques).

Le signataire du certificat exprime à l'indicatif présent (ou passé) les constatations qu'il a faites et ce dont il est sûr. S'il rapporte des indications fournies par le patient ou l'entourage, il le fait avec la plus grande circonspection et emploie le mode conditionnel ou il écrit : *« X me dit que… »*.

Cependant, le médecin doit se garder d'attribuer la responsabilité des troubles de santé, physiques ou psychiques, constatés, au conflit conjugal, familial (article 51) ou professionnel dont le patient lui a fait part.

Il n'a pas plus à authentifier, en les notant dans le certificat sous forme de « dires du patient », les accusations de celui-ci contre un tiers, le conjoint ou l'employeur.

Il n'a pas non plus à remettre à l'un des parents ou à un tiers un certificat tendant à la modification du droit de visite ou de garde de l'enfant ni attribuer les troubles présentés par un enfant au comportement de l'autre parent ou d'un tiers (article 44).

Lorsqu'une personne s'adresse à un médecin pour certifier son intégrité physique ou mentale, celui-ci doit éviter d'affirmer, après un examen négatif, qu'elle est en bonne santé. Il est préférable d'écrire : *« Je n'ai pas constaté ce jour de signes d'affection cliniquement décelables. Il (elle) semble en bonne santé »*.

4 **Le médecin qui rédige un certificat doit se préoccuper de ne pas violer le secret professionnel** (article 4), bien qu'il puisse en droit tout écrire du moment que le document est remis directement à la personne concernée.

La question ne se pose pas pour les certificats qui ne donneront qu'une conclusion sans mention de diagnostic : *« X a besoin de tant de jours de repos, doit être transporté en ambulance, ne peut se déplacer, etc. »*.

Les certificats pour accident du travail, maladie professionnelle, demande de pension, répondent à des textes qui instituent une dérogation légale au secret professionnel.

En dehors de ces cas, dès qu'un certificat comporte des renseignements médicaux ou un diagnostic, le médecin doit tenir compte dans la rédaction, des éventuelles réactions de son patient si le certificat constitue pour lui une révélation traumatisante, et de la destination du document.

Le principe fondamental est que, sauf lorsque la loi en dispose autrement (voir note 3), **le certificat médical ne peut être remis qu'au patient lui-même et en main propre**. Lorsque le médecin y fait figurer des renseignements confidentiels, il lui est conseillé d'inscrire sur le certificat : *« attestation confidentielle délivrée à X sur sa demande »*. Il peut faire contresigner la remise du certificat par l'intéressé.

Cependant un certificat peut être délivré à un proche de la personne malade ou blessée, si celle-ci est inconsciente ou incapable. Sauf cette circonstance, **un certificat médical ne doit jamais être fourni à un tiers (surtout à l'insu du patient), quel que soit ce tiers (ami, voisin, adversaire, administration, compagnie d'assurances…)**.

Le conjoint doit être considéré comme un tiers.

Le médecin, sollicité notamment dans une procédure de divorce - dont il peut ignorer qu'elle est envisagée ou en cours - doit se garder de donner à l'un des conjoints ou à son avocat une attestation concernant l'autre conjoint ou la vie du couple qui pourrait être utilisée dans le cadre de la procédure de divorce.

Le secret médical n'est pas aboli par le décès du patient : le médecin ne peut en principe délivrer de certificats après la mort (en dehors du certificat de décès), ni aux héritiers, ni aux administrations et organismes.

Les tribunaux l'admettent parfois, *« lorsqu'on peut estimer que le défunt aurait accepté la révélation des éléments en cause »*. Dans les litiges concernant un testament, le médecin peut accepter de certifier, si c'était la vérité, que le testataire était sain d'esprit au moment où il a signé ; et en cas de rente viagère que le crédirentier était, ou non, atteint au jour de l'acte, de la maladie dont il est décédé dans les vingt jours de la date du contrat.

Quand une compagnie d'assurances demande que le médecin indique la cause d'un décès, celui-ci peut seulement certifier, si c'est la vérité, que la mort a été naturelle et sa cause étrangère aux risques exclus par le contrat qui lui a été communiqué. Les ayant droit du patient peuvent avoir accès, pour faire valoir leurs droits, aux informations le concernant, sauf opposition de celui-ci exprimée de son vivant (voir note 4).

5 **Un certificat médical engage la responsabilité du médecin signataire**. Il doit donc comporter ses nom et adresse et être signé de sa main ; il doit être lisible et daté. Le médecin ne peut antidater ou postdater un certificat.

La signature du document sera manuscrite, en utilisant un moyen dont la permanence sera aussi durable que possible, c'est-à-dire à l'exclusion d'un crayon ou stylo à mine. Il est formellement proscrit d'utiliser un cachet ou un fac-similé de signature, dont l'emploi ne saurait garantir que l'auteur ou le signataire est bien celui dont le nom et l'adresse figurent en tête du document.

La reproduction d'ordonnances par des procédés de photocopie, l'imitation ou la falsification de la signature d'un médecin sont devenues des phénomènes assez courants. Il est important, lorsque le médecin en a connaissance qu'il en avertisse le conseil départemental de l'Ordre, ou selon les circonstances le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie, et éventuellement les autorités de justice.

L'identification du signataire est indispensable pour conférer à tout acte, une valeur probante. Si une ordonnance est utilisée pour établir le certificat, celle-ci comportera le nom, le prénom, l'adresse professionnelle et le n° d'inscription au tableau du praticien (article 79). Si le certificat est établi sur papier sans en-tête (manuscrit ou dactylographié), les nom, prénom et adresse professionnelle doivent y figurer.

Si le patient ne parle pas français, doit se rendre à l'étranger ou est victime d'un accident en dehors de son pays d'origine, il peut être amené à demander une traduction du certificat pour faciliter ses soins ou faire valoir ses droits. Le médecin peut parfois rédiger lui-même cette traduction. Il ne peut toutefois assurer la responsabilité d'une traduction faite dans une langue qu'il ne maîtrise pas ; le patient s'en remettra aux soins d'un traducteur assermenté.

6 **Dans sa correspondance personnelle et privée, le médecin ne doit pas utiliser un document à en-tête professionnel** ou une formulation qui pourrait prêter à son courrier le caractère d'un certificat ou d'un témoignage médical. Il en va de même des attestations ou témoignages destinés à être produits en justice qui lui sont demandés, en sa qualité, non de médecin, mais de simple citoyen.

Pour toute information, conseil sur l'établissement d'un certificat médical, contactez-nous :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'HERAULT DE L'ORDRE DES MEDECINS

04 67 15 66 70

LE CONTRAT DE COLLABORATION

Il ne s'agit ni d'un « super » contrat de remplacement, ni d'une association « allégée ».

Sa vocation première est de favoriser l'installation d'un nouveau médecin pour soulager et éventuellement succéder à un praticien sénior. Il est donc favorable au collaborateur plus qu'au médecin titulaire.

« Le médecin collaborateur est un médecin à part entière ; contrairement au remplaçant, il dispose d'un numéro prescripteur, de documents préimprimés à son nom…. Il doit apposer une plaque professionnelle, afficher ses jours d'exercice et se soumettre aux obligations légales d'un médecin installé, selon les termes de l'article 11. Par suite logique, les étudiants n'ont pas accès à ce type de contrat. »

Le mot du président

Les contrats de collaboration sont souvent à l'origine de conflit,

il est donc primordial de bien comprendre leur finalisation :

Le but est une *« mise à l'étrier »* d'un jeune confrère, pour l'aider soit à faire sa clientèle au dépend d'un confrère surchargé en vue d'une association future, soit à prendre progressivement contact avec la patientèle d'un confrère en vue d'une succession.

En aucun cas il s'agit d'un contrat à long terme.

L'essentiel des conflits vient de la clause de l'article 6. La redevance n'est certainement pas une participation aux frais globaux du cabinet. Elle n'est que le dédommagement du confrère en place par le collaborateur des seuls frais engendrés par la collaboration, **tous les investissements immobiliers sont donc exclus** et parmi les frais il faut apprécier ce qui est spécifiquement dû à la présence du collaborateur, par exemple si le collaborateur partage le cabinet du confrère en place, le loyer ne peut lui être facturé car il serait payé de toute façon, qu'il soit là ou non…

La distinction précise de tous ces frais et donc difficile à définir et il nous apparait indispensable qu'ils soient spécifiquement inscrits dans une annexe du contrat, en détail, avant la signature.

Le respect de cette clause est indispensable à la bonne entente de la collaboration future.

Nous attirons votre attention sur les points suivants :

Les jours de présence doivent figurer sur le contrat et sur la plaque. Les heures de consultations et de visites doivent être connues des patients et ne sont pas obligatoirement les mêmes pour le médecin collaborateur que pour le titulaire. Chacun choisit ses horaires comme il le souhaite. Si un médecin collaborateur, peut conclure plusieurs contrats de ce type, **il ne peut pas être collaborateur de 2 médecins en même temps**, tout comme le médecin titulaire, ne peux pas avoir deux collaborateurs sur les mêmes créneaux (horaires et journaliers).

A la différence du contrat de remplacement, lors de la rupture du contrat, le collaborateur garde obligatoirement sa liberté d'installation.

La redevance est un des éléments de discorde les plus fréquents.

Il est important de détailler les charges justifiant leur montant et de les réévaluer annuellement, trimestriellement ou mensuellement selon la durée du contrat. Un ajustement dans un contexte contentieux, après plusieurs années d'exercice sans adaptation peut se révéler très onéreux…. Les formes de versement peuvent être, en pourcentage des honoraires encaissés, forfaitaires, à échéance mensuelle ou trimestrielle…les sommes doivent toujours être justifiées par des documents comptables.

Bien qu'aucune règle ne soit imposée, il est préférable que la liste exhaustive des charges imputables au collaborateur figure dans une annexe au contrat. A titre indicatif, en sont exclus les emprunts de biens immobiliers ou mobiliers, le loyer si le déménagement ou l'agrandissement du cabinet n'a pas été obligatoire pour la venue du collaborateur. Seul le supplément de dépenses induites par la présence du collaborateur doit être pris en compte.

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous contacter au Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins afin de répondre à vos questions.

Email : herault@34.medecin.fr

Tél : 04 67 15 66 70

LE PROGRAMME D'AIDE ET DE SOLIDARITÉ AUX SOIGNANTS SE RENFORCE EN 2019

Sur plus de 4000 appels en 2018, seulement 512 appels ont nécessité un entretien avec un psychologue

Un nouveau numéro

N° Vert
0800 288 038

Service &
appel gratuits

Pour une réponse plus complète et plus adaptée

LE CADRE ET LES HORAIRES

- Du lundi au samedi de 9h à 19h : une assistante sociale expérimentée et formée à la réponse téléphonique et aux problématiques des soignants pour vous écouter et vous orienter rapidement vers les ressources adaptées.
- La nuit et les jours fériés ou si nécessaire dans la journée pour toute demande, l'appel sera transféré automatiquement vers un psychologue clinicien.

LES ORIENTATIONS SUR VOTRE DEMANDE

- Vous souhaitez parler à un confrère : votre appel sera transféré vers :
  Un médecin de la Commission Départementale d'Entraide ordinale qui vous accompagnera en proximité.
- Un médecin d'une association régionale d'entraide (ARENE ASRA, ASSPC, ERMB, IMHOTEP et MOTS,) peut aussi vous accompagner.
- Vous souhaitez parler à un psychologue : votre appel sera transféré vers un psychologue clinicien.
- Vous souhaitez rechercher des solutions à un problème social (financier, administratif, juridique ou autre) : votre appel sera transféré vers la Hotline sociale.

La Commission Nationale d'Entraide traite et coordonne les actions d'entraide, étudie en commission les demandes d'aide financière.

VOUS PARLEZ ALLEMAND ?

Le Consulat Honoraire d'Autriche recherche des médecins qui maitrisent la langue allemande.

Au service des autrichiens qui vivent ou sont de passage dans notre département, le consulat cherchent des médecins parlant la langue allemande afin de communiquer leurs coordonnées aux autrichiens qui en auraient besoin.

Vous pouvez contacter le Consulat Honoraire d'Autriche à Marseille à l'adresse suivante : *consul@oehk-marseille.org*.

ACCOMPAGNER UN ENFANT EN DEUIL

« *L'arbre et l'ombre de la lune* » de Hélène Romano et Adolie Day.

Thèse de Médecine Générale
Soutenue le 6 juin 2019

« Le médecin généraliste peut être confronté dans sa pratique à la prise en charge d'un enfant ayant perdu un parent. Ce dépliant est un support qui s'adresse aux parents survivants et à l'entourage d'un enfant en deuil. Le but étant d'être plus à l'écoute de leurs besoins , et pouvoir ainsi, leur proposer des solutions adaptées. »

Erika QUIJADA

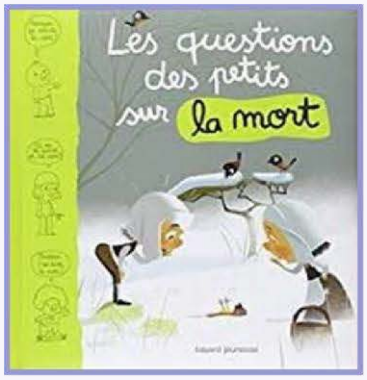
GRANDS PRINCIPES

- Comprendre sa tristesse, sa colère et son indignation
- Favoriser tous les moyens d'expression avec son entourage (discussions, jeux, supports pédagogiques, groupes de parole, etc.)
- Répondre à ses questions de façon claire et adaptée
- Être sincère avec l'enfant concernant le décès et la cause du décès :
  « Je me sens triste aussi »
  « Je te promets de répondre à tes questions plus tard »
  « Je ne sais pas », etc.
- Déculpabiliser l'enfant
- Garder l'enfant intégré dans la famille en deuil
- Attention aux enfants dont le deuil est particulièrement traumatisant (accident violent, suicide, meurtre)

VERS QUI S'ADRESSER ' ?

- Psychologues
- Pédopsychiatres (surtout en cas de décès traumatisant : accident violent, suicide, meurtre)
- Associations proposant de l'aide aux enfants en deuil :

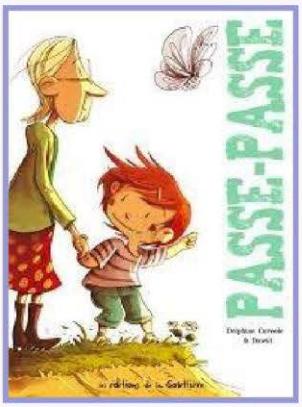
- Fédération Européenne Vivre son Deuil
- Association Empreintes
- Maison de Solenn à Paris
- Elisabeth Kübler Ross France
- Grandir avec l'absence
- L'enfant et le deuil à Milhaud



« Les questions des petits sur la mort » de Marie Aubinais

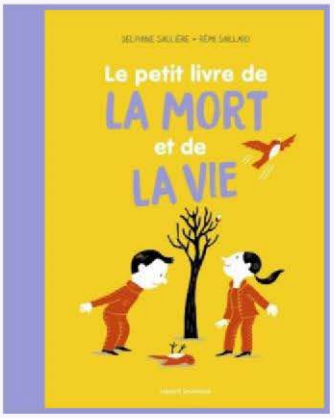
« Si on parlait de la mort » du Dr Catherine Dolto

« Passe-Passe » de Delphine Cuveele



« Le petit livre de la mort et de la vie » de Delphine Saulière

« Piccolophilo. C'est quoi la mort ? » de Michel Piquemal



LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI SUR LE SECTEUR EST-HÉRAULTAIS

Son objectif prioritaire : mieux accompagner les personnes âgées en leur facilitant le parcours de santé et de vie.

- maintenir l'autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel
- évaluer la fragilité
- optimiser la coordination entre les acteurs
- prévenir les risques d'hospitalisation liés aux chutes, à la dépression, à la dénutrition et à la iatrogénie médicamenteuse.

Mobiliser les ressources utiles au bon moment au bon endroit.

La grille de repérage ci dessous est simple et permet efficacement de dépister des signes de fragilités chez nos ainés.

Si besoin, un seul numéro de téléphone : **04.67.33.24.21** ou **cta@paerpa34.fr**

N'attendons pas que la fragilité soit installée pour agir. La prévention doit être le maitre mot, le rapport Libault d'ailleurs va dans ce sens.

Dr Jean-Michel PRATICO

Actions

- *Évaluer la fragilité*
- *Prévenir la perte d'autonomie et sécuriser la vie quotidienne au domicile*
- *Prévenir les risques d'hospitalisations*
- *Optimiser la coordination entre les acteurs*
- *Favoriser les transitions hôpital-ville*

Pour qui ?

Personnes de 60 ans et plus, en risque de perte d'autonomie (voir le questionnaire ci-dessous), dont l'état est susceptible de **se dégrader** pour des raisons d'ordre médical et/ou social et/ou environnemental.

Un outil d'aide au repérage de la fragilité pour les professionnels

La personne :	Oui	Non
A –t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?		
A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère ou une polymédication (n≥10) ?		
A-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?		
A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions), ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage) ?		
A-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?		
A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?		

Un seul oui suffit pour solliciter notre équipe

Comment ?

- Sur **sollicitation** des professionnels de proximité et/ou de la personne et/ou de l'entourage
- Avec le **consentement** de la personne
- **En concertation avec le médecin traitant**

Evaluation de la situation à domicile

↓

Coordination avec le médecin traitant, les professionnels et l'entourage

↓

Mise en place d'un plan d'action :
le Plan Personnalisé de Santé (PPS)

↓

Suivi et accompagnement des préconisations en lien avec les professionnels et l'entourage

Spécificités

Dispositif PAERPA

L'association PFS34 déploie en lien avec le CHU de Montpellier un dispositif innovant à destination des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

HÉRAULT Parcours Santé des aînés — DES ACTEURS COORDONNÉS POUR UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE — Paerpa

Plus d'information sur http://www.paerpa34.fr/

Education thérapeutique

Mise en place d'ateliers collectifs et/ou individuels afin de prévenir les risques liés à la perte d'autonomie (chute, alimentation etc.)

Une équipe pluri-professionnelle

Composée de :

- Gériatre coordonnateur
- Ergothérapeutes coordinateurs
- Infirmier coordinateur Ville-Hôpital

Et renforcée par des professionnels du CHU de Montpellier (gériatre, chirurgien-dentiste, gestionnaires de cas MAIA)

LIBRES PROPOS

Nous rappelons que les articles parus sous cette rubrique n'engagent que la responsabilité de leur auteur et en aucun cas celle de l'institution ordinale.

RÉFLEXIONS SUR LE TEMPS

DOCTEUR MARCEL DANAN - MONTPELLIER

Qu'est-ce que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais. Si je veux l'expliquer à qui me le demande, je ne le sais plus. Saint-Augustin : 354-430

Le patient et le médecin n'échappent pas à la notion du temps. La maladie peut être brève, foudroyante ou bien durer toute la vie. L'étude des pathologies comporte un chapitre concernant l'évolution et le pronostic. Pour le malade qui souffre le temps ne passe pas assez vite. Certaines maladies sont des affections dites de longue durée. La sécurité sociale s'est donc emparée de la notion du temps. Les arrêts de travail sont en principe limités dans le temps, d'où des conflits avec les médecins contrôleurs ou les experts auxquels on demande de fixer une date de reprise du travail

La notion de temps

Le temps est plus difficile à définir que l'usage que l'on en fait. Une certitude : on ne peut échapper au temps. On peut le rechercher en se penchant sur le passé ou en envisageant l'avenir, mais à tout instant nous nous situons entre les certitudes du passé et le flou de l'avenir.

La notion de temps chez les philosophes. Cyclique ou linéaire ?

Les théories contradictoires sur le temps ont exaspéré les philosophes au point que certains ont fini par dire que le temps… n'existe pas ! Le temps est il **cyclique** (théorie de l'éternel retour, du perpétuel recommencement) comme le voulaient les Grecs présocratiques et Platon, contemplant le passage cyclique des astres. Aristote (384 322 avant J.C.) critiqua l'indivisibilité du temps et développa une thèse selon laquelle le temps et le mouvement doivent être associés, le temps n'étant pas indépendant de la matière et du mouvement. *« Nous mesurons le temps par le mouvement et le mouvement par le temps »*. Ou bien **est il linéaire**, des événements fondateurs pouvant survenir comme le croyaient les prophètes juifs promettant le règne de la Lumière succédant à celui des Ténèbres par l'intermédiaire d'un messie à venir, ou encore le Christianisme pour lequel l'élément fondateur est arrivé en la mort et la résurrection du Christ ? La victoire du temps linéaire, culture occidentale) sur le temps cyclique (culture orientale) est considéré parfois comme une victoire de la liberté. **Leibniz** (1646-1716) simplifiait les choses en considérant qu'il n'y a pas de temps antérieur à la Création de l'univers : le temps comme l'espace appartiennent à l'univers considéré comme un tout. Le temps est chargé du passé et gros de l'avenir.

Kant (1724-1804) a, bien entendu, abordé la question. Pour lui le temps n'est pas un concept, c'est une **intuition**. C'est une catégorie de l'esprit, le temps est donné à priori. Le courant phénoménologique culminera avec **Martin Heidegger** (1889-1976), dans *« L'Etre et le temps »* (1927) il est question de notre finitude et de notre angoisse face à la mort. Heidegger étudie la temporalité, cette conscience intime du temps et de la durée qui marque l'existence humaine (le Dasein, ou être là).

L'homme est dans le temps. **Henri Bergson** (1859-1841) *« L'évolution créatrice »* distingue le temps de la science qui est extérieur à l'homme, et la durée qui est subjective, intime et est une conception intuitive du temps.

La meilleure façon de penser le temps, c'est d'en faire le récit. Paul Ricoeur 1913-2005

Le temps des biologistes. L'horloge interne et la chronobiologie.

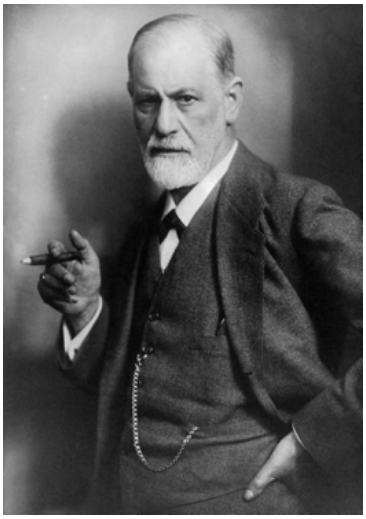
Le concept d'horloge biologique a eu du mal à s'imposer car il entrait en conflit avec celui de la fixité du milieu intérieur inventé par Claude Bernard et en vertu duquel le milieu intérieur reste fixe quelques que soient les variations aléatoires du milieu ambiant (homéostasie ou adaptation réparatrice). A trois heures du matin, l'hypothalamus déclenche la sécrétion d'hormones hypophysaires et surrénales nécessaires à la survie de l'individu. Il existe de nombreuses activités dont les rythmes sont circadiens : activité locomotrice, veille sommeil, comportement alimentaire, température et rythmes neuroendocriniens avec la sécrétion de la mélatonine. L'horloge circadienne, réglée sur 24 heures, continue à fonctionner lors d'expériences d'isolement. Elle est entraînée par des donneurs de temps, dont le principal est la lumière. On admet que cette horloge est

•••/•••

•••/•••

située chez les mammifères, au niveau des noyaux supra chiasmatiques de l'hypothalamus. Leur destruction localisée fait disparaître certaines activités rythmiques. L 'activité électrique de ces zones continue à évoluer de façon périodique même dans les prélèvements in vitro avec la persistance des mêmes variations jour nuit que chez l'animal donneur. La transplantation de ces neurones sur un autre animal dont on a lésé l'horloge biologique restaure des rythmes circadiens : on parle de *« greffe du temps »* !

Le temps de la psychanalyse.



Le passé agit sur le présent autant que le présent sur le passé ! Aux données classiques de la psychologie sont venues s'ajouter les découvertes de la psychanalyse. Freud écrivait en 1915 : *« Les processus du système inconscient sont intemporels, c'est à dire qu'ils ne sont pas ordonnés temporellement, ils ne sont pas modifiés par le temps qui passe, ils n'ont en somme aucun rapport avec le temps »*. Dans l'inconscient rien ne finit, rien ne passe, rien n'est oublié ». L'inconscient, selon le père de la psychanalyse ignore le temps et ne subit pas son effet. On peut objecter que s'il échappe à la flèche du temps (phénomène selon lequel le temps semble s'écouler toujours dans la même direction), il n'est pas hors du temps. En 1932, Freud précise que ce qui a été refoulé est immuable. » Seul le travail analytique… en les rendant conscients (les faits refoulés) peut parvenir à les situer dans le passé ». Que ce soit dans la doctrine ou la cure, le temps est en question. Le passé agit donc sur le présent mais l'inverse est aussi vrai selon **la théorie de *« l'après coup »*.** Il s'agit d'un concept selon lequel des impressions ou des traces amnésiques peuvent n'acquérir tout leur sens et toute leur efficacité que dans un temps postérieur à leur première inscription et en fonction d'expériences nouvelles. Selon ce concept, ce n'est pas ce qui est antérieur qui détermine ce qui est postérieur comme on le croit trop souvent. Ainsi une expérience vécue et qui n'a pas eu de retentissement immédiat peut prendre un sens nouveau dans certaines conditions : un événement traumatique par exemple peut réorganiser des faits vécus antérieurs. Tout se passerait comme si dans la vie psychique, le temps ne se déroulait pas de façon linéaire. La psychanalyse a étudié aussi le lien entre l'inconscient et la faculté d'oubli. L'inconscient utilise les comportements répétitifs aux cours desquels le sujet répète une situation sans rapport apparent avec un fait traumatisant. Il répète au lieu de se remémorer. Plus il répète moins il se souvient et il répète pour essayer de comprendre. La faculté d'oubli qui n'est autre que le refoulement est une protection. On voit ainsi des malades persuadés avoir oublié toute une partie de leur existence, comme si le temps n'avait pas existé. **Le temps dans la cure**. La durée de la cure a toujours été au centre des débats. L'analyse ne pourra prendre fin que lors de la levée de l'amnésie infantile, permettant une communication aisée entre **le passé et le présent**, mais cette condition est loin d'être suffisante. Pour éviter le piège de *« l'analyse interminable »* qui façonne des sujets hors du temps, il faut que l'analyste cesse d'être un personnage mythique pour s'insérer dans la réalité et le présent. A noter, sans méchanceté, que certains psychanalystes n'aiment pas perdre leur temps : toute séance manquée et non excusée est due.

Certaines psychothérapies indiquées dans des états dépressifs ou après des traumatismes visent à retrouver des souvenirs anciens. Il est difficile de savoir s'il s'agit du souvenir enfoui de faits réels ou de souvenirs reconstitués. Des plaintes pour agressions sexuelles sont fondées sur de tels ssouvenir.il convient d'être prudent et critique.

Les distorsions du temps

1- Quelques situations aux confins du normal et du pathologique

Le retour des souvenirs

On ne peut évoquer ce phénomène sans faire référence à Marcel Proust qui va dans ses souvenirs à la recherche des paradis perdus, et nous apprend comment évoquer le passé car, si le temps détruit, la mémoire conserve. Proust, comme l'écrivait André Maurois, *« est obsédé par le perpétuel écoulement et effritement de tout ce qui nous entoure. Toutefois, le passé peut revivre dans les rêves et les rêveries : »* Le temps ne meurt pas tout entier… mais nous demeure incorporé ». D'où l'idée d'aller rechercher le temps perdu, mais prêt à renaître. Tout le monde connaît l'histoire de la madeleine de Proust : la sensation présente est associée au souvenir renaissant. Le temps est retrouvé et vaincu. Le passé redevient le présent. N'arrivant pas à retrouver l'absolu dans le présent, Proust le cherche alors hors du temps. L'anxiété de Proust face à l'écoulement du temps et sa recherche pour retrouver le passé a des **fondements biologiques**, faisant intervenir la biologie moléculaire comme le démontrent les études sur l'olfaction. «. **La sensation de déjà vu** qui est l'impression d'avoir déjà été témoin d'une situation ou d'un épisode nouveau en une autre occasion a, et a eu, bien diverses explications. Cette perception s'accompagne d'un sentiment irrésistible de familiarité. A l'état normal elle peut se voir dans les états de fatigue passagère. Les interprétations ne manquent pas. Certains croient se souvenir d'un épisode antérieur et font intervenir des processus magiques ou parapsychologiques. D'autres pensent que l'événement leur a été révélé avant sa survenue et peuvent se prendre pour des prophètes. Ou bien ils ont eu une autre vie et sont réin-

carnés ! Ou bien encore l'événement leur a été adressé par télépathie ! Plus simplement le sujet croit qu'il avait prédit l'événement ou qu'il a fait un rêve annonciateur. On parle plus sérieusement de paramnésie : une expérience originale ayant laissé un souvenir douloureux est refoulée peut réapparaître dans l'impression de déjà-vu. On a beaucoup insisté sur le facteur affectif avec le report d'un état émotionnel d'une précédente situation Les neurologues pensent que le déjà-vu est lié à une mauvaise synchronisation des hémisphères cérébraux l'un des deux recevant ses informations avec un décalage bref mais suffisant pour créer l'illusion de déjà-vu. On a parlé de diplopie mentale, donc deux souvenirs d'une même situation. Enfin il convient de mentionner les expériences de déjà-vu dans l'épilepsie du lobe temporal au cours de laquelle les décharges électriques dans ce lobe qui intervient dans la mémoire, réactivent des souvenirs lointains, en réserve, d'où la perception dans le présent de quelque chose qui a été vécu par le passé.

2- En pathologie psychiatrique

Le psychiatre est confronté **aux distorsions du temps** telles que les vivent ses malades, qu'il s'agisse de troubles chroniques ou aigus, de psychoses ou névroses, et de personnalités pathologiques, sans parler des troubles induits par les drogues.

L'angoisse est spécifique à l'homme qui se sait mortel (les animaux ne peuvent qu'avoir peur). Ce sentiment d'oppression universel (il peut à la limite être anormal de ne pas le connaître), nous rappelle l'imminence d'un danger indéterminé, nous fait vivre dans un présent ambigu avec un avenir incertain et peut se ramener à l'inquiétude relative à la mort. Comme l'enseignait Heidegger, l'angoisse, c'est l'insécurité de l'existant devant le néant : L'angoisse nous renvoie à nous-mêmes avec la conscience de notre finitude. Toutes les conduites humaines sont infiltrées de cette angoisse, refoulée, niée, remaniée. Le temps nous est mesuré, il faut alors le vivre vite, intensément, comme dans un tourbillon, laisser des œuvres (pyramides, cathédrales), qui nous survivront et défieront l'éternité. La notion de notre fin prochaine hante les plus courageux même si leur foi leur fait attendre un monde meilleur et infini. Certains n'ont pas le courage d'attendre, persuadés que leur avenir n'existe pas ou qu'il ne vaut pas la peine d'être vécu. Dans un geste final ils *renoncent au temps* encore à vivre.

Le temps figé du schizophrène.

A l'époque de la psychiatrie asilaire, donc avant l'ère des neuroleptiques, on pouvait faire le diagnostic de schizophrénie et connaître le début de la maladie en posant au patient une seule question : *« Comment s'appelle le Président de la République ? »*. La réponse *« Albert Lebrun »* au lieu de *« Général De Gaulle »* avait valeur d'observation à l'époque où les dossiers médicaux étaient parfois inexistants ! De plus, si les malades connaissaient leur date de naissance et celle du jour, ils donnaient souvent pour âge celui du début de leur maladie. Comme disait un malade : *« On ne compte pas les années où on ne vit pas »*. En effet, chez le schizophrène, l'intégration du temps réel dans le vécu est déficitaire. Dans le dialogue avec le schizophrène, on obtient souvent des réponses différentes d'un moment à l'autre sur la date, même si elle est connue. Les dates sont données au hasard ou bien correspondent à des événements importants en particulier le début de la maladie. Le temps du schizophrène non traité est annulé comme non vécu. Lors de la schizophrénie en voie de constitution, on perçoit une lutte anxieuse contre la dépersonnalisation avec retour dans le passé à la recherche du temps perdu dont les expériences vécues dans la régression sont chargées de signification. Puis comme Eugène MINKOWSKI l'a remarquablement analysé *« la notion de temps se fractionne et se réduit à la notion de succession de journées semblables »*. Au stade chronique, *le temps est figé* n'est plus que l'expression d'un vide. Le malade tourne en rond. Toutefois cette phase d'atemporalité n'est pas passive : le patient se maintient dans un cercle fermé qui barre le futur et le fait vivre dans une atteinte permanente mais inauthentique car il ne peut anticiper sur l'avenir. Nombre de schizophrènes expriment ce rapport au temps par des formules telles que : *« Il y a le calendrier qui est au mur et un autre temps qui est en moi »*. Les événements traumatisants survenant dans le réel présent (mort d'un être proche) sont absorbés dans le délire comme pour être rendus inoffensifs. Tout se passe comme si dans la schizophrénie non traitée il y a négation du temps écoulé pendant la maladie, donc négation des faits et événements survenus, sauf pendant les périodes de rémission. Tout est figé, non seulement le temps mais aussi la conscience de soi. Comme l'écrivait Henri EY : *« la schizophrénie est une maladie du destin »*. Le monde du schizophrène est une sorte de fin du monde, une manière de ne pas être au monde. Le schizophrène ne déroule plus le film de son destin… Il poursuit son orientation à rebours dans le monde imaginaire de la réalité fantasmatique. Toutes ces particularités étaient (et peuvent être encore) aggravées par le monde asilaire. Les traitements, en permettant la ressocialisation des malades, ont modifié radicalement ces évolutions quasi historiques.

L'histoire arrêtée du délirant chronique

Un **roman délirant** représente l'histoire du paranoïaque. Le sujet croit que son avenir suscite des convoitises. Le persécuté ne peut donc se créer un futur en toute liberté : le hasard n'existe pas. Tout se rapporte à lui et il est incapable d'anticiper dans le réel. Seul le passé imaginaire se projette dans l'avenir. Tourné en permanence vers lui même, il va être pris dans un fantasme de fin du monde. Le délire de persécution du paranoïaque perturbe sa façon de vivre son avenir : il le vit hors du réel et il finit un jour par devenir sans difficulté son propre justicier. Dans d'autres délires, c'est la notion même de temps qui intervient. Le sujet se croit immortel ou mort, imagine comme actuels des faits anciens ou bien s'imagine vivant à une époque qu'il n'a pas connue. L'approche de l'An 2000 a réactivé ces délires,

•••/•••

•••/•••

Les états de dépersonnalisation ou le temps bouleversé

Ils se voient de façon transitoire dans les psychoses aiguës ou les poussées de psychose chronique, mais aussi lors de la décompensation de personnalités hystériques ou parfois chez les psychasthéniques et les dépressifs. Ils peuvent aussi à l'état normal survenir sous l'influence du surmenage ou de chocs tels que celui de la transplantation. Chez les schizophrènes le sentiment de dépersonnalisation finit par devenir irréversible au point que le sujet n'en a plus conscience. Ces états sont donc variables dans leur signification mais aussi leur intensité et leur durée. Il s'agit de troubles impressionnants. Le patient a soudainement conscience d'être **quelqu'un d'autre dans le temps** (trouble de l'identité du Moi), a l'impression de ne pas être le même sujet à des instants différents (trouble de l'unité du Moi). C'est donc un trouble de la conscience de soi qui altère le système de relation à soi même et au monde extérieur. Le sentiment aigu de dépersonnalisation ne s'accompagne pas toujours d'une croyance délirante, le sujet comprenant que c'est sa perception qui est altérée. L'état de dépersonnalisation par contre est associé à une perte des repères temporels d'où l'impression de **déjà vu, de jamais vu, de fausse reconnaissance**. Le sujet a l'impression très angoissante de ne plus suivre le rythme du monde. Il se vit aux portes de la mort. Ces états ne sont pas à confondre avec les crises de panique.

L'horizon bouché du mélancolique

Il s'agit d'un temps pétrifié dans lequel la vie cherche à inverser le sens de sa marche. Le temps du mélancolique ne s'écoule plus. Il n'y a ni horizon ni avenir. Le malade dans sa douleur morale est fixé au passé dans une expérience indépassable. Le temps stagne. Julia Kristeva, dans son ouvrage *« Le soleil noir »*, évoque ce *« passé hypertrophié, hyperbolique (qui) occupe toutes les dimensions de la vie psychique »*. *« Habitant de l'imaginaire »* comme l'écrivait Freud, le mélancolique est fixé à un fait de mémoire, à la recherche d'un espace imaginaire d'où un malaise. Les psychiatres connaissent bien ces malades accablés dont le devenir est déstructuré et le flux temporel disparu et, redoutent leurs réactions : ne pouvant en finir avec leur passé, avec leurs thèmes de fautes impardonnables, de ruine, de persécution, ils peuvent en finir avec la vie. Ils ne supportent plus ce temps arrêté au passé, stagnant dans un présent douloureux éternel. La catastrophe qu'ils vivent dans un présent figé est là, imminente, fatale, inévitable. Que leur reste t il sinon désirer la mort ? Quel autre choix quand on n'a pas d'horizon, pas d'avenir et que l'on est fixé à une expérience indépassable ? Mais, heureusement, si elle est correctement traitée la mélancolie peut et doit guérir. Il n'est cependant pas rare qu'elle ne débouche sur la manie.

Le temps volatile du maniaque

Le rythme s'est inversé. Le temps devient précipité, bondissant. Le rythme de l'existence est effréné, se traduisant par l'euphorie, l'excitation motrice, la logorrhée. L'accélération de la pensée aboutit à la fuite des idées. Le malade est fasciné par l'instant présent dans lequel il saute sans arrêt. Il est emporté dans un tourbillon au delà du présent et vers un avenir irrésistible et triomphant. Les projets sont énoncés avec certitude comme s'ils étaient déjà réalisés. Ils sont prophétiques et utopiques, et la continuité entre le passé et l'avenir n'existe plus. La continuité historique de l'individu est rompue. Les limites n'existent plus pour ce malade qui peut se croire immortel, à moins qu'atteint de *« folie circulaire »* il ne redevienne mélancolique.

La souffrance éternelle du deuil pathologique

La notion de deuil doit être étendue à toutes les situations de perte ou de séparation. Le deuil, même non compliqué, nous fait toujours plus ou moins régresser dans le temps : il nous renvoie aux stades initiaux du développement. Selon les cas il nous ramène à la phase où, nourrissons, nous apprenions à reconnaître la réalité ou bien, moins grave, au stade suivant, celui du tout petit enfant qui apprend la maîtrise de la perte et de l'agressivité (stade sadique-anal), Le retour vers le passé n'est pas sans réactiver un fond de culpabilité. La sortie plus ou moins réussie du deuil dépendra des moyens de défense mis en œuvre contre les sentiments de culpabilité et… d'hostilité vis à vis du disparu. Réussir un deuil, autrement dit ne pas régresser durablement, dépend de notre capacité de se détacher de l'objet perdu. Tout le monde ne réussit pas ce travail dont l'apprentissage se fait dans l'enfance. Lorsque l'enfant a appris à échanger il pourra par la suite faire un deuil, c'est-à-dire se séparer de l'être (ou de la situation perdue). Si les relations de l'enfant sont restées archaïques, exigeantes, tyranniques, de l'ordre du besoin immédiat, le deuil ultérieur éventuel sera pathologique et on se trouvera en présence de tableaux allant du délire (négation de la perte) à la culpabilité (dépression). Les cliniciens connaissent ces attitudes déroutantes que sont le deuil mélancolique, délirant, hystérique. Subir une perte nous fait donc faire à notre insu une incursion dans le passé. Le voyage sera un aller retour rapide si tout se passe bien. Il nous figera dans un éternel passé quand, dès notre enfance, notre avenir aura été raté.

L'attaque de panique : un mauvais quart d'heure

Les services d'urgence connaissent ces patients arrivant en catastrophe pour une crise cardiaque qu'ils n'ont pas. Début brutal, durée brève, sensation de danger voire de mort imminente, signes physiques impressionnants (tachycardie, sueurs), sentiment de transformation. Le sujet vivra ensuite dans la peur de voir revenir… cette peur. D'où vient ce bouleversement incompréhensible du psychisme ? Faut il

ou non se retourner sur le passé du patient pour comprendre ? Pour certains il n'y a aucune cause dans les conflits de l'enfance. Pour d'autres cette décharge paroxystique de l'anxiété n'est qu'un court circuit dans le fil de l'existence, quand le sujet ne peut élaborer de manière fantasmatique des conflits anciens surgissant brusquement. Cette interprétation psychanalytique n'est pas incompatible avec certaines théories biologiques actuelles.

Le stress post-traumatique : un arrêt sur image

Qu'il soit immédiat ou retardé, succédant à une scène de guerre, une catastrophe naturelle, un accident, une agression, un viol, il est caractérisé par le classique syndrome de répétition vécu à l'état de veille ou de cauchemars. Le sujet revit en permanence l'événement traumatique et se trouve confronté subitement à sa mort sans qu'il puisse s'échapper ou contrôler ce qui se passe. Bien que des bases biologiques aient été démontrées (activité du système noradrénergique, activation du système hypothalamo hypophyso-surrénalien, sécrétions d'endorphine), on peut essayer des thérapeutiques comportementales : faire répéter en imagination et sous contrôle les scènes pénibles passées. Le but est de permettre la maîtrise face aux images répétitives et par l'abréaction, exprimer des émotions retenues jusque-là.

Le temps et les personnalités pathologiques.

Ces personnalités sont de plus en plus nombreuses. Aux frontières imprécises, elles nous font agiter des notions telles que l'état limite, le déséquilibre, les situations de dépendance, les perversions. ***L'état limite ou le poids du temps***. Avec son angoisse d'abandon, sa relation de dépendance, son sentiment d'ennui, d'existence vide, ses explosions violentes, il est rencontré fréquemment. Le sujet *« état limite »* est à côté du temps : il est sans attache nette à un événement réel, il désinvestit la réalité. Aux confins de la psychose et de la névrose ce patient, dont on discute à perte de vue pour savoir quand s'est produit le bouleversement de sa personnalité, paraît souffrir d'un trouble du développement narcissique. Il est intolérant aux blessures et l'estime qu'il a de soi oscille avec une telle amplitude qu'il n'est jamais bien adapté à la réalité. Le temps lui pèse. Il s'ennuie. Ses passages à l'acte, ses conduites addictives, ses moments dépressifs sont fréquents. ***Le déséquilibre psychique ou la vie en pointillé***. Le déséquilibré, sans passé et sans avenir, dans un présent morcelé, vit en pointillé. Il est incapable de projets à longs termes. Sa biographie, *« une histoire pleine d'histoires »* est toujours difficile à reconstituer. Un de ses défauts est le trouble de l'élaboration espace-temps. De ce fait, les notions de chronologie et de durée lui sont étrangères (dyschronie). En allant plus loin, on constate que **l'objet** n'existe pour lui que dans la mesure où il est **présent**. S'il est absent il disparaît et est aussitôt désinvesti. Ce qui manque au déséquilibré est une élaboration symbolique suffisante. Il ne tient donc pas compte du passé et de l'avenir, même s'il peut en parler et échafauder des projets. Ses promesses, qu'il ne tient pas, sont bien connues. Il lui manque l'éboration symbolique indispensable pour assurer la permanence et la durée d'une représentation. Le déséquilibré est dans un présent perpétuel, mais morcelé et cherche à réaliser le désir du moment. Ses désirs et ses actions qu'il ne peut relier se succèdent rapidement. Les formules qui le caractérisent sont bien connues : incapacité à tirer les leçons de l'expérience, de différer une satisfaction. ***La perversion : une stéréotypie sans fin***. Les actes et les mises en scène du pervers s'inscrivent dans la répétition stéréotypée et non dans la durée, ne lui apportant aucun soulagement. Son problème est qu'il n'arrive pas à maîtriser une absence fondamentale et répète inlassablement le même scénario. Il niera inconsciemment au lieu de l'accepter l'absence du pénis chez la mère (le phallus selon Lacan). Il essayera de maîtriser cette absence et de faire apparaître le fameux pénis maternel qui pour lui existe quelque part, sous forme de gestes, d'objets, de rites divers : exhibitionnisme, fétichisme, sadomasochisme. On ne peut comprendre ce pervers sans se pencher sur son histoire. Il est admis que le pervers régresse, a une tendance infantile qu'il réinvestit parce qu'elle avait dû être l'objet de points de fixation. On évoque des souvenirs écrans, souvenirs du passé liés à des pulsions et qui infiltrent la mémoire. Les pervers fonctionnent selon le principe du clivage de la personnalité avec un aspect normal dans le courant d'une existence banale et un autre aspect où ils mettent en acte des fantasmes qui renvoient à des points de fixation du passé. ***Le destin chaotique du toxicomane***. Le plaisir du flash à l'héroïne donne l'impression **d'immortalité** donc un sentiment de toute puissance. Le temps est arrêté, la mort annulée. L'expérience doit donc être renouvelée de façon perpétuelle. C'est une nécessité impérieuse, ce qui explique la difficulté du sevrage. Mais la réalité poursuit le toxicomane et sa vie de galère va vite contraster avec ce sentiment de jouissance. Privé de sa drogue, il est renvoyé à des positions infantiles archaïques avec à l'arrière plan les images maternelles menaçantes. De l'éternité à la mort il n'y a qu'un pas : la conduite du toxicomaniaque est une conduite suicidaire.

3- Les péripéties existentielles

Le temps et les soins palliatifs ou le compte à rebours. Etre en soins palliatifs c'est savoir qu'il nous reste peu de temps à vivre quand on est en phase terminale d'une maladie grave. Mais c'est aussi l'espérance de vivre assez longtemps avec une qualité de vie supportable bien qu'étant atteint d'une maladie dont on ne peut ignorer l'évolution inéluctable. La façon dont le temps est vécu par le malade est fonction de sa personnalité, des soins, de l'environnement médical et familial.

L'État neurovégétatif chronique. Lorsqu'il est avéré, distinct de l'état pauci relationnel, le temps n'existe que pour l'entourage qui peut, selon ses convictions, ou ses désirs inavouables, vouloir le prolonger ou l'arrêter.

4- Le temps aux divers stades de la vie.

Seuls les enfants se demandent pourquoi nous nous souvenons du passé et pas du futur, alors que d'ordinaire les gens ne se demandent pas si le temps fera un jour machine arrière et si les effets précéderont les causes écrivait Carl Sagan en introduction du livre de Stephen Hawking, *« une brève his-*

•••/•••

•••/•••

toire du temps ». Il y aurait beaucoup de choses à rappeler sur la notion du temps chez l'enfant, l'adolescent, le vieillard, le dément et même le sujet privé de liberté mais ***la crise du milieu de la vie mérite une mention particulière***. Elle survient quand nous avons conscience qu'une partie du temps dont nous disposons s'est envolée et qu'un changement important s'est accompli en nous. Nous devons *« faire le deuil de la jeunesse et de l'enfance qui sont maintenant passées et terminées »*. (Jacques F., *« Mort et crise du milieu de la vie »*, Psychanalyse du génie créateur, Dunod, Paris 1976). Ce même auteur poursuit : *« C'est le désir inconscient d'être immortel qui persiste communément sous la forme du déni du deuil et de la mort, sous celle d'idées d'immortalité ou de théories sur la réincarnation et la survie »*. Nous restons attachés à l'enfance tout en comprenant que nous prenons un chemin opposé. C'est de là que vient cette crise d'autant plus intense que bien souvent notre développement affectif est inachevé. Que s'est il donc passé ? Il faut savoir qu'une évolution heureuse de notre trajectoire existentielle suppose que nous apprenions à mieux accepter les séparations et cela pour mieux nous rencontrer avec nous et les autres. Ceux de nos contemporains qui ne franchissent pas harmonieusement le processus de *« séparation individuation »* aux alentours de la deuxième année de leur vie, n'arrivent pas à se reconnaître (échec narcissique) et se chercheront toujours. Une chance leur sera toutefois donnée à l'adolescence où tout se remet en question. Pris entre le passé et le futur beaucoup échouent encore dans une authentique accession à l'autonomie. Au **milieu de la vie** ils n'auront pas la capacité narcissique à faire face. Inutile de rappeler les pathologies rencontrées : dépressions, hypocondrie, troubles des conduites, alcoolisme, conflits dans le couple, débordements sexuels. La nostalgie du passé nous entraîne alors dans diverses péripéties. La crise du milieu de la vie est individuelle et fonction de nombreux facteurs sociaux, économiques et culturels. Aussi elle est appelée à être de plus en plus fréquente. Toutefois il semble **qu'à un âge très avancé**, l'instinct qui nous pousse à vivre s'amenuise et que nous puissions admettre que le temps qui nous est imparti est sur le point d'être achevé. Mais en attendant cette échéance, il faudra apprendre à faire le **deuil de nous-mêmes** à travers l'étape parfois longue qu'est la vie. Les savants et les philosophes pourront discuter à perte de vue : ils ne résoudront aucun problème Comment cela serait il possible puisque le cerveau humain a des limites. Nous interroger sur le temps revient à nous intéresser à notre existence et son sens mystérieux. Si nous étions éternels, nous n'aurions pas ce genre de préoccupation, mais pour l'instant nous connaissons nos limites. Il faut regarder notre mort en face et gérer l'angoisse inhérente à l'humanité qui finalement est le moteur de l'existence. L'humanité est ce qu'elle est, parce qu'elle a pris un jour conscience de sa finitude et ne l'a pas acceptée. Toutes ses œuvres ont cherché et cherchent encore à défier ***le temps*** et à percer son énigme. Ce qu'il faut surtout éviter est nier l'existence du temps comme l'ont fait certains et s'en tirer par une pirouette qui ne résout rien. Alors reste le fameux ***« carpe diem »*** mais chacun de nous en est il capable ? Décidément tous les humains ne sont pas égaux, même devant le temps.

N'oublions pas **le médecin face au temps**, Il accompagne son patient et partage donc avec lui son vécu, ses souffrances, ses impatiences, ses interrogations sur le présent, l'avenir le sien et celui de ses enfants. En cas de maladie génétique, maladie de Huntington par exemple il sera confronté à un terrible dilemme car à présent on peut prévoir, pour un enfant dont un parent est atteint de cette redoutable maladie, le moment précis où la maladie va se déclencher. Que peut-il dire au sujet saint qui lui demandera de fixer la date. Dans des circonstances moins dramatiques, le médecin doit tenir compte de l'impatience de ses malades lorsqu'il s'agit d'obtenir un rendez-vous ou bien d'attendre son tour dans une salle d'attente encombrée. Le médecin est constamment confronté au temps. Dans ses études tout d'abord dont la durée s'allonge, puis dans son exercice quotidien. Si certains confrères exercent d'une façon leur permettant de gérer leur emploi du temps (médecin à exercices particuliers), d'autres courent après le temps enchaînant des consultations interminables alors que l'article 33 du Code Déontologie leur rappelle qu'il doit consacrer le temps nécessaire à l'élaboration de son diagnostic. Lorsque la pression devient intolérable, c'est le surmenage, le fameux burn out. Bien entendu le médecin peut à tout instant tomber malade et il vivra aussi les péripéties d'une pathologie bénigne ou maligne. Cela pourrait d'ailleurs lui permettre de mieux comprendre les patients et de revivre dans ses souvenirs la façon dont il a géré le temps avec eux.

Pour finir sur une note plus souriante (encore que !) ***Le temps des amoureux. L'amour par exemple fait passer le temps***.

Qui ne connaît les tourments de l'amour ? Attendre d'être amoureux, puis attendre l'objet de l'amour dans l'impatience, l'inquiétude, l'angoisse ou le plaisir, quand ce n'est pas l'attente qui devient le plaisir fortement érotisé. La montre est consultée fébrilement, les battements du cœur accélérés scandent le temps de l'attente qui paraît interminable. A mesure que le cœur s'accélère la montre ralentit ! Tout se mêle dans la tête de l'amoureux : il voudrait que le temps se déroule à l'envers mais à partir du futur pour annuler cet intervalle de l'attente qui lui parait inutile. Certains vont jusqu'au tatouage. Tous ces repères leur permettront plus tard de se souvenir, quand le temps aura passé et que les péripéties inéluctables auront marqué leur amour. Retrouveront-ils exactement les émotions de l'époque… pas toujours, ni tout le temps ! Tout le monde n'est pas Proust et encore lui même savait qu'après un amour survient une pause. En effet, le plus souvent, **le temps fait passer l'amour**. Il vient à bout même du cœur écrivait Virgile, rejoint par Chateaubriand : *« C'est l'amour qui meurt avant l'objet aimé »*. Ne soyons cependant pas trop pessimistes. Certains de nos contemporains savent encore aimer : on peut les reconnaître au fait qu'ils ne regardent pas leur montre !

Docteur Marcel DANAN

L'ACTE MÉDICAL
Avec quoi soigne-t-on ?

Suite de la première partie parue dans la Lettre N° 30

Pr Jean Bernard DUBOIS, Dr Christine KERR, Dr Nicole LAFONT, Dr Joel MARCHAL,
Jean Louis PRADEILLES, Dr Frédérique SIDNEY HETMANIAK

A. Le savoir

Il peut exister un savoir sans technique, il ne peut y avoir de technique sans savoir.

Le savoir est indispensable, les données sont multiples faisant appel à des analyses, des paradigmes nombreux, très divers, ce qui nécessite une maîtrise des applications et des informations avec mise en ordre et utilisation des données pour une meilleure compréhension des mécanismes physiologiques, pathologiques et une aide à la prise de décision thérapeutique.

Le raisonnement médical repose sur :
- la mise en synergie de plusieurs compétences et d'expertises,
- la mise à profit d'une ou plusieurs expériences,
- une ou plusieurs cultures médicales,

ce qui doit conduire à l'intégration d'une multitude d'informations, permettre de les analyser et de les appliquer de manière appropriée à une situation médicale donnée.

A1. Pas d'opposition entre la science et l'humanisme dans l'acte médical

La connaissance scientifique, sans cesse augmentée, les techniques sans cesse améliorées sont indispensables à une médecine de qualité répondant aux exigences légitimes des patients.

Une médecine oubliant les acquisitions les plus récentes de la science serait non seulement légalement irrecevable (cf. code de déontologie) mais éthiquement non satisfaisante.

La science et la technique, bien qu'indispensables sont-elles suffisantes ?

A2. Analyse critique des résultats.

La validité de l'acte médical s'évalue sur la qualité du raisonnement logique aboutissant au diagnostic le plus juste, à l'expertise mise en œuvre pour le choix d'une indication thérapeutique et sa réalisation.

L'acte médical doit être utile.

L'efficacité n'est pas toujours totale, d'où la nécessité de mieux connaître la maladie et, les traitements. L'analyse scientifique des résultats doit être la plus rigoureuse possible par la caractérisation de groupes homogènes de patients.

Le rôle du médecin est de synthétiser des avis d'experts pluridisciplinaires et de prendre lui-même, en toute responsabilité, la décision finale.

B. Apports de la science et des techniques

B1. Progression de la connaissance

Depuis la Médecine du monde archaïque et magique, anthropomorphique, anthropocentrique jusqu'à nos jours, l'évolution des connaissances médicales et scientifiques apparaît comme une succession de périodes apparemment silencieuses et d'épisodes marquants, d'allure révolutionnaire donnant l'impression de phases d'accélération dans l'acquisition des connaissances.

Un examen plus attentif des processus réels conduit à la mise en évidence d'une succession de différentes phases de maturation intellectuelles, cognitives, culturelles plus ou moins longues indispensables à l'occurrence de l'observation et de la démonstration de faits scientifiquement prouvés.

L'importance de l'acquisition cognitive est souvent proportionnelle à la longueur des phases de maturation préalables. L'évolution des connaissances médicales est dépendante de développements du raisonnement logique, de type scientifique, et aussi de l'introduction des techniques dans l'exploration des différentes fonctions physiologiques et des modifications morphologiques observées chez le patient en fonction de son état pathologique.

L'apparition des premières descriptions anatomiques, le développement des techniques diverses permettant la compréhension des mécanismes physiologiques et des explorations paracliniques (biologiques, radiologiques ou autres) ont conduit à la transformation radicale de l'approche du patient et de sa maladie pour le médecin.

De *« l'ignorant inspiré »* évoqué par Claude Bernard dans son introduction à la Médecine Expérimentale, on aboutit au médecin du XXI ème siècle qui doit comprendre, interpréter toutes les données multiples, cliniques et techniques correspondant à la pathologie concernée. Le médecin doit proposer à l'individu patient qui se confie à lui, un diagnostic pertinent et une prise en charge appropriée non seulement à la maladie mais aussi au patient en faisant une synthèse acceptée par le patient.

La conscience du soignant et celle du soigné se rejoignent dans une même confiance.

B2. Rapidité d'évolution des techniques

L'examen du déroulement historique des technologies en général et des techniques appliquées à la médecine en particulier, montre que toutes les prévisions concernant les applications des nouvelles technologies ont été dépassées par les faits.

•••/•••

•••/•••

Les exemples sont multiples.

Premier exemple.

Dès la découverte des Rayons X par Wilhelm Conrad Roentgen en décembre 1895, ils furent utilisés très rapidement à des fins diagnostiques et même thérapeutiques.

Les développements technologiques qui suivirent furent si rapides qu'ils ont révélé une préparation conceptuelle significative de la plupart des laboratoires de physique de l'époque travaillant sur ces sujets et une compréhension immédiate des applications possibles des rayons X à l'imagerie et aux traitements.

Au mois de janvier 1896, les rayons X étaient utilisés pour le traitement d'un cancer du sein et un an après la découverte des rayons X on dénombrait un millier de publications faisant état de l'utilisation des rayons X en diagnostic et en thérapeutique médicale.

Second exemple.

Le développement des nanotechnologies a permis en des temps très courts de progresser dans de nombreux domaines, en particulier en médecine, en biologie, dans la recherche génomique et la réparation ou la reconstitution de fonctions par la reconstruction de tissus ou d'organes, la conception de nouveaux médicaments comme les nanoparticules.

L'industrie pharmaceutique a été transformée au-delà des prévisions durant les cinq dernières années avec une production de plus de la moitié des nouveaux médicaments par la nanotechnologie.

Les moyens diagnostiques miniaturisés, l'utilisation de cellules souches ou de micro puces informatiques permettant la substitution partielle ou totale de certaines organes ou fonctions, font des progrès constants avec des applications multiples en cancérologie et dans les transplantations d'organes.

Ces observations doivent nous conduire à une réflexion plus critique sur les réels impacts des nouveautés dans tous les domaines : ne pas idolâtrer la nouveauté, ne pas la craindre, ni la sous-estimer, mais être prudent sur les échéances à venir.

Ces progrès font espérer des applications très prometteuses avec la certitude que de nouveaux développements à ce jour inconnus, nous ferons encore progresser de manière significative dans la connaissance, dans l'action et nous poserons de nouveaux questionnements éthiques

C. Les standards en médecine

L'acte médical est une action d'un homme sur un autre homme. Il est par nature essentiellement, intrinsèquement et presque exclusivement humain. Il doit être cependant efficace et utile.

Or l'efficacité n'est pas totale, les traitements n'aboutissent pas toujours à la guérison, d'où la nécessité d'une analyse critique des résultats et l'harmonisation des pratiques.

- analyse du comportement physiologique du patient
- écoute et analyse du discours du patient - analyse des méthodes diagnostiques et thérapeutiques.

Plusieurs techniques, plusieurs approches scientifiques peuvent se combiner mais une seule décision diagnostique et/ou thérapeutique doit être proposée.

L'analyse scientifique doit être la plus rigoureuse possible par une confrontation multidisciplinaire et une expérience médicale. Les expertises médicales doivent être au service de l'expérience médicale.

La rigueur scientifique indispensable permet une analyse de groupes de patients et une multitude d'attitudes à prendre en fonction de la maladie, de son mode d'expression, pour un patient donné et en fonction de l'effet attendu des attitudes thérapeutiques proposées.

Le rôle du médecin est de déterminer le plus grand dénominateur commun dans les groupes de patients et d'identifier la singularité de chacun.

La réflexion, la concertation sont donc nécessairement pluridisciplinaire, mais la décision finale doit rester celle d'un individu responsable à la fois de la qualité des partages d'expertises en amont, de la décision et de la qualité de l'exécution de l'acte décidé en aval. Réflexion et décision dépendantes de l'expérience.

Ceci conduit à des attitudes raisonnées, appropriées à chaque patient, de standardisées la médecine devient personnalisée.

La standardisation des traitements est nécessaire, est-elle suffisante ?

- personne ne peut exclure l'existence de cas exceptionnels, non standardisables.
- le médecin décideur reste le seul responsable y compris même pour les propositions standards

Même si le patient est parfaitement informé la concertation pluridisciplinaire doit le rassurer et non l'angoisser. Il n'a affaire qu'à son médecin *« un homme face à un autre homme »*

La pluridisciplinarité n'est pas une dilution de responsabilités multiples, mais au contraire une concertation de responsabilité de plusieurs experts avec la responsabilité d'un médecin décideur et acteur.

Quel magnifique métier !

Pr Jean Bernard DUBOIS, Dr Christine KERR,
Dr Nicole LAFONT, Dr Joel MARCHAL,
Jean Louis PRADEILLES,
Dr Frédérique SIDNEY HETMANIAK

EXTENSION DE LA PMA AUX FEMMES SEULES OU VIVANT EN COUPLE DE FEMME

Le projet de loi bioéthique, va être discuté à l'Assemblée Nationale avant les vacances. Il ne fait malheureusement pas de doute que l'extension de la PMA aux femmes seules ou vivant en couple de femme va être autorisée.

L'argument majeur qui va pousser les politiques à accepter cette extension c'est qu'il s'agit **d'une demande sociétale** mais autant il est compréhensible qu'un politique se laisse influencer par une partie de la société comprenant des électeurs potentiels autant il me parait aberrant que les structures chargées de définir l'Ethique se plient à ces demandes de la société sans dire la vérité sur les conséquence graves de telles pratiques.

1- Signalons d'abord que le CCNE avait lancé une grande consultation nationale sur le sujet dont il n'a tenu aucun compte, puisqu'il a rendu un avis favorable bien qu'une immense majorité des personnes ayant répondu à la consultation (plus de 80 %) s'y soit opposée. La non prise en compte du résultat de cette consultation ayant été expliquée par le fait que seuls les opposants à l'extension se seraient mobilisés, quelle drôle d'idée que de dire que dans une consultation démocratique le fait d'avoir une large majorité prouve que le débat est faussé.

Il m'apparait très paradoxal de susciter une grande consultation nationale et de ne tenir aucun compte du résultat de cette consultation, peut-être pour rester dans le *« politiquement correct »*

2- L'attitude du CNOM me pose aussi un grave problème :

En Juin 2018 à la suite d'une session du CNOM une longue analyse de ce problème a été publiée sur le site de l'ordre (peut-être enlevée depuis ! !) les arguments qui y sont longuement développés me convenait parfaitement, en effet le CNOM se contentait de poser les questions sans les résoudre, mais au moins il soulignait les problèmes :

- Sur la question du *« droit à l'enfant »* il ne se prononçait pas.
- Sur la question du *« droit de l'enfant »* par contre il soulignait les possibles difficultés qui pourraient survenir.
- Sur la question de *« l'appariement des gamètes »* il soulevait le vrai problème des priorités compte tenu du manque de donneurs potentiels, et le risque certain d'eugénisme.
- Sur la question de *« l'anonymat du don »* là aussi les questions sont multiples tant sur le plan médical (hérédité de certaine pathologie) que sur le plan humain (accès à ses origines)
- L'insémination post-mortem, la gratuité du don, l'autoconservation des gamètes, le remboursement par la Sécurité Sociale. Tout était envisagé avec justesse et dignité sans parti pris.

Quoi qu'il en soit le CNOM concluait que **la liberté du médecin devait être préservée et qu'en cas de proposition d'élargissement des indications de l'AMP aux femmes seules ou aux couples de femmes homosexuelles une clause de conscience devrait donc être introduite explicitement dans la loi**.

Alors qu'elle n'a pas été ma surprise quand quelques mois plus tard (septembre 2018) le CNOM a publié une circulaire, qui disait que *« les 4 piliers de l'Ethique »* n'étaient pas du tout ébranlés par une éventuelle extension de la PMA aux femmes seules ou vivant en couple de femme, qu'il n'y avait donc aucune raison de s'y opposer et qu'une clause de conscience n'était absolument pas nécessaire.

La conclusion du CNOM était ***« L'Ordre ne doit pas être une instance moralisatrice face à une demande sociétale. Si la société veut une AMP élargie c'est à elle de trancher. L'Ordre ne peut s'y opposer »***

On croit rêver et donc quand la société demandera la GPA ce sera pareil…

Le CDOM de l'Hérault a aussitôt écrit au président du CNOM pour lui faire part de son étonnement et nous n'avons toujours pas reçu de réponse. (Motion votée à la majorité 16 pour – 3 contre)

En définitive et en bref j'ai la **très désagréable impression que nous sommes en train de perdre tout « bon sens » et de vivre sous la dictature de la « pensée unique »** imposée par les politiques et les médias.

Certes l'ordre ne peut pas s'opposer à l'extension de la loi, mais **il peut et il doit** exposer clairement les difficultés réelles que cela pose, comme il l'avait fait en juin 2018, et l'ordre peut et doit défendre la liberté du médecin et donc exiger une clause de conscience dans la loi. On peut donc se demander clairement pourquoi la déontologie aurait changé entre juin et septembre 2018.

Je suis conscient que cette tribune m'expose au grave *« délit d'opinion »* mais j'en assume toute la responsabilité exclusivement personnelle et j'en dégage le CDOM de l'Hérault que j'ai l'honneur de présider.

Docteur Xavier de BOISGELIN

LE SUIVI MÉDICAL DES PATIENTS EN EHPAD

Les résidents hébergés en Ehpad (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) ont comme tous français un médecin traitant. Celui est choisi librement par eux mêmes ou par leur famille.

Le médecin coordonnateur de l'établissement (si celui-ci en est pourvu), n'a pas vocation à assurer le suivi médical des résidents, hors urgence. C'est ainsi en l'état actuel de la réglementation.

Dans un contexte plus que préoccupant de raréfaction du nombre de médecins dans certains territoires de notre département, il y a des résidents de maisons de retraite qui se retrouvent sans médecin traitant. Et cela même s'il y a des médecins généralistes sur le secteur.

Des confrères médecins coordonnateurs de notre département, m'ont fait part de leurs difficultés à accompagner les résidents à être pris en charge par un médecin traitant.

La réglementation permet bien évidemment de refuser d'être médecin référent d'une personne. Cela étant, les personnes hébergées en Ehpad sont des personnes vulnérables, porteuses de polypathologies et de traitements dont l'arrêt brutal peut être délétère. Et encore quand il n'y pas de problème aigu intercurrent.

Cette situation est gênante pour les pharmacies qui renouvellent les traitements chroniques sans prescription, et ceci afin d'éviter les ruptures thérapeutiques. C'est ennuyeux pour les médecins coordonnateurs qui n'ont pas le droit de prescription, hors urgence. Et c'est dommageable pour les patients eux même dont le suivi médical reste du coup aléatoire.

On peut comprendre la suractivité médicale dans certaines zones qui manquent de toubibs. Cela n'empêche pas l'humanisme et la prise en compte de la notion d'une certaine mission que l'on accepte en embrassant cette profession.

Merci d'avance pour nos vieux, que nous serons forcément un jour…

Dr Jean-Michel PRATICO
Médecin Coordonnateur en Ehpad

IN MEMORIAM

La " LETTRE DE L'ORDRE " rappelle le souvenir des confrères dont nous avons appris le décès depuis le dernier numéro. Cette rubrique est ouverte à tout médecin qui, pour des raisons personnelles, affectives ou professionnelles, souhaite évoquer le souvenir ou rendre un dernier hommage à un confrère disparu.

Hommage au Docteur Gerard Benoist D'AZY

Le Dr Gerard Benoist d'AZY est décédé brutalement le 14/06/2019 alors qu'il était en vacances en Espagne.

Le Dr Benoist d'AZY a fait toutes ses études de médecine à la faculté de Montpellier. Interne des hôpitaux et chef de clinique à la faculté, il s'est ensuite installé comme Radiologue libéral associé au sein du groupe de radiologie IMACAM avec un cabinet libéral à St Jean de Védas et une activité en clinique au Millénaire, à St Roch et à St Jean.

C'était un radiologue d'exception, j'ai longtemps collaboré avec lui à la clinique du millénaire et j'ai ainsi pu apprécier ses qualités professionnelles : il ne se contentait pas d'analyser les images, il considérait le patient dans son ensemble, il l'interrogeait, il l'examinait et lui expliquait les résultats en le dirigeant vers d'autres examens complémentaires ou vers un autre spécialiste pour un traitement adapté. C'était un vrai médecin, humain et sensible.

En tant que cardiologue interventionnel, j'ai longtemps collaboré avec lui dans l'exploitation des salles de radiologie, il avait un esprit d'équipe très développé et il était toujours ouvert à la discussion, en tenant compte de l'avis de chacun, pour l'amélioration des conditions de travail de l'équipe, pour le meilleur service rendu au patient, et dans le plus grand respect confraternel.

J'ai eu la chance aussi de bien connaitre l'Homme, c'était un véritable ami, toujours disponible, toujours souriant, ne refusant jamais un service. Sa présence discrète et attentive était reconnue de tous.

A peine à la retraite, il y a un an et demi, il a été atteint de cette vilaine maladie que l'on qualifie de *« longue »*, et qu'on espérait bien pouvoir terrasser, il a supporté un très lourd traitement avec un courage exemplaire, luttant contre la maladie avec opiniâtreté, et gardant une force morale à toute épreuve jusqu'à ses derniers jours de vie. Son décès brutal, inattendu et imprévisible nous laisse tous effondrés et sans voix.

J'ai eu l'honneur d'être un de ses nombreux amis, et son départ va laisser un vide immense. Il va beaucoup nous manquer même si la Foi Chrétienne que nous partageons nous permet d'espérer qu'il goutte maintenant à la Paix éternelle qu'il mérite !

Le Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins adresse toutes ses condoléances à sa grande famille :

A son épouse Christine,

A ses 4 filles dont particulièrement nos deux consœurs les Dr Agathe SOUTEYRAND, (Dermatologue à Marseille) épouse de Philippe SOUTEYRAND (Radiologue à Marseille) et Philippine BRAC de la PERRIERE, Pédiatre.

A son frère le Dr Arnaud BENOIST d'AZY, Ophtalmologiste et Conseiller Ordinal.

A ses deux beaux-frères, le Dr Jacques BILLET, Psychiatre et vice-président du Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins et le Dr Olivier BILLET, Radiologue.

A ses deux cousins germains : le Dr Rémy LONJON, Psychiatre et le Dr Philippe GRANGER, Médecin Généraliste.

Au revoir Gérard…

Docteur Xavier de BOISGELIN
Président du Conseil Départemental de l'Hérault
de l'Ordre des Médecins.

◇◇◇

Hommage au Professeur Lucien SIMON

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris le décès du Pr Lucien Simon, survenu le 13 septembre 2018, à l'âge de 88 ans.

Natif des Vosges, Lucien Simon a fait ses études médicales à la Faculté de Médecine de Montpellier ; Interne des hôpitaux, promotion 1955, il est nommé chef de clinique en 1959 au sein de la Clinique de Rhumatologie, dirigée alors par le Pr Henri Serre. Maître de Conférence agrégé en Médecine Générale en 1962, Professeur sans chaire en 1968, titulaire à titre personnel en 1972, il succède à Henri Serre comme Professeur de Clinique de Rhumatologie en 1979. Sur le plan hospitalier, il dirige successivement le service de Rééducation Fonctionnelle et de consultations de Rhumatologie Sociale à l'Hôpital Gui de Chauliac, puis la Clinique de Rhumatologie de l'Hôpital Saint Eloi de 1979 à 1983 et jusqu'en 1995 le service de Rhumatologie de l'Hôpital Lapeyronie.

Professeur de Rhumatologie, il fut à la suite d'Henri Serre le pionnier de la structuration des disciplines médicales de l'appareil locomoteur, avec en particulier le développement de tous les axes de la Rhumatologie. Il fut à l'initiative de nombreux travaux d'études cliniques, et s'intéressa tout particulièrement à la place des thérapeutiques locales et des traitements physiques en pathologie locomotrice. Il fut Président de la Société Française de Rhumatologie, et contribua largement à l'émergence du Congrès national de la discipline. Parallèlement, à son investissement rhumatologique, Lucien Simon va permettre le développement d'une autre discipline naissante *« la Médecine de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle »*, devenue en 1998 *« Médecine Physique et de Réadaptation »*, et dont il présidera aussi la Société savante. Ainsi, Lucien Simon favorisera le développement des deux disciplines, notamment par la nomination de ses élèves.

Pédagogue d'exception, son investissement fut sans limites pour la transmission du savoir à travers des réunions, colloques, ou congrès, et surtout la diffusion d'ouvrages de référence dans le domaine de l'appareil locomoteur.

On retiendra son implication pour le développement de la Podologie médicale, avec l'aide de son ami Joseph Claustre ; et surtout la création dès 1972 des Entretiens de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles, devenus par la suite Entretiens de Médecine Physique et de Réadaptation qui attirent chaque année au printemps à Montpellier, plus d'un millier de participants. Plus de 200 ouvrages pédagogiques ont été édités à l'occasion de ces journées, sous l'impulsion de Lucien Simon, constituant d'année en année une bibliothèque de référence inégalée autour de l'appareil locomoteur. Lucien Simon a aussi largement favorisé l'essor et l'enseignement des professions de Rééducation, la Kinésithérapie, et surtout l'Ergothérapie avec la création de l'école d'Ergothérapie de Montpellier, dont il assurera la direction durant de nombreuses années.

Travailleur infatigable, Lucien Simon a toujours fait preuve d'une immense capacité d'innovation, et d'une grande clairvoyance. Ceux qui l'ont connu de façon plus intime savent aussi que derrière sa pudeur et sa discrétion, il y avait un homme d'une grande sensibilité, particulièrement attentif aux évènements de la vie de ceux qui lui étaient proches.

Un clinicien d'exception, un visionnaire et un grand bâtisseur nous a quitté. Nous sommes nombreux à être fiers de compter parmi ses élèves.

Nos pensées vont aujourd'hui à son épouse, à ses deux filles, et à ses nombreux petits et arrières petits-enfants dont il était si fier.

Professeur Christian HÉRISSON

IN MEMORIAM

Le Conseil Départemental a le regret de porter à votre connaissance la disparition de nos Confrères

Docteur Gérard ATTAL
né le 02/03/1942 – décédé le 3/04/2019

Docteur Gérard BENOIST D'AZY
né le 18/09/1951 – décédé le 14/06/2019

Docteur Mireille BOIRAYON
née le 16/01/1957 – décédée le 28/04/2019

Docteur Robert BRESSON
né le 10/07/1948- décédé le 06/03/2019

Professeur Didier CASTELNAU
né le 01/03/1943 – décédé le 09/03/2019

Docteur Jeanne CATTELAT
née le 13/02/1931 – décédée le 23/08/2018

Docteur Daniel FOUCAUD
né le 24/02/1942 – décédé le 14/02/2019

Docteur André JEAN
né le 21/03/1931 – décédé le 28/10/2018

Professeur Henri MICHEL
né le 21/02/1931 – décédé le 24/01/2019

Docteur Georgette NEMORIN
née le 06/05/1923 – décédée le 01/06/2017

Docteur Marcel POURQUIER
né le 28/07/1928 – décédé le 30/10/2018

Docteur Jean François ROLET
né le 02/08/1934 – décédé le 14/04/2019

Docteur Antoine ROUQUET
né le 08/05/1929 – décédé le 28/04/2019

Docteur André SENEGAS
né le 07/11/1927 – décédé le 23/01/2019

Professeur Lucien SIMON
né le 07/02/1930 – décédé le 13/09/2018

Docteur Hélène THALER
née le 20/01/1932 – décédée le 07/01/2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'HERAULT DE L'ORDRE DES MEDECINS

Retrouvez sur notre site les actualités, les informations pratiques et les annonces.

WWW.CONSEIL34.ORDRE.MEDECIN.FR

LE BUREAU ET LES CONSEILLERS

Xavier DE BOISGELIN
PRESIDENT

Marcel DANAN
PRESIDENT D'HONNEUR

Jacques BILLET
VICE PRESIDENT

Philippe CATHALA
VICE PRESIDENT

Serge GROMOFF
VICE PRESIDENT

Marc BLANCHARD
SECRETAIRE GENERAL

Cécile BELIN-SAUGET
SECRETAIRE GENERAL ADJOINT

Henry MARY
TRESORIER

Hélène HARMAND ICHER
TRESORIER ADJOINT

Arnaud BENOIST D'AZY
CONSEILLER

Marc BLANCHARD
CONSEILLER

Isabelle DELMAS
CONSEILLER

Elena JOUCK
CONSEILLER

François LAFFARGUE
CONSEILLER

Yves LE CORRE
CONSEILLER

Muriel MADER
CONSEILLER

Colette MATHIAS
CONSEILLER

Sophie MENJOT DE CHAMPFLEUR
CONSEILLER

Jean michel PRATICO
CONSEILLER

Guilbert PLIQUE
CONSEILLER

Hélène VIDIL
CONSEILLER

Le Conseil Départemental de L'Hérault de L'Ordre des Médecins.
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 11h à 16h.
285, rue Alfred Nobel – 34000 MONTPELLIER
Tél : 04 67 15 66 70 – **Fax :** 04 67 22 49 69
Email : herault@34.medecin.fr
Site : www.conseil34.ordre.medecin.fr