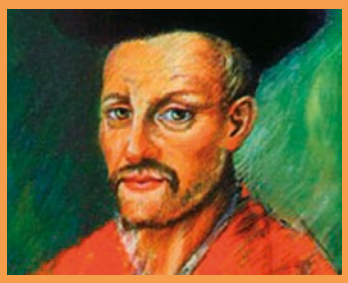
la Lettre de l'

Ordre des Médecins

de L'Hérault - n° 29 - Janvier 2018



Sommaire

ACTUALITÉS

- La faculté de médecine ouvre ses portes 2
- Interview de Michel MONDAIN 3

NOTE DE LECTURE

• Jean Pierre DEDET : Abrégé illustré d'histoire de la médecine 4

LIBRES PROPOS

• Médecine et Médecins : Entre Croyances, Connaissances, Preuves, doutes et incertitudes. 5
• Place des troubles vasculaires dans les lombalgies chroniques 11
• Menaces sur le dépistage de la trisomie 21 foetale 12
• Le sel, un tueur silencieux 13
• Pénurie d'anesthésistes 13

INFORMATIONS PRATIQUES

• Extension prochaine de l'obligation vaccinale à onze vaccins 14
• Préserver l'emploi des personnes dont l'état de santé se dégrade 14
• Hémochromatose génétique 16
• Filière de Santé AnDDI-Rares 16
• Certificat de décès 17
• Résod'OC 19
• Mineurs non accompagnés 20

INFOS ADMINISTRATIVES

- Prix ESCULAPE 20

IN MEMORIAM 21

La Lettre de l'Ordre des Médecins de L'Hérault
N° 29 - Janvier 2018
Directeur de la publication : Docteur Xavier de BOISGELIN
Rédacteur en Chef : Docteur Marcel DANAN
ISSN - 0643 - Imprimerie Les Petites Affiches / Montpellier

Editorial

Remettons de l'humain dans notre métier !

Revenons à l'essentiel de notre métier : rendre service à nos patients. Pour cela il nous faut, certes, des compétences mais il nous faut surtout de l'humanité. Les études médicales, longues, coûteuses, et complexes, deviennent de plus en plus scientifiques et les critères de sélection et d'admission au concours de la première année ne laissent aucune place aux sciences humaines.

Bien sûr, il est beaucoup plus facile de sélectionner des candidats sur des QCM et bien sûr il est très difficile de mettre les sciences humaines en QCM, mais pourtant, après 10 années d'études scientifiques très approfondies, après avoir entendu à longueur de cours théoriques que seule *« l'EVIDENCE BASED MEDECINE »* est digne d'intérêt, le jeune diplômé va être confronté au réel, c'est-à-dire au patient, qui lui n'a pas forcément une culture scientifique mais qui a un problème, une pathologie parfois bien difficile d'expliciter.

Devant cet homme désemparé, souffrant, il est fondamental, pour lui venir en aide, de bien replacer les symptômes dans le cadre de la personne et de l'individu. Pour cela, certes il faut des connaissances scientifiques, mais avant tout, il faut du temps et du temps consacré à l'écoute : faire parler le patient, lui demander d'expliquer ses symptômes et les replacer dans le contexte particulier de ce patient spécifique, voilà la première condition pour faire une vraie médecine humaine.

Ensuite, il faudra l'examiner avec attention, là encore en apportant le plus grand

soin à la personne, en proscrivant toute brusquerie, en ménageant toutes les pudeurs, et en faisant preuve de la plus grande patience et de la plus extrême douceur.

Viendra ensuite le temps du diagnostic et des éventuelles examens complémentaires.

J'ai déjà insisté, dans un précédent éditorial, sur le plus grand discernement dont il faut faire preuve dans la prescription des examens complémentaires, je n'y reviendrai donc pas.

Je veux insister aujourd'hui sur le diagnostic et surtout sur son annonce : on nous a fait une obligation dans les hôpitaux et les cliniques, de mettre en place une « consultation d'annonces » surtout pour les maladies au sombre pronostic. Cette mesure me semble complètement décalée et très peu déontologique : comment peut-on, lorsqu'on est médecin traitant d'un patient, confier l'annonce d'une pathologie grave à une autre personne, quelle que soit sa compétence. À mon avis, seul le médecin traitant a, dans le cadre du dialogue singulier, toute la confiance de son patient. Il me semble donc que c'est à lui d'assumer son diagnostic et d'en informer son patient.

•••/•••

EDITORIAL

•••/••• La demande d'information bien légitime du patient est par ailleurs tout à fait plurielle : certains patients voudront avoir tous les détails de leur pathologie, d'autres s'intéresseront seulement au pronostic, d'autres enfin surtout aux effets secondaires des traitements. Là encore, nous devons nous attacher, grâce à une écoute attentive, à donner les informations spécifiques que le patient réclame, sinon nous nous exposons à la réflexion classique *« il ne m'a rien dit »* même si l'on a passé du temps à développer une information qui a été inappropriée.

On en arrive enfin au fameux *« consentement éclairé »* maintenant exigé par toutes les sociétés d'assurances, mais qui est, à mon avis, d'une grande hypocrisie : comment nous faire croire que l'on a vraiment éclairé le patient sur son choix en lui présentant une longue liste de complications possibles, toutes plus effrayantes les unes que les autres ?

Bien souvent d'ailleurs, ce n'est même pas le praticien qui donne cette liste, c'est une infirmière ou une secrétaire qui présente un papier en disant *« signez là »*.

Non, le vrai consentement à une thérapeutique, quelle qu'elle soit, ne se conçoit que dans le cadre du dialogue singulier en apportant les explications adaptées au niveau socio-professionnel du patient, en répondant à ses justes interrogations ou craintes éventuelles, en ayant toujours à l'esprit l'intérêt du patient et son adhésion thérapeutique et surtout pas en pensant à une *« politique du parapluie »* trop souvent induite par la malheureuse dérive judiciaire de notre métier.

L'information du patient est tout sauf une décharge de notre responsabilité : ne nous défaussons pas en disant que c'est le patient qui décide de la thérapeutique…

Non, le patient a droit à une information la plus claire, la plus adaptée, et la plus complète possible mais ce sont nous les médecins qui décidons, en notre âme et conscience, de la thérapeutique à mettre en œuvre, c'est la toute la beauté de notre art.

Bien sûr le patient a le choix de refuser notre décision mais en aucun cas il ne peut nous en imposer une autre.

L'humanisation de la médecine, que tout le monde appelle de ses vœux, doit donc passer par toutes ces étapes :

- savoir écouter le patient,
- savoir l'examiner et l'explorer correctement
- savoir lui annoncer le diagnostic
- savoir lui expliquer la thérapeutique et obtenir son adhésion.

Voilà les quatre piliers du véritable savoir médical.

Docteur Xavier de BOISGELIN,
Président

ACTUALITES

ACTUALITÉS

Le 29 juin, la faculté de médecine ouvrait ses portes aux praticiens en exercice en leur proposant **une journée formation d'un mode tout nouveau**.

L'ambition était d'aborder différents sujets sous une forme rapide et efficace, en présence d'experts venus exprimer la synthèse de leur connaissance.

En pause, notre conseil, invité, a pu brièvement rappeler aux nombreux assistants l'essentiel de ses rôles règlementaires inscrits au code de la Santé Publique.

Une visite des bâtiments permettait d'apprécier l'aspect pratique et réaliste des installations destinées aux étudiants.

A l'issue, le doyen Michel MONDAIN acceptait de répondre à quelques questions de notre part.

Les nouveaux bâtiments qui vont rapidement s'ajouter à la faculté de médecine historique, avoisinent à la fois les hôpitaux et des réalisations industrielles et de recherche. Vous êtes, je crois, attaché au concept «de campus santé», pourriez-vous nous confirmer cette orientation ?

Le nouveau bâtiment de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes est situé sur le campus Arnaud de Villeneuve. Au même endroit, sont donc présents des locaux dédiés à la pédagogie, des locaux dédiés à la recherche fondamentale (Unités Inserm, campus CNRS), à la recherche clinique (IURC, CHU), et des locaux dédiés aux soins et à l'enseignement au lit du malade (le CHU) : c'est un véritable Campus Santé qui est à la disposition de la formation de tous les professionnels de santé.

La Faculté de médecine, enrichie des départements de maïeutique et d'orthophonie, œuvre au chantier d'universitarisation de nombreuses professions paramédicales, avec l'orthoptie, et plus récemment l'ergothérapie, les IFSI, les formations d'IADE, de manipulateurs d'électroradiologie… la Faculté de médecine participe à l'enseignement de chaque discipline, mais elle est surtout un lieu permettant un enseignement interdisciplinaire préparant le futur professionnel au travail en équipe, au travail en réseau.

La mise à disposition de plateformes de simulation, avec de nombreux outils de contextualisation, permet de mettre en pratique cc travail interdisciplinaire lors de la formation.

Vous avez parlé du savoir, du savoir-faire et pourquoi pas, du savoir-être, qui sont bien évidemment les piliers de votre engagement, De quelles façons ou sous quelles formes pensez-vous désormais pouvoir les appliquer en pratique ?

Le volume des connaissances croît de manière exponentielle, et le numérique via internet a révolutionné l'accès à l'information. Le rôle de l'enseignant est de guider l'étudiant dans le choix de la bonne information, mais surtout de faciliter l'assimilation des connaissances par une pédagogie adaptée.

Les nouveaux locaux de la Faculté ont été conçus pour faciliter la création de contenus numériques avec le sceau de la qualité universitaire, et leur large diffusion soit par un système de podcast, soit par un système de WebTV. On assiste à une diminution relative des cours magistraux, au profit d'un enseignement par petits groupes centré sur la mise en situation autour de cas cliniques, ou de situations pratiques. Les outils d'apprentissage par simulation permettent à chaque professionnel de santé d'affûter ses compétences techniques, procédurales, et la reconstruction d'univers professionnels (cabinet de consultation, déchoquage, bloc opératoire, salle d'accouchement, salle de réanimation) lui permet une mise en situation pour appréhender les situations de crise et le travail en interdisciplinaire.

L'accent est mis sur le savoir-être, en particulier avec l'enseignement de l'annonce, enseignement réalisé en collaboration avec les acteurs de l'Ecole Nationale Supérieure d'Art Dramatique de Montpellier. L'introduction de l'enseignement par les patients formateurs permet aussi une approche différente de l'approche traditionnelle en particulier dans le domaine des maladies chroniques.

Le doyen Michel MONDAIN

Le Conseil de l'Ordre des Médecins a pour mission, et entre autres, de veiller à la compétence des médecins. Pensez-vous que ce terme puisse être désormais un support des relations formelles entre les facultés et les différents conseils intéressés ?

La Faculté est garante du niveau académique en fin de formation initiale. Mais elle doit tenir compte et anticiper de façon quantitative et qualitative les besoins des territoires de santé. Pour cela, outre l'ajustement régulier de son programme de formation initiale, elle doit être présente dans le processus de formation continue, et dans l'enseignement des nouvelles techniques.

Ceci concerne les médecins, mais aussi tous les intervenants du monde dc la santé. Une relation complice avec toutes les instances organisatrices de la santé est cruciale pour que la Faculté puisse jouer ce rôle majeur,

Le «Printemps de la Faculté» dans sa formule «quoi de neuf ?» avec aussi au programme l'étude de questions médicales sujettes à polémique purement scientifique, vous paraît-il désormais bien lancé sur les rails ?

Dans son programme de formation continue et de DPC, la Faculté propose le «Printemps de la Faculté» sur Montpellier, et «l'automne» sur le site nîmois de la Faculté.

Cette formation destinée aux médecins généralistes essaie de faire le point sur les avancées de l'année en cours, sur les questions en suspens dans les différentes disciplines.

La session du 29 juin 2017 fut un succès qui nous incite à faire évoluer cette formule de formation continue à d'autres spécialités médicales, et dans le domaine paramédical, tout en travaillant à de nouvelles formes de médias, afin d'augmenter la diffusion de ces formations sur le territoire, et au-delà de notre territoire.

Propos recueillis par Docteur J. R. DUBOURDIEU,
Vice-président.

Saisi, comme d'autres, par une limite d'âge imposée il y a peu, mes fonctions ordinales vont donc cesser en 2018.

Des élections fixées sur de nouvelles modalités vont permettre à notre conseil de se rajeunir et d'assurer sans peine les missions qui sont les siennes.

Je ne crois pas être démenti par le Professeur Bernard GUERRIER et le Docteur Gisèle GIDDE qui ont participé longuement, comme moi, à la tache commune. Nous en avons ressenti de grandes satisfactions car constamment immergés au sein du fonctionnement quotidien des entreprises médicales, nous avons pu assurer la gestion des obligations administratives.

Nous avons participé avec grand cœur aux actions d'entraide et aux innombrables conciliations si utiles.

Chargé par décret de veiller à la moralité, probité et compétence des médecins (ainsi qu'à leur observance du code de la santé publique), le Conseil National a pu compter sur son antenne départementale, que nous représentons.

C'est bien volontiers que nous invitons tous nos jeunes confrères à se consacrer à la lecture de notre LETTRE. Ils y trouveront des informations toujours utiles et actuelles et des pages de réflexions issues de la pratique de leurs anciens.

S'il parait difficile d'imaginer ce que sera notre exercice dans 40 ans par exemple, pour les derniers inscrits, nous sommes persuadés - à la lumière de notre propre expérience, que les grands principes de notre réflexion et de notre comportement persisteront.

Ecouter son patient, le soulager d'un regard, apaiser, trouver le mot juste face à sa souffrance : s'exonérer de ces obligations rendrait impossible le plein exercice de notre métier.

Connaître le patient mais se connaitre soi-même, savoir compter sur sa propre humilité, rendront le médecin heureux et satisfait.

Tels pourraient être les vœux de ces conseillers ordinaux en ce début d'année.

Docteur Jacques DUBOURDIEU

NOTE DE LECTURE

Jean Pierre DEDET
Abrégé illustré d'histoire de la médecine

Si vous voulez l'offrir à votre fils ou votre fille étudiants en Médecine, n'achetez pas l' « Abrégé illustré d'histoire de la Médecine » du Professeur Jean Pierre DEDET, ou alors prenez en deux, car une fois en main vous le garderez.

Il est destiné, nous dit l'auteur, aux étudiants en sciences médicales (sans doute à ceux qui en ont fini avec le DCM1 qui fait plus appel à la mémoire qu'à la réflexion ou à la culture) et à tous les professionnels de santé soucieux de se replonger dans l'histoire de leur art.

Il faut reconnaitre que ce n'est pas un projet inutile. Certes tout le monde (?), et même les non médecins connaissent les noms d'HIPPOCRATE (écrit HYPO sur les panneaux routiers) de PASTEUR, parfois de JENNER et de Claude BERNARD, de quelques sommités médiatiques et de quelques Hôpitaux.

Mais si un patient curieux souhaitait explorer nos connaissances et s'informer auprès de nous (« qui sommes du métier ») il serait souvent déçu. En effet, à part les férus d'histoire et les retraités (souvent les mêmes) qui ont le temps, qui se penche souvent sur de volumineux et passionnants ouvrages qui se trouvent dans toutes les bonnes bibliothèques (souvent dans la sienne) et qu'on lira surement pendant les prochaines vacances ?

Voilà un ouvrage qui peut combler beaucoup de lacunes.

D'un format « portrait » inhabituel pour ce genre d'ouvrage, mais qui est familier aux étudiants habitués aux aide-mémoires, et pratique car il permet le rangement de l'ouvrage parmi des revues courantes, il est attrayant, facile à consulter, agréable à feuilleter, richement illustré, et de plus et surtout très fortement documenté.

En fait c'est une synthèse qui jusqu'au XIXe siècle reprend de façon très exhaustive l'évolution dans le temps des pratiques et des croyances, dominée par des personnalités illustres (GALIEN, AVICENNE, AMBROISE PARE), et à partir des grandes découvertes du XIX et XXe siècles adopte un classement plus thématique, passant en revue toutes les disciplines de la médecine moderne.

Il n'est évidemment pas question ici de résumer ce qui est déjà un résumé. Mais au gré du vagabondage dans les pages, on apprendra ou réapprendra avec plaisir que le Code d'HAMMOURABI comportait une partie de déontologie médicale, que DIOSCORIDE rédigea en 70 un premier traité de pharmacologie qui fit autorité pendant 15 siècles, que AVICENNE pratiqua la trachéotomie et la césarienne et classa les symptômes des maladies par organe, que le thermomètre à Mercure fut inventé par FAHRENHEIT au XVII siècle et que la reine VICTORIA fut anesthésiée au Chloroforme pour ses 8e et 9e accouchements. Ceci bien entendu pour briller dans la conversation, mais plus sérieusement on retrouvera aux chapitres correspondant (Génétique, Immunologie Hématologie etc.) une revue historique succincte mais suffisamment complète pour situer dans le temps tous les progrès actuels.

Un ouvrage plaisant et utile, que vous aurez avantage à laisser trainer chez vous sur une table de salon ou dans votre bureau, mais pas sans la salle d'attente car il n'y resterait pas longtemps.

Docteur Raymond SIMORRE

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.

MÉDECINE ET MÉDECINS ENTRE CROYANCES, CONNAISSANCES, PREUVES, DOUTES ET INCERTITUDES.

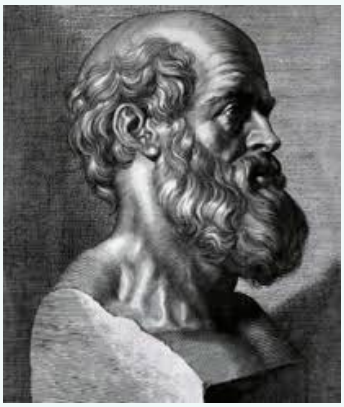
DOCTEUR MARCEL DANAN - MONTPELLIER

Nul ne peut être un médecin accompli sans formuler son diagnostic en recherchant à partir des connaissances du moment la cause du mal de son patient. De même il doit utiliser des moyens thérapeutiques éprouvés. Autrement dit, à tout instant, il doit mettre à l'épreuve ses moyens diagnostiques et thérapeutiques. La recherche de la preuve suppose des connaissances indiscutables et des qualités discursives même si l'intuition ne peut être négligée, tant tout ce qui touche à l'être humain comporte de mystérieux et d'insondable. Il est néanmoins indispensable que le médecin soit rompu au raisonnement à la recherche de preuves basées sur la déduction qui ont un caractère absolu, mais aussi sur l'induction c'est-à-dire à généraliser son raisonnement à partir de cas singuliers analogues, tout en ne perdant pas de vue que des incertitudes peuvent compliquer sa tache.

UN PEU D'HISTOIRE

AU DÉBUT C'ÉTAIT LA MAGIE ET LES MYTHES

Des esprits tout-puissants gouvernaient les phénomènes naturels et les divinités intervenaient dans la production de la maladie. La médecine était religieuse et magique, et la thérapeutique faisait appel à la prière, aux incantations et à la purification. Ce mode de pensée magique qui est celui du jeune enfant n'a pas disparu car la maladie fait régresser vers l'enfance, même le sujet évolué. Et c'est à cette pensée magique, qui crée un lien entre le nom et la chose, l'objet et l'image, qu'il faut attribuer le succès des médecines douces, dites aussi alternatives. L'esprit peut guérir ou exorciser le mal. Pour donner une base de rationnel à ces thérapeutiques on découvre des preuves scientifiques de leur mode d'action. Mais s'aventurer trop dans cette voie peut leur faire perdre leur aura ! Si les médecines alternatives deviennent scientifiques, les patients qui croient en elles, se méfieront.



C'est à Hippocrate *(la maladie sacrée)* que revient le mérite d'enseigner que la maladie a des causes naturelles. L'observation clinique est indispensable pour apprécier l'état du patient. La notion de cause naturelle fonde le principe du déterminisme et de la causalité, on passe à la notion de prévision. A cette époque manquaient l'expérimentation et la corrélation anatomo clinique puisque la connaissance intérieure du corps était inconnue. Le raisonnement hippocratique était donc essentiellement *analogique* puisqu'il reliait l'inconnu au connu par similitude. Par exemple le modèle initial de la physiologie de l'époque était la métamorphose des aliments. Hippocrate montre que la médecine a des analogies avec l'amélioration de l'alimentation au cours des siècles et expose les mauvais effets de la nourriture dans les maladies. La révolution introduite par la médecine hippocratique était donc la recherche de la cause.

C'est à Aristote, suivi par Galien, que reviendra le mérite de fonder une science de la vie. Sa vision finaliste établira un rapport entre la structure des organes et leur fonction et il laissera en héritage la notion de *thermocardiocentrisme* et celle de *pneuma*. Le cœur, siège de l'âme est la source de la chaleur vitale innée, responsable des phénomènes physiologiques. Le cœur transforme l'air inspiré qui assure la continuité entre les états psychiques et les mouvements volontaires. Les pouls c'est le pneuma qui circule. Plus tard, dans le monde romain, les écoles médicales, nommées *sectes*, se différenciaient selon l'origine du savoir médical et sa méthode d'acquisition. Pour les dogmatiques la médecine était la science des causes obscures. Les empiriques se bornaient à accumuler les observations et négligeaient l'expérimentation. Quant à la secte méthodique qui s'imposa dans la Rome impériale, elle privilégiait le raisonnement qui permet de passer de l'observation clinique au traitement.

•••/•••

•••/•••

Galien, (129-216) fit appel à l'expérimentation et à la raison, *« ses deux jambes »* et sa vision fondée sur le dogmatisme et le principe d'autorité, s'imposa jusqu'au XII siècle.

Il faudra attendre Harvey (1623), pour admettre que le cœur est une pompe qui fonctionne par impulsions et non un réceptacle qui marche comme un aimant. Il affirmait que *« le sang ne peut que circuler »*. Descartes admis le principe de la circulation sanguine mais réfutant la systole et la diastole il affirmait que c'est la chaleur du cœur qui est à l'origine des battements cardiaque. La théorie de Galien qui s'était imposée pendant des siècles, et selon laquelle le sang des veines, provenant du foie et celui des artères, secrété par le cœur, étaient différents fut rejetée. Ce n'est qu'au début du XIX siècle, sous l'influence de Magendie, qu'il fut admis que les lois de la physique et de la chimie sont les mêmes pour la nature animée ou inanimée. Il s'opposa à Bichat partisan du vitalisme qui opérait une distinction radicale entre les phénomènes physiques et les phénomènes vivants. Pour lui, l'expérience précède l'idée et s'oppose aux systèmes spéculatifs.

PHILOSOPHONS

De la connaissance à la preuve. *Il n'y a pas de médecine sans croyance, laquelle a le pouvoir considérable de faire exister ses objets. C'est en ce sens que la croyance tempère l'angoisse : plutôt croire à n'importe quoi que de ne pas croire du tout. La croyance est sans raisons, mais elle peut être déterminée par divers motifs ; l'habitude, la tradition, la paresse, et la difficulté à s'interroger sur la valeur de la croyance. Le médecin ne doit pas croire, sans exercer son esprit critique sur ce qu'il a appris, ce qu'il constate et ce qu'il projette pour son patient. Un brillant et savant clinicien, un chirurgien virtuose, peuvent dans certaines circonstances avoir des attitudes et des pratiques irrationnelles tout en s'abstenant de faire courir un risque aux patients. Mais au fond d'eux-mêmes ils ont besoin de croire à autre chose qu'à leur science et leur art. Cela explique l'introduction de pratiques alternatives dans les grands services hospitaliers.*

Les philosophes ont devancé les médecins en posant le problème de *la cause des maladies*, c'est à dire ce quelque chose qui produit une différence. Croire aveuglément ne suffit pas. *Hume* (1711-1776) partisan de l'empirisme, place l'expérience sensorielle - autant externe qu'interne - et non la raison à l'origine de la connaissance. Autrement dit, nos idées ne naissent que des sensations ou encore, les perceptions sont à l'origine des idées conçues par la raison. Il se méfie de la raison car lorsqu'elle veut rendre compte de l'ordre, elle s'égare dans l'arbitraire. La relation entre une cause et un effet ne peut être, ni observée directement ni logiquement démontrée. La conjonction constante de deux phénomènes n'implique pas leur connexion nécessaire, et l'attente de la reproduction d'un effet provient de l'habitude. La croyance en la connexion causale est donc une sorte d'instinct fondé sur nos habitudes. En pratique une cause produit une différence et la recherche d'une cause est rendue complexe car ses facteurs sont multiples. On raconte que Hume épuisé par ses lectures tomba malade, on parlerait aujourd'hui pour *faire chic* d'un burn out, le diagnostic fut la maladie des gens instruits. *Kant* (1724-1804) se situe entre tradition rationaliste et empirique. Il rejette le dogmatisme qui n'est pas conscient de ses limites et ose penser indépendamment de l'expérience. Il n'accepte pas la prudence de l'empirisme qui limite à l'excès l'usage de la raison. Pour lui l'idée de causalité ne peut venir de l'expérience et de l'habitude. La connaissance est possible, elle commence par les sens, passe de là à l'entendement et finit par la raison. Les sens recueillent les perceptions du monde extérieur. L'entendement qui est la faculté de comprendre, crée des concepts et la raison relie les concepts sous forme de propositions. C'est la démarche que devrait suivre le médecin quand il établit son diagnostic avec le plus grand soin. Mais attention aux illusions de la connaissance : la raison peut s'imaginer connaître si elle ne prend pas garde au fait que ses idées ne correspondent à aucune expérience possible. « Le plus grand ennemi de la connaissance n'est pas l'ignorance, c'est l'illusion de la connaissance ».

Claude Bernard appliqua à la médecine la méthode expérimentale éprouvée dans les sciences de la nature depuis Galilée et Newton, et basée sur le déterminisme. A partir d'un fait nouveau ou d'un phénomène imprévu nait une hypothèse. L'expérience qui suit a pour but de contrôler l'hypothèse. Mais lorsqu'une hypothèse est validée avec succès par une expérience il faut la soumettre à une contre-épreuve c'est-à-dire essayer de la mettre en défaut par d'autres expériences. Pour Claude Bernard, seule est décisive la réfutation d'une hypothèse par les faits. Karl Popper (1902-1994), dans la même optique, considère qu'une hypothèse est considérée comme scientifique, non pas parce qu'elle est justifiée par des faits connus, mais quand il est possible de l'invalider.

LES MÉDECINS SE MIRENT À RAISONNER

Le raisonnement clinique diagnostique au contact du malade s'accomplit soit dans une démarche hypothético-déductive selon Claude Bernard, soit dans d'autres types de démarches. Le raisonnement *hypothético-déductif* consiste à émettre des hypothèses, à recueillir des données puis à soumettre les résultats obtenus à des tests – expérimentation, examens complémentaires - pour valider ou réfuter les hypothèses. En médecine il est fondé sur une similitude entre les modèles de maladie connus par le praticien et le tableau clinique singulier qui lui est soumis. Exemple : si deux remèdes sont identiques, il ne doit pas exister de différence de résultats pour un critère précis, mais s'il existe une différence de résultat c'est que les remèdes ne sont pas identiques. Le raisonnement par *induction en médecine :* a partir d'un constat de faits, on aboutit à des données générales qui peuvent être réfutées, car la démarche médicale est critique. Le raisonnement par induction ne peut prétendre qu'au vraisemblable. Il est à l'inverse du raisonnement déductif qui fait descendre du général au particulier. Le raisonnement *probabiliste* qui s'appuie sur la fréquence de certaines maladies pour lesquelles on connaît avec précision la sensibilité et la spécificité des signes, est un raisonnement par *abduction*, selon la théorie pragmatique de Charles Sanders Peirce (1839-1914) pour lequel penser n'est pas juger et

le jugement a besoin d'un fondement. On passe d'un fait surprenant à une hypothèse susceptible d'en rendre compte. Face à une série de symptômes, le médecin peut diagnostiquer une maladie dont il est reconnu qu'elle peut provoquer chacun de ces symptômes. Ce type de raisonnement n'aboutit pas à une vérité mais apporte une hypothèse qu'il y a lieu d'explorer et de vérifier.

Trois exemples tirés de l'ouvrage d'Alain C. Masquelet (Le raisonnement Médical, Collections que sais-je, 2006) illustrent ces trois types de raisonnement.

Déduction : toutes les rhino-pharyngites virales ont une évolution spontanément favorable. Ce patient a une rhino-pharyngite virale, il aura une évolution spontanément favorable.

Induction : un groupe de patients a une rhinopharyngite virale. Tous les patients ont guéri spontanément. Toutes les rhinopharyngites virales ont une évolution spontanément favorable. L'établissement d'une règle repose sur une étude statistique.

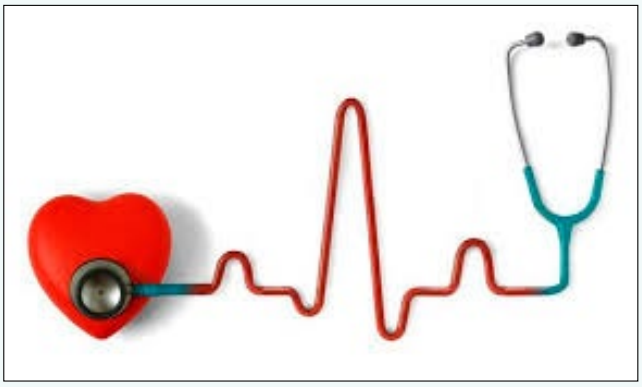
Abduction : toutes les rhinopharyngites virales ont une évolution spontanément favorable. Ce patient a une évolution favorable. Il a une rhinopharyngite virale. Cette conclusion n'est qu'une hypothèse qui doit être testée. L'erreur est de prendre pour une déduction ce qui est une abduction décrétée à tort comme valide.

Quant au raisonnement par analogie il amène l'inconnu au connu par la mise en parallèle de similitudes. L'analogie est présente dans tous les modes de connaissance sauf le calcul. Elle est contrôlée et corrigée par la logique et la rationalité. Elle intervient dans le diagnostic médical : comme le cas d'un patient est rarement strictement superposable au cas type de la maladie, le médecin complète son diagnostic par le rapport analogique. Les médecines alternatives sont fondées sur des analogies basées sur des similitudes superficielles d'où certaines dérives. *Pour être valables les hypothèses révélées par analogie devraient être soumises au raisonnement déductif pour formuler les conséquences de l'hypothèse et inductif, fondé sur les statistiques*, A.C. Masquelet, ce que ne font pas en général les médecines alternatives.

Raisonner en médecine a pour finalité la découverte de la cause des pathologies, et la sélection des causes reflète l'intérêt de l'observateur. Il ne s'agit pas d'une tâche facile. C'est une démarche intellectuelle basée sur la formulation d'une hypothèse à partir d'un faisceau d'indices. L'hypothèse est validée tant qu'elle n'est pas contredite. Il existe plusieurs listes de critères de causalités qui ont des limites et ne sont pas suffisants pour établir un lien de causalité. Pour établir l'existence d'une cause on utilise des associations statistiques c'est à dire que la cause est une entité théorique déduite de corrélations et d'élimination d'autres causes. Ces corrélations statistiques n'ont en elles-mêmes aucune force explicative puisqu'elles peuvent résulter d'autres causes. En définitive, pour saisir la nature et l'explication des maladies il faut retenir qu'en médecine des lois générales n'existent pas.

Pour une médecine fondée sur des preuves ou médecine factuelle. On utilise aussi le terme d'Evidence-Based Medecine, (EBM). Il peut être surprenant en ce début du XXI siècle de pratiquer une médecine fondée sur des preuves ! Les progrès fantastiques des méthodes diagnostiques rendus possibles par les découvertes de la science et des techniques, pourraient faire penser que les faits médicaux ont pour socle des connaissances établies, indiscutables et indiscutées. Il n'en est rien. Plus les découvertes avancent, plus s'ouvrent des domaines inconnus dans la connaissance des maladies et de leurs traitements. Et aussi, plus que jamais, les médecins, certains enseignants et le public, s'intéressent à des médecines dites alternatives sans se soucier de leur efficacité et parfois de leur sérieux. L'EBM ou médecine factuelle fondée sur des preuves est *« l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient »*. Les principes de cette médecine ont été définis en 1992 par un groupe de médecins de l'université Mc Master au Canada. A première vue rien de nouveau, cette profession de foi n'est que l'expression de notre Code de Déontologie Médicale, qui impose au médecin de délivrer à son patient des soins conformes à l'état de la science. On évoque le cas de Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787-1872), qui démontra par la méthode statistique que les saignées étaient plus nuisibles qu'efficaces. De nos jours la médecine doit être fondée sur un haut niveau de preuves basées sur un mode de pensée rationnel sans négliger la dimension éthique afin de mieux soigner les malades.

EN PRATIQUE, LA RECHERCHE DE LA PREUVE, DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT



Le diagnostic. Faire la preuve d'une affection devrait être facile tant les procédés diagnostiques ont fait des progrès stupéfiants, encore faut-il savoir examiner attentivement le patient, recueillir ses doléances, savoir choisir les explorations complémentaires adaptées, en interpréter les résultats et faire la synthèse de tout cet ensemble. Tout peut être évident, mais certaines erreurs passent inaperçues si le clinicien n'a pas les connaissances suffisantes, s'il ne fait pas un examen attentif ou si son raisonnement est défectueux. Attention à ne pas raisonner juste sur des bases fausses et ne pas oublier que, comme le disait un maître de notre Faculté, *« les petits signes font faire les grandes erreurs »*. Apprendre la séméiologie, la pathologie et, même si ces connaissances sont acquises, savoir raisonner juste. C'est là qu'intervient la personnalité du praticien. On peut être instruit, intelligent mais avoir un raisonnement médical défaillant par prédispo-

•••/•••

•••/•••

sition ou dans certaines circonstances : entêtement, susceptibilité, voire rivalité ou jalousie dans une équipe médicale. Soutenir mordicus un diagnostic erroné est une faute lourde. Hormis quelques cas ponctuels, le plus souvent c'est la faculté de raisonner qui est en cause. Apprendre à raisonner c'est pouvoir dire devant un patient *« quel est son trouble et à quoi il est dû »*. En neurologie, par exemple, *« où cela se passe et à quoi c'est dû »*.

Le médecin doit recueillir des symptômes, en rechercher la signification pour aboutir à des hypothèses diagnostiques. L'interrogatoire est capital et permet d'aboutir au diagnostic dans de nombreux cas avant même l'examen clinique et les explorations complémentaires. Mais des erreurs peuvent survenir à ces trois étapes : interrogatoire mal conduit, examen superficiel, explorations complémentaires mal choisies ou de mauvaise qualité. Le patient peut attacher de l'importance à tel symptôme qui en réalité sera sans intérêt pour le diagnostic et le clinicien non expérimenté, peu compétent, peut s'engouffrer dans un raisonnement faux à la base, et se tromper de voie dans la recherche de la preuve par des examens complémentaires inutiles. De plus, quand même le symptôme est devenu un signe, ce dernier peut être commun à diverses pathologies. Le clinicien doit alors formuler des hypothèses. Par raisonnements successifs il en élimine certaines pour aboutir à celle qui lui paraît la plus proche de la réalité. Tout n'est pas simple en particulier lorsqu'une donnée entre en contradiction avec l'hypothèse la plus probable. Il y a lieu alors de tester d'autres hypothèses. Trois possibilités s'offrent au médecin pour aboutir au diagnostic. Donner le maximum de chances au patient en choisissant le diagnostic le plus probable pour ne pas retarder le traitement. Ou bien orienter l'enquête vers le diagnostic qu'on cherche à mettre au jour. Ou enfin, mais si on est un praticien entrainé et instruit faire le diagnostic au premier coup d'œil. Dans cette dernière démarche il s'agit d'un raisonnement par analogie plutôt que par logique, le praticien repère la similitude avec les cas qu'il a eu à connaître.

Quelques causes d'erreur. Passons sur l'incompétence du médecin ! Tout d'abord confondre les causes et les effets. Formuler une hypothèse dans un domaine qui n'est pas celui de sa spécialité. Formuler le diagnostic d'une maladie rare à partir d'un signe non spécifique. Accorder une importance inhabituelle à un examen. Se tromper dans la recherche de la cause par un raisonnement inapproprié. Surestimer un symptôme. Avoir une confiance excessive dans le résultat d'un examen. Erreur diagnostique (sans faute) liée au hasard de la concomitance de plusieurs affections simultanées. Pour réduire les risques d'erreurs le médecin ne doit pas oublier qu'il a l'obligation déontologique d'élaborer son diagnostic avec le plus grand soin (Article 33 du Code de Déontologie Médicale). Il doit aussi se former en permanence.

Le pronostic. Le raisonnement aboutissant au pronostic a pour but de choisir une orientation thérapeutique et d'informer le patient sur ce qui l'attend. On est dans le domaine de la prédiction et il n'est pas toujours possible d'apporter la preuve de ce que l'on avance : on peut évoquer le cas général d'une pathologie donnée mais ne pas tenir compte de la situation particulière du patient.

Les soins

Le praticien doit prouver qu'il utilise la meilleure approche thérapeutique. Il doit choisir entre le traitement curatif qui traite la cause, le traitement radical qui supprime une lésion et le traitement symptomatique. Il doit donc être instruit, expérimenté et ses connaissances doivent être mises à jour en permanence. Cela ne suffit pas : il doit écouter le malade, faire preuve d'empathie et de pédagogie et lui faire partager son propre raisonnement. C'est dans ce domaine que la subjectivité du patient, les convictions, voire les croyances du médecin interviennent. Or la médecine n'est pas une science exacte, des imprévus et des complications peuvent survenir à tout instant. Il faut déterminer s'il s'agit d'effets secondaires liés au traitement, d'une évolution imprévisible de la maladie ou d'une erreur de diagnostic qui a conduit à des procédés thérapeutiques inadaptés.

En France plusieurs organismes contribuent à l'exercice d'une médecine de qualité. Les Facultés et les hôpitaux qui enseignent. L'Ordre des médecins qui contrôle la validité des diplômes et la déontologie. L'assurance maladie qui veille à la bonne utilisation des fonds publics. La HAS (Haute Autorité en Santé propose des recommandations et l'Académie Nationale de Médecine répond aux questions posées par le gouvernement dans le domaine de la santé publique. Elle peut s'autosaisir et émettre des communiqués grand public. Ses avis peuvent être considérés comme se rapprochant au plus près de la rigueur scientifique. Ces organismes font un travail admirable et la médecine Française est une des meilleures du Monde. Toutefois, rien n'est parfait. *Les Facultés* organisent des enseignements dont l'efficacité est loin d'être prouvée. Inutile de les citer. De puissants lobbies qui vantent les mérites de procédés marginaux flattent le public qui est excédé par la médecine technique ou la craignent, parfois à juste titre. Certains médecins oublient qu'ils ont affaire à un être humain ou bien à l'inverse prétendent faire une médecine d'écoute ce qui est bien mais ne suffit pas. Le public y trouve son compte : le patient, ou supposé tel, a l'impression de diriger ses soins, d'être un sujet et non un objet, et la pensée magique qui infiltre l'esprit de tout un chacun, y compris de celui des médecins les plus brillants, se satisfait d'explications farfelues. Le Facultés de Médecine créent des diplômes universitaires suivis très largement qui enseignent ces médecines à bases ésotériques. Le blanc seing de la Faculté est une garantie ! Ainsi par exemple l'énergie peut circuler sans que personne ne se représente ce qu'il y a derrière ce verbiage. *Méditons, méditons !* Les médecins de Molière n'ont pas disparu et **les gourous ne sont pas loin**.

Quant à *l'Ordre des médecins*, il ne peut qu'enregistrer ces DU et valider de nouvelles spécialités. Les jeunes médecins raffolent de ces diplômes qui ornent leurs plaques professionnelles. Certains se consacrent à l'exercice exclusif de ces spécialités. Ils dorment bien et ne craignent pas les procès car les patients sont toujours satisfaits. Du reste et heureusement, les mêmes patients consultent une kyrielle d'autres médecins qui rectifient les diagnostics et les soins.

Si les Chambres Disciplinaires des Conseils Régionaux de l'Ordre veillent scrupuleusement à l'application du Code de Déontologie et à la défense des malades, il peut parfois, pour de raisons juridiques en être autrement quand, par exemple, un Conseil a rejeté la plainte contre un médecin qui appliquait la méthode du packing sur les autistes. Les *organismes d'assurance maladie* remboursent, validant en principe le sérieux des prises en charge. La HAS n'échappe pas à quelques critiques. En juin 2007 elle recommande l'EMDR dans le traitement de l'ESPT (Etat de stress post traumatique), ouvrant la voie à une activité florissante. Or, on n'a jamais vu une victime d'un tel stress se déclarer guérie lors d'une expertise visant à la dédommager. Il ne paraît pas scientifiquement correct de rechercher un lien de causalité quantifiable pour une méthode qui est de l'ordre de l'interprétatif. Il en est de même pour les thérapies comportementales. (Alain C. Masquelet, Le Raisonnement Médical, PUF 2006). Plus récemment le Collège des généralistes enseignants exprime son désaccord avec une recommandation de l'HAS à propos de l'utilisation des statines dans le risque cardiovasculaire. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM. Il s'agit d'un établissement public ayant pour mission principale d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et les produits de santé destinés à l'homme. Elle succédé en 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) qui a été critiquée dans l'affaire du Médiator. Un parlementaire dénonça en 2011 des conflits d'intérêt. L'ANSM assure entre autres missions la gestion et l'évaluation des essais cliniques portant sur les produits de santé. La fiabilité de la méthode peut être discutée, car les patients inclus peuvent être différents de ceux qui seront soignés par la suite. Enfin la dimension éthique ne doit pas être négligée avec le risque d'un nouveau pouvoir sur le patient et d'une atteinte à la liberté du praticien.

DOUTES ET INCERTITUDES

L'être humain n'est pas une machine déterminée comme un robot. L'incertitude de nos comportements tient à la complexité des situations rencontrées et à l'imprévisibilité de nos actions et décisions. Toutes sortes de situations devraient nous renvoyer à nos doutes nos hésitations, nos incertitudes.

LA SUBJECTIVITÉ DES MALADES : EFFET PLACÉBO ET EFFET NOCEBO

L'effet placebo survient quand un traitement inactif (sans principe actif), ou manifestement inefficace pour la pathologie en cause entraîne une amélioration sur des signes fonctionnels. On admet que l'effet favorable est lié à un conditionnement. Un tiers des patients tire un bénéfice du placebo, mais le résultat n'est pas durable et n'est pas reproductible. Le placebo est utilisé chez les douloureux chroniques et les insomniaques qu'on trompe sciemment ce qui n'est pas très déontologique. L'effet placebo ne peut s'expliquer que par un mécanisme psychophysiologique. Dans les essais thérapeutiques de phase III (évaluation et comparaison bénéfice / risque) un nouveau médicament est utilisé versus un médicament de référence ou un placebo, mais le patient devant être informé qu'il peut ou non faire parti du groupe recevant le placebo, l'effet placebo est réduit. Bien entendu l'essai comportant un placebo ne peut être entrepris que s'il n'excite pas de traitement actif connu. L'effet placebo explique en grande partie les résultats des **médecines alternatives**.

Aucune de ces médecines n'est basée sur des preuves scientifiques irréfutables et leurs méthodes d'évaluation de leurs résultats n'emportent pas la conviction des esprits critiques et rationnels. En effet leurs bases théoriques sont infiltrées d'ésotérisme et d'esprit magique. Pour contourner ces critiques les praticiens de ces médecines essaient de leur donner des preuves scientifiques. On part de l'empirisme pour arriver à la preuve du bien fondé de la méthode autrement dit on appelle au secours la biologie, la neurobiologie et les techniques les plus récentes de l'imagerie cérébrale. Tout le monde est content, la méthode peut sembler curieuse, voire ésotérique, mais elle est censée être validée par la technique et la science. Pas question aussi d'appliquer les protocoles classiques d'essais cliniques puisque chaque malade est un cas particulier avec ces caractères propres. Mais comment prouver ces caractères propres, cela est une autre affaire !

L'effet nocebo. C'est quand la consommation d'un produit inerte pris pour un médicament produit des effets secondaires. Comme pour l'effet placebo le système dopaminergique du cerveau est impliqué. Le patient crée inconsciemment les effets indésirables du médicament dont il a entendu parler et qui sont abondamment détaillés dans la notice du remède et sur internet. L'effet nocebo peut expliquer la panique qui a suivi le changement d'excipient dans la formule du ***Levothyrox***. Nous savions qu'il ne fallait pas prescrire les génériques de ce remède, comme pour certains antis comitiaux, en raison du problème de biodisponibilité de l'hormone qu'il contient et qui peut varier selon l'excipient. Mais passer du lactose au mannitol n'aurait pas dû entrainer les effets secondaires spectaculaires rapportés par les médias. Pétitions, manifestations devant l'Assemblée Nationale, articles de presse alarmants (Ils vivent l'enfer), plaintes en justice, on n'est pas loin de l'hystérie collective. Sous réserve que l'on ne découvre pas que le produit actif a été profondément modifié, on ne peut que suspecter un phénomène de contagion psychique, comme il y en a eu beaucoup dans l'histoire. Les spécialistes cherchent des explications. Des chercheurs ont démontré la bioéquivalence des deux Levothyrox, la variation d'absorption entre les deux formules n'étant en moyenne que de 0,7 %. D'autres affirment que cette bioéquivalence n'étant qu'une moyenne il peut exister des variations d'un individu à l'autre. De plus l'étude a été effectuée sur des sujets sains. Un tiers des utilisateurs auraient une absorption du nouveau Levothyrox qui varie de plus de 20 % mais de là à entrainer des effets

•••/•••

•••/•••

catastrophiques, on peut s'étonner ! De nombreux facteurs sont en cause pour entretenir cette panique en particulier la fragilité psychologique de nombreux patients atteints de pathologie thyroïdienne. On connait bien les interactions entre psychisme et thyroïde. On peut évoquer aussi le climat de revendication et la tendance à la victimisation qui caractérisent la société actuelle. Enfin il n'y a rien d'extraordinaire à la survenue chez ces patients de maladies intercurrentes, quand on sait que trois millions de personnes prennent ce médicament. La morale de l'affaire est qu'il faut se méfier des mouvements de foule, des pétitions et par extension des referendums, mais là c'est une autre histoire !

La médecine de contrôle et ses difficultés spécifiques. S'il est une pratique médicale où la recherche de la preuve est capitale c'est dans la médecine de contrôle : validité d'un arrêt maladie, authenticité d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, évaluation d'un préjudice, recherche d'une responsabilité pénale, dans tous ces cas le médecin se présente comme un enquêteur cherchant à découvrir une preuve ou détecter une supercherie avant de donner une réponse objective. La connaissance parfaite de la pathologie ne suffit pas, et le médecin devient parfois enquêteur. Le praticien n'est plus dans le colloque singulier, surtout lorsqu'un confrère ou un avocat viennent émettre leur point de vue. L'expertise devient un psychodrame loin de la sérénité de l'acte médical. Cas particulier de l'expertise psychiatrique. C'est dans cette activité que la recherche de la preuve est capitale, pour le sujet expertisé et la société. Cet individu est-il pénalement responsable, entièrement ou avec des réserves ? Ce condamné est-il susceptible de récidiver ou bien s'est-il amendé au point de ne plus présenter un danger pour la société ? Cet enfant peut-il être rendu à ses parents ? L'examen attentif, et l'expérience du médecin peuvent apporter des réponses toujours approximatives mais il faut savoir trancher.

INCERTITUDES SUR LA VALEUR DU MÉDECIN

Au cours de sa formation. La sélection intervient à l'entrée dans la profession puis lors de l'examen national classant. Le bachotage forcené n'est pas le garant de l'aptitude à exercer la médecine. De nombreux étudiants qui pourraient faire d'excellents médecins, sont écartés de la profession. Mais il serait inacceptable et totalitaire de sélectionner les futurs médecins sur des critères de personnalité, de bonne santé psychique ou de moralité. Il existera toujours une part d'incertitude quelques soient les efforts pour améliorer la sélection et le suivi des futurs médecins. Heureusement d'ailleurs, car la diversité doit être le garant de la valeur du corps médical.

Quant au serment dit d'Hippocrate, prêté lors de la soutenance de la thèse puis par écrit devant l'Ordre des Médecins il ne garantit rien, sinon qu'en cas de transgression le médecin a été parjure. Donc une épée de Damoclès inutile pour les honnêtes gens. Il en est de même pour tous les serments. Ou celui qui jure a une valeur morale due à sa personnalité et à son éducation et le serment est superflu, ou il s'agit d'un fieffé voyou et alors il se comportera à sa guise et pourra même s'arranger pour détourner les règlements. Mais la tradition oblige et le public attache de l'importance à se serment surtout pour dénoncer celui qu'il soupçonne de ne pas le respecter. Gardons donc la tradition !

Tout au long de sa carrière. Il est indispensable que le médecin soit contrôlé sur ses connaissances et son comportement s'il semble franchement atypique et déviant. Le décret du 26 mars 2014 n° 2014-545 relatif aux procédures de contrôle de l'insuffisance professionnelle donne au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins la possibilité d'enjoindre un médecin, sur la base d'une expertise menée par ses pairs, universitaires de la spécialité, de se former, et la faculté pendant cette période de formation de le suspendre totalement ou partiellement dès lors que ses carences constituent un danger pour les patients. Le Conseil Régional peut également décider la suspension temporaire d'un médecin en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession (article R. 4124-3 du code de la santé publique).

Par ailleurs le médecin étranger ne peut être inscrit à l'Ordre s'il n'a pas une connaissance suffisante de la langue Française. Il doit donc l'acquérir avant de redemander son inscription.

EN GUISE DE CONCLUSION

Le médecin doit étendre ses connaissances, mais il doit rester modeste et vigilant et se pénétrer de l'idée que *« celui qui augmente sa connaissance augmente son ignorance »*. Frédéric Schlegel, philosophe allemand, 1772-1829. L'expansion fulgurante des connaissances coïncide avec une régression du savoir car les connaissances sont scindées et dispersées et l'enseignement n'a pas tendance à les relier. Le pire est quand un savant ignore son ignorance et s'obstine dans le déterminisme et le réductionnisme car la rationalité a des limites. Ce n'est pas le doute, c'est la certitude qui rend fou écrivait Nietzche. Il ne faut pas oublier tout ce qui échappe à la raison, surtout lorsqu'une situation paraît rationnelle. Le médecin doit douter et garder un esprit critique à tout instant, douter de lui, des constatations cliniques, des données des examens de laboratoire ou d'imagerie. Il n'y a pas de certitude en médecine comme en astronomie. Aussi il est navrant de voir des médecins tenir compte, pour fonder leur diagnostic, de questionnaires qui peuvent aboutir à des erreurs grossières. Et que dire du DSM-5 ? *(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie)*, véritable catalogue regroupant signes et symptômes psychiques, dont on dénonce l'absence de fondement scientifique. On l'accuse même de servir l'industrie pharmaceutique avec un risque de sur-diagnostic et donc de surmédicalisation.

Docteur Marcel DANAN

PLACE DES TROUBLES VASCULAIRES DANS LES LOMBALGIES CHRONIQUES

Recherche en retour aux claudications de Dejerine, Bouley Charcot, Dutil Lamy, Roth, Erb.

Utilisation de l'appareil pOpmètre pour classification des troubles vasculaires selon la méthode sphygmographique de Marey.

DOCTEUR MARC HAGELSTEEN

Résumé

Cette étude s'origine de ma confrontation dans ma pratique clinique à 2 cas très évocateurs d'un possible lien lombalgie chronique / trouble vasculaire.

Une revue de la littérature récente (une étude coréenne, une étude japonaise) mais aussi plus ancienne (Dejerine, Dutil Lamy, travaux de Marey sur l'onde de pouls) m'a incité à approfondir cette question.

Médecin généraliste, j'ai appuyé ma recherche sur mes observations cliniques (débutées en 2008) que j'ai pu compléter (à partir de 2014) par la mesure de la vitesse de l'onde de pouls (VOP).

Au plan des données purement cliniques, en 2011, l'étude de 103 dossiers de patients se plaignant de lombalgies chroniques montre que les traitements du terrain vasculaire (dyslipidémie, hypertension au bras, hyperagrégabilité) amènent une disparition des lombalgies chroniques dans 30 % des cas environ.

Afin de mieux préciser cet éventuel terrain vasculaire, à partir de 2014, je réalise systématiquement chez les patients se plaignant de lombalgies chroniques la mesure de la VOP, grâce à l'appareil pOpmètre.

Sur les 152 patients ainsi explorés, de 2014 à 2016, 128 (84 %) sont hypertendus au bras.

Sur ces 152 patients 135 ont pu bénéficier d'une évaluation répétée de suivi avec le pOpmètre.

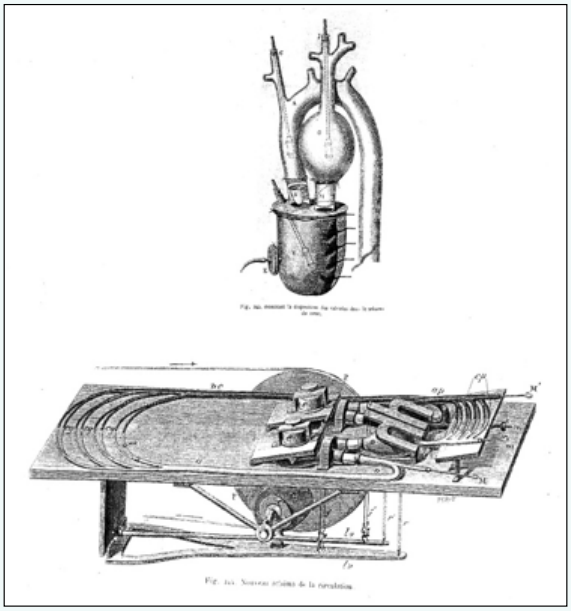
Parmi les 135 dossiers complètement étudiés on trouve :

- 27 cas de « névrites d'appui pures » avec imagerie scanner significative et absence de perturbation de la VOP.
- 58 cas de « névrites mixtes » avec imagerie scanner compatible avec un appui mais aussi facteurs de risque vasculaires notamment l'hypertension.
- 50 cas de « névrites vasculaires pures » sans anomalie significative de l'imagerie scanner.

Dans ce groupe tous les patients (sauf 2) sont hypertendus au bras et la mesure de la VOP (VOP droite, VOP gauche, Delta VOP) avec le recours éventuel à l'angioscanner ont permis de confirmer et de préciser le terrain vasculaire :

- Anévrysme de l'aorte sous rénale (3 patients)
- Réduction artéritique du calibre moyen vasculaire (24 patients présentant un ralentissement de la VOP)
- Rigidité vasculaire diffuse (23 patients présentant une accélération de la VOP)

Dans ces 50 cas, représentant 37 % de l'effectif complètement exploré, on assiste à une très forte et durable amélioration de l'état clinique par des techniques de traitement vasculaires (médicales ou chirurgicales selon l'anomalie repérée au pOpmètre).

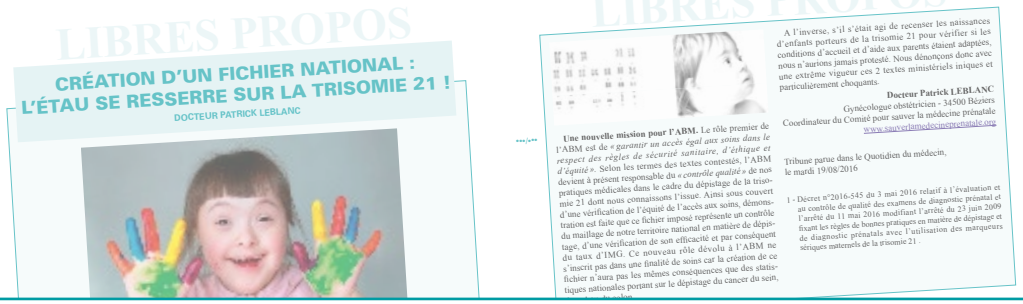


« Citer, disent les Kabyles, c'est ressusciter ».
Pierre Bourdieu,
Leçon sur la leçon. Paris Minuit 1982, page 52.

Docteur Marc HAGELSTEEN

Bibliographie

1. Dejerine J. (1914). Sémiologie des affections du système nerveux. Paris : Masson Editeur.
2. E.J Marey. (1881). La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies, G. Masson éditeur, Paris. (p 710, 711, 712, 713). (p 150)
3. Ha I-H, Lee J, Kim M-r, Kim H, Shin J-S. (2014). The Association between the History of CardiovascularDiseases and ChronicLow Back Pain in South Koreans : A Cross-SectionalStudy. PLoS ONE ; 9(4) : e93671. DOI :10.1371/journal.pone.0093671.
4. Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, H. Edwards, Paris, Librairie de Victor Masson, 1859, Tome IV, page 189-190.
5. Tsuchi H, Miyakoshi N, Kasukawa Y, Nishi T, Abe H, Takeshima M, Yoichi S. (2013). High prevalence of abdominal aorticaneurysm in patients withchroniclow back pain. J Exp Med ; 230 : 83-86.
6. Shirakasa M, Takayama B, Sekiguchi M, Konno S, Kikuchi S. (2008). Vasodilativeeffects of prostaglandin E1 derivate of nerve roots in a canine model of chronicallycompressed cauda equina. BMC Musculoskeletdisord. Apr 8 ; 9 : 41.



LIBRES PROPOS

CRÉATION D'UN FICHIER NATIONAL : L'ÉTAU SE RESSERRE SUR LA TRISOMIE 21 !

DOCTEUR PATRICK LEBLANC

LIBRES PROPOS

Une nouvelle mission pour l'ABM. Le rôle premier de l'ABM est de *« garantir un accès égal aux soins dans le respect des règles de sécurité sanitaire, d'éthique et d'équité »*. Selon les termes des textes contestés, l'ABM devient à présent responsable du *« contrôle qualité »* de nos pratiques médicales dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 dont nous connaissons l'issue. Ainsi sous couvert d'une vérification de l'équité de l'accès aux soins, démonstration est faite que ce fichier imposé représente un contrôle du maillage de notre territoire national en matière de dépistage, d'une vérification de son efficacité et par conséquent du taux d'IMG. Ce nouveau rôle dévolu à l'ABM ne s'inscrit pas dans une finalité de soins car la création de ce fichier n'aura pas les mêmes conséquences que des statistiques nationales portant sur le dépistage du cancer du sein,

A l'inverse, s'il s'était agi de recenser les naissances d'enfants porteurs de la trisomie 21 pour vérifier si les conditions d'accueil et d'aide aux parents étaient adaptées, nous n'aurions jamais protesté. Nous dénonçons donc avec une extrême vigueur ces 2 textes ministériels iniques et particulièrement choquants.

Docteur Patrick LEBLANC
Gynécologue obstétricien - 34500 Béziers
Coordinateur du Comité pour sauver la médecine prénatale
www.sauverlamedecineprenatale.org

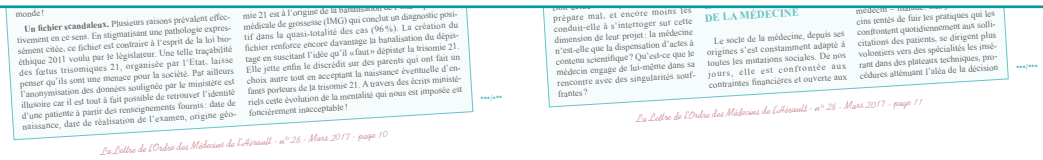
Tribune parue dans le Quotidien du médecin, le mardi 19/08/2016

1 - Décrets n°2016-545 du 3 mai 2016 relatif à l'évaluation et au contrôle de qualité des examens de diagnostic prénatal et l'arrêté du 11 mai 2016 modifiant l'arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec l'utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 .

Dans la LETTRE de l'Ordre des Médecins de l'Hérault, n° 28, l'article du Docteur Patrick LEBLANC concernant le « fichier national » du dépistage prénatal de la trisomie 21 a suscité la réaction du Docteur Nicolas FRIES dont nous publions ci-après la réponse.

Il s'agit, bien sûr là, d'un problème éthique majeur où l'avis personnel de chacun doit toujours être préservé et infiniment respecté.

La LETTRE de l'Ordre ne souhaite bien entendu pas ouvrir une polémique sur ce sujet.



monde !

Un fichier scandaleux. Plusieurs raisons prévalent effectivement en ce sens. En stigmatisant une pathologie expressément citée, ce fichier est contraire à l'esprit de la loi bioéthique 2011 voulu par le législateur. Une telle traçabilité des fœtus trisomiques 21, organisée par l'Etat, laisse penser qu'ils sont une menace pour la société. Par ailleurs l'anonymisation des données soulignée par le ministère est illusoire car il est tout à fait possible de retrouver l'identité d'une patiente à partir des renseignements fournis : date de naissance, date de réalisation de l'examen, origine géo-

mie 21 est à l'origine de la banalisation de la médicale de grossesse (IMG) qui conclut un diagnostic positif dans la quasi-totalité des cas (96 %). La création du fichier renforce encore davantage la banalisation du dépistage en suscitant l'idée qu'il « faut » dépister la trisomie 21. Elle jette enfin le discrédit sur des parents qui ont fait un choix autre tout en acceptant la naissance éventuelle d'enfants porteurs de la trisomie 21. A travers des écrits ministériels cette évolution de la mentalité qui nous est imposée est foncièrement inacceptable !

La Lettre de l'Ordre des Médecins de l'Hérault - n° 28 - Mars 2017 - page 10

prépare mal, et encore moins les conduit-elle à s'interroger sur cette dimension de leur projet : la médecine n'est-elle que la dispensation d'actes à contenu scientifique ? Qu'est-ce que le médecin engage de lui-même dans sa rencontre avec des singularités souffrantes ?

DE LA MÉDECINE

Le socle de la médecine, depuis ses origines s'est constamment adapté à toutes les mutations sociales. De nos jours, elle est confrontée aux contraintes financières et ouverte aux

médecin – malade
cins tentés de fuir les pratiques qui les confrontent quotidiennement aux sollicitations des patients, se dirigent plus volontiers vers des spécialités les insérant dans des plateaux techniques, procédures atténuant l'aléa de la décision

La Lettre de l'Ordre des Médecins de l'Hérault - n° 28 - Mars 2017 - page 11

MENACES SUR LE DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 FOETALE

Une nouvelle requête a été déposée auprès du Conseil d'Etat demandant l'annulation de l'arrêté et du décret qui encadrent l'évaluation du dépistage de la trisomie 21 et, de ce fait, le contrôle de la qualité des pratiques des professionnels concernés. Les professionnels s'alarment de cette démarche qui conduirait à la régression de la médecine prénatale et remettrait en cause ce dépistage.

En France, le dépistage de la trisomie 21 est organisé, avec les biologistes, depuis 1997. Depuis 2011 toute femme enceinte est informée de la possibilité de recourir à un dépistage consistant à évaluer le risque de trisomie 21 pour l'enfant à naître (prise de sang et échographie du foetus au premier trimestre de la grossesse). Un risque élevé induit une proposition de prélèvement afin de confirmer ou non le diagnostic. La femme enceinte est libre d'accepter ou de refuser cette information. Si elle a souhaité la recevoir, elle est libre de recourir ou non au dépistage et le cas échéant au test de diagnostic qui pourrait en découler. Elle reste, par-dessus tout, libre d'accueillir cet enfant ou d'interrompre la grossesse en cas de confirmation du diagnostic.

Pour évaluer ce dépistage et permettre aux professionnels d'analyser la qualité de leurs pratiques, les deux textes juridiques attaqués encadrent le recueil par l'Agence de la Biomédecine de certaines données parfaitement anonymes. Il n'y a en aucune manière constitution d'un " fichier national des foetus et des nouveaux-nés porteurs d'une trisomie 21 ". Seules sont collectées les données des examens pratiqués chez ces femmes ayant souhaité bénéficier de ce dépistage. Les premiers résultats montrent que, depuis 2010, le taux d'amniocentèses a été divisé par plus de deux en France, faisant chuter d'autant le nombre des pertes foetales induites. Cette évaluation a également permis aux pouvoirs publics et aux organisations professionnelles de mettre en place différentes procédures améliorant le dépistage pour le rendre plus fiable et moins dangereux pour la grossesse. Ce retour d'expérience est par ailleurs une source indispensable en vue de délivrer une information loyale aux femmes qui le souhaitent afin qu'elles puissent faire un choix éclairé.

La clause de conscience permet à tout médecin, à toute sage-femme de participer ou non au dépistage prénatal sous réserve d'informer la femme enceinte et de lui laisser sa liberté de choix. S'il y participe, il accepte en conséquence de facto l'évaluation de sa pratique et contribue à l'évaluation globale du dépistage au niveau national. C'est là la moindre des contraintes qu'un médecin ou une sage-femme puisse s'imposer s'il veut prétendre à une pratique professionnelle responsable.

Par sa requête, un groupe de pression entrave les efforts conjugués des pouvoirs publics et des professionnels de santé dans l'amélioration de leurs pratiques et les privent des éléments d'information nécessaires au choix éclairé des femmes et des familles.

Nous demandons le maintien des textes actuels.

Docteur Nicolas FRIES
Gynécologue à Montpellier
Past Président du Collège Français d'Echographie Fœtale.

LE SEL, UN TUEUR SILENCIEUX : AGISSONS…

Si la consommation de sel est nécessaire pour l'homme afin d'assurer un bon équilibre métabolique, ses besoins en sont très limités. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise de ne pas dépasser 5 grammes par jour, mais on estime les besoins biologiques réels à environ 2 grammes. Or les hommes en France en consomment en moyenne 9 g et les femmes 7 g, quant aux amateurs de frites, chips et apéritifs salés ils peuvent allégrement dépasser les 12 grammes. Les effets sur la santé d'un excès de consommation de sel sont parfaitement identifiés : 30 000 à 50 000 décès par an ! (source Pierre Meneton INSERM). Ils sont liés à des hausses de la tension artérielle, à des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux

Au-delà de ces maladies cardiovasculaires, les maladies auto immunes (affection de la thyroïde comme certaines thyroïdites, affections cérébrales comme la sclérose en plaques, affections digestives comme la maladie cœliaque…) sont sensibles au sel selon différentes études. L'excès de sel semblerait pouvoir favoriser les poussées et évolutions défavorables de ces pathologies.

Il importe donc de tout mettre en œuvre pour réduire, dès le plus jeune âge, les prises directes et indirectes de sel (produits alimentaires transformés) en réduisant en priorité la consommation de multiples produits industriels. En effet ils sont nombreux à en contenir en excès pour retenir l'eau et ainsi alourdir les préparations, pour stimuler également les prises alimentaires car il s'agit d'un exhausteur du goût. Par ailleurs le sel permet aussi, et surtout, de masquer des produits industriels extrêmement fades. Les pouvoirs publics devraient agir de façon plus efficace face à ce problème majeur de santé publique. Il est de leurs responsabilités d'améliorer la réglementation, et ce, au niveau Européen avec, par exemple, le fait d'imposer qu'il n'y ait pas plus de 0, 75 g de sel par portion de plat cuisinés industriels, réduire de 30 % la concentration en sel du pain. Les produits d'importation hors EU devraient, bien entendu, se soumettre à ces règles. Individuellement, à domicile, il importe de conseiller à tous nos patients de ne pas mettre de salière sur la table, de cuire les aliments avec des épices et plantes aromatiques (thym, romarin…) et sans, ou avec très peu, de sel. Il existe aussi des condiments pauvres en sel pouvant être utilisés comme le « sel aux herbes » et le « gomasio » qui contient des graines de sésames grillées broyées associées à uniquement 5 % de chlorure de sodium. Finalement on peut aisément, en réorientant les apports, habituer nos patients à réduire considérablement les apports en sel pour leurs bien être et santé.

Docteur Laurent CHEVALLIER

LIBRES PROPOS

Je voudrais soumettre une réflexion concernant le contexte difficile de **pénurie d'anesthésistes dans le secteur public** à l'heure actuelle.

Je me rends compte que ma présence régulière permet de stabiliser un peu la tension au bloc opératoire due à la rotation incessante des médecins remplaçants.

Ne serait-il pas possible de favoriser cette façon d'occuper les postes libres en informant les médecins anesthésistes retraités désireux de poursuivre une activité réduite et intéressante ?

La rémunération est inférieure de plus de 50 % du tarif *« remplaçant »*, mais il s'agit d'un complément retraite, et le contrat renouvelable tous les 3 mois peut être rompu quand le poste est occupé par un PH.

Cette démarche permettrait d'occuper les postes en attendant la fin de la pénurie et de réduire ainsi cette rotation de remplaçants rémunérés à un tarif qui démotive les PH en place.

Le passage à la retraite se fait en douceur avec la sensation de rendre service.

La régularité de la présence permet un fonctionnement plus stable à un coût moindre.

Et si les postes sont occupés, les remplaçants *« professionnels »* s'intéresseront peut-être à une installation définitive ?

Mon expérience a illuminé la fin de ma carrière…

Docteur Josette AUGEREAU

INFORMATIONS PRATIQUES

VACCINATION

L'ORDRE DES MÉDECINS SE FÉLICITE DE L'EXTENSION PROCHAINE DE L'OBLIGATION VACCINALE À ONZE VACCINS À TITRE TEMPORAIRE

L'Ordre des médecins salue les récentes déclarations de la ministre des Solidarités et de la Santé, qui sont venues confirmer l'extension à onze vaccins de l'obligation vaccinale à partir du 1er janvier 2018.

L'Ordre a régulièrement rappelé l'importance d'avoir une gouvernance claire de la part des pouvoirs publics pour faire face au défi qu'est la défiance vis-à-vis de la vaccination. Il soutient donc les mesures annoncées par Madame Agnès Buzyn.

L'Ordre est notamment satisfait de l'introduction d'une clause d'exigibilité, selon laquelle un enfant non vacciné ne saurait entrer en collectivité. Il s'agit d'une demande exprimée dès janvier 2015 par l'Ordre des médecins et l'Académie de médecine, dans une déclaration commune.

L'Ordre accueille également favorablement la décision de refuser le principe d'une clause d'exemption face à l'obligation vaccinale. L'Ordre s'était publiquement opposé au principe de clause d'exemption. Une telle clause aurait en effet été à même d'affaiblir considérablement la portée de cette décision importante en termes de santé publique.

PRÉSERVER L'EMPLOI DES PERSONNES DONT L'ÉTAT DE SANTE SE DÉGRADE

COMMENT FAIRE ?

Nous sommes souvent confrontés à certains patients qui présentent des problèmes de santé pouvant aller jusqu'à remettre en cause leur emploi. Au final certains ont été licenciés pour inaptitude. Probablement que vous conseillez à ces patients de prendre contact avec le médecin du travail. Vous pouvez aussi à tout moment leur conseiller de prendre contact avec nous les Sameth que votre patient soit en activité (ne souhaitant pas s'arrêter malgré leur difficulté de santé) ou en arrêt de travail.

Nous avons des **outils efficaces à mettre en œuvre : analyse de la situation detravail, étude ergonomique, essai de matériel adapté, …)**. Notre **proximité avec les services de santé au travail** facilite les prises de contacts. Pour les personnes en arrêt de travail, notre convention avec la **CPAM via la CARSAT** nous permet de travailler précocement pour préparer le retour en emploi et prendre contact également avec l'entreprise. L'idée est de ne pas attendre la fin de l'arrêt de travail pour préparer la reprise s'agissant de personnes dont on suspecte des restrictions d'aptitude (physiques, sensorielles et mentales).

Le SAMETH accompagne les **entreprises et les personnes en emploi en situation de santé fragilisée durablement**. Ces personnes peuvent à terme relever d'un des statuts de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (cf : loi de 2010)

Le but du Sameth est de rechercher et de mettre en œuvre des **solutions de maintien dans l'emploi**, pour les **personnes dont la santé est fragilisée**, en partenariat avec les **Services de Santé au Travail, la CARSAT, la MSA, le RSI, la MDPH, les OPCA et les organismes de formation**. Le Sameth peut contribuer à l'aménagement technique du poste de travail, à la recherche de solution organisationnelle, à la recherche d'un autre poste plus adapté dans la même entreprise, ou préparer la reconversion professionnelle.Nous sommes dans une démarche de sécurisation du parcours professionnel.

Ce service gratuit est proposé grâce à un **cofinancement de l'Agefiph et du Fiphfp. Nous mettons en œuvre une mission de service public via l'AGEFIPH**.

Grâce à votre initiative, la réussite du maintien dans l'emploi résultera d'une construction de solutions adaptées en collaboration avec **l'employeur, la personne concernée, le médecin du travail compétent et le conseiller SAMETH**.

Si vous souhaitez plus de précision sur le Sameth son adresse et comment le contacter :

- **Lien avec la plaquette en PDF (offre de service, comment nous contacter, horaires, adresse)**
- **Liens avec site Sameth 34**

sameth

Handicap & Entreprises
solutions actives pour le maintien dans l'emploi

A qui s'adresse notre service ?

Public visé:

- Salariés et employeurs. des secteurs privé ou public.
- Exploitants agricoles.
- Travailleurs independant.

Quand ?

Un problème de santé durable risque de remettre en cause la poursuite de l'activité professionnelle.

Solutions de maintien en emploi ?

- Au poste de travail.
- Dans un autre poste de l'entreprise.
- Si échec: reconversion externe dans une autre entreprise.

Les acteurs du maintien ?

- La personne / le salarié.
- Médecin compétent. (traitant, médecin du travail,ou de prévention)
- Employeur.
- Conseiller sameth.
- Service social de l'assurance maladie.

Sameth, un service agefiph

Le **SAMETH** intègrera capemploi34 au 01/01/2018. Il accompagne les **entreprises et les personnes en emploi en situation de santé fragilisée durablement**, quand il y a inadéquation entre la situation de travail et les contraintes engendrées par l'état de santé.
Ces personnes peuvent à terme relever d'un des statuts de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (cf : loi de 2010)
Son but est de rechercher et de mettre en œuvre des **solutions de maintien dans l'emploi,** en contribuant à l'aménagement technique du poste de travail, à la recherche de solution organisationnelle, à la recherche d'un autre poste plus adapté dans la même entreprise, ou à préparer la reconversion professionnelle.

Ce service est proposé grâce à un **cofinancement de l'Agefiph et du Fiphfp.**

Le SAMETH travaille en partenariat avec les Services de Santé au Travail, la CARSAT, la MSA, le RSI, la MDPH, les OPCA et les organismes de formation.

La réussite du maintien dans l'emploi résulte d'une construction de solutions adaptées en collaboration avec l'employeur, la personne concernée, le médecin compétent et le conseiller **SAMETH**.

Bénéficiaires:

- Les entreprises et associations du secteur privé et leurs **salariés en CDI ou CDD de plus de 6 mois**, y compris les entreprises sous accord agréé et les établissements relevant de l'OETH
- Les établissements des trois fonctions publiques et leurs agents
- Les travailleurs indépendants (exploitants agricoles, professions libérales, artisans et chefs d'entreprise non-salariés...).

Pour quelle situation:

Pour une personne dont l'état de santé **impacte son activité professionnelle**:

- Qui présente des restrictions d'aptitude à son poste
- Ou pour laquelle le médecin du travail préconise la mise en place de moyens techniques à son poste pour compenser les contraintes liées à son état de santé.
- Ou qui est en arrêt de travail et dont la reprise à son poste paraît compliquée ou compromise.

Missions:

- Informations sur le cadre juridique et la démarche de maintien dans l'emploi
- Analyse de la situation et accompagnement dans la recherche et la construction d'une solution adaptée et durable
- Mobilisation des aides et prestations techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien:
  - Mesures Agefiph, Fiphfp, MDPH, CARSAT, MSA, RSI
  - Expertises en handicaps spécifiques (auditif, visuel, mental, psychique)
  - Etudes ergonomiques
  - Bilan d'orientation professionnelle (Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle ou bilan de compétences)

agefiph

Nous contacter:

Sameth 34
335 avenue Professeur Jean Louis Viala
34090 Montpellier

Téléphone:
04 99 54 29 60
secretariat@sameth34.org

Horaires
Du lundi au jeudi : 8h30 à 12h30 • 13h30 à 17h30
Le vendredi : 8h30 à 12h30 • 13h30 à 16h30

À PROPOS D'UNE MALADIE MÉCONNUE L'HÉMOCHROMATOSE GÉNÉTIQUE

Pourquoi devrait-on obtenir un dépistage systématique ?

Plusieurs arguments plaident en sa faveur

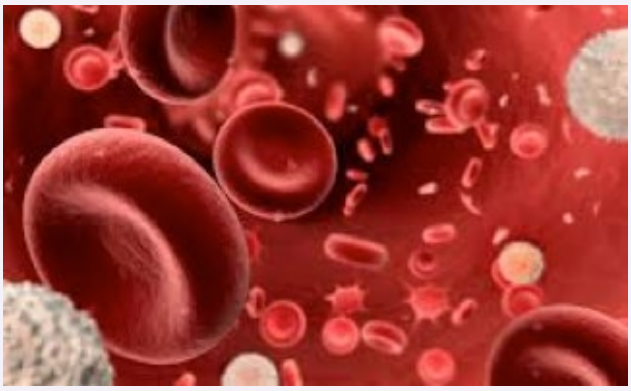
• L'hémochromatose génétique est la maladie héréditaire la plus fréquente dans la population caucasienne (Europe, USA, Australie). En France, la fréquence est estimée à 1/200 sujets porteurs de la mutation, soit 320 000 individus.

• L'hémochromatose génétique peut être diagnostiquée facilement (fatigue extrême, douleurs articulaires, troubles sexuels) et par une prise de sang pour rechercher la saturation de la transferrine (transport du fer), la ferritine (amas de fer) et surtout la mutation du gène HFE en C282Y/C282Y ou C282Y/H63D.

• L'hémochromatose génétique est grave dans 35 % des cas lorsque la surcharge en fer dépasse 20 à 40 g, responsable de diabète, cardiomyopathie, cirrhose et cancer, douleurs incessantes nécessitant des prothèses, invalidités et décès prématurés (1 500 par an).

• Le traitement par saignées est simple, efficace, à 400 ou 500 ml, régulé par le taux de ferritine et le taux d'hémoglobine qui doit être supérieur à 10 g. Le sang des patients peut être gardé pour être transfusé.

Un dépistage systématique permettrait de faire disparaître cette maladie. Un diagnostic à 20-40 ans alors que la



surcharge en fer est de 7-8 g permet une espérance de vie normale. Faisons de la prévention pour éviter des vies douloureuses, une fatigue épuisante et des complications viscérales.

Dosez toujours la ferritine dans une prise de sang.

Professeur Henri MICHEL

Association Hémochromatose France
BP 57118 - 30912 nimes CEDEX 2
TEL : 04 66 64 52 22 - FAX : 04 66 62 93 87
Email : hemochromatose@orange.fr
web : http : //www.hemochromatose.fr

FILIÈRE DE SANTÉ ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE CAUSES RARES

La filière de santé nationale pour les Anomalies du Développement et la Déficience Intellectuelle AnDDI-Rares coordonnée par les Pr Laurence OLIVIER-FAIVRE et Pr Christel THAUVIN, lance une action de communication à l'attention des médecins généralistes dans le cadre de l'amélioration des liens ville-hôpital avec plusieurs buts :

• sensibiliser aux maladies rares,

• mieux définir les maladies du développement,

• transmettre des outils d'information pour les médecins et leurs patients,

• donner des informations sur la préparation nécessaire à une consultation de génétique.

A cet effet, une plaquette a été conçue, téléchargeable sur le site de notre filière de santé à partir du lien suivant : http://www.anddi-rares.org/assets/files/preparer-sa-consultation-de-genetque-medecins.pdf

Une autre plaquette similaire a été réalisée à l'attention des patients :
http://www.anddi-rares.org/assets/files/preparer-sa-consultation-de-genetque-patients.pdf

Professeur Laurence OLIVIER-FAIVRE, MD-PhD

AnDDI-Rares

Equipe de coordination - Filière de Santé AnDDI-Rares
Tel : +33 (3) 80 28 14 12 - Fax : +33 (3) 80 29 32 66
@ : anddi-rares@chu-dijon.fr
Service de Génétique, Hôpital d'Enfants,
14 rue Paul Gaffarel, 21079 Dijon

CERTIFICAT DE DÉCÈS - ÉTABLISSEMENT CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

La réglementation relative à la certification des décès a été modifiée par :

- le décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès ;
- le décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient ;
- l'arrêté du 17 juillet 2017relatif aux deux modèles du certificat de décès.

1. LE CERTIFICAT DE DÉCÈS

La loi précise que *« L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. »* (article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales).

Le décret n°2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès est venu compléter les mentions qui figurent sur le certificat de décès. Il crée un volet médical complémentaire au certificat destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès et après que les volets administratif et médical du certificat de décès ont été adressés aux institutions et organismes compétents.

1.1 Présentation du certificat de décès

Le certificat de décès est composé de :

1 ° **Un volet administratif** comportant :
a) La commune de décès ;
b) Les date et heure de décès ;
c) Les nom, prénoms, date de naissance, sexe et domicile du défunt ;
d) Les informations nécessaires à la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil et à la réalisation des opérations funéraires ;

2° **Un volet médical relatif aux causes de décès** ;

Le volet administratif et le volet médical sont remplis par le médecin qui constate le décès.

3 ° **Un volet médical complémentaire** lorsqu'une recherche médicale ou scientifique des causes du décès a été réalisée ou qu'une autopsie judiciaire a été ordonnée.

Le volet médical complémentaire est établi par le médecin qui procède à la recherche médicale ou scientifique des causes de décès ou à l'autopsie judiciaire.

Le volet médical et le volet médical complémentaire sont anonymes. Ils ne comportent ni le nom, ni le prénom de la personne décédée, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

1.2 Modèles de certificat de décès

Le certificat de décès est rédigé sur des modèles établis par le ministère chargé de la santé.

Depuis le 1er janvier 1997, il existe deux modèles de certificat de décès. Le premier concerne les décès néonatals jusqu'à vingt-sept jours de vie (mort-nés exclus). Le second concerne les décès à partir du vingt-huitième jour.

L'arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès a modifié les certificats de décès.

Ces nouveaux modèles doivent être utilisés par les médecins à partir du 1er janvier 2018.

Les médecins pourront se procurer ces modèles de certificat de décès :

Sur support électronique

- sur le site internet dédié de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale à l'adresse suivante : https://sic.certdc.inserm.fr ;
- sur l'application mobile CertDc ;
- sur le site internet d'une personne morale de droit public ou privé ayant conclu une convention avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale l'y autorisant.

Sur support papier auprès des Agences régionales de santé.

1.3 Certification électronique des décès

L'article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales prec, se que : *« I. - **Le médecin ayant constaté le décès établit, dans les meilleurs délais, sur support électronique un certificat dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique**. Il transmet sans délais les volets de ce certificat dans les conditions fixées aux Il, Ill et IV.*

*II. - **Le volet administratif du certificat de décès est établi sur support électronique ou à défaut sur papier en quatre exemplaires signés par le médecin**. Il est transmis à la mairie du lieu de décès, à la régie, à l'entreprise ou à l'association, habilitée dans les conditions définies à l'article L. 2223-23, chargée de pourvoir aux funérailles et, en cas de transport du corps, à la mairie du lieu de dépôt du corps et au gestionnaire de la chambre* funéraire.

III. - ***Les données du volet médical du certificat de décès sont transmises par le médecin, après chiffrement, à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale*** ou à *l'organisme chargé par cet institut de gérer le système de collecte et de transmission des certificats saisis, dans les conditions définies par cet institut et visant à garantir la sécurité, la confidentialité et l'intégrité de ces données.*

*IV. - **La transmission du certificat de décès, ou à défaut son édition sur papier, ne peut avoir lieu que si le volet administratif et le volet médical sont intégralement établis**.*

•••/•••

•••/•••

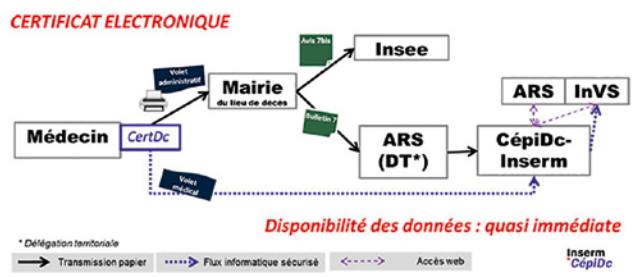
Pendant les quatre-vingt-seize heures suivant la transmission du certificat de décès, le médecin peut modifier les informations du volet médical. Toute modification pendant ce délai donne lieu à une nouvelle transmission à l'organisme destinataire.

V. - Lors de la réception du volet administratif, l'officier d'état civil de la mairie envoie par voie postale ou électronique à l'Institut national de la statistique et des études économiques un bulletin dans les conditions définies par le décret n ° 82-103 du 22 janvier 1982 modifié relatif au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

En attendant l'approbation par arrêté du référentiel d'authentification mentionné à l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique applicable à la transmission dématérialisée des certificats de décès, **les médecins qui constatent le décès établissent le certificat de décès sur support électronique en s'identifiant au moyen d'une carte de professionnel de santé** ou d'un dispositif équivalent d'authentification individuel agréé par le groupement d'intérêt public (ASIP Santé).

Le site internet «CertDc» www.certdc.inserm.fr est à la disposition des médecins pour certifier électroniquement les décès et permettre la transmission automatique du volet médical au CépiDc-Inserm (laboratoire en charge de la collecte et de l'analyse des causes de décès depuis 1968).

Circuit du certificat de décès électronique



LES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

2.1. La rémunération du certificat de décès dans le cadre du décret 2017-1002 du 10 mai 2017

Le décret 2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rému nération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient prévoit en son article 1er que *« sont pris en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, en application de l'article L. 162-5-14-2, les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé par les médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-5-10, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 :*

« 1 ° Au domicile du patient, y compris dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou lorsque le patient réside dans un établissement social ou médico-social ;

« 2 ° Aux horaires suivants :

« a) Sur l'ensemble du territoire national : la nuit entre 20 heures et 8 heures, le samedi, le dimanche et les Jours fériés de 8 heures à 20 heures, le lundi lorsqu'il précède un Jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un Jour férié de 8 heures à 20 heures ;

« b) En outre, dans les zones déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, pris en application du 1 ° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique : de 8 heures à 20 heures.

« Il. - L'examen est rémunéré par un forfait versé au médecin libéral ou salarié d'un centre de santé, sur la base d'une attestation sur l'honneur de la réalisation de l'examen par le médecin, transmise à l'organisme d'assurance maladie. « Ce forfait est versé par les régimes d'assurance maladie obligatoire sans avance de frais du patient.

« Le montant de ce forfait est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

L'article 1er de l'arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient dispose que *« l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient dans les conditions fixées par l'article O. 162-30 du code de la sécurité sociale est rémunéré par un forfait d'un montant brut de 1 OO euros. Ce forfait rémunère la visite réalisée dans ce cadre et les frais de déplacement afférents. Ce forfait est versé aux médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 du même code, par la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement ».*

Le décret étant d'application immédiate, le médecin appelé à rédiger un certificat de décès ne peut plus réclamer, lorsqu'il se trouve dans les conditions de l'article 1er du décret du 1 O mai 2017, des honoraires pour la rédaction de ce certificat. Dans ce cadre-là et, depuis le 11 mai 2017, le médecin bénéficie d'un forfait fixé à 100€ qui est directement versé par l'assurance maladie.

2.2. La rémunération du certificat de décès dans les autres cas

En dehors des situations mentionnées par le décret, la rémunération du certificat de décès n'est pas fixée réglementairement. Les honoraires réclamés ne sont pas tarifiés et ne peuvent donc pas donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie, dans l'état actuel de la réglementation.

Le médecin devra donc fixer ses honoraires avec tact et mesure, conformément à l'article 53 du code de déontologie (article R 4127-53 du code de la santé publique).

Nous vous prions de croire, Madame ou Monsieur le Président, Madame ou Monsieur le Secrétaire général, à l'assurance de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Docteur Jean-Marie FAROUDJA
Président de la section Éthique et Déontologie

Docteur François SIMON
Président de la section Exercice Professionnel

Docteur Walter VORHAUER
Secrétaire général

RÉSOD'OC : LE COLLECTIF DES RÉSEAUX DE SANTÉ EST OCCITANIE

Depuis 2014, Résod'OC regroupe et fédère les réseaux de santé territoriaux et régionaux de l'ex région Languedoc-Roussillon. **Son objectif est de rendre lisibles les réseaux sur le territoire, en valorisant leur savoir-faire**.

Au service des professionnels de santé dans le cadre du soutien à l'orientation et à la coordination des parcours de soins complexes des patients, les réseaux de santé sont composés d'équipes pluridisciplinaires issues du sanitaire, social et médico-social.

Ils mettent à disposition des professionnels de santé : référentiels, expertises et compétences, et font le lien avec l'ensemble des partenaires du parcours de santé.

LES CHAMPS D'INTERVENTION DU COLLECTIF

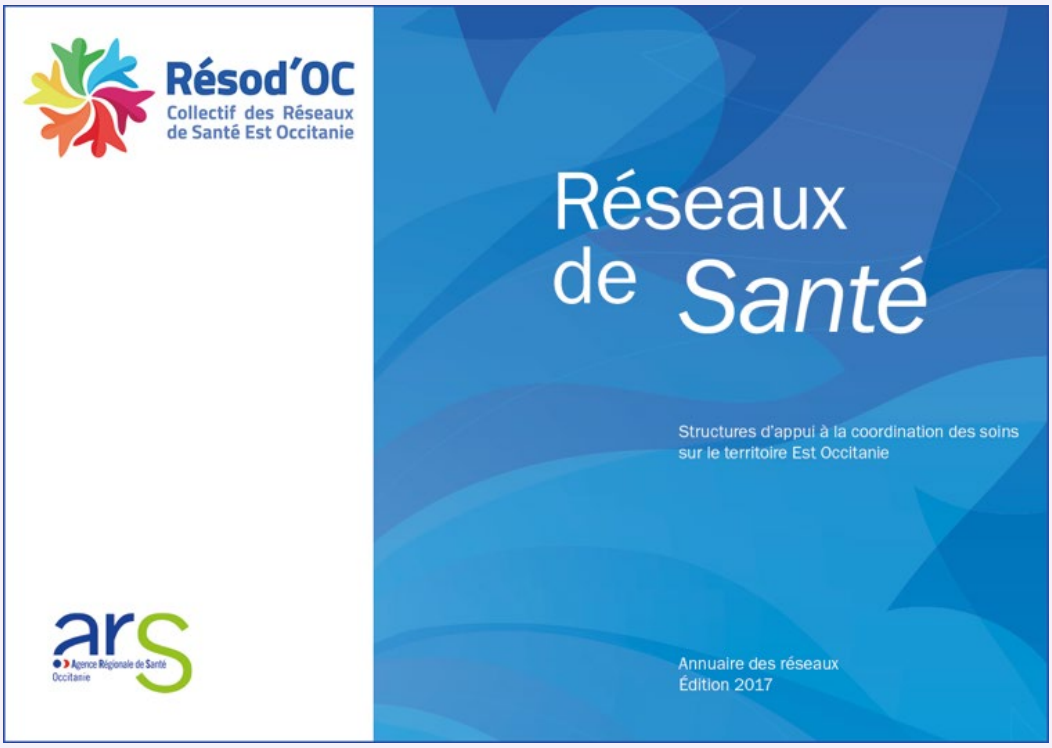
Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, Résod'OC *« apporte son expertise aux réseaux à l'occasion du déploiement des Plateformes Territoriales d'Appui »*, précise le Pr. Christian Préfaut, Président du Conseil d'administration.

Résod'OC permet aux acteurs des réseaux une évolution de leurs pratiques professionnelles en proposant groupes de travail et formations, dans différents domaines (communication, démarche qualité / évaluation, gestion des ressources humaines et financières, projets de structure, accompagnement au déploiement des PTA).

L'AVENIR PROMETTEUR D'UNE FÉDÉRATION *« OCCITANIE »*

En réponse à une attente de l'ARS et dans le cadre d'une collaboration entre Résod'OC et Résomip (qui rassemble les réseaux de l'ouest de la région), une fusion est engagée pour qu'une seule entité voit le jour en 2018. Le travail sur le nouveau projet de structure, la définition des missions d'accompagnement, la constitution des équipes est actuellement en cours. Cette nouvelle entité fédérera ainsi l'ensemble des réseaux de santé de la région Occitanie.

Le collectif est financé par le Fond d'Intervention Régional et relève du Pôle soins de premier recours de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.



Pratique ! L'annuaire Résod'OC répertorie par thématique santé les réseaux membres du collectif. Il est téléchargeable gratuitement sur le site resodoc.org, et peut vous être envoyé par courrier sur simple demande au 04 99 74 86 88 ou par mail à **communication@resodoc.org**.

Retrouvez sur resodoc.org la présentation détaillée des réseaux adhérents, les newsletters du collectif et les derniers rapports d'activités.

MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Bernard BERAL, Bâtonnier de l'Ordre des Avocats, nous informe :

« dans le cadre des missions que certains médecins sont amenés à exécuter lorsqu'ils sont désignés, en particulier, par des Procureurs de la République ou des magistrats pour effectuer les examens osseux sur les jeunes isolés afin de déterminer et évaluer leur situation de minorité ou non, les dispositions de l'article 388 du Code Civil sont extrêmement claires et il convient de s'y rapporter.

Toutefois, bien conscient de la charge de travail des médecins et peut-être parfois de leur méconnaissance de la règle de droit, je me permets de les solliciter pour attirer leur attention sur quelques petits points essentiels lorsqu'ils effectuent les examens osseux susdits :

- Il y a lieu d'abord de vérifier systématiquement le consentement de la personne avant de procéder à l'examen radiologique avec, éventuellement, le concours d'un interprète lorsque le mineur ne comprend pas le français.

- Il est nécessaire, par ailleurs, que soit précisée expressément la marge d'erreur dans l'évaluation. En effet, en cas de marge d'erreur, celle-ci doit se lire au bénéfice de minorité, le doute bénéficiant au plus jeune.
- En cas de doute sur la minorité, il est interdit de procéder à tout examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires.
- Enfin je me permets de souligner que de nombreux mineurs qui se présentent devant les juridictions, placés en garde à vue ou déférés devant le Tribunal, sont dans des situations de délabrement de santé important. Certains présentent, en effet, des maladies hautement contagieuses, telles que la gale.

Il serait donc judicieux de sensibiliser les médecins à prescrire, sans délai, les traitements adaptés à ces maladies contagieuses. Bien entendu dans le strict respect de leurs obligations déontologiques et de leur serment.

Bernard BERAL
Maison des avocats
14, rue Marcel de Serres - CS 49503
34961 Montpellier Cx 2
www.avocats-montpellier.com

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

PRIX ESCULAPE

Vous avez un projet médical valorisant les valeurs humaines et éthiques de la médecine ?

Vous êtes médecin, inscrit à un tableau départemental français ?

Le Prix Esculape est fait pour vous.

Organisé par le Conseil départemental des médecins du Calvados (CDO 14), il récompense, chaque année, un projet d'envergure départementale, régionale, nationale, voire internationale, prônant des valeurs de respect, de considération et d'empathie. Il se veut un hommage à l'engagement et au dévouement des médecins.

Le montant de la dotation peut aller jusqu'à 8000 euros (selon le budget présenté).

La participation est gratuite.

Le dépôt des candidatures est clos le 1er mars de chaque année pour une remise du prix en juin.

Toutes informations et le règlement complet sont à votre disposition au secrétariat du CDO 14 :

13, rue Le Verrier - 14000 Caen • 02 31 86 38 28 • calvados@14.medecin.fr

N'hésitez pas à concourir, nous attendons vos projets avec impatience ! . . .

IN MEMORIAM

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

Hommage au Docteur Michel BALMES

Quand Josette m'a téléphoné le 16/12/2016, m'annonçant son décès, j'étais tellement bouleversé que j'ai oublié que l'on pouvait lui dire encore adieu sur la LETTRE de l'Ordre des Médecins de l'Hérault.

Un mois avant, il était venu me voir chez moi avec sa femme. Comme nous tous, j'ai vu qu'il avait vieilli, qu'il avait de la difficulté à s'exprimer, qu'il ne pouvait plus de ce fait depuis quelques mois servir de guide au Jardin des Plantes de Montpellier. Mais ce jour là, il venait aussi me dire qu'il ne s'occuperait plus des « repas des Dinosaures », tradition propre à nos Hôpitaux pour les Anciens nommés il y a 40 ans à l'Internat. C'est lui d'ailleurs qui avait choisi le Domaine du Grand Malherbes depuis déjà 10 ans.

Nous avons passé notre activité professionnelle côte à côte : lui chirurgien, moi médecin, sans nuage, dans le calme. Ces dernières années ont été pour lui émaillées de grands malheurs : séparation, perte accidentelle de son fils, soins pour son frère décédé. Cher Michel, pour moi, il était impensable que tu nous quittes sans te confirmer notre grande amitié.

À ton épouse, à ton frère Pierre, à Jean-Louis et à toute votre famille, je partage avec d'autres amis votre peine.

Professeur Henri MICHEL

Hommage au Docteur Pierre JONQUET

Le Docteur JONQUET nous a quittés à l'âge de 94 ans.

Pierre JONQUET était né le 20/02/1923. Il a suivi brillamment l'enseignement de la faculté de médecine de Montpellier pour obtenir le titre de Docteur en médecine le 2 mai 1955.

Aussitôt installé en cardiologie libérale en ville, il a rapidement développé une clientèle importante et très fidèle. Il a fait partie des « pères fondateurs » de la Clinique du Parc et à ce titre, il a très longtemps exercé la cardiologie dans cet établissement contribuant ainsi à la renommée et au développement de cette Clinique.

Pierre JONQUET était un homme affable, discret, d'une parfaite intégrité et d'une extrême gentillesse.

L'ayant côtoyé personnellement, j'ai pu apprécier sa grande humanité et sa culture, c'était un vrai « honnête homme ».

Il aimait la chasse et la nature. Passionné d'astronomie, il a pu bénéficier d'une longue retraite où il s'est adonné à la contemplation des étoiles, en parallèle avec de multiples activités bénévoles.

Que son épouse et ses trois enfants, et plus particulièrement le Professeur Olivier JONQUET reçoivent ici les condoléances attristées du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault.

Docteur Xavier de BOISGELIN

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

Docteur François BEC
né le 18/06/1940 - décédé le 26/06/2017

Docteur Jean-Noël BERNARD
né le 24/12/1934 - décédé le 14/06/2014

Docteur Christian BOUDET
né le 30/03/1926 - décédé le 26/05/2013

Docteur Suzanne BOUSQUET-LEVI
née le 07/07/1954 - décédée le 24/11/2017

Docteur Jeanine CAMPLO
née le 17/10/1928 - décédée le 06/06/2017

Docteur Christian CHAPOUTOT
né le 22/11/1966 - décédé le 18/09/2017

Docteur Jean-Claude CORBIERE
né le 02/01/1927 - décédée le 23/05/2017

Docteur Robert ENGLER
né le 19/08/1936 - décédé le 06/06/2017

IN MEMORIAM

Docteur Michel FOUCHET
né le 08/05/1925 - décédé le 22/08/2016

Docteur Isabelle FRESCAL
née le 22/08/1925 - décédée le 02/10/2017

Docteur Jean-Pierre GALAUP
né le 05/01/1945 - décédé le 03/03/2017

Docteur Bernard GRANIER
né le 13/09/1924 - décédé le 17/10/2017

Docteur Pierre JONQUET
né le 20/02/1923 - décédé le 13/09/2017

Docteur Jean-Edouard KUNNERT
né le 04/03/1957 - décédé le 02/03/2017

Docteur Guy MAFFRE
né le 01/04/1936 - décédé le 31/08/2017

Docteur Daniel MALLET
né le 10/12/1930 - décédé le 04/10/2017

Docteur Andrée MARSAULT-MONGUILLON
née le 10/09/1929 - décédée le 01/03/2016

Docteur Clément MARTY
né le 30/07/1932 - décédé le 29/08/2017

Docteur Vincent MAZERAN
né le 19/07/1929 - décédé le 03/10/2017

Docteur Jacques NICOLAS
né le 12/07/1944 - décédé le 14/10/2017

Docteur Jacques PUGET
né le 28/05/1947 - décédé le 11/10/2017

Docteur Jean RIOUX
né le 15/05/1925 - décédé le 17/03/2017

Docteur Claude ROQUES
né le 22/05/1950 - décédé le 30/04/2017

Docteur Jean-Claude SOLERE
né le 08/01/1937 - décédé le 02/03/2017

Docteur Jean-Pierre TARBOURIECH
né le 12/02/1949 - décédé le 18/06/2017

Docteur Renaud TICHIT
né le 08/01/1973 - décédé le 13/06/2017

Docteur Sedef TODOROV
né le 28/09/1968 - décédé le 13/01/2017

Docteur François TORKY
né le 30/05/1927 - décédé le 05/03/2017

LA PAGE BLANCHE !

…Nous permet de vous rappeler qu'elle est ouverte à tous les médecins voulant s'exprimer dans la LETTRE de l'Ordre, qui est la leur… Un article, un commentaire, un communiqué, une info ; La rubrique *« libres propos »* vous permet même de pousser *« un coup de gueule »*… qui n'engage que son auteur et en aucun cas la responsabilité de notre Conseil.

A adresser à : herault@34.medecin.fr

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir…

vous pouvez le demander par internet

www.conseil-departemental-34.medecin.fr

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de L'Hérault

Docteur AYRIVIE Pierre-Antoine *Conseiller*	Docteur CABANEL Bernard *Secrétaire Général Adjoint*	Professeur GUERRIER Bernard *Conseiller National*
Docteur BELIN-SAUGET Cécile *Vice-Président*	Docteur CATHALA Philippe *Vice-Président*	Docteur GUILHOU Edith *Trésorier Adjoint*
Docteur BENATIA Pierre *Conseiller*	Docteur DANAN Marcel *Conseiller*	Docteur HARMAND-ICHER Hélène *Conseiller*
Docteur BENOIST d'AZY Arnaud *Conseiller*	Docteur DELMAS Isabelle *Conseiller*	Professeur LAFFARGUE François *Conseiller*
Docteur BESSIERE Jacques *Conseiller*	Docteur DUBOURDIEU Jacques *Vice-Président*	Docteur MADER Muriel *Conseiller*
Docteur BILLET Jacques *Conseiller*	Docteur GIDDE Gisèle *Secrétaire Général*	Professeur MARY Henri *Trésorier*
Docteur de BOISGELIN Xavier *Président*	Docteur GROMOFF Serge *Conseiller*	Docteur VIDIL Hélène *Conseiller*