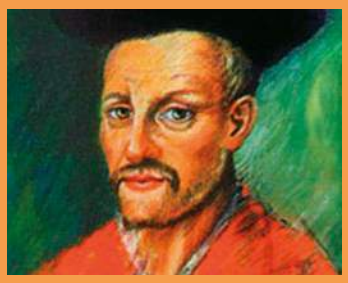
la Lettre de l'

Ordre des Médecins

de L'Hérault - n° 30 - Juillet 2018



Sommaire

ACTUALITES

- Recrudescence de la rougeole 3

LIBRES PROPOS

- Médecins et patients face à la solitude, l'isolement et l'ennui 7
- L'acte médical 13

NOTE DE LECTURE

Ne deviens pas trop humaine 12

CONSEIL DE LECTURE

De l'électro-radiologie à l'imagerie médicale à montpellier 20

INFORMATIONS PRATIQUES

- Une avancée dans le diagnostic de l'hémochromatose génétique 20
- La coordination territoriale d'appui sur le secteur Est-Héraultais 21
- FMC34 - Formation Médicale Continue 22
- De nouvelles ressources pour les professionnels de santé ! 23
- Santé et solidarité 24
- Arnaque RGPD 24
- Aptitude médicale au permis de conduire 25
- Qui peut conduire une voiture sans permis ? 25
- Organisation de la gériatrie libérale sur le montpelliérain 26
- Numéro unique d'écoute et d'assistance aux professionnels de santé en souffrance 26
- Etablissement des certificats de décès en période d'astreinte 28

IN MEMORIAM 28

- Le Nouveau Conseil Départemental de l'Hérault 32

La Lettre de l'Ordre des Médecins de L'Hérault
N° 30 - Juillet 2018
Directeur de la publication : Docteur Xavier de BOISGELIN
Rédacteur en Chef : Docteur Marcel DANAN
ISSN - 0643 - Imprimerie Les Petites Affiches / Montpellier

Editorial

Judiciarisation !!!

Qui aurait pu penser il y a 50 ans qu'un médecin de famille ou un chirurgien, puisse être traduit devant la justice par les ayants droits d'une personne décédée ?

Bien sûr de tout temps il y a eu des procès médicaux mais ils étaient exceptionnels alors qu'aujourd'hui ils deviennent quotidiens : procès en RCP, recours devant la CCI, plaintes ordinales (presque une par semaine dans notre conseil), litiges multiples (plus d'un par semaine dans l'Hérault), les conflits deviennent notre pain quotidien, essayons d'en analyser les causes pour voir comment les éviter.

Pourquoi un procès médical :
3 Explications plus ou moins associées.

– **le refus du *« mauvais résultat »*** : la loi sur l'aléa thérapeutique a réglé le problème juridique et indemnitaire mais pas le problème de fond : Sommes-nous soumis à une obligation de résultat ? Non bien entendu seul nous incombe une obligation de moyens.

Cette non-acceptation de *« l'aléa »* n'est pas spécifique aux médecins, elle existe dans tous les domaines de la vie quotidienne : il n'est pas une *« catastrophe naturelle »* qui ne s'accompagne d'une *« cellule psychologique »,* et si l'on y réfléchit la seule justification de telles cellules est uniquement de faire accepter l'inacceptable.

– **La recherche de la responsabilité :** devant un incident quel qu'il soit la première question des médias est *« qui est responsable ? »*, sous-entendu *« qui va payer ? »* Et dans ce domaine, la malchance, le destin, la fatalité, le hasard n'ont aucune place. Il faut à tout prix trouver un *« responsable »* pour indemniser les victimes et ainsi le concept de *« responsable non coupable »*, généralisé depuis l'affaire du sang contaminé, à force de loi !

– Enfin, plus précisément en matière de responsabilité médicale, **le médecin a perdu beaucoup de sa crédibilité et de son aura**.

Le temps où la parole du médecin était parole d'Evangile est définitivement révolue. Le médecin a été descendu de son piédestal et a perdu de ce fait son immunité.

Ses diagnostics sont discutés (*« ils ont dit à la télé que c'était pas ça »*), ses thérapeutiques sont mises en doute (*« et pourquoi vous ne me marquez pas ça, vous ne me prescrivez pas ceci ? »*) Bref on va chez le médecin comme on va au supermarché et donc quand on pense que le *« produit acheté »* ne correspond pas à ce qu'on croit qu'il y avait *« d'écrit sur l'étiquette »* on demande réparation…

Alors que faire ? N'y a-t-il pas de solution ? Tout espoir est donc perdu ? Non bien entendu. **Il nous incombe de rétablir LA CONFIANCE** et cette confiance ce n'est certainement pas la signature d'un *« consentement éclairé »* qui va la faire revenir : ce document, directement issu de la *« politique du parapluie »* chère aux assureurs, si tant est qu'il ait une valeur juridique, n'a aucune valeur en pratique pour rétablir la confiance, au contraire. En effet s'il était bien lu, il devrait majorer la défiance, car la longue liste des complications possibles pourrait faire peur. Heureusement il n'en est rien, car l'immense majorité de ceux qui le signent ne l'ont jamais lu !

•••/•••

•••/••• Non, **le seul moyen de rétablir la confiance est le dialogue singulier** c'est-à-dire **les explications** que nous devons aux patients et c'est là toute la beauté de notre art : savoir trouver les mots adaptés à chacun, les explications justes, les réponses aux questions légitimes et faire en sorte qu'à la sortie de ce long dialogue, notre patient s'oriente spontanément vers le seul choix que notre intime conviction nous propose.

C'est en fait ça, la vraie liberté du patient, car le *« libre choix »* ne se conçoit pas sans juste connaissance.

Voilà à mon avis le seul moyen d'éviter les conflits : parler, expliquer, écouter…

En effet, la majorité des plaintes que nous recevons à l'ordre sont sous-tendues par l'incompréhension du patient devant un mauvais résultat, ou plutôt ce qu'il estime être un mauvais résultat. Et le plus souvent les explications fournies par les praticiens en causes ont été insuffisantes, car le *« mauvais résultat »* s'il impacte principalement le malade, touche aussi beaucoup le praticien qui, par un mauvais réflexe, se réfugie dans le silence voire le déni pour oublier !

Notre rôle de conciliateur Ordinal consiste alors à prendre le temps d'écouter et d'expliquer et heureusement dans plus de 75 % des cas les plaintes sont conciliées.

Mais l'idéal serait de le faire en amont ! ! ! Chers Confrères, soyez donc disponibles pour vos patients et d'autant plus disponibles que le résultat de vos soins n'est pas parfait.

Bien confraternellement

Docteur Xavier de BOISGELIN,
Président

MISE AU POINT CONCERNANT LA LEVÉE DE LA CONDAMNATION DU PROFESSEUR JOYEUX

Certains journalistes plus ou moins bien intentionnés, se sont lancés dans une diatribe importante contre la décision de la Chambre Disciplinaire nationale de l'ordre des médecins annulant la radiation prononcée par la Chambre Disciplinaire de première instance du Languedoc-Roussillon à l'encontre du Professeur JOYEUX. C'est leur droit le plus strict, mais certains ont laissé entendre que le Conseil Départemental de l'Hérault serait « complice » du professeur joyeux.

Je tiens à démentir formellement une telle affirmation, et je me réserve tous les droits de réponse possible en cas de récidive de ces injustes accusations.

Le Conseil Départemental de l'Hérault a fait appel de la décision de la Chambre Disciplinaire de première instance ayant prononcé la radiation du Professeur Joyeux car **il estimait cette sanction démesurée, exagérée et vexatoire. Il souhaitait un allégement de cette peine**.

En effet cette sanction faisait suite à une plainte du Conseil National qui portait EXCLUSIVEMENT sur 2 pétitions :

- une première pétition pour contester le projet de rendre la vaccination par le GARDASYL obligatoire avant neuf ans pour les petites filles, AU SEUL PRETEXTE que ladite vaccination devait survenir avant le premier rapport sexuel… Qu'il y avait-il donc de condamnable à demander qu'on laisse libre les parents de décider quand et comment vacciner leurs petites filles, ce projet est d'ailleurs tombé à l'eau.
- une deuxième pétition qui s'insurge contre la non disponibilité du DTP, seul vaccin obligatoire à l'époque, que l'on remplaçait par un vaccin hexavalent contenant trois autres vaccins non obligatoire. A la suite de cette pétition, un arrêt du conseil d'État a obligé Madame la ministre à exiger des laboratoires la fabrication de ce vaccin.

Voilà les deux seuls « graves délits » à charge qui avaient motivé la sanction de la Chambre Disciplinaire du Languedoc-Roussillon, le Conseil Départemental a estimé cette sanction manifestement disproportionnée et a fait appel à la Chambre Disciplinaire Nationale qui lui a donné raison. En effet la sanction de la radiation, aux dires mêmes d'un membre éminent du Conseil National, est exceptionnelle et est réservée à des infractions gravissimes comme par exemple des médecins violeurs ou assassins, il ne nous semble pas que le Professeur JOYEUX méritait un tel sort !

Nous ne sommes cependant pas dupes et nous ne soutenons surtout par le Professeur Joyeux dans tout ce qu'il dit, nous l'avons d'ailleurs à plusieurs reprises convoqué en séance plénière pour lui demander d'arrêter les diffusions dans les médias d'informations erronées et non démontrées, et nous espérons bien vivement que dorénavant il ne propagera plus de telles informations et en matière de vaccination, **maintenant que 11 sont devenues obligatoires nous veilleront bien sûr à ce qu'il arrête tout commentaire à ce sujet**.

Le Conseil National se pourvoit en cassation auprès du Conseil d'État, ce qui est son droit le plus absolu, et nous verrons bien quelles vont être les décisions prochaines.

Docteur Xavier de BOISGELIN
Président du Conseil Départemental

P.S. Le Professeur Michel VOISIN, dont l'expertise et l'expérience en matière de vaccination ne fait aucun doute, a publié à l'Académie des Sciences et Lettres de MONTPELLIER une synthèse particulièrement bien documentée au sujet de la vaccination et les diverses polémiques anciennes et actuelles. Le Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins adhère, sans réserve, à l'ensemble de ce texte que vous pourrez obtenir avec le lien ci-après
www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/VOISIN-2018.pdf

Santé publique France

REPÈRES POUR VOTRE PRATIQUE

RECRUDESCENCE DE LA ROUGEOLE

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La rougeole est une maladie très contagieuse donc à fort potentiel épidémique.

La surveillance de la rougeole met en évidence une circulation très active du virus dans certaines régions françaises depuis novembre 2017.
Il convient donc de s'assurer que **tous les enfants à l'âge d'un an, les adolescents et les jeunes adultes nés depuis 1980 sont vaccinés** selon les recommandations du calendrier des vaccinations.
La vaccination complète contre la rougeole nécessite deux injections à au moins un mois d'intervalle.

Des foyers épidémiques en France

Après l'épidémie de rougeole survenue entre 2008 et 2012 (près de 15 000 cas pour la seule année 2011), la diminution du nombre de cas entre 2013 et 2016 est suivie, depuis novembre 2017, par une reprise de la circulation du virus de la rougeole.

La très nette augmentation du nombre des cas depuis novembre 2017 avec une épidémie en Nouvelle-Aquitaine se poursuit en 2018 avec l'apparition de foyers épidémiques dans plusieurs régions.

Une contagiosité très importante

La transmission du virus est directe par voie aérienne à partir des sécrétions nasopharyngées et, plus rarement, par des objets contaminés. La période d'incubation dure une dizaine de jours.

La contagiosité commence quatre à cinq jours jours avant le début de l'éruption et s'étend jusqu'à au moins quatre jours après le début de l'éruption. Dans une population non immunisée, une personne contagieuse peut contaminer 15 à 20 personnes.

•••/•••

•••/•••

Signes cliniques de la rougeole

La phase pré-éruptive de la rougeole se caractérise par une fièvre élevée supérieure à 38,5°C et un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite), accompagnés d'un malaise général avec asthénie intense. Le signe de Koplik, pathognomonique mais inconstant, disparaît avec le début de l'éruption.

La phase éruptive est une éruption maculo-papuleuse qui persiste cinq à six jours et qui survient en moyenne quatorze jours après le contage. Elle débute au niveau du visage et derrière les oreilles et s'étend progressivement de haut en bas et vers les extrémités.

Des complications qui peuvent être redoutables

Otites et diarrhées sont les complications les plus fréquentes. Les complications sévères surviennent notamment chez les patients âgés de moins d'1 an et de plus de 20 ans : pneumonie, surtout chez l'enfant (2 à 7 %), et encéphalite aiguë, surtout chez l'adulte (0,5 à 1/1 000). La panencéphalite sclérosante subaiguë est une complication rare (incidence 1 pour 100 000 patients infectés) et tardive de la rougeole, qui survient en moyenne sept ans après la rougeole. Cette complication est constamment létale, le décès survenant un à trois ans après l'apparition des premiers signes.

Les personnes immunodéprimées peuvent présenter des complications (pneumopathie interstitielle à cellules géantes ou encéphalite à inclusions) dont le pronostic est particulièrement sévère.

Diagnostic biologique de la Rougeole

Une confirmation biologique doit être effectuée devant toute suspicion de rougeole. **La technique de référence est le diagnostic indirect par la recherche des IgM spécifiques** dans le sérum ou le liquide buccal (« kit salivaire ») en sachant que les **IgM apparaissent dans les 3 jours suivant le début de l'éruption** (ainsi un résultat d'IgM négatif entre J0 et J2 ne permet pas d'exclure le diagnostic).

Le diagnostic peut également être fait sur les techniques directes de détection du virus de la rougeole par PCR à partir d'échantillons de liquide buccal (« kit salivaire »), respiratoires (aspiration nasale, écouvillonnage rhino-pharyngé), d'urines, et de sang total prélevé pendant la période virémique,

Les « kits salivaires » sont disponibles **gratuitement auprès des ARS sur simple demande** des praticiens ? Ils doivent être adressés dans une enveloppe pré-affranchie au Centre national de référence de la rougeole à Caen qui réalise les analyses sans coût pour le patient.

La vaccination par le vaccin trivalent ROR : une protection très efficace contre la rougeole

Les personnes nées depuis 1980 devraient avoir reçu au total deux doses de vaccin contenant la valence rougeole avec un délai minimum d'un mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis de l'une des trois maladies.

La vaccination anti-rougeoleuse est déconseillée pendant la grossesse. Cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à une interruption médicale de grossesse.

Pour une protection vaccinale efficace contre la rougeole deux doses sont nécessaires pour toute personne née depuis 1980. Vérifier que les deux doses sont documentées sur le carnet de santé ou le carnet de vaccination.

- **La personne n'a reçu qu'une seule dose : faire une 2e dose.**
- **La personne n'a jamais été vaccinée ou ne sait pas : faire deux doses.**
- **Elle a déjà reçu deux doses de vaccin : elle est protégée.**

Contre-indications de la vaccination contre la rougeole

Il convient de se référer au RCP de ce vaccin, disponible sur le site de la base de données publique des médicaments, pour connaître l'ensemble des contre-indications.

Les contre-indications des vaccins rougeoleux sont essentiellement liées à leur caractère vivant et à leur mode de production :

- hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients ou à la néomycine ;
- déficit sévère de l'immunité humorale ou cellulaire (primaire ou acquis) ;
- grossesse.

Des mesures préventives pour les personnes exposées à un cas de rougeole

La vaccination

La vaccination évite la survenue de la maladie dans plus de 90 % des cas si elle est réalisée dans les soixante-douze heures qui suivent le contact avec un cas de rougeole. La vaccination reste néanmoins préconisée même si ce délai est dépassé car elle est utile pour une protection ultérieure dans l'hypothèse où la personne n'aurait pas été contaminée. L'intervalle entre les deux doses est au moins d'un mois.

L'injection d'immunoglobulines polyvalentes

Pour certaines personnes à risque de rougeole grave contacts d'un cas confirmé et pour lesquelles la vaccination est contre-indiquée (femme enceinte non vaccinée et sans antécédent de rougeole, certains enfants de moins de 6 mois, personne immunodéprimée, etc.), les immunoglobulines (IG) polyvalentes doivent être proposées. Leur efficacité a été démontrée pour une administration dans les six jours après le contact avec le cas.

Vaccination des professionnels de santé et de la petite enfance

- Il est indispensable que les professionnels de santé et les professionnels en charge de la petite enfance (en formation, à l'embauche ou en poste) nés depuis 1980 aient reçu en tout deux doses de vaccins contenant la rougeole comme le reste de la population générale.
- Les professionnels de santé et les professionnels en charge de la petite enfance (en formation, à l'embauche ou en poste) nés avant 1980, non vaccinées contre la rougeole et sans antécédent connu de rougeole, doivent recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.
- Au contact d'un cas de rougeole, l'administration d'une dose de vaccin trivalent est recommandée à tous les personnels susceptibles d'être ou d'avoir été exposés, s'il n'existe pas de preuve de rougeole antérieure, de vaccination complète avec deux doses. La vaccination réalisée dans les soixante-douze heures qui suivent un contact avec un cas peut éviter la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé.

Pour l'ensemble de ces personnels, si les antécédents de vaccination ou de rougeole sont incertains, la vaccination est réalisée sans contrôle sérologique préalable. Il n'y a aucun risque à vacciner une personne déjà immunisée.

Recommandations générales

Âge de la vaccination	Vaccin
À 12 mois	1re dose du vaccin trivalent ROR (obligatoire depuis le 1er janvier 2018)
Entre 16 et 18 mois	2e dose du vaccin trivalent ROR (obligatoire depuis le 1er janvier 2018)
Enfants, adolescents et adultes, nés **depuis** 1980 (rattrapage)	Ces personnes devraient avoir reçu deux doses de vaccin contenant la rougeole. Pour toute personne n'ayant pas reçu deux doses, faire un rattrapage : • 1re et 2e doses de vaccin trivalent pour les personnes n'ayant reçu aucune dose ; • 2e dose de vaccin trivalent pour les personnes ayant reçu une 1re dose de vaccin contenant la rougeole.
Intervalle d'au moins un mois entre deux doses.	

•••/•••

Conduite à tenir autour d'un cas

Vaccination autour d'un cas de rougeole	**Nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus :** une dose de vaccin trivalent (hors AMM entre 6 et 8 mois révolus) dans les soixante-douze heures suivant le contact présumé. Si cette vaccination n'a pas été effectuée dans ce délai : indications d'immunoglobulines. La vaccination ultérieure contre la rougeole suit les recommandations générales (une dose à 12 mois et une dose entre 16 et 18 mois). **Personnes âgées d'au moins 1 an et nées depuis 1980 :** une dose de vaccin trivalent dans les soixante-douze heures suivant le contact présumé et mise à jour de la vaccination conformément au calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin contenant la rougeole. **Professionnels de santé ou personnels de la petite enfance** sans antécédent de rougeole et/ou n'ayant pas reçu deux doses : une dose de vaccin trivalent quel que soit leur âge.

Recommandations chez les professionnels de santé et de la petite enfance

Personnels de la petite enfance et professionnels de santé, en formation, à l'embauche ou en poste. **Personnels des services accueillant des patients à risque de rougeole grave** (immunodéprimés, femmes enceintes, pédiatrie, etc.) doivent être vaccinés en priorité.	**Nés depuis 1980 :** mise à jour du calendrier vaccinal selon les recommandations générales (*cf.* plus haut). **Nés avant 1980 non vaccinés,** sans antécédent de rougeole ou dont l'histoire est douteuse : une dose de vaccin trivalent.

! La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire. L'éviction est recommandée pendant toute la période de contagiosité, c'est à dire jusqu'à cinq jours après le début de l'éruption (cas clinique ou cas confirmé biologiquement). Vérifier que l'entourage est bien immunisé et si ce n'est pas le cas, le vacciner. **En situation de cas groupés,** la vaccination est recommandée aux contacts proches et en collectivité **sans attendre les résultats de laboratoire.**

POUR EN SAVOIR PLUS

— **Santé publique France.** Dossier thématique Rougeole. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole

— **Ministère de la Santé.** Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal

— **Haut conseil de santé publique.** Avis du 23 avril 2018. Évolution de la stratégie de gestion en cas d'épidémie de rougeole. En ligne : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=651

— Base de données publique des médicaments : PRIORIX®. En ligne http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61896473

— Base de données publique des médicaments : M-M-RVAXPRO®. En ligne http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64269668

VACCINATION INFO SERVICE.FR
Le site de référence qui répond à vos questions

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Santé publique France

Réf. DT07-110-18DE
Document destiné aux professionnels de santé – Etat des connaissances avril 2018

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.

MÉDECINS ET PATIENTS FACE À LA SOLITUDE, L'ISOLEMENT ET L'ENNUI

DOCTEUR MARCEL DANAN - MONTPELLIER

La solitude et l'ennui, sentiments humains parfois associés, ont inspiré de tout temps les philosophes, les poètes, les écrivains. Eprouvés de la conscience, et à l'origine de souffrances, ils n'ont pas nécessairement un effet négatif. Ils sont même été considérés comme un mal nécessaire, au point que certains, pour des raisons différentes, en font l'éloge. Toutefois, l'ennui et la solitude, peuvent, et de plus en plus dans le monde moderne, où l'homme est à la fois submergé d'informations et isolé, prendre un tour pathologique, à l'origine de maladies, de dépendances, d'addictions diverses et de comportements déviants. Les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins, les politiques et parfois les autorités judiciaires, sont confrontés journellement à l'ennui et à la solitude de leurs contemporains. Si les médecins ne s 'ennuient pas, ils ont de plus en plus affaire à des patients qui souffrent de solitude et d'ennui. Fait nouveau certains de nos confrères ne supportant pas l'isolement s'organisent pour l'éviter, d'où l'essor des maisons médicales et de la télé médecine.

Une incursion dans la philosophie, la littérature et l'histoire nous rappelle que finalement rien n'a changé depuis la nuit des temps.

La solitude

Elle s'impose à notre siècle comme une composante essentielle de l'existence humaine. Mais les êtres humains l'ont toujours ressentie. « Il n'est pas bon que l'homme soit seul » L'Ecclésiaste. (Ch. IV, Verset 10) Faut-il rappeler la solitude de Job et celle du Christ en croix. *« Mon Dieu, Mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? Mon Dieu, j'appelle tout le jour et tu ne me réponds pas »* Mat 27-46, Mc 15-34. *Une des sept dernières paroles du Christ*. Il ne faut pas confondre la solitude et l'isolement, lequel est une carence face à autrui dont on dépend. La solitude a été chantée par les poètes, vécue par les ascètes et les anachorètes, choisie par les solitaires de Port-Royal, éprouvée comme une souffrance ou une voie vers la sagesse, choisie aussi pour fuir les turbulences de la vie ou pour se concentrer sur une œuvre ou bien ressentie comme une douloureuse exclusion et avoir un effet destructeur. A l'inverse elle peut faciliter la réflexion et l'accès à Dieu. *Cicéron* disait : « je ne suis *jamais moins seul que quand je suis seul »*. La solitude peut être une liberté permettant d'échapper à l'entourage, aux contraintes, à certaines promiscuités, à la peur de l'humiliation. Elle peut être aussi un sentiment de vide, la communication étant impossible et l'existence inutile. Le solitaire souffre de l'absence de relation, mais pas de n'importe laquelle, de celle qu'il attend. Les médecins la connaissent bien : celles de leurs patients de plus en plus nombreux à l'éprouver, et aussi la leur dans leur exercice libéral. L'individualisme de nos sociétés modernes ne permet pas toujours le sentiment d'appartenance d'où le grand nombre de solitaires.

L'ennui ?

C'est la perception pénible de la pesanteur du temps. ***Le premier homme à s'ennuyer fut Adam.*** Cela peut expliquer que les hommes s'ennuient plus que les femmes ! Nous l'éprouvons quand nous sommes démotivés et désintéressés. On peut cependant s'ennuyer sans s'en apercevoir ou sans en trouver l'explication, mais d'ordinaire l'ennui surgit quand nous n'arrivons pas à faire ce que nous voulons ou quand ce que nous avons à faire ne nous plait pas. C'est le *tædium*, le dégoût qui peut devenir le dégoût de vivre, le *tædium vitae*. Celui qui s'ennuie n'arrive pas à se situer dans le temps, il ne supporte pas la monotonie du quotidien avec les événements qui se répètent de façon monotone. En effet l'ennui entraine chez lui un autre rapport au temps qui est figé et n'avance pas. L'ennui profond évoque la mort, mais la mort va mettre fin à l'ennui. Kierkegaard, rejoignant les Pères de l'Eglise, voyait en l'ennui la source de tous nos maux. *L'acedia, é*tat d'apathie et de mélancolie, était le pire des péchés, à l'origine de tous les autres, une offense à Dieu car elle était liée à l'âme. A la Renaissance, l*'acedia* devint la mélancolie à la fois maladie, pouvant guérir, et sagesse. Pourtant l'ennui peut avoir du bon. A petite dose il permet de se retrouver, de réfléchir, de reprendre de l'élan, et s'il fait souffrir il permet de comprendre l'essence de la condition humaine et le fond de l'existence. Il facilite l'éveil de la conscience.

•••/•••

•••/•••

L'ennui et/ou la solitude dans la relation amoureuse

Le comportement amoureux de l'adulte tire ses origines de l'enfance et gardera la trace des attachements successifs à l'égard de la mère et de la façon dont ils ont été résolus. Celui dont la mère aura été présente tout en respectant son aptitude à la solitude aura des chances d'avoir une vie amoureuse sereine à l'abri des affres de la jalousie. Cette situation idéale est loin d'être la règle, et l'amour subit un certain nombre d'avatars qui en modifient la stabilité, l'émaillent de mille péripéties, le modifient et le transforment parfois en son contraire, la haine. Parmi ces avatars, le couple qui se ferme sur lui même et finit par s'ennuyer. C'est l'écueil de l'illusion de la fusion totale. *« Les amants sont deux solitudes qui forment une totalité,* écrivait Rainer Maria Rilke. Lorsque l'amour devient *passion*, chez l'immature supportant mal l'abandon, donc la perte et la solitude qu'il a d'ailleurs contribué à provoquer, le drame n'est pas loin.

La solitude recherchée

La solitude recherchée des ascètes et des anachorètes. Le désir de contemplation des premiers Chrétiens les poussa à rechercher la solitude dans le désert égyptien où vécurent de nombreux ermites avant de se regrouper dans des monastères Le cénobitisme l'emporta sur la vie en solitaire. Certains, ne renonçant pas à l'ascétisme, poussèrent le désir d'isolement jusqu'à vivre perché sur une colonne de pierre. On raconte que *Syméon* dit le styliste, Saint Copte Orthodoxe, resta ainsi juché de 417 à 459 dans le nord de la Syrie, sur une colonne ! *Les solitaires de Port-Royal* voulant se tenir à l'écart des tentations du monde corrompu par le péché originel se regroupaient autour d'un monastère. Leur notoriété attira un grand nombre de personnages illustres (inutile de citer *La Fontaine, Molière, Boileau, Racine*). *La clinophilie* est parfois une des formes de solitude recherchée et ce en dehors de toute maladie mentale. *Proust* écrivait au lit, *Pascal* assis sur son lit écrivait sur des coussins. Quant à Descartes, il méditait dans son lit et ne tolérait pas qu'on vienne le déranger.

Leur œuvre traite de l'ennui ou de la solitude, ou de ces deux états d'âme. Suivons ces philosophes, ces écrivains, ces poètes.

Ovide. - 43 avant J.C. + 17 après J.C. Mort après six ans d'exil voulu par Auguste et, souffrant de la séparation d'avec la femme qu'il aimait, envoya à cette dernière des lettres, réunies dans les *Tristes* et les *Pontiques* qui mettaient six mois pour parvenir à Rome. **Sénèque.** - 4 avant J.C. + 65 après J.C. Un clinicien de l'ennui. Il a décrit la dépression (toedium vitae) avec son inhibition qu'il distingue du chagrin. *Sénèque* distingua l'ennui du chagrin et insista sur la paralysie de l'ennuyé. **Pascal.** 1623-1832 *Divertissez-vous, ne vous ennuyez pas ! N'écoutez pas les Stoïciens qui nous engagent* à *nous replier sur nous-mêmes pour trouver un repos impossible. Contre l'ennui rapprochez-vous de Dieu.Si vous ne voulez pas vous ennuyer, ne vous reposez pas* ». **Au Siècle des Lumières l**'ennui cesse d'être négatif. Dans l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert, il est décrit comme : « *Ce n'est ni chagrin*, ni *tristesse. C'est une privation de tout plaisir, causée par je-ne-sais-quoi dans nos organes ou dans les objets du dehors qui, au lieu d'occuper notre âme, produit un malaise ou dégoût auquel on ne peut s'accoutumer* ». C'est une maladie utile qui stimule l'action. **Jean-Jacques Rousseau**. 1712-1778. Le plus célèbre des promeneurs solitaires. « La tristesse et l'ennui versant leur poison sur mes premières méditations, *me les rendirent insupportables* ». Il vécut la solitude dans toute son ambivalence. **Voltaire** (1694-1778) fait la même remarque que Jean-Jacques Rousseau. L'homme semble être « né *pour vivre dans les convulsions de l'inquiétude ou dans la léthargie de l'ennui* ». **Schopenhauer.** 1788-1860 : « La vie oscille comme un pendule, de droite à gauche, *de la souffrance à l'ennui.* Il fait l'apologie de la solitude : « qui ne l'aime pas, n'aime pas la liberté car on est libre qu'étant seul ». **L'ennui, chez les romantiques, ou le mal du siècle** se démocratise après avoir été considéré comme l'apanage des nobles et des riches. Il succède aussi à l'individualisme du siècle des Lumière. Le Werther de **Goethe**, (1749-1832), annonçait l'apparition d'une génération supportant mal la médiocrité d'une vie sans valeur et d'un amour impossible. *Madame de Staël* disait de Werther qu'il « avait causé plus de suicides que les plus belles femmes du monde.La Restauration elle n'apporta rien d'exaltant et enfonça la jeunesse dans ce que **Musset** a nommé : « un *malaise inexprimable* ». La Révolution de juillet 1830 fut encore plus décevante. C'est l'époque de l'ennui, du mal de vivre, du mal du siècle comme disait **Sainte-Beuve**. Les romantiques se mirent à aimer l'ennui, le proclamer d'où les œuvres littéraires, des mœurs parfois dépravées et le désir d›évasion vers l›Orient. Sans l'ennui de ces générations, nous aurions été privés des œuvres, de *Lamartine, Musset, de Vigny, Gérard de Nerval, Senancour, Gautier, Baudelaire, Stendhal*, et à l'étranger *Byron.* **Chateaubriand** (1768-1848**),** a remarquablement décrit les bouleversements de cette époque. Les paysages d'Amérique où il s'était exilé reflétaient son sentiment de solitude *: « on habite avec un cœur plein, un monde vide* ». Pour **Stendhal** (1783-1842 la solitude est fondamentale, c'est l'autonomie du sujet. Lorsque ce dernier est menacé par un danger, il prend conscience de sa solitude devant la mort et il cherche à se défendre, mais souvent sans y parvenir. Sans authentique solitude, pas de désir, pas de passion, pas de création. **Charles Baudelaire.** (1821-1867). (13). Né en 1821, pendant la Restauration, avait neuf ans lors des trois glorieuses de juillet 1830. L'espérance d'une France débarrassée des pesanteurs sociales de la période de Charles X s'évanouit rapidement. *Le spleen* était sa réaction contre l›ennui. On connaît ses vers célèbres. Dans *Spleen* il écrit : *« l'ennui, fruit de la morne incuriosité, /prend les proportions de l'immortalité.* **Gustave Flaubert** né en 1821 comme Charles Baudelaire, s'ennuyait dans la solitude qui le poussait au rêve et à la lecture. Dans sa province normande où il vit *« comme une huitre rêveuse »* il a été confronté au vide et au sentiment d'inutilité. *« Les autres m'ennuient comme moi-même »*, *« Il me semble que je*

traverse une solitude sans fin, pour aller je ne sais où. Et c'est moi qui suis à la fois le désert, le voyageur et le chameau. **Nietzsche.** (1844-1900). Un autre promeneur solitaire. « L'ennui c'est le calme plat de l'âme » que seuls supportent les esprits créatifs. Il pensait que « la civilisation de la machine qui *crée des besoins finit par entrainer un ennui désespéré de l'âme qui apprend par lui a aspirer au divertissement de la paresse »*.Il avait besoin de solitude, pas n'importe où, mais dans des lieux élevés et en marchant. C'est alors qu'il faisait une promenade solitaire en Suisse que Nietzsche eut l'intuition de *« l'éternel retour »*. Avec **la fin du Romantisme** l'ancienne communion avec la nature s'estompe peu à peu. L'homme du XXe siècle est isolé dans la ville. **Marcel Proust** (1871-1922), même lorsqu'il était cloîtré dans sa chambre aux murs revêtus de liège, n'avait pas le temps de s'ennuyer en écrivant « sa cathédrale », la *Recherche du temps perdu*, où se croisent des oisifs en proie au mal être. On sait l'importance qu'avait pour lui la chambre, lieu de solitude, de sécurité et aussi de liberté. Pour **Samuel Beckett** (1906-1989) *on est esclave d'être vivant*. La vie est un mouvement de va et vient entre souffrance et ennui. Il n'y a rien à attendre. *En attendant Godot* est une pièce sur l'absurdité humaine, le pessimisme, le spleen. **Sartre** (1905-1980). L'ennui c'est le révélateur de l'existence. Dans *La nausée* (1938) Sartre évoque l'ennui tel que l'éprouve le personnage central qui sent un profond éloignement avec tout ce qui l'entoure dans un monde qui laisse indifférent. Il finit par se trouver seul et il n'existe plus pour rien ni personne. Pour **Alberto Moravia.** *(*1907-1990) l'ennui vient de loin puisque Adam et Eve s'ennuyaient. Dans son livre *« L'ennui »*, paru en 1960, il raconte l'histoire d'un peintre sans talent qui cherche à sortir de l'ennui, L'ennui dans l'œuvre de Moravia peut aboutir à la nostalgie, l'agressivité, la régression ou l'isolement et le suicide.

L'ennui dans le monde actuel

L'ennui peut être la meilleure et la pire des choses. Il est le moteur qui facilite l'action, la création, mais il est aussi générateur de délinquance, de déviance. Il augmente alors que les occasions de distractions se développent d'une façon qui était inimaginable il y a quelques années. La raison de cet état tient à la défaillance de la société moderne et à la faillite des structures familiales qui n'apportent pas à nos contemporains la possibilité de trouver un sens à la vie. Plus la modernité nous libère du poids de la tradition, plus nous cherchons à vivre dans le présent. L'homme moderne cherche à faire passer le temps dans un monde où tout arrive codifié et où l'information est envahissante. La vacuité du temps dans l'ennui et la façon dont le vide qu'il laisse est comblé, peut aboutir au meilleur ou au pire. Rompre son ennui peut avoir des conséquences favorables ou catastrophiques selon les circonstances, le niveau social, l'environnement culturel. Les jeunes des banlieues se plaignent de s'ennuyer et se livrent à des distractions, des divertissements stupides voire dangereux. Ils réclament des terrains de sport, des éducateurs et déclarent, lorsqu'ils viennent de commettre une infraction, un acte de vandalisme, « *on n'a rien à faire entre les barres de la cité »*. A l'inverse, l'ennui moteur de l'action, permet à d'autres de se délivrer d'une oppression angoissante en jouant, en pratiquant toutes sortes de sports, en fréquentant boîtes et discothèques. Mais il est des effets pervers à ces agitations qui ne donnent pas toujours le calme et la sérénité. L'ennui conduit tout droit aux addictions.

Ennui et solitude aux âges extrêmes de la vie

La solitude chez les jeunes. Le jeune enfant, dont le moi n'est pas encore formé, et qui ne parle pas est dans la solitude, mais de ce fait il a une vie psychique riche, libre, avec toutes sortes de pensées qu'il ne peut communiquer par la parole. Sa solitude ne lui sera bénéfique que s'il est entouré d'affection. Une fois le moi formé, sa vie intérieure se développe, permettant progressivement la rêverie et l'accès à l'indépendance. Par la suite l'ennui peut être une expérience formatrice car il stimule le désir et facilite l'initiative. L'enfant qui s'ennuie est à l'écoute du monde qu'il observe. On doit lui apprendre à occuper sa solitude pour que plus tard il ne s'ennuie pas et ne soit pas dépendant ou agité, hyperactif par peur du vide et de l'absence. Il convient donc de ne pas surcharger les emplois du temps de l'enfant et lui laisser des moments pour s'ennuyer, ce qui l'aidera dans sa vie intérieure et sa créativité. Le journal *« La Croix »*, du 5 juin 2012, publie un sondage *Mediasprim* pour la société de Saint-Vincent-de-Paul selon lequel, 19 % de 18-35 ans disent ressentir une solitude « subie ». L'autonomie à laquelle ils aspirent peut se transformer en solitude en cas de péripéties existentielles. Les difficultés financières, les échecs sentimentaux, les maternités précoces, peuvent aboutir à l'exclusion et à une solitude durement ressentie. Le succès des réseaux sociaux et des sites de rencontres sont une façon de lutter contre l'isolement mais par un effet pervers ont tendance à le renforcer. Cette solitude des jeunes est devenue un problème social au *Japon* où les habitants se concentrent dans les villes et où les jeux vidéo les isolent de plus en plus. Un phénomène inquiétant est apparu ces dernières années dans ce pays : le « ***hikikomori*** » c'est à dire un retrait social en dehors de toute pathologie mentale chez des adolescents qui vivent reclus chez eux et se détournent des activités scolaires. Un article du Monde (11 juin 2012), rapporte une étude du Professeur Takahiro Kato qui évalue à 1 à 2 % les japonais atteints de ce trouble, véritable épidémie, qui prochainement atteindra un million de personnes. Ces jeunes vivent reclus, leurs parents honteux ou tolérants sont passifs et les pédopsychiatres n'étant que 169 au Japon, ces jeunes échappent aux prises en charges. Du reste il n'existe pas dans tous les cas une pathologie mentale ou une addiction aux jeux vidéo et à l'internet. Parmi les causes de ce phénomène, les modifications de la cellule familiale qui s'est rétrécie, la difficulté des programmes scolaires et les brimades à l'école. Selon le Docteur Serge Tisseron, cité dans cet article, le hikikomori de l'adolescent permettrait par un repli sur soi d'éviter les émotions et les conflits générateurs de troubles psychiques. Le trouble existe aussi en Corée et touche l'Europe occidentale y compris la France où des cas sont signalés chez des adolescents et des jeunes de 25-30 ans. Plusieurs d'entre eux ne sont repérés que bien longtemps après le début du trouble et souffrent souvent d'une pathologie psychiatrique concomitante.

•••/•••

•••/•••

Chez la personne âgée

L'écoulement du temps chez le vieillard est douloureux, car il est bien souvent vécu dans la solitude et l'attente ce qui génère l'ennui. La disparition du conjoint, l'absence de famille ou l'indifférence des proches, la maladie et la précarité renforcent un sentiment pénible d'inutilité. La prise en charge des personnes âgées doit tenir compte de cette souffrance qui bien souvent ne s'exprime pas

L'ennui et la solitude en pathologie

Les médecins entendent souvent leurs patients dire *« je m'ennuie, je me sens seul »*. Certains, ne disent rien, mais expriment par leur comportement, et à des degrés divers, ces deux sentiments que sont l'ennui et la solitude. Le sujet qui s'ennuie inhibe parfois son agressivité. L'ennui peut aussi être une façon de se défendre contre un début de psychose : le sujet sentant son esprit se dissocier se replie dans l›ennui. Il évite ainsi la confrontation avec le désir qu›il perçoit comme une menace. ***Le schizophrène***, replié sur lui-même, sans contact avec le monde extérieur paraît bien seul mais il ne semble pas toujours en souffrir. On se demande à quoi il pense. S'il livre quelques propos incohérents on se rend compte qu'il ne s'ennuie pas. Il est absorbé par ses pensées et vit dans un monde imaginaire peuplé de fantasmes. Son temps est figé. ***Le mélancolique*** n'a ni horizon ni avenir. Il est fixé sur une expérience indépassable. Il n'a donc pas le temps de s'ennuyer, cette notion n'existe pas pour lui. Quant à la solitude qui est perceptible de l'extérieur, il ne s'en rend pas compte ou plutôt, croit qu'il la mérite et quelle est la conséquence de ses fautes. ***L'état limite*** **ou le poids du temps** il s'agit des sujets ***borderline*** selon la terminologie anglo-saxonne. Les médecins, généralistes, psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, mais aussi les policiers et les gendarmes, les magistrats et les membres de l'administration pénitentiaire, connaissent ses sujets à la personnalité pathologique se plaignant d'ennui et de solitude ce qui les conduit à des troubles du comportement et souvent à des délits. Pour certains, il s'agit d'états intermédiaires entre névrose et psychose, pour d'autres il s'agit de pathologies autonomes. On a pu dire que c'est le psychiatre portant ce diagnostic qui est *« limite »*, car il n'arrive pas à cerner les symptômes présentés par ces malades et se sert de ce concept comme un fourre-tout. Ces pathologies existent, nous les rencontrons tous les jours et de plus en plus. C'est parmi les personnes présentant ce trouble que se trouvent les toxicomanes, les alcooliques et de nombreux délinquants. En effet il s'agit d'individus dont les affects sont dominés par le sentiment de vide et d'ennui, par la colère, l'impulsivité et, dont les rapports interpersonnels sont tumultueux, marqués par une alternance d'idéalisation et de dévalorisation et par la peur de l'abandon, donc de la solitude. Ces sujets nous disent : *« je m'ennuie, je ne me supporte pas seul »*. Le temps leur pèse. Ils ont tellement peur de la solitude qu'ils s'accrochent à leur entourage de façon désespérée et parfois agressive. Ils n'hésitent pas à faire du chantage au suicide et parfois à passer à l'acte, tant ils veulent éviter les séparations et les ruptures. Tout leur est bon pour rompre l'ennui et la solitude et ils réagissent de façon impulsive dans le domaine de la sexualité, des dépenses et de l'usage de toxiques. On les compare parfois à d'éternels adolescents, révoltés au parcours existentiel mouvementé. La société actuelle en fabrique de plus en plus. L'effondrement des valeurs familiales crée un sentiment d'insécurité et d'abandon aboutissant à des faillites identitaires, d'où la peur de l'abandon et son corollaire le sentiment de solitude et d'ennui. On est passé des tourments romantiques à ceux de ses sujets que l'on rencontre plus souvent dans les hôpitaux et les institutions judiciaires que dans les salons littéraires. De plus, leur fragilité psychique et **l'usage fréquent qu'ils font de l'alcool et de la drogue** les prédisposent à des accidents psychiatriques sous forme de bouffées délirantes ce qui complique le diagnostic et fait parfois poser à tort le diagnostic de psychose. Très souvent ils se décompensent sur le mode dépressif, mais sans la douleur morale du mélancolique. On ne peut nier l'existence d'un tel trouble : les personnalités borderline sont de plus en plus nombreuses. Il faut évoquer ce diagnostic devant une angoisse diffuse, flottante, incontrôlable avec sentiment d'ennui et de morosité. Le contact avec le patient laisse apparaître une pauvreté de la pensée qui est discontinue et chaotique. Lorsqu'on écoute ce sujet, on se rend compte que ses relations interpersonnelles, oscillent entre attachement et rejet, confiance et crainte, et surtout peur de l'abandon ce qui se conçoit aisément. C'est en raison de la mauvaise image qu'il a de lui, qu'il craint de ne pas être aimé, d'être abandonné et de se trouver seul. La réaction logique est l'impulsivité qui traduit la recherche désespérée d'un contact avec l'autre, mais les moyens utilisés sont tout à fait inappropriés : agression, violence, ivresse, automutilation, tentatives répétées de suicide. Ce polymorphisme symptomatique explique que le diagnostic n'est pas toujours facile à porter et qu'ii peut évoluer. Bien entendu on peut évoquer les troubles de l'humeur (psychose maniaco-dépressive ou dans la terminologie moderne trouble bipolaire) mais la dépression des sujets borderline ne comporte pas de ralentissement psychomoteur ni de sentiment de culpabilité. Le patient éprouve plutôt un sentiment de morosité. Le tableau clinique est brouillé par des conduites addictives : alcool et drogues sont utilisés pour lutter contre le malaise interne, comme *« une prothèse externe »*. Bien entendu la prise d'alcool et de toxiques aggrave les troubles qui sont à l'origine des conduites additives. Les conduites sexuelles anormales de ces patients ne sont pas sous-tendues par une structure perverse caractérisée même si, du côté des victimes éventuelles, il n'y a pas de différence ! On ne trouve pas le scénario pervers des vraies perversions. Heureusement toutes les formes ne sont pas aussi graves et ne comportent pas tous les dérèglements qui viennent d'être décrits. Le dénominateur commun à ces troubles est le sentiment de vide, de solitude et la crainte de l'abandon. Le pronostic n'est pas bon. Il est fonction de nombreux facteurs : profondeur du trouble, prise en charge médico-sociale et psychiatrique, contrôle des addictions. Pourquoi en

sont-ils arrivés là ? La fréquence des antécédents de séparation, des pertes précoces, l'échec du couple parental, sont des facteurs corrélés avec l'éclosion de plus en plus fréquente de ces troubles graves de la personnalité.

Les malades psychiques qui ne s'ennuient pas et qui ennuient tout le monde !

Il en existe, mais leur comportement les isole sans qu'ils n'aient la possibilité de comprendre ce qui les marginalise. *Les névrosés*, en permanence angoissés et qui passent leur temps à lutter contre les phobies, les obsessions, les tics et les tocs, ou comme les hystériques, à convertir leur angoisse en minauderies, attitude de séduction ou symptômes somatiques. *Les hypocondriaques.* Ils n'ont pas le temps de s'ennuyer : les consultations de médecins, chirurgiens, spécialistes en tout genre, paramédicaux, quand ce ne sont pas les guérisseurs ou les thaumaturges, ne leur laisse pas le loisir de penser à autre chose qu'aux examens qu'ils vont subir et aux remèdes qu'ils doivent ingurgiter, toujours sans succès. Souffrent-ils de la solitude ? Oui, s'ils font fuir leur entourage, mais ils ne s'en rendent pas toujours compte car il leur faut sans cesse convaincre, thérapeutes et familles, qu'il reste quelque chose à faire. Ils finiront par mourir avant d'être guéris. *Les paranoïaques, délirants ou non,* mènent un combat sans fin contre leurs persécuteurs, ils multiplient les démarches, les interventions auprès de leur persécuteur présumé, puis des autorités, ils rédigent des pages entières de doléances, ne s'avouent jamais vaincus, et renouvellent sans fin leurs récriminations. Même s'ils commettent un passage à l'acte qui les prive de liberté à l'hôpital ou en prison, ils conservent la même dynamique. Ils peuvent se sentir seuls, car incompris, et rejetés, mais ils continueront à chercher leurs preuves et leur vérité.

Du côté des médecins

Si un médecin s'ennuie dans son exercice professionnel c'est qu'il est incompétent, faisant fuir les patients, ou a un problème psychique. En général les médecins n'ont pas le temps de s'ennuyer. Bien souvent ils sont surmenés. Par contre certains spécialistes donnent des rendez-vous à trois mois, soit qui soient surchargés de travail, soit plutôt qu'ils veulent avoir les avantages d'une profession libérale et, en même temps ceux des salariés, avec des horaires fixes, prenant de longs week end et enchaînant les vacances de plus en plus fréquentes et longues. C'est un choix de vie à respecter à conditions que les patients puisent avoir un avis médical dans des délais raisonnables. Ce n'est pas toujours le cas.

La solitude du médecin

Faut-il rappeler le fameux *colloque singulier*, *la rencontre d'une confiance et d'une conscience*, entre le médecin et sons patient, selon Louis Portes Président du Conseil National de l'Ordre à la libération. Cette notion a beaucoup évolué. Le médecin doit tenir compte de l'apport des explorations complémentaires. Il a souvent besoin de l'avis de confrères et les décisions sont de plus en plus collégiales. De plus les associations de patients et la désignation de la personne de confiance (*Loi Kouchner, 2002*) font intervenir des tiers entre le médecin et le patient. Il n'en demeure pas moins qu'il arrive un moment où un médecin prend seul et en conscience une décision parce qu'il est le plus titré, le plus compétent, qu'il fait la synthèse des éléments du diagnostic et propose le traitement qui lui paraît le plus efficace. C'est en ce sens que la solitude du médecin face au patient ne disparaîtra pas surtout s'il exerce seul dans son cabinet où un nombre considérable d'actes médicaux sont réalisés. La décision la plus anodine, la rédaction d'un certificat médical par exemple, peut être suivie de graves conséquences. La judiciarisation qui est dans l'air du temps, aggrave le sentiment de solitude. Il en est de même de la solitude face aux institutions : assurances sociales et leurs contrôle, Chambre Disciplinaire de l'Ordre des médecins. Mis en cause le médecin se sent bien seul même s'il n'a rien à se reprocher.

Les déserts médicaux

Malgré un nombre croissant de médecins, certaines régions de notre territoire national voient leurs médecins prendre leur retraite et ne pas être remplacés. Les médecins sont mal répartis : 800 pour 100 000 habitants à Paris et 180 dans le département de l'Eure. Par ailleurs le nombre de médecins en activité va baisser jusqu'en 2025 alors que la population va continuer à croitre. Plusieurs raisons interviennent : la féminisation du corps médical, l'essor du temps partiel et surtout l'état d'esprit des jeunes générations qui n'acceptent plus de travail 10 heures par jour comme certains de leurs aînés. On trouve des déserts médicaux dans les régions septentrionales, rurales et périurbaines. Sont particulièrement touchés le grand bassin parisien, le cœur du Massif Central, le Jura, les Vosges, le Bocage Vendéen et la Guyane. Les raisons sont simples : les médecins ne supportent pas l'isolement et la solitude. Ils veulent vivre dans des régions où les déplacements sont faciles, ils ne veulent pas se couper d'activités récréatives et culturelles aussi bien pour eux que pour leur conjoint et leurs enfants. De plus leur activité et donc leur revenu sont nettement nettement plus faibles dans ces zones qui se désertifient. Le temps n'est plus où les médecins allaient faire leur visite à ski. Enfin les médecins ont parfaitement conscience qu'une médecine de qualité nécessite des contacts avec des centres spécialisés de proximité.

Les solutions sont multiples et ne peuvent qu'être esquissées

Mesures incitatives à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones « sous-denses ». Ces mesures viennent d'être introduites dans la dernière convention médicale (aide de 50 000 euros sur 3 ans). *Facilitation du cumul emploi retraite. Contrat à temps partiel en zone désertique,* l'aide à l'activité passant de 10 % à 25 % des honoraires réalisés sur place. *Statut de médecin adjoint pour les internes* acceptant d'exercer en zone rurale. La *numérisation de certains services*- transmission d'images par SMS par exemple - avec un tarif de téléconsultation, à négocier. *Réorganisation de l'offre de soins avec des maisons de santé* de plus en plus nombreuses permettant aux professionnels de santé de se regrouper et aux patients d'avoir un meilleur suivi. La maison de santé est selon l'article L.6223-3 du Code de la Santé Publique

•••/•••

•••/•••

une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens. Elle apporte une offre de soins à un territoire. Enfin *Limitation temporaire du lieu d'exercice* qui ne va pas sans susciter la méfiance et l'opposition.

Télémédecine

C'est l'avenir**.** Il s'agit d'**une** pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle permet les prestations de santé à distance et l'échange d'informations. Elle met en rapport, entre ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé. La définition des actes de télémédecine ainsi que leur condition de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixés par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'enclavement géographique. Il peut s'agir de téléconsultation, télé expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale. Il s'agit d'un domaine en pleine évolution et certainement d'avenir.

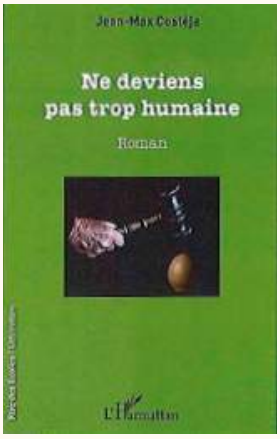
En ce XXIe siècle, où tout s'accélère, où l'information circule à la vitesse de la lumière, nos contemporains, en bonne santé ou malades y compris les médecins, peuvent se trouver confrontés au sentiment d'ennui, de solitude et à l'isolement. Leur avenir dépendra de la façon avec laquelle ils auront pu, seuls ou aidés, contrôler ces affects. Mais nous ne sommes pas tous égaux dans notre façon de réagir et de nous organiser. Certains sont plus résilients que d'autres, c'est là un autre débat.

Docteur Marcel DANAN

NOTE DE LECTURE

NE DEVIENS PAS TROP HUMAINE

Roman



2099. Le pays vit sous le joug d'un régime *« écocratique »* totalitaire qui souhaite, sinon résoudre mais atténuer les conséquences dramatiques engendrées par plus de deux siècles de surconsommation et de croissance économique débridée.

Au terme d'un procès inique, le vieil Oscar Bellay, ancien professeur d'Histoire, est confronté à l'injustice et au fanatisme et enfermé dans un Centre de Rééducation Politique. Afin de survivre, il plonge dans ses souvenirs poétiques et romanesques. Mais surtout, il retrouve sens et humanité avec Fleur ; la jeune stagiaire avec laquelle il tisse peu à peu une relation affective.

Ce roman d'anticipation, contemporain du débat écologique mondial, nous invite à la réflexion en nous appelant à la prudence face aux idéologies aussi séduisantes ou pertinentes soient-elles. Il est aussi un hymne à la culture et à l'idéal démocratique ainsi qu'une ode à l'amour et à ses paradoxes.

Collection : Rue des écoles/ Littérature
ISBN : 978-2-343-13041-5 • 22.50€ • 242 pages • Décembre 2017

L'AUTEUR

Jean-Max Costéja a exercé la psychiatrie pendant une trentaine d'années à Montpellier, a publié des articles scientifiques dans diverses revues spécialisées et écrit plusieurs scénarios de films médicaux à visée pédagogique. Particulièrement sensible aux questions de l'enfermement des patients et de la contrainte de soin, la littérature et l'écriture ont été source de réflexion et de repère. Il vit désormais retiré dans les Cévennes viganaises et se rend chaque hiver en Irlande, dans le Dingle, retrouver tempêtes et embruns et y puiser son inspiration.

EXTRAITS

- Monsieur Bellay, croyez-vous au Mal ?

Ce n'est plus une audience mais un grand oral ! pensa le vieil homme en entendant sa réponse :

- Oui, monsieur le Juge, je crois au Mal.

- Et comment définiriez-vous Je Mal ?

li tenta de réfléchir mais ses idées se bousculaient, s'échappaient, puis revenaient encore plus confuses. il se lança :

- Ce qui nuit à autrui, par exemple, ce qui peut souiller la nature, finalement… il hésita un instant, puis se lança :

- Ce qui ne devrait pas être.

- Ah ! Bravo ! s'exclama le juge en appuyant son assertion par des applaudissements retentissants.

L'ACTE MÉDICAL

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

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

I - Introduction : Qui sommes-nous ?

Six praticiens (médecins de spécialités différentes, chirurgien, psychanalystes) avec chacun des années d'expériences. A chacune de nos rencontres une situation est exposée, soumise à la critique confiante et constructive ceci à partir du besoin éprouvé par chacun de mettre en question son approche clinique.

Nous avons répondu à de rares occasions à des demandes de présentation de notre travail dans des instances publiques ou des colloques. Chacun de ces moments a été l'opportunité d'élaborer un texte sur une question particulière.

(Académie de médecine, fac de droit, colloque Espace Analytique).

Nous avons eu l'opportunité d'échanger avec le Professeurs F.B. MICHEL (Président honoraire de l'Académie de médecine).A travers des conseils stimulants et éclairés il nous a encouragé à poursuivre notre travail à le formaliser par écrit et à le faire connaître.

II - Comment nous interrogeons nos pratiques ?

Au cours de nos échanges il nous est apparu que nous pouvions optimiser une formulation collective et la pratique singulière. Autrement dit comment articuler notre travail avec un champ de recherche qui nous précédait dans l'histoire de la médecine et dans lequel nous reconnaissions une communauté de travail.

Quelques observations cliniques illustrent nos interrogations.

Le sportif idéal.

Un homme de 70 ans, policier retraité, marié, 2 enfants. Sans antécédent particulier. Très sportif, il fait 200 Kms de vélo par semaine en club, il s'entraîne et participe à des courses.

Il n'a pas de facteur de risque artériel majeur.

En décembre 2004 une épreuve d'effort poussée à son maximum est négative.

En mars 2015, il réalise un syndrome coronaire aigu pour lequel il bénéficie d'un double pontage.

Il est admis en avril 2015 dans le service de réadaptation cardiaque. Au cours de son séjour il n'aura de cesse de poser la question : Pourquoi cela m'est-il arrivé à moi ?

Il exprime dans un souci d'objectivation qu'il n'a aucune raison d'avoir un problème cardiaque. Par comparaison à d'autres personnes de son entourage qui prennent plus de risques, il trouve que c'est injuste.

Le programme de rééducation s'achève sans pouvoir apporter quelque réponse à cette problématique qui est, je pense, principale pour ce patient.

Le stress professionnel.

Un homme de 50 ans, marié, 4 enfants, travaille à la gestion de l'habitat.

Il ne présente pas d'autres facteurs de risque qu'une période de grand stress professionnel courant janvier 2015.

Il réalise un syndrome coronaire aigu au décours duquel il bénéficie d'un monopontage aorto coronarien à cœur battant.

Nous rappelons qu'en ce qui concerne les facteurs de risque artériels, il en est répertorié cinq dit majeurs : l'hérédité coronaire, le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie. Il est peu fréquent de révéler un accident coronarien sans au moins un de ces facteurs de risque, cela arrive car il existe des facteurs de risque dits mineurs que sont : l'âge, le sexe masculin, l'obésité, la sédentarité et … le stress.

Dans les échanges je constate que le patient ne fait pas de lien formel avec son contexte de vie conflictuel fait de tensions liées à l'impossibilité de se faire entendre de ses interlocuteurs professionnels. Du fait que ses objectifs de travail ne peuvent être atteints comme il voudrait pouvoir le faire, il n'est pas en situation d'exercer comme il l'entend sa profession et donc de mener à bien ses missions, ce qui est vécu par le patient comme un grand *« stress professionnel »*. Je m'interroge : y a-t-il un lien avec le syndrome coronarien ?

« C'est peut-être dans ma tête ».

Une femme de 64 ans, mariée, 2 enfants, cadre administratif retraitée depuis un an. Sans antécédents médicaux personnels particuliers.

Elle présente un facteur de risque principal : une forte hérédité coronaire avec notamment son père décédé à 53 ans d'un infarctus du myocarde.

Elle allègue depuis 4 ans des douleurs thoraciques à type d'oppression à l'effort. Un bilan cardiaque exhaustif écarte une origine coronarienne.

Lors d'une consultation la patiente me dit : *« c'est peut-être dans ma tête »*. Comment la clinicienne que je suis reçoit cette remarque de la patiente, remarque qui laisse entendre un questionnement. Je me demande qu'est-ce qui est dans sa tête, les oppressions thoraciques, la mort du père d'un infarctus, ou autre chose qu'elle-même ignore ? Mon questionnement vient interroger le lien soma-psyché et par là le contextualiser avec ce qui lui est arrivé.

Qu'est-ce qu'on entend à côté ?

Un homme de 60 ans, dans le suivi par scanner pour BPCO, il est découvert un épaississement de la paroi

•••/•••

•••/•••

œsophagienne. Son pneumologue lui prescrit une consultation chez un gastro entérologue, il ne s'y rend pas.

3 mois après, je reçois à ma consultation de chirurgie viscérale ce patient, un diagnostic de cancer de l'œsophage est posé. Le patient a attendu le stade évolué de dysphagie complète avec amaigrissement et vomissements pour consulter *« Il se pensait condamné »*.

Mon sentiment est de recevoir un patient *« qui va à l'abattoir »*.

Je propose un traitement qui débutera après une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire par une radio-chimiothérapie néo adjuvante avec prise en charge médicale de l'état général altéré, ceci pendant deux mois aux termes desquels une chirurgie a été réalisée.

Sept mois après l'intervention je constate que le patient *« a retrouvé la joie de vivre »*.

Je recevrai ce patient pendant six ans. Au cours des consultations il me confie ses déboires conjugaux. A un moment donné il m'écrit, il donne des détails sur la violence conjugale. Quelques temps après il me dira en consultation que sa femme a porté plainte contre lui au titre de maltraitance à personne âgée, qu'il a été entendu à la gendarmerie.

Il me confiera alors que c'est lui qui est battu depuis de nombreuses années, qu'elle contrôle tout et qu'elle a coupé les liens avec ses enfants.

Il continuera sa surveillance oncologique régulière sans jamais demander de l'aide en rapport avec la problématique du couple.

Pourquoi écrit-il, se confie-t-il à l'oncologue ? De ce fait il *« déplace la place »* du médecin.

A la réflexion nous pensons que c'est dans cette disposition à recevoir ce qu'il m'adresse, sans jugement, qui a contribué à l'élaboration d'un lien essentiellement thérapeutique.

L'acte de soin a évolué ; la relation en a été changée.

10 ans après il vit toujours sans récidive.

J'ai accepté de rencontrer un patient et un homme dans la durée et dans une relation qui inclut ce qui ne se mettra pas en mots.

LE STRESS

Théorisé dès les années 50 à partir d'un emprunt du mot qui appartient à la langue anglaise du XIXe siècle. il est utilisé pour dire une épreuve, une affliction. Rapidement et couramment il devient synonyme de pression, de contrainte telle celle que signifie le terme de surmenage. Son utilisation dérive parfois vers agression soit une façon de dire que l'agent est extérieur à la personne qui s'en plaint.

Issus du français destrece (détresse) via estrece (étroitesse) stress dit un ressenti de détresse par constriction.

Dans le monde anglo-saxon il est un terme d'endocrinologie, il implique la biologie et la psychologie. Défini par le Dr Hans SELYE (Canada) il est une réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physique, psychologique et émotionnelle qui nécessite une adaptation.

Quand une personne se dit stressée, c'est une façon d'éprouver et d'exprimer que cette adaptation n'est plus adéquate aux facteurs décrits par le Dr SELYE.

Devenu un mot fourre-tout il dit bien des fois l'ignorance et les difficultés à exprimer un état.

LE PARADOXE

Dans les cas cliniques que nous avons proposés nous pouvons lire cette dimension du paradoxe en particulier dans la phrase : pourquoi ça m'arrive à moi ?

Ce qui amène deux questions :

1 - Qu'est-ce qu'un paradoxe ?

Définition étymologique : de para, à côté ou contraire et doxa, l'opinion.

Il désigne l'opinion qui va à l'encontre de l'opinion communément admise ou attendue.

La dimension paradoxale peut s'entendre comme contradiction entre deux champs, celui de la réalité (l'affection, l'atteinte, la maladie) et celui de l'imaginaire (la chose attendue qui ne vient pas ou la chose inattendue qui survient).

Nous pouvons souligner qu'il n'y a paradoxe que lorsque certains éléments ne sont pas intégrés, entre autre celui de l'inattendu toujours possible.

2 - La clinique traditionnelle admet-elle le paradoxe ? Dite traditionnelle quelle place pour le particulier, le subjectif ? C'est bien souvent par-là que s'énonce le paradoxal, l'inattendu qui ne s'inscrit pas dans un registre de groupe ou du connu. (voir le chapitre : Avec quoi soigne-t-on ?)

Ce qui ne peut se dire en mots, serait-ce ce qu'on entend à côté ?

Commentaires :

Une constatation à partir des trois premières observations : certes leur vie physiologique n'est plus en danger mais qu'en est-il de l'impact sur ce qu'ils ont vécu au moment de leur accident cardiaque ?

Nous entendons proposer la prise en considération de la dimension symbolique du cœur.

Ce qui nous intéresse, qui nous pousse à explorer des observations cliniques d'une manière *« décalée »* et interdisciplinaire peut se résumer en trois idées forces : tout, avec et autour.

Tout : L'organe n'est pas le tout du patient. L'urgence survient sur un organe mais c'est d'abord une personne qui vit cette atteinte dans tout son être.

Avec : ce qu'un accident somatique mobilise dans ce qui ne se manifeste pas, ni dans le symptôme, ni dans la parole. Que pourrait-on entendre à côté de ce qui est exprimé ?

Suite en page 19 •••/•••

Affiche de la campagne
de prévention solaire à détacher
et à mettre dans votre salle d'attente,
si vous le souhaitez.

POUR PROTÉGER VOTRE ENFANT DU SOLEIL, PENSEZ À :

Parlez-en à votre professionnel de santé

Soleil : mode d'emploi

- Evitez le soleil de 12h à 16h
- Peaux jeunes = peaux fragiles
- Recherchez l'ombre
- Couvrez-vous
- Zones exposées = crème solaire

Inca ©

Dans le cadre du projet

1,2,3 SOLEIL

Agence Régionale de Santé Occitanie

Institut régional du Cancer Montpellier | Val d'Aurelle

•••/•••

Autour : la prise en compte du contexte de vie du patient autant privé (intime) que professionnel et social.

III - L'acte et L'écoute

L'acte.

La consultation médicale s'exerce dans un espace complexe de savoirs. Le médecin est confronté non seulement à la maladie du patient mais aussi à ses vulnérabilités sociales et humaines.

La rencontre médecin-malade met en présence les préjugés, les interdits, les religions, les cultures, les philosophies. Les situations de maladies graves, les addictions, les affections chroniques, les maladies psychiatriques, tout autant que la question de la dépendance et du degré d'évaluation de la souffrance ne peuvent être envisagés hors du champ de la subjectivité. En bref, il s'agit de reconnaître que l'espace de la consultation est la rencontre, parfois la confrontation de deux subjectivités.

Dans quel climat s'exerce la médecine ? Le médecin effectue un choix : c'est une activité réfléchie mais aussi réflexe, intuitive où la part du doute (hormis les situations d'urgence) doit avoir sa place car ce que produit le médecin n'est pas une sorte de vérité médicale mais une décision. Décision qui relève à la fois de la subjectivité (entendue comme activité psychique) et d'une singularité (entendue comme ce qui condense le spécifique, le particulier et l'individuel).

Mais comment le patient reconnaîtrait-il le médecin dans sa subjectivité et sa singularité si celui-ci aliène le patient dans la technique ? La technique n'est pas la science. Or l'acte médical est un acte scientifique.

La démarche scientifique, c'est le recours à la raison et l'admission du doute ce qui n'exclue pas l'incertitude (l'aléa, l'impondérable, l'imprévisible, la perplexité et le tâtonnement). Le progrès scientifique est une succession de réduction d'une incertitude et l'ouverture à une autre.

Le médecin peut-il admettre l'incertitude et comprendre que raisonner c'est, au lieu de nier l'incertitude, en admettre le principe pour la réduire de façon progressive ?

La formation du médecin lui permet-elle d'affronter les enjeux de son exercice ?

L'écoute.

L'écoute dans la pratique quotidienne du médecin n'est pas une technique que l'on peut apprendre, il s'agit d'une pratique liée à une expérience. Etre à l'écoute c'est savoir que ce n'est pas à notre personne que le malade s'adresse mais à ce que nous représentons.

C'est la dimension de la parole qui est ici fondamentale, essentielle. La parole qui par les malentendus, les silences, l'humour, les lapsus inscrit le sujet dans la structure du langage qui humanise et permet d'accéder au sens.

La grande difficulté pour le clinicien est d'éviter de se laisser enfermer, piéger par son besoin de donner une explication, de donner une réponse aux dires du patient. Il est bien sûr très humain de vouloir tout comprendre, tout expliquer. Mais c'est seulement en acceptant d'écouter la parole du patient, même si elle est hasardeuse et circulaire (répétitive) que le clinicien pourra entendre ce qu'il ne s'attendait pas à entendre.

La clinique est un ensemble de signes mis en mots dont l'interprétation se fonde sur un savoir médical. Le savoir de par sa nature est nécessairement objectivant. Le défi posé au médecin est dans sa capacité à subjectiver le savoir c'est-à-dire l'inclure dans une dynamique de pensée. Il n'y a pas d'objectivité de la clinique. Chacun de nous a pu dans sa pratique clinique connaître la surprise de constater que là où la médecine somatique avait dû se résoudre à l'échec, le patient-sujet avait néanmoins su puiser en lui des forces de résistances vitales aussi inattendues qu'imprévisibles.

Le corps n'est pas simplement la matière dense appréhendée par la palpation ou l'imagerie médicale. Il est aussi le support, le contenant-contenu de l'histoire singulière du patient. Tout au long de sa vie sa psyché a attribué à ce corps une portée symbolique à laquelle, le plus souvent, le sujet n'a pas eu accès par la conscience. L'écoute est intimement liée à l'adoption d'une position de modestie par celui qui souhaite être dans l'accueil de l'inattendu, par celui qui peut envisager de renoncer à une position de contrôle liée à une volonté de maîtrise. Le médecin a souvent à faire avec le lien intime que le patient instaure entre des moments de sa vie et sa maladie somatique. Le médecin va-t-il laisser la voie (et la voix) à ce lien, va-t-il entendre que cela le concerne en tant que médecin (mais aussi comme être humain) dans son acte médical ?

Peut-être serait-ce cela l'écoute ?

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

LA PRESENCE

Dans le champ de la clinique la présence ne peut s'entendre qu'accompagnée du terme de qualité.

Qualité de présence ou qualité de la présence, présence à soi présence à l'autre.

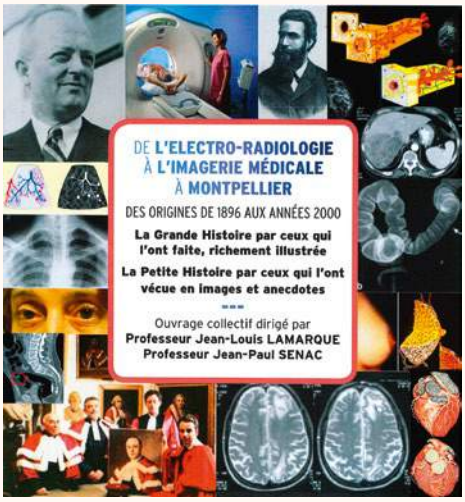
Clinique, soit au chevet du malade, ce chevet que nous pouvons étendre à la rencontre avec le patient, celui qui souffre. Ce qui est en question s'énonce comme la qualité de présence dans la relation avec le patient.

Un *« grand médecin »* ne serait-il pas celui qui sait lier la technique (le savoir) et cette qualité de présence qui ne peut se définir que subjectivement. qui ne s'apprend pas sur les bancs de l'université mais qui peut s'acquérir par une disposition, une disponibilité subjective et s'augmenter s'enrichir, s'améliorer par l'expérience. Cette présence s'articule avec l'écoute et l'entendement comme le montre de belle façon le Pr Michel dans son ouvrage *« Le professeur Marcel PROUST »*.

Elle implique la notion d'engagement dans le soin celui du praticien mais aussi celui du patient illustré par l'affirmation de notre collègue, J. Marchal l'engagement est un pacte !

CONSEIL DE LECTURE

DE L'ELECTRO-RADIOLOGIE À L'IMAGERIE MÉDICALE À MONTPELLIER



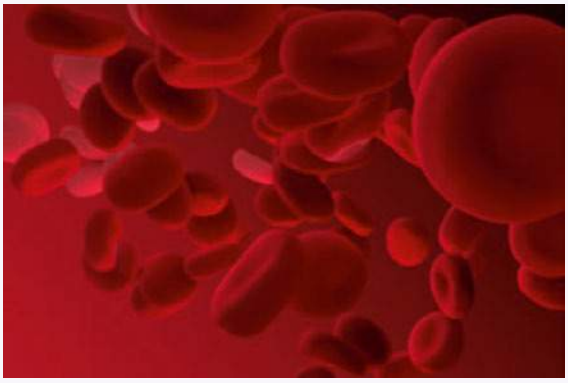
Cette idée revient aux élèves du Professeur Jean-Louis LAMARQUE et plus particulièrement au Professeur Jean-Paul Sénac, Président de la Fédération régionale de la formation continue en Imagerie Médicale du Languedoc-Roussillon (FIMeD-LR), titulaire de l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier et de l'élève le Docteur Elysé Lopez, membre éminent de la même Académie.

Cet Ouvrage retrace la naissance et la vie de l'électroradiologie dont le développement exceptionnel pendant plus d'un demi siècle, a marqué toute une génération médicale à Montpellier et en France.

Ouvrage collectif dirigé
par le Professeur Jean-Louis LAMARQUE
et le Professeur Jean-Paul SENAC

INFORMATIONS PRATIQUES

UNE AVANCÉE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'HÉMOCHROMATOSE GÉNÉTIQUE



Depuis 1996 (date de la découverte du gène HFE), le dépistage de cette maladie progressait à la vitesse d'un limaçon anémique. Cela a changé depuis quelques mois.

En effet, les biologistes, à leur initiative, peuvent réaliser devant toute hyperferritinémie franche un dosage de la saturation de la transferrine qui est, avec l'hyperferritinémie, le *« super-signe »* biologique de l'hémochromatose génétique.

Jusqu'à maintenant le médecin devait éliminer les autres causes d'hyperferritinémie (hémolytiques, infectieuses, métaboliques, alcooliques) avant de prescrire le test génétique HFE.

Désormais, devant toute hyperferritinémie, le biologiste peut doser le coefficient de saturation de la transferrine. S'il est supérieur à 45 %, le médecin peut prescrire la recherche du gène.

Il est donc certain que l'errance diagnostique dans cette maladie (7 ans) sera réduite. La découverte de la mutation C282Y/C282Y homozygote ou double hétérozygote C282Y / H63D certifie la maladie et oblige à un dépistage familial.

Les complications graves (cirrhose, insuffisance cardiaque, diabète, fatigue, douleurs articulaires) ne doivent pas apparaître si le diagnostic est précoce.

Pr Henri MICHEL

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

Dr Jean-Michel PRATICO

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

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Optimiser le « *Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie* » : l'expérimentation PAERPA sur l'Est-Héraultais* :

Vous prenez en soin une personne âgée de 60 ans et plus :

Vivant à domicile,
En risque ou en perte d'autonomie ou en situation complexe.

Vous avez besoin :

D'une évaluation globale à domicile pour l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS)
D'orienter vers des professionnels spécifiques pour assurer un accompagnement individualisé à domicile et assurer un soutien dans les meilleures conditions
D'informations complémentaires sur les dispositifs sociaux et médico-sociaux

La Coordination Territoriale D'Appui (CTA) est à votre disposition

Accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

04 67 33 24 21

cta@paerpa34.fr

*Une équipe, portée par le **CHU de Montpellier** (Référent : Pr Claude JEANDEL) et l'association **Prévention Fragilité Seniors 34** (Présidente : Eva LARBOULETTE NIGEN), composée de gériatres, odontologiste, ergothérapeutes coordinatrices, infirmière coordinatrice Ville-Hôpital, gestionnaires de cas …*

**Expérimentation pilotée par l'ARS Occitanie*

Territoire couvert par le PAERPA :

Une opportunité pour les médecins généralistes :

La CTA accompagne le médecin traitant pour la rédaction du Plan Personnalisé de Santé (PPS). Un forfait de 100 euros sera versé par la CPAM.*

Pour en savoir plus : https://paerpa34.fr

*Rémunération du PPS :
Le PPS est rédigé par la Coordination Clinique de Proximité qui est composée à minima du médecin traitant et d'un autre professionnel de santé.
- 2 professionnels de santé : 60 euros pour le médecin/40 euros pour l'autre professionnel
- 3 professionnels de santé : 40 euros pour le médecin/30 euros pour les 2 autres professionnels

PFS 34 Prévention Fragilité Seniors — CHU

FMC 34
FORMATION MÉDICALE CONTINUE

VENEZ REJOINDRE vos pairs dans un groupe de FMC

FMC 34, Association créée par des médecins généralistes pour organiser leur propre formation médicale continue en toute indépendance.

FMC 34 regroupe plusieurs centaines de médecins de l'Hérault *(Spécialistes en Médecine Générale et autres disciplines, remplaçants, interne, salariés...)*

DPC
FMC 34 est un "organisme de formation habilité à proposer des actions de DPC" de l'Agence National du DPC - Indemnisées ANDPC

FMC 34

Formation Médicale Continue

FMC
FMC 34 organise de multiples actions de FMC : groupes de FMC ou cycles de formation, club de lecture, Forums...

Généralistes Référents en Infectio-Vigilance Extra-Hospitalières
Qui sommes nous ?
www.grive-occitanie.fr

FMC 34 adhère à l'UnaformeC l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue et adhère à sa charte de qualité

Pour toute information
FMC 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel 34000 MONTPELLIER
Tél : 04 67 70 86 62
Mail : FMC34@orange.fr
Site : www.fmc34.fr

Intégrer un groupe de FMC

- . Cercle de FMC Biterrois
- . Comité de lecture
- . Cycle Montpelliérain
- . Diafoirus
- . Ganges Le Vigan
- . Jeunes Médecins (NOUVEAUX)
- . Lapeyronie
- . Lattes Littoral
- . Le Lien
- . Mauguio
- . Nord Pic Saint Loup
- . Rabelais
- . Sète I

Inscriptions possibles

Créer votre propre Groupe ?

Aide logistique pour choisir vos objectifs de formation, vos intervenants, vos lieux de réunions, l'organisation générale et matérielle.

FMC 34 organise son SECRETARIAT à la Maison des Professions Libérales ; son implantation permet l'accès gratuit aux salles de réunion. FMC 34 fournit une aide logistique à tous ses groupes de formation pour la création et l'organisation de vos soirées : agréments, conseils, création, mailings, imprimés, prêt du matériel (ordinateurs portables, vidéo projecteurs, système Périclès...).

Si, vous souhaitez plus d'informations afin que vous ou votre groupe de formation médicale participe à **FMC 34**, contactez Mme Isabelle GUILLEMIN, notre secrétaire. Elle est présente tous les matins de 8h30 à 13h et le mardi et jeudi après-midi de 14h à 17h 04 67 70 86 62 et mail : **FMC34@orange.fr**. Ou bien, passez au secrétariat de **FMC 34** : Maison des Professions Libérales, 285 rue Alfred NOBEL, 34000 MONTPELLIER, au 2ème étage.

VISITEZ notre site www.fmc34.fr

Adhérer à FMC34

La cotisation annuelle est de 75 €

Votre cotisation à FMC 34 sert à développer les actions de proximité et inclus l'adhésion à l'UNAFORMEC National
FMC 34 est un «organisme habilité à proposer des actions de DPC» de l'Agence National du DPC-ANDPC

Les médecins non thésés ou inscrits à l'ordre depuis moins d'un an sont exonérés de la cotisation

DE NOUVELLES RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE !

Réseau Maladies Rares Méditerranée

DE NOUVELLES RESSOURCES

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE !

Une maladie est dite rare lorsqu'elle atteint moins d'une personne sur 2000.

Les maladies rares sont si **nombreuses** (**plus de 8 000**) qu'au total **1 personne / 20 est atteinte d'une maladie rare**. **Chaque mois** plusieurs nouvelles maladies rares sont découvertes dans le monde, grâce aux progrès des recherches en génétique.

Les maladies rares se retrouvent dans **toutes les spécialités médicales, à tous les âges de la vie.**

L'errance médicale et l'**isolement** sont deux des caractéristiques communes aux patients atteints de maladies rares.

Le **Réseau Maladies Rares Méditerranée** a été créé pour rompre l'isolement des patients, de leur famille et des professionnels qui les accompagnent, ainsi que pour diminuer cette errance médicale.

Le **nouveau site internet du Réseau Maladies Rares** recense les **77 centres de référence et de compétence maladies rares des CHU de Montpellier et de Nîmes** pour la région Occitanie Est. Ces centres sont des équipes hospitalières hautement spécialisées dans une ou plusieurs maladies rares.

L'équipe du Réseau Maladies Rares, composée d'un médecin, d'une coordinatrice, de deux assistantes sociales, d'une secrétaire et d'une administratrice **est à votre écoute pour vous et vos patients**.

Il est possible de :

- **Nous interpeller directement** (tél : 04.67.57.05.59, contact@reseau-maladies-rares.fr) pour **toute demande médicale** (recherche diagnostic, recherche d'information sur une maladie rare…) ou autres.
- **Nous adresser vos patients** atteints d'une maladie rare ou en recherche de diagnostic pour toute **demande d'accès aux droits, démarches sociales**, …

Lien utile : www.reseau-maladies-rares.fr

Pour approfondir : **rencontre Régionale Maladies Rares Montpellier** le vendredi 9 mars 2018

Avec table ronde et échanges sur les modalités et outils dans la transmission d'information entre centres experts et soignants de premier recours.

Possibilité d'inscription et Programme sur le lien suivant de la filière ORKID (réseau nationale des maladies rénales rares)

http://www.filiereorkid.com/event/rencontre_regionale_montpellier_9_mars_2018/?instance_id=58

Réseau de santé Maladies Rares Méditerranée / Association MGRSM
59, avenue de Fès (Bât C) 34080 Montpellier
☎ 04.67.57.05.59 🖶 04.67.61.15.38 ✉ contact@reseau-maladies-rares.fr
Association Loi 1901 | SIRET 514 872 456 000 33 | N° FORMATEUR 91340780634

www.reseau-maladies-rares.fr

SANTE ET SOLIDARITE

Association qui dispense diagnostics et soins par des infirmières et médecins bénévoles et prend en compte les pathologies liées à la précarité

Créée en 2005 au sein d'un site d'accueil et de solidarité mis à disposition par l'évêché : la *« HalteSolidarité »* est un des lieux de répit pour les personnes en situation de précarité (accompagnés ou non d'animaux) à Montpellier.

Santé et Solidarité (association loi de 1901) dont le but est d'organiser et de réaliser gratuitement des soins primaires médicaux et infirmiers à toute personne en difficulté en dehors de toute considération d'ethnie, de nationalité et de croyance, assure le fonctionnement d'un dispensaire ouvert les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 9h00 à 11h30.

Elle oriente et collabore avec les autres structures de soins et de réduction des risques (urgences, Permanence d'Accès aux Soins, structures spécialisées en addictologies, établissements sociaux associatifs ou territoriaux, aide psycho-sociale, Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité).

Un effort particulier est fait sur le dépistage et la participation à des études : Hépatites Virales B et C, Sida.

La distribution de médicaments gratuits (en dehors de tout produit stupéfiant) est possible grâce au partenariat avec l'association *« Pharmacie Humanitaire Internationale »*.

Les soins dispensés sont strictement gratuits, qu'ils s'adressent à des personnes avec ou sans aucune couverture sociale.

Les permanences de soins sont réalisées par des binômes de médecins (régulièrement inscrits au Conseil de l'Ordre) et d'infirmières titulaires du diplôme d'état. Ils sont un trentaine, pour la plupart retraités ou retraités-actifs mais certains sont actifs et proposent cette activité bénévole au gré de leurs moments de liberté professionnelle.

La dynamique équipe que rassemble Santé et Solidarité souhaite s'élargir afin d'assurer une plus grande présence auprès de la population marginalisée de Montpellier et est prête à accueillir tous les infirmiers (ères) et médecins qui voudraient les rejoindre.

Contact :
Santé et Solidarité - 45 quai du Verdanson
34000 Montpellier
Courriel : sante.solidarite@gmail.com

Dr Bernard REDON
06 86 4142 81

ARNAQUE RGPD

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 :

https://www.cnil.fr/fr/vigilance-mise-en-conformite-rgpd

Elle 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.

Tout démarchage ne doit cependant pas être considéré comme illégal, des sociétés privées pouvant proposer des services de conseil en la matière.

Un guide pratique à l'attention des médecins sur la protection des données personnelles est disponible en ligne à l'adresse suivante : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guide_cnom_cnil_rgpd.pdf

APTITUDE MEDICALE AU PERMIS DE CONDUIRE

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins est fréquemment destinataire de nombreuses questions concernant l'aptitude à la conduite émanant des médecins ou des familles de conducteurs, il apparait donc utile de faire le point sur ce sujet.

Le contrôle médical de l'aptitude à la conduite concerne les personnes qui sollicitent la délivrance du permis de conduire et les personnes déjà titulaires d'un titre de conduite. Il intervient soit pour des raisons de santé, soit pour des raisons professionnelles, soit à la suite d'infraction (s) au code e la route.

Ce contrôle médical de l'aptitude à la conduite est réalisé par des médecins intervenant dans le cadre des commissions médicales préfectorales départementale ou interdépartementale ou au cabinet de médecin consultant hors commission médicale agréé par le Préfet. Ces médecins ont suivi une formation spécifique.

Il vise à s'assurer que les usagers sont en possession non seulement de toutes leurs facultés physiques, mais également, cognitives et sensorielles requises pour la conduite de véhicules motorisés. A cet effet, les médecins peuvent prescrire des examens complémentaires ou solliciter, dans le respect du secret médical, l'avis de professionnels de santé qualifiés (article R.226-2 al.4 du Code de la route).

Le médecin agréé hors commission médicale préfectorale (commission primaire) donne un avis médical :

- dans le cas de la déclaration faite par l'usager, avant ou après l'obtention de son permis de conduire, sur son état de santé ;
- pour l'exercice de certaines activités professionnelles nécessitant l'obtention ou le maintien du permis de conduire ;

Pour les candidats : lorsque l'inspecteur du permis de conduire en fait la demande.

Dans tous ces cas, l'usager doit de sa propre initiative s'adresser au médecin agréé (qui ne peut en aucun cas être le médecin traitant).

En ce qui concerne le contrôle médical qui fait suite à des infractions concernant la consommation d'alcool ou de stupéfiant, seule la commission médicale préfectorale est habilitée à se prononcer.

Le médecin agréé consultant hors commission médical peut saisir la commission médicale dans les conditions de l'article R.226-2 du code de la route s'il estime cette consultation médicalement nécessaire.

Compte-tenu de cette réglementation, il apparait qu'un médecin traitant qui connait bien son patient, peut le conseiller et émettre des recommandations ; en outre, si malgré la prise en charge médicale, il persiste la nécessité d'une limitation de validité ou un aménagement du permis de conduire, il peur conseiller son patient et l'orienter vers un médecin agréé par le Préfet pour les permis de conduire et assurer la traçabilité dans le dossier médical. Le médecin agréé émettra un avis médical qui sera transmis à la Préfecture. (les médecins ne peuvent signaler un patient aux autorités préfectorales en raison du secret professionnel).

Il en va de même pour les familles de conducteurs inquiets sur l'aptitude à la conduite d'un des leurs.

Dr Bernard REDON

QUI PEUT CONDUIRE UNE VOITURE SANS PERMIS ?

Cette question est souvent posée lorsque, à la suite d'infractions, les usagers de véhicules à moteur se trouvent momentanément privés de leur permis de conduire.

La réponse est un peu plus compliquée qu'elle n'y parait.

1er cas : les usagers nés avant le 1er janvier 1988 peuvent acheter, louer et conduire une VSP (ou voiturette) sans condition particulière.

2e cas : les usagers nés après le 1er janvier 1988 doivent :

- être âgés de plus de 16 ans pour tous ;
- être titulaire (depuis 1996) du permis AM qui correspond au BSR (Brevet de Sécurité Routière)
- ou être titulaire d'un permis auto (B), moto (AouA2), moto125 (Al) valide
- ou avoir déjà le BSR.

En cas d'invalidation (par suspension ou annulation) du permis de conduire, comme l'invalidation concerne l'ensemble de tous les permis de conduire – permis AM compris – le permis AM s'il est nécessaire (voir ci-dessus) pour conduire une VSP doit être validé par la Préfecture (une journée de formation sans examen).

Infractions et conduite de voiture sans permis :

- Pas de retrait de points même si le conducteur est titulaire du permis B valide. Amende si infraction.
- Interdiction de prendre le volant d'une VSP en cas d'infraction grave (conduite en état d'ivresse).
- En cas de conduite en état d'ivresse d'une VSP, le juge peut ordonner la suspension du permis de conduire. (Ce qui est une sanction différente du retrait de points).
- Un juge peut interdire la conduite de tout véhicule terrestre à moteur. Dans ce cas rare, même la VSP est proscrite.

Dr Bernard Redon

ORGANISATION DE LA GÉRIATRIE LIBÉRALE

FMC 34 a organisé un nouveau *« FORUM »* Le 30 Mai 2018, à cette occasion le thème : *« l'organisation de la gériatrie libérale sur le montpelliérain »* a été abordé avec la participation des gériatres libéraux des *« 4 cliniques »*.

Millénaire : Dr Richard DURANT
Dr Florence LEONEL.

Saint Jean : Dr Laura GAGLIARDI
Dr Aurélie SCHIFFMANN.

Saint Roch : Dr Carine MONNIER
Dr Felipe GRESLOU.

Le Parc : Dr Fabien TIGOULET
Dr Aurélie KHAU VAN KIEN.

Un tableau à l'usage des médecins est désormais disponible.

Nom Clinique	MILLENAIRE	MILLENAIRE	ST. ROCH
Nom Docteur	DURANT Richard	LEONEL Florence	MONNIER Karine
ACTIVITE Globale	Médecine polyvalente	Gériatrie	Médecine gériatrique polyvalente /med. int.
ACTIVITE Spécifique	Médecine Interne et gériatrie	Onco, gériat., plaie et cicat.	
ACTIVITE Ancillaire	Infectiologie		
Disponibilité	Du lundi au vend + WE si astreinte	1 sem astreinte/2 Tous les jours	Par tel tout le temps Accueil patient 9-19h
Comment joindre le gériatre	06 60 76 09 77 - 04 99 53 60 54 (34 34)	04 99 53 61 24	Par tél
Par mail	durantrichard@orange.fr	florenceleonel@orange.fr	k.monnier@cl-st-roch.fr
Messagerie SECURISEE	richard.durant@medecin.mssante.fr	apicrypt	
Tel portable	06 60 76 09 77	Dect : 04 99 53 61 24	07 57 54 01 32
Tel bureau direct	04 99 53 60 54 (34 34)		04 67 61 50 35
Tel service	04 99 53 65 98	04 99 53 65 98	Surveillante Me Jammes 04 67 61 27 88
Gestion urgences Comment ?	Il faut m'appeler par tel, sms ou mail	Par tél	Contact tél méd pour déterminer orientat°
Contact avec le MT	Tel/mail/sms	Par tél ou mail	Tél / mail ou courrier
CAT pour hospitalisation	Il faut m'appeler par tel, sms ou mail		Par tél
Délai moyen	24 - 48 h	24 - 48 h	24 H
CAT pour consultation	Il faut m'appeler par tel, sms ou mail	Direct par tél (pas de secrétariat)	doctolib.fr ou 04 67 61 50 47
Délai moyen	3 semaines	2 semaines	1 à 3 semaines si urgent tel médecin

NUMÉRO UNIQUE D'ÉCOUTE ET D'ASSISTANCE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN SOUFFRANCE

Depuis le 1er janvier 2018, Le 0800 800 854 devient dès à présent un numéro gratuit au service des plus d'un million de professionnels de santé, qui œuvrent chaque jour au service de nos concitoyens.

Face au mal-être croissant de l'ensemble des professionnels de santé, les Conseils nationaux rejoignent aujourd'hui ce dispositif. Trop régulièrement, des drames viennent nous rappeler la souffrance à laquelle font face, aujourd'hui en France, un trop grand nombre de professionnels de santé.

Ce dispositif d'écoute et de soutien confidentiel est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

0 800 800 854

Numéro d'écoute & d'assistance
Appels gratuits

SUR LE MONTPELLIÉRAIN

A l'usage des médecins généralistes

ST. ROCH	ST. JEAN	ST. JEAN	Du PARC	Du PARC	Du PARC
GRESLOU Felipe	GAGLIARDI Laura	SCHIFFMANN Aurélie	TIGOULET Fabien	WAUTOT-KHAU VAN KIEN Aurélie	RUGALE Caroline
Médecine gériatrique polyvalente /med. int.	Médecine interne	Médecine interne	Médecine interne Gériatrie	Médecine interne Gériatrie	Médecine interne
	Gériatrie	Immunologie		Médecine vasculai-re plaies et MTE	Sommeil / HTA
Par tel tout le temps Accueil patient 9-19h	Lund à vend 9h-18h Astreinte : 1 sem/2	Lund à vend 9h-18h Astreinte : 1 sem/2	Tous les jours	Tous les jours	Tous les jours
Par tél	TEL : 1) port - 2) Dect - 3) Service	TEL : 1) port - 2) Dect - 3) Service	06 11 52 23 17 04 67 34 20 46	04 67 33 14 22	04 67 33 16 50
f.greslou@cl-st-roch.fr	lauraF.gagliardi@gmail.com	drschiffmann@gmail.com	drtigoulet@orange.fr	drkhauvankien@gmail.com	caroline.rugale@gmail.com
			apicrypt	apicrypt	apicrypt
07 57 56 00 32	06 95 96 98 63	06 44 30 51 18	06 11 52 23 17	06 11 86 74 91	06 23 03 70 75
04 67 61 27 65	Dect : 04 67 61 21 53	Dect : 04 67 61 21 70	04 67 34 20 07	04 67 33 14 22	04 67 33 16 50
Surveillante Me Jam-mes 04 67 61 27 88	Tél : 04 67 61 21 01 Fax : 04 67 61 20 41	Tél : 04 67 61 21 01 Fax : 04 67 61 20 41		04 67 34 20 46	04 67 34 20 46
Contact tél méd pour déterminer orientat°	Hospi directe si poss, sinon urgences	Hospi directe si poss, sinon urgences	Urgences Parc	Tél bureau direct / appel secrét 8-16 h /	Urgences du Parc après 14h
Tél / mail ou courrier	Téléphone / mail	Tél / courrier			
Par tél	Appel tel portable	Appel tel portable	M'appeler	Tél bureau direct / appel secrét 8-16 h	Tél bureau direct / appel secrét 8-16h
24 H	Jour même 24h - 48h	Jour même 24h - 48 h	Très rapide	24h - 48h	24h - 48h
	Patient au Dect ou MG au portab.	Patient au Dect ou MG au portab.	04 67 34 20 46	04 67 34 20 46	04 67 34 20 46
	1 à 2 semaines	1 à 2 semaines	Semaine si urgent	En fonct° nécessité (plages d'urgence)	1 à 2 semaines

BILLET D'HUMEUR

BAC +8 / RETRAITE +11

Je continue à exercer la médecine générale depuis 1968. Un demi-siècle où j'ai vu augmenter les contraintes inversement proportionnelles à la revalorisation de la médecine générale.

Une consultation à 25 euros, charges et impôts déduits, il te reste 12€50 la visite ! 10 euros pour le déplacement, tu arrives plus vite et moins cher que le plombier, revenu connu et tu es moins considéré…

Il ne faut pas s'étonner que la Médecine Générale n'attire plus les jeunes. Les médecins qui partent à la retraite n'ont pas de successeur d'où les déserts médicaux et les services d'urgence des Hôpitaux saturés !

ALORS TU ES MASO OU PAS ?

Non, je continue parce que la Médecine m'intéresse toujours, moins que le contexte et la Société en général.

Mon projet, mourir sur scène !

Confraternellement,

Docteur Jean GIUDICELLI

ÉTABLISSEMENT DES CERTIFICATS DE DÉCÈS EN PÉRIODE D'ASTREINTE

Contexte

Le certificat de décès est une obligation administrative :

« L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat établi par un médecin, attestant le décès » (article L. 2323-42 du code général des collectivités territoriales).

Deux nouveaux textes règlementaires encadrent la procédure pour l'établissement des certificats de décès par les médecins libéraux **pendant la permanence des soins** (décret 2017-1002 du 10 mai 2017 et arrêté du 10 mai 2017) et leur rémunération.

Nouvelle procédure

Désormais, les textes fixent une rémunération forfaitaire spécifique de 100 euros pour l'établissement d'un certificat de décès par un médecin libéral (conventionné ou non) ou un médecin salarié d'un centre de santé, au domicile du patient (y compris HAD) ou dans un établissement médico-social et social, pendant les horaires de la PDSA.

Modalités de rémunération

Le montant brut du forfait rémunérant l'examen est fixé à 100 €, pris en charge à 100 %.

Le forfait comprend la visite réalisée et les frais de déplacement.

Attention, la rémunération est versée par l' Assurance Maladie au médecin sans avance de frais de la famille.

La rémunération est versée par la caisse de rattachement du médecin, celle de son lieu d'exercice (quelle que soit la caisse d'affiliation de la personne décédée).

La CPAM procède donc également au paiement forfaitaire pour le compte des autres régimes

Le médecin doit formuler sa demande sur le formulaire dédié N° 850.

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 Professeur Paul PUECH

Le Professeur Paul PUECH est décédé le 13 janvier 2018 à l'âge de 92 ans.

Le Professeur PUECH était le fruit d'une longue lignée de professeurs de médecine, son père le Professeur Albert PUECH, avait la chaire de médecine interne de notre faculté, et son grand-père le Professeur Paul PUECH, professeur de gynécologie-obstétrique, foudroyé par un accident cardiaque à 53 ans alors qu'il donnait un cours dans notre faculté, était peut-être à l'origine de sa vocation cardiologique.

Après de brillantes études universitaires à la faculté de Montpellier, il s'est rapidement orienté vers la cardiologie, sur les conseils du Doyen Giraud.

Il fut un des plus brillants pionniers de l'électrophysiologie cardiaque, découvreur du faisceau de His, ces travaux en cardiologie l'ont conduit à une renommée internationale reconnue de tous.

Il a ainsi présidé de nombreuses sociétés savantes nationales et internationales de cardiologie, et il a rédigé de multiples ouvrages qui font encore référence. Il est à l'origine des colloques *« euro-médecine »* de Montpellier.

Sa culture était immense et très éclectique, sa magnifique bibliothèque dont il connaissait tous les livres, en témoigne. Il prenait un plaisir certain à prendre la parole en public et il savait parfaitement s'adapter à son auditoire.

Ces multiples travaux, colloques et ouvrages ont largement contribué au rayonnement de l'école cardiologique de Montpellier qu'il avait fondé.

À la fin de sa vie professionnelle, il s'est beaucoup investi dans l'industrie pharmaceutique, au sein du laboratoire M SD, dont il a été le directeur scientifique à Paris.

La cardiologie n'était pas sa seule passion : la Camargue et les chevaux étaient dans son cœur presque aussi important et sa longue retraite lui a permis, dans son mas de VISTRHÔNY au Caylar, de satisfaire cette passion qu'il partageait avec son épouse.

Homme de grande élégance, il a eu la douleur de voir disparaître une de ces petites filles, son épouse, et son fils le Docteur Albert Puech à l'âge de 49 ans. Il a accepté ces épreuves avec une dignité exemplaire.

Sur le plan familial, j'ai eu, grâce à mon épouse, sa nièce et filleule, la chance de le côtoyer, c'était un homme chaleureux que j'ai personnellement beaucoup apprécié, il était particulièrement attaché aux valeurs familiales.

Le conseil départemental adresse à ses trois filles toutes ses condoléances attristées.

Docteur Xavier de BOISGELIN

Hommage au Professeur Charles BOUDET

Le Professeur Charles BOUDET nous a quitté à l'âge de 96 ans.

Ses obsèques ont été célébrées à la Cathédrale St Pierre de Montpellier en présence de son épouse Simone Dejean avec laquelle il était marié depuis 1945 et en présence de ses enfants, petits-enfants et arrières petits-enfants.

En écoutant le témoignage de ses petits-enfants évoquant un grand père simple, disponible, à l'écoute de tous, accueillant et bon, j'ai retrouvé le patron que j'avais connu interne et chef de clinique.

Charles BOUDET dirigeait le service d'ophtalmologie de GUI DE Chauliac qu'il avait ouvert et inauguré dans les années 1970 avec efficacité et bienveillance.

Son enseignement était plein de bon sens et ses élèves pouvaient compter sur lui, sur sa parole et sur son soutien.

Il appartient à cette génération qui avait vu la spécialité d'ophtalmologie évoluer rapidement et bénéficier d'avancées technologiques et scientifiques insoupçonnables au début de sa carrière.

Il avait eu le mérite de s'adapter, d'être capable de se mettre à la microchirurgie alors que bien de ses pairs en étaient restés à la lunette loupe, et avait su pousser ses élèves à se lancer dans les techniques novatrices.

On reconnait *« un arbre à ses fruits »* et, partout où les élèves du professeur BOUDET se sont installés, ils ont été considérés comme des références médicales et chirurgicales.

Dans son service l'atmosphère était agréable avec une bonne entente entre internes et chefs de clinique.

Il ne négligeait pas l'enseignement du CES d'ophtalmologie en faisant plancher les étudiants tous les vendredis après-midi.

Montpellier, grâce à lui, avait d'ailleurs les meilleurs résultats chaque année à l'examen national.

Après sa retraite il a consacré de nombreuses années à Ophtalmologie sans Frontière et est allé souvent avec son épouse qui lui servait d'infirmière, soigner et opérer des malades au Cameroun.

Il faisait tout cela sans se mettre en avant et n'a jamais recherché les honneurs.

A son épouse et sa nombreuse famille nous disons toute notre respectueuse affection.

Merci Monsieur le Professeur BOUDET.

Docteur Marc BLANCHARD

Hommage au Docteur Michel AT

Au revoir Michel,

Trop tôt ton départ, à 69 ans, bien sûr, tu n'as pas eu le temps de l' apprécier, cette retraite que tu appréhendais un peu.

En tant que médecin généraliste associé depuis 27 ans à tes côtés, tu nous laisses un cabinet vide que l' on ne pourra combler, mais aussi le vide d'une relation quotidienne où l' on échangeait sur les voitures, les bateaux et la pêche.

Ta mémoire reste dans ces murs, ceux d'un médecin biterrois de souche dont ses proches, amis et patients connaissaient l'homme discret, rigoureux, d'une parfaite intégrité et d' une extrême gentillesse.

La mémoire, aussi, d'un courage dont tu as fait preuve les toutes dernières semaines, d'une lucidité, certes douloureuse, qui t'a permis de prendre la meilleure décision afin d'éviter toute souffrance inutile.

Ton investissement dans ta profession restera gravé dans le cœur de tous tes patients, chaque jour j'en ai le témoignage.

A ton épouse, Danièle, tes deux filles, et à toute votre famille, je partage votre peine.

Docteur Pierre PAILLET

Hommage au Docteur Yves RAYNAUD

Le Docteur Yves Raynaud est décédé le 5 octobre 2017.

Médecin interniste, il fut passionné par son métier.

Certains ont pu le rencontrer, au début de leurs études, au laboratoire d'histologie où il officiait comme assistant de Travaux Pratiques.

Après quelques années où il exerça à Causses-et-Veyran, il s'est installé à Béziers.

Il a été médecin assistant au service de Médecine du Centre Hospitalier.

Sa rencontre était toujours enrichissante, et son attitude témoignait d'un réel et profond humanisme dans l'exercice de la profession.

Profondément croyant, membre actif de l'Hospitalité Saint Roch, il a souvent accompagné des malades dans les pèlerinages à Lourdes.

A son épouse et à ses enfants, les Docteurs Jean-Luc et Joël Raynaud, nos confrères, nous exprimons nos sincères condoléances avec notre profonde et amicale sympathie.

Docteur J.M. GRANIER

Hommage au Professeur Christian HAMEL

Le Pr Christian HAMEL est né en 1955 en Normandie, a suivi ses études de Médecine à Rouen, puis son Internat à Caen, avant de soutenir sa thèse en tant que spécialiste en Ophtalmologie à Paris VI.

Il est parti en *« post-doc »* avec sa jeune famille durant 4 années à Bethesda aux USA au National Institute of Health (NIH) en 1988, dans un laboratoire de Biologie Moléculaire de la Rétine. C'est là qu'à force de travail et de persévérance, il découvre et clone une protéine qui se révèlera majeure dans le mécanisme de la vision, la mère des protéines de la rétine pigmentaire : RPE-65.

Cette découverte le propulsa parmi les chercheurs de notoriété internationale.

De retour en France en 1991, il intègre l'INSERM de Montpellier où il devient rapidement Directeur de recherche. Il confirme avec son équipe, l'importance de sa découverte initiale en démontrant que des mutations du gène de RPE-65 étaient à l'origine de cécités héréditaires.

Il a été nommé Professeur en 1998. Ses nombreux articles scientifiques ont été publiés dans les plus prestigieuses revues internationales (NATURE GENETICS…).

Il dirigeait une équipe de recherche sur la génétique et les thérapies géniques des cécités rétiniennes et du nerf optique depuis 1998 à Montpellier.

Christian HAMEL faisait l'unanimité dans le monde de la Génétique Ophtalmologique Internationale, autant pour ses compétences de généticien qui faisaient autorité, que pour sa simplicité et sa discrétion.

Chercheur passionné, il offrait l'essentiel de sa vie à sa passion, qu'il aimait partager.

Mais il aimait aussi la vie simple, la nature, cultiver son jardin, la littérature et les bons vins. Il était de ceux que la superficialité n'intéressait pas, il aimait les choses vraies, les êtres droits.

Sa disparition le 15 aout 2017, laisse sa famille et ses amis dans la douleur. C'est une perte immense pour le monde de la génétique ophtalmologique, pour la Médecine et pour ses patients.

J'ai eu la chance d'être son ami.

Docteur Pierre-André DUVAL

Hommage au Professeur Jean-Antoine RIOUX

Le Pr Jean-Antoine Rioux nous a quittés le 17 mars 2017, quelques semaines à peine après son épouse, qui mena une carrrière d'anesthésiste au CHU de Montpellier. Né à Naucelle (Aveyron) le 15 mai 1925, il avait suivi un cursus classique et brillant. Interne des hôpitaux (promotion 1951), licencié ès-sciences en 1954, docteur en médecine en 1955, ayant quelques temps exercé dans le service de dermatologie alors dirigé par le Pr Pierre Rimbaud, il était vite devenu l'élève du Pr Hervé Harant (1901-1986), titulaire de la chaire d'Histoire naturelle médicale, parasitologie et médecine exotique, et Directeur du Jardin des Plantes. Ce dernier était un personnage haut en couleurs : d'une culture stupéfiante, tant littéraire que scientifique, il tenait à incarner l'histoire naturelle médicale, c'est-à-dire la science globale de l'homme immergé dans son milieu. J.A. Rioux entra tout à fait dans cette perspective : tout en poursuivant une carrière scientifique classique de très haut niveau, il participa activement à la démoustication du littoral, et assura de nombreuses missions à l'étranger lui permettant de parfaire son œuvre de naturaliste.

Initialement intéressé par l'étude des mycoses, il va se consacrer principalement après son entrée dans l'équipe du Pr Harant aux leishmanioses, dont il deviendra un spécialiste internationalement reconnu. Il en précisera notamment le cycle dans le foyer cévenol, mettra sur pied un centre de références abritant une collection très vaste de souches, et en proposera une classification en 1990 qui fait encore autorité. Il gardera tout au long de ce parcours scientifique un esprit naturaliste et intégrateur, permettant d'avoir une vision globale de la maladie. Il avait succédé à H. Harant dans sa chaire en 1972 et à la direction du Jardin des Plantes en 1977 (jusqu'alors la fonction était viagère). Le Pr D. Jarry lui succèdera dans ces deux fonctions.

Membre de l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier, dans la section des sciences, participant à maintes reprises aux activités académiques comme à celles de la Société montpelliéraine d'histoire de la médecine, il coordonnera un magnifique ouvrage qui fit date, Le Jardin des Plantes de Montpellier. Quatre siècles d'Histoire (récemment réédité chez Sauramps médical), et consacrera de nombreuses communications aux naturalistes montpelliérains.

J.A. Rioux a brillamment démontré que l'on pouvait adapter l'Histoire naturelle médicale au contexte scientifique d'aujourd'hui. Puisse ce message, qui redevient de plus en plus actuel, être entendu par les générations montantes.

Thierry LAVABRE-BERTRAND
Directeur du Jardin des Plantes

Hommage au Docteur Cécile ZINZINDOHOUE – BERTRAND

Le Docteur Cécile ZINZINDOHOUE – BERTRAND nous a quitté bien trop prématurément.

Née le 29 Avril 1965, Mariée à Pierre BERTRAND, Chirurgien Sénologue à Clémentville (Fils du Professeur A. BERTRAND) et mère de 3 enfants : Capucine, Léopold et Balthazar.

De famille médicale (père Médecin Généraliste, Frère Professeur des universités-praticien hospitalier de Chirurgie Viscérale à Paris), elle s'est rapidement orientée vers la médecine : Concours de première année à Paris en 1983, Internat des Hôpitaux en 1990, nommée en 1991 aux Hospices civils de Lyon, DES de Gynécologie Obstétrique et DESC de Cancérologie.

Praticien Hospitalier temps plein en 2000 aux Hospices civils de Lyon, elle s'était installée comme chirurgien Sénologue en 2003 à la Clinique Clémentville où elle créera l'institut du sein en 2009 dont elle assurera la présidence jusqu'à son décès.

Outre son parcours professionnel exemplaire, le DR ZINZINDOHOUE – BERTRAND était une femme remarquable par son humanité et son dévouement envers ses patientes.

Elle concevait son métier comme un véritable *« service »* auprès de ses patientes cherchant en permanence à leur offrir le maximum de soins, d'écoute et de prise en charge globale, ce qui est primordial dans la spécialité qu'elle exerçait et où elle excellait.

Son départ va créer un grand vide dans la communauté médicale de l'Hérault.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins adresse à son époux le Docteur Pierre BERTRAND, à sa belle sœur le Docteur Cécile BEC, à son Beau-frère le Docteur Pascal Bec et à toute sa famille, ses plus vives condoléances.

Docteur Xavier de BOISGELIN

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

Docteur Michel AT
né le 02/02/1949 - décédé le 03/03/2018

Docteur Pascal BILGER
né le 17/05/1965 - décédé le 20/04/2018

Docteur François BLANQUET
né le 26/10/1931 - décédé le 05/03/2018

Docteur Françoise BOËDOZ
née le 08/03/1961 - décédée le 26/04/2018

Professeur Charles BOUDET
né le 15/01/1922 - décédé le 28/06/2018

Docteur Madeleine CALLAUDOUX
née le 01/02/2019 - décédée le 30/12/2017

Docteur François CAMPS
né le 11/10/1926 - décédé le 03/02/2018

Docteur Kabir CHEKIB
Né le 18/07/1938 - décédé le 20/04/2018

Docteur Henri Dominique de VARENNE DE FENILLE
né le 29/10/1935 - décédé le 13/03/2018

Docteur Léon ESCOLIER
né le 29/01/1932 - décédé le 27/02/2018

Docteur Henri FRANCOIS
né le 02/07/1939 - décédé le 06/03/2018

Docteur Gérard G'STELL
né le 03/03/1947 - décédé le 11/01/2018

Professeur Christian HAMEL
né le 04/10/1955 - décédé le 15/08/2017

Docteur Henri LAFARE
né le 11/01/1927 - décédé le 26/01/2018

Docteur Paul MALZAC
né le 16/09/1936 - décédé le 11/02/2018

Docteur Phung NGUYEN-DINH
né 17/12/1938 - décédé le 11/03/2018

Docteur Annie PICARD
née le 18/04/1958 - décédée le 11/09/2017

Docteur Daniel POINAS
né le 16/02/1946 - décédé le 04/02/2018

Professeur Paul PUECH
né le 16/11/1925 - décédé le 13/01/2018

Docteur Nezha PUSSET
née le 02/05/1954 - décédée le 11/03/2018

Docteur Yves RAYNAUD
né le 22/11/1934 - décédé le 05/10/2017

Docteur Jannick RENAULT
née le 08/05/1928 - décédée le 24/02/2018

Professeur Jean-Antoine RIOUX
née le 15/05/1925 - décédée le 17/03/2017

Docteur Nicole ROUQUETTE
née le 05/08/1952 - décédée le 27/01/2018

Docteur Andrée SUIRE
née le 14/08/1926 - décédée le 22/07/2017

Docteur Cécile ZINZINDOHOUE – BERTRAND
née le 29/04/1965 - décédée le 30/01/2018

Le Nouveau Conseil Départemental de l'Hérault

Elections du 11 février 2018

Président : Docteur Xavier de BOISGELIN

Président Honoraire : Docteur Marcel DANAN

Vice-présidents : Docteur Jacques BILLET,
Docteur Philippe CATHALA,
Docteur Serge GROMOFF

Vice-président Honoraire : Docteur Jacques DUBOURDIEU

Secrétaire Général : Docteur Bernard CABANEL

Secrétaire Général Adjoint : Docteur Cécile BELIN-SAUGET

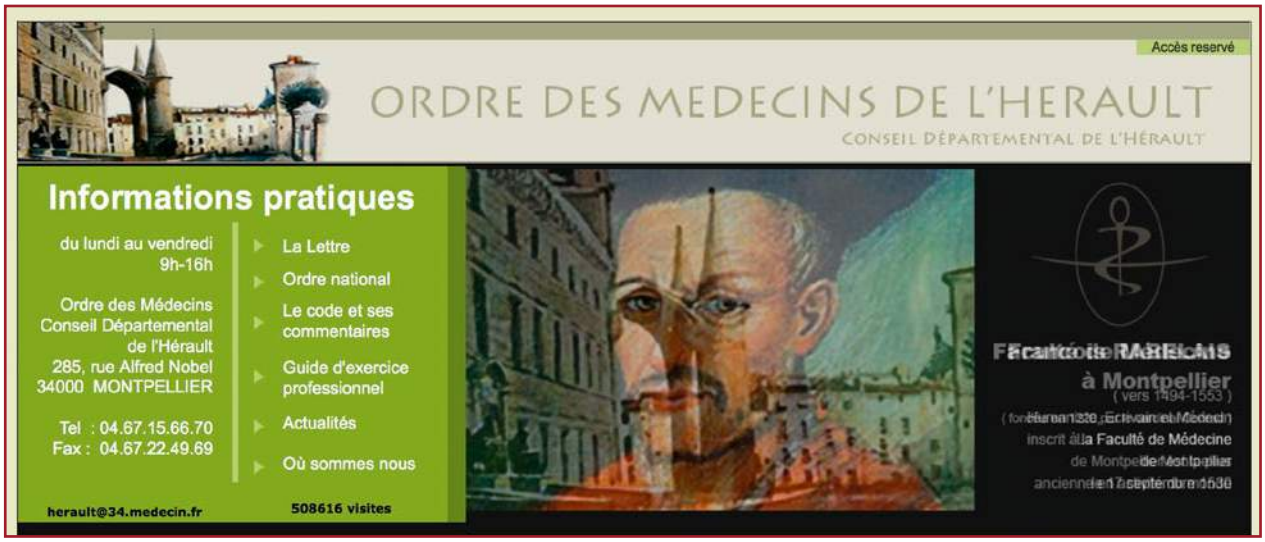
Trésorier : Professeur Henri MARY

Trésorier Adjoint : Docteur Hélène HARMAND-ICHER

Conseillers titulaires

Docteur Arnaud BENOIST d'AZY
Docteur Marc BLANCHARD
Docteur Marcel DANAN
Docteur Isabelle DELMAS
Docteur Elena JOUCK
Professeur François LAFFARGUE
Docteur Yves LE CORRE
Docteur Muriel MADER
Docteur Colette MATHIAS
Docteur Sophie MENJOT de CHAMPFLEUR
Docteur Guilbert PLIQUE
Docteur Jean-Michel PRATICO
Docteur Hélène VIDIL

Conseillers suppléants

Docteur Nadine ALVES-MACHADO
Docteur François ANTONIOU
Docteur Pierre ASSIE
Docteur Pierre-Antoine AYRIVIE
Docteur Karim BELACEL
Docteur Brigitte DOAN-LAURES
Docteur Patrice FEDOU
Docteur Edith GUILHOU
Docteur Yann HETMANIAK
Docteur Christophe MASSON
Docteur Bernard REDON
Docteur Laurence SAFONT
Docteur Philippe VAGNER

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir…
vous pouvez le demander par internet