

Dérives, lectures caricaturales... Défendre l'éthique de l'EBM

Les critiques récurrentes semblent dénier l'éthique de l'Evidence based medicine, pourtant née du souci de soigner les patients équitablement. **Questions d'éthique p. 8**



Don d'organes : la fin de la pénurie ?

Après huit années de hausse consécutive, la France a connu une baisse significative des dons d'organes en 2018. Toutefois, la diversification des sources de greffons pourrait permettre de répondre à une demande croissante et aux indications de plus en plus étendues. **p.2**

● Les solutions innovantes aux sources de greffons

● Le principe du consentement présumé

● « La greffe de foie doit être évoquée pour chaque patient », selon le Pr Didier Samuel



Les assises de FMTL Femmes médecins : quelle vie ?

● Les assises du groupe Femme médecin et toutes les libérales (FMTL), organisées sous l'égide du SML, ont mis en lumière les facettes – et les difficultés – de l'exercice au féminin. Alors que la féminisation du corps médical se poursuit pour atteindre 47 % des effectifs totaux de praticiens en activité régulière, les participantes sont revenues sur les freins à l'installation en libéral et les acquis obtenus. Pour l'avenir, toutes les réformes visant à libérer du temps médical sont particulièrement attendues par les consœurs. **Lire la suite p. 4**



Réformer la santé Buzyn en rêve, le Danemark l'a fait

● En 2007, le Danemark a révolutionné son système de santé. Dix ans plus tard, l'Hexagone fait aussi le pari d'une réforme systémique. « La France est le pays qui nous rend le plus visite au monde », sourit, Anne Smetana, directrice adjointe d'Healthcare Danemark. Le Royaume a revu son système de santé, partant des mêmes constats : politique sanitaire trop centralisée, hôpitaux vieillissants, attente aux urgences, population de plus en plus âgée. La gouvernance du système de santé est passée à la main des régions et territoires. Un programme de reconstruction hospitalière a été engagé. Concentrés de soins ultra-spécialisés et des urgences vitales, 16 établissements de pointe ont été déployés dans les territoires. Cette mesure fait écho à la gradation des soins voulue par le projet de loi de santé français. **Lire la suite p. 4**

Éditorial

#TousDONNEURS

Les associations soutenant le don d'organes et de tissus se sont mises d'accord pour adopter un symbole commun, avec le soutien de l'Agence de la biomédecine et de la Fondation de l'Académie de médecine, qui prendra la forme d'un ruban vert. Ce symbole nous rappelle que nous sommes tous donneurs, quel que soit notre âge – et la gratitude de la société à l'égard des donneurs. Un total de 5 781 greffes ont été réalisées en France tous organes confondus en 2018 contre 6 105 en 2017. Après huit années de hausse, c'est donc 324 greffes de moins. De façon surprenante, cette baisse n'est pas associée au renforcement des dispositions législatives en termes de consentement présumé de janvier 2017. L'opposition de la population n'a pas augmenté depuis la mise en place du registre national des refus. Le taux de refus tend plutôt à baisser : 33 % en 2016, 30,5 % en 2017 et 30 % en 2018. Paradoxalement, l'une des principales causes de cette baisse est positive : une meilleure prise en charge des AVC et donc moins de greffons disponibles. Compte tenu des avancées médicales et de l'allongement de l'espérance de vie, il est indispensable de poursuivre la diversification des sources de greffons pour répondre à une demande croissante et à des indications de plus en plus étendues. L'un des moyens est d'inciter davantage de donneurs vivants à franchir le pas. Le développement du prélèvement sur des donneurs décédés après la décision médicale d'arrêter les traitements car leur état était trop grave doit être également encouragé – trop timide encore en France. Mais, aussi et surtout, investir dans les innovations techniques qui permettront de rendre « utilisable » un greffon considéré aujourd'hui comme non recevable. Ainsi, l'objectif du plan greffe 3 (2017-2021) de dépasser les 7 000 greffes en 2021 sera atteint avec autant de vies sauvées.

Dr Laetitia Fartoux

La loi de santé plaît au régime agricole CPTS et hôpitaux de proximité salués par la MSA **p. 4**



Frédérique Vidal veut soigner les étudiants Fragiles, les carabins réclament des solutions **p. 5**

Quand la metformine est contre-indiquée Nouvel analogue du GLP-1 dans le diabète **p. 6**



Alerte de l'Académie belge sur le régime vegan Elle s'inquiète pour les enfants et femmes enceintes **p. 7**

LES PERSPECTIVES FACE AU MANQUE DE GREFFONS

Après huit années de hausse consécutive, la France a connu une baisse significative des dons d'organes en 2018. Comment juguler cette pénurie ? La diversification des sources de greffons est nécessaire pour répondre à une demande croissante et à des indications de plus en plus étendues. Enquête dans le centre hépatobiliaire de l'hôpital Paul Brousse, le plus grand centre de greffes hépatiques en France.



SEBASTIEN TOUBON



1
Après une hépatectomie totale pour cirrhose compliquée (1), au CHB de Paul Brousse, l'équipe chirurgicale (2) prépare le patient receveur avant de greffer le nouveau foie (3)



2



3 PHOTOS SEBASTIEN TOUBON

Donneurs vivants, Maastricht III, réhabilitation... Des solutions innovantes face à la pénurie d'organes

Pour réduire l'écart entre les besoins en greffe et la disponibilité des greffons, il faut diversifier les stratégies et sensibiliser le grand public. C'est l'objectif de la journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe et de reconnaissance aux donneurs qui a eu lieu le 22 juin.

● Après plusieurs années de hausse, l'activité du prélèvement et de la greffe d'organes a baissé de 5 % en 2018. Cette baisse a toutefois été contenue par la mobilisation des différents acteurs du don d'organes. Dans un contexte de pénurie d'organes et alors que les indications pour la greffe sont de plus en plus étendues, cette baisse incite plus que jamais à développer des stratégies innovantes pour parvenir à réduire l'écart entre nombre de patients inscrits sur liste d'attente et nombre de patients greffés.

« *Aucun pays n'est dans une situation d'autosuffisance, les besoins augmentent plus vite que les organes disponibles* », indiquait Anne Courrèges, directrice générale de l'Agence de la biomédecine lors du live chat du « Quotidien » du 6 juin, précisant que la France est un pays très actif en termes de greffe. « *La pénurie est commune à tous les organes* », constate également le Pr Gilles Blancho qui dirige l'institut de transplantation urologie-néphrologie (ITUN) du CHU de Nantes.

Réhabilitation ex vivo

Pour pallier ce manque d'organes, plusieurs approches sont développées telles que le recours à des greffons à critères élargis (donneurs âgés de 57 à 70 ans notamment). « *Ils représentent désormais 80 % de l'activité de greffe pulmonaire à l'hôpital Foch, et les résultats sont aussi bons qu'avec les greffons "optimaux"* », indique le Dr Édouard Sage, chirurgien thoracique à l'hôpital Foch et responsable de la chaire universitaire de transplantation (Université de Versailles

Saint-Quentin-en-Yvelines/hôpital Foch).

Des techniques se développent pour améliorer la qualité de ces greffons non optimaux. Par exemple, l'hôpital Foch utilise en routine depuis 2016 une technique de « *réhabilitation* » *ex vivo* des greffons pulmonaires qui consiste à placer le poumon prélevé dans un dispositif médical en le perfusant avec un liquide nutritif pendant 2 à 4 heures afin d'optimiser sa fonction. « *Depuis sa mise en place en 2011, d'abord en recherche puis en routine, 103 patients supplémentaires ont ainsi pu être greffés à Foch, avec d'excellents résultats* », rapporte le Dr Sage. Quant à l'équipe du centre hépatobiliaire de l'hôpital Paul Brousse dirigé par le Pr Didier Samuel, elle contribue à une étude internationale visant à évaluer l'intérêt pour la greffe hépatique de la machine à perfusion nouvelle génération, Hope.

L'autorisation des greffons de type « *Maastricht III* » pour le rein, le foie et le poumon depuis 2014 apporte de nouveaux profils de donneurs. Ces greffons, dits à cœur arrêté, sont prélevés chez des patients décédés après arrêt circulatoire à la suite d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques. Ils compensent la diminution du nombre de donneurs en état de mort encéphalique (due à la baisse des accidents de la voie publique et des AVC). « *L'intérêt majeur de ces greffons est de pouvoir programmer les interventions, même si le timing reste toujours très serré* », explique le Pr Samuel. « *Les poumons issus de ces donneurs Maastricht III sont d'excellents greffons* », ajoute le Dr Sage.

Ces greffons n'ont pas été touchés par la baisse : ils ont augmenté de 20 % entre 2017 et 2018 (passant de 234 à 281). La greffe Maastricht III a pourtant mis du temps à se développer en France. « *Aujourd'hui, nous sommes en train de rattraper notre retard grâce à une très bonne organisation* »,

avance le Pr Blancho. Même si l'activité n'a pas encore dévoilé tout son potentiel : elle reste encore faible pour le foie et le poumon. Pour le Pr Samuel, « *elle doit être développée de façon plus intensive* ».

« L'enjeu de la durée de vie des greffons retentit directement sur la problématique de la pénurie »

Encourager le don vivant

Encourager la greffe à partir de donneurs vivants est également essentiel, d'autant plus que ces greffons sont de meilleure qualité que ceux issus de donneurs décédés. En 2018, elle représentait environ 15 % des greffes pour le rein, mais seulement 1 % des greffes hépatiques. Pour favoriser le don vivant, la loi de bioéthique de 2011 autorise ce don au-delà du cercle familial : les personnes justifiant d'un lien affectif avec le receveur peuvent aussi être donneuses. La notion de don croisé, qui concerne deux paires donneur-receveur, a été introduite la même année pour le rein. « *Le don*

croisé est difficile à mettre en place, car le nombre de paires inscrites sur la liste est trop limité pour avoir suffisamment d'options. Peut-être faudrait-il l'organiser à l'échelon européen », suggère le Pr Blancho.

Plusieurs stratégies innovantes visant à améliorer la survie des greffons devraient voir le jour, à plus ou moins long terme. « *L'enjeu de la durée de vie des greffons retentit directement sur la problématique de la pénurie, puisque cela va permettre de réduire le nombre de patients à retransplanter* », explique le Pr Blancho.

En amont de la greffe, « *une meilleure connaissance du système HLA permettra d'étudier encore plus finement la compatibilité entre donneur et receveur, et ainsi d'offrir plus de chances aux patients très immunisés* », estime-t-il. Les patients dits immunisés sont des patients qui produisent dans leur sérum des anticorps anti-HLA et qui requièrent donc une compatibilité maximale pour limiter le risque de rejet.

« *Les progrès de la bio-informatique devraient également nous permettre de prédire avec plus de précision le risque de perte de greffon à partir des facteurs personnels du patient pour tendre vers une médecine personnalisée* », poursuit le Pr Blancho.

L'espoir de la banque d'organes

Afin d'améliorer la préservation du greffon entre le prélèvement et la greffe, la société française Hemarina a développé un dispositif appelé HEMO2Life à ajouter aux solutions de préservation classique. Grâce à une molécule issue de l'hémoglobine d'un ver marin (Hemarina-M101) qui fixe fortement l'oxygène, ce dispositif permet une meilleure oxygénation du greffon et ainsi une meilleure reprise de fonction de l'organe greffé. Les premiers résultats sont prometteurs, et le marquage CE est prévu pour cette année.

Une fois l'organe greffé, l'enjeu reste de trouver de nouvelles molécules permettant de mieux maîtriser la réponse immunitaire du receveur. « *Il y a eu peu de nouvelles avancées ces dernières années* », regrette toutefois le Pr Blancho.

D'autres pistes sont également étudiées, telles que la régénération des organes à partir des cellules-souches, le développement d'organes bioartificiels, la cryogénéisation ou encore l'impression 3D, avec l'espoir de disposer peut-être un jour d'une banque d'organes, comme cela se fait déjà pour les tissus.

Charlène Catalifaud

« Nous sommes tous présumés donneurs »

● Le principe du consentement présumé, déjà inscrit dans la loi Caillavet de 1976, est réaffirmé dans la révision de janvier 2016 : nous sommes tous présumés donneurs d'organes et de tissus, sauf si nous avons exprimé de notre vivant notre refus d'être prélevés. Néanmoins, dans les faits, l'accord des proches restait systématiquement requis. C'est pourquoi un arrêté entré en vigueur au 1^{er}

janvier 2017 précise les bonnes pratiques afin de mieux appliquer la loi : au moment du décès, avant d'envisager un prélèvement, l'équipe médicale vérifie que le donneur n'est pas inscrit sur le registre national des refus, le refus pouvant être total ou partiel, ne concernant qu'un ou plusieurs organes. Si tel n'est pas le cas, il est également vérifié si la personne n'a pas fait valoir de son vivant son opposition au prélèvement par oral ou par écrit. Dans le cas d'une expression orale, l'équipe médi-

cale demande aux proches d'en préciser les circonstances et de signer la retranscription. L'Agence de biomédecine (ABM), qui a arrêté de distribuer la carte de donneur pouvant porter à confusion, continue de lancer des campagnes de communication pour faire mieux connaître la loi par le grand public et les professionnels de santé. L'ABM plaide pour que la question du consentement fasse partie des items à renseigner de façon automatique et déconnectée du don dans le cadre du dossier médical partagé.

Pr Didier Samuel, hôpital Paul Brousse :
« Pour chaque patient, on se pose la question de la greffe de foie »

Entretien



Le centre hépatobiliaire de l'hôpital Paul Brousse (AP-HP) à Villejuif, premier centre historique de transplantation en France ouvert en 1974, est la référence pour la greffe de foie. Le Pr Didier Samuel, chef de service, explique son point de vue sur la pénurie de greffons en France.

LE QUOTIDIEN : Le centre hépatobiliaire de l'hôpital Paul Brousse a réalisé, l'année dernière, 170 greffes. Comment y parvenez-vous ?
Pr DIDIER SAMUEL : La greffe est un axe prioritaire à Paul Brousse, ce qui n'est pas forcément le cas ailleurs. Cela permet d'absorber la lourdeur logistique, car la greffe mobilise beaucoup d'énergie et de moyens humains. Même si l'activité n'est pas régulière car non programmée, un centre de greffe doit être ouvert tout le temps, pour qu'il n'y ait pas de perte de chance. L'accessibilité au bloc doit pouvoir être assurée en permanence.

Existe-t-il une pénurie de greffons hépatiques en France ?
Oui, car il y a plus d'inscrits que de transplantés. Pour la quantifier, tout dépend où est placé le curseur. Il y a une forme d'autorégulation, car on s'adapte en fonction de ce qu'on peut faire et de l'évolution de la médecine.
Pour la majorité des carcinomes hépatocellulaires (CHC), le meilleur traitement théorique est la greffe hépatique qui permet d'obtenir les meilleurs résultats en termes de survie et de survie sans récurrence. Nous affinons de plus en plus les critères de transplantabilité *via* des scores qui tiennent compte de la taille, du nombre de nodules et du taux d'AFP. Le score MELD évalue surtout la fonction hépatique (et rénale) du patient.

La pénurie réelle n'est pas reflétée par l'inscription sur la liste d'attente. La vision des médecins n'est pas la même partout. Ici à l'hôpital Paul Brousse, pour chaque patient, on se pose la question de savoir s'il sera un jour candidat à la greffe. On ne peut pas faire d'hépatologie sans penser à la greffe. Les médecins doivent savoir que, quel que soit le patient, il est important de l'adresser à un centre expert pour avis, afin d'éviter la perte de chance.
Pour la cirrhose alcoolique, souvent considérée comme « une maladie auto-infligée », il est nécessaire d'avoir une vision plus positive des choses. Aujourd'hui, moins de 5 % des cirrhotiques hospitalisés en réanimation accèdent à la transplantation, ce taux doit être amélioré.

Maastricht III, dons vivants... quelles sont les stratégies d'aujourd'hui ?
Les prélèvements Maastricht III, c'est-à-dire chez des donneurs en arrêt circulatoire après arrêt des soins, existent depuis 2016. Les résultats sont bons, c'est encourageant. Malgré tout, l'activité a du mal à se développer en France par rapport à d'autres pays comme la Grande-Bretagne. Sur les 2-3 dernières années, le nombre a peu augmenté en valeur absolue. À Paul Brousse, cela représente moins de 5 % des greffes. On voudrait développer le don vivant adulte-adulte. Actuellement, il s'agit surtout de la transplantation à don familial parent-enfant. Le foie gauche étant plus petit et suffisant pour un enfant, le prélèvement est moins complexe et moins

risqué pour le donneur par rapport au prélèvement du foie droit nécessaire pour un receveur adulte. Le programme adulte-adulte représente 5 à 10 greffes/an en France (plusieurs centaines dans certains pays d'Asie) et l'ABM est moins proactive pour le foie

que pour le rein. La morbidité de l'hépatectomie droite est plus lourde et la mortalité de 2-3/1000. Tous les centres ne sont pas autorisés à faire du don familial. Pour les greffons marginaux, la qualité des organes est repoussée. Aujourd'hui, l'âge n'est plus un fac-

teur limitant, le foie vieillit mieux que les autres organes. Le vrai facteur limitant est la stéatose ≥ 50 %, qui est associée à un risque important de dysfonction du greffon. Une recherche intensive est en cours sur les machines de perfusion d'organes, normo ou

hypothermiques, c'est une stratégie d'avenir. L'objectif est double : pouvoir utiliser un greffon spontanément non transplantable et augmenter la durée d'ischémie pour tous les organes.

Propos recueillis par le
Dr Irène Drogou



60%
Remboursement*
Sec. Soc. selon LPPR

Adoptez
le nouveau réflexe
de prescription !

En France, chaque minute une personne est contaminée par une IST.⁽¹⁻⁶⁾ Grâce au remboursement d'EDEN via la prescription médicale, c'est un nouveau réflexe qui vous replace au cœur de la prévention. Le préservatif reste l'outil le plus efficace dans la prévention du VIH/SIDA et des autres IST.

Les préservatifs EDEN sont remboursés à hauteur de 60% (remboursement Sec. Soc. selon LPPR). Ils sont disponibles en boîte de : 6 préservatifs (Prix Public TTC : 1,30 €), en boîte de 12 préservatifs (Prix Public TTC : 2,60 €). EDEN® préservatifs fins (préservatifs masculins) sont des dispositifs médicaux de classe IIb. Fabricant détenteur du marquage (CE 0123) : Okamoto Rubber Products CO. Lire attentivement la notice.

(1) Santé Publique France, 2017 - Infection par le VIH et les IST bactériennes – Point épidémiologique. (2) Santé Publique France, 2018 - Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonococque en France en 2016. (3) Conseil National du Sida et des Hépatites Virales, 2017 - Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. (4) Boëlle, P. Y., Fagnani, F., Valleron, A. J., Detournay, B., El Hasnaoui, A., Halioua, B., & Nicolas, J. C. Un modèle épidémiologique de l'herpès génital pour l'évaluation des interventions thérapeutiques et prophylactiques: Application à la France. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Vol. 131. No. 1. Elsevier Masson, 2004. (5) Santé Publique France. 2017 - Surveillance des Hépatites B et C. (6) Viriot D., Fournet N., Ndeikoundam N., et al., Epidémiologie des IST en France et en Europe, InVS, 2015.



Plannings, maternité, carrière, responsabilités... Femme médecin : une vie d'équilibriste

Les dixièmes assises du groupe Femme médecin et toutes les libérales (FMTL), organisées sous l'égide du Syndicat des médecins libéraux (SML), ont mis en lumière les facettes – et très souvent les difficultés – de l'exercice au féminin.

● Les femmes sont-elles l'avenir de la profession médicale ?

Provocatrice, la question ne semble plus si saugrenue. Du strict point de vue mathématique, la féminisation du corps médical se poursuit depuis dix ans pour atteindre 47 % des effectifs totaux de praticiens en activité régulière (et même 48 % des effectifs généralistes), selon les dernières statistiques ordinales (2018). Dans onze départements déjà, plus de 50 % des médecins actifs réguliers sont des femmes.

Certes moins représentées parmi les seuls praticiens libéraux (38 %), elles sont tout de même les plus nombreuses parmi ceux de moins de 50 ans. Et si l'on analyse uniquement les nouveaux inscrits à l'Ordre (ou les moins de 40 ans), la proportion se situe autour de six femmes sur dix...

À l'occasion des assises de l'association FMTL, le Dr Joëlle Pecqueur, généraliste à Mazingarbe (Pas-de-Calais), vice-présidente d'AGMF Prévoyance, s'est employée à combattre les idées reçues. Ses consœurs tra-



Obligées de jongler, les femmes médecins courent après le temps

vailleraient moins, plébisciteraient le salariat, ne s'installeraient pas dans les déserts médicaux ou n'auraient pas l'esprit d'entreprise ? « Les femmes de mon secteur qui exercent en libéral travaillent de façon très intense et sont investies dans de nombreuses associations, recadre-t-elle. Pour ma part, je travaille en moyenne 70 heures par semaine ». De fait, plusieurs travaux ont montré que, davantage que le sexe, c'est l'effet de génération qui conduit les jeunes pousses à choisir tel type d'exercice (mixte, regroupé, pluridisciplinaire), à plébisciter les remplacements ou à renoncer (au moins provisoirement) au secteur libéral en raison

de contraintes jugées insurmontables.

De ce point de vue, l'exercice hospitalier n'avantage guère les femmes par rapport à leurs confrères. « Aux urgences, le planning horaire est strictement le même », confirme le Dr Fatia Cherfioui, pédiatre en libéral mais aussi attachée aux urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré (AP-HP).

Du mieux sur la protection sociale

Le désir d'enfant et la maternité demeurent des freins puissants à l'installation en libéral mais constituent plus largement une entrave à la prise de responsabilités (managériales, syndicales), quel que soit le secteur ou l'activité. Le Dr Guilaine Kieffer-Desgrappes, généraliste libéral pour SOS Médecins, présidente de

l'URPS médecins libéraux Grand-Est, explique avoir dû « jongler » en permanence pour faire garder ses enfants lors de ses longues journées de travail.

Sur ce terrain de la protection sociale, chaque avancée compte. « Concernant le congé maternité, nous avons récemment obtenu que les femmes médecins, comme les autres indépendantes, puissent avoir les mêmes droits et avantages que les travailleuses salariées. La prochaine étape serait d'obtenir que les frais de garde des enfants puissent être défiscalisés du chiffre d'affaires », lance le Dr Philippe Vermesch, président du SML.

À l'hôpital aussi, concilier progression de carrière et vie personnelle épanouie relève du combat permanent. « En travaillant en tant que chirurgien à l'hôpital, mes contraintes professionnelles étaient telles que j'ai dû renoncer à être pleinement mère », confie même le Pr Corinne Vons, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA). Système hospitalier patriarcal, autocensure des femmes : en mars 2019, une enquête nationale édifiante portée par les syndicats Action praticiens hôpital (APH) et Jeunes médecins, réalisée auprès de 3 135 praticiens hospitaliers, chefs de clinique et internes a documenté la discrimination liée au genre. En 2018, 52 % des postes de PH à temps plein sont occupés par des

femmes mais seulement 21,2 % des postes de PU-PH. Dans les centres hospitaliers, elles siègent à la présidence d'une commission médicale d'établissement (CME) sur trois.

Assistants, CPTS : réformes pour les femmes ?

Dans ce contexte, toutes les réformes visant à libérer du temps médical sont particulièrement attendues par les femmes médecins. « Le recrutement d'assistants médicaux leur fera gagner du temps et améliorera le confort de travail... même si la patientèle totale devra augmenter », veut croire le Dr Vermesch, patron du SML.

Autre accord, celui sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui doit conduire à la fin de l'exercice isolé et permettre, par exemple, d'organiser de façon collégiale la prise en charge des soins non programmés. Le Dr Latifa Miqyass, généraliste libérale et responsable d'une CPTS dans le Loiret, a fait le pari de s'installer en milieu rural, à Bazoches-les-Gallerandes, dans une zone sous-dotée. « L'exercice coordonné m'a beaucoup aidée, confirme-t-elle. Lorsque j'ai été arrêtée pour la naissance de mes enfants, je n'ai pas eu le sentiment d'abandonner mes patients. Car j'ai pu compter sur les deux confrères avec qui je travaille pour les prendre en charge, sans risquer de les perdre. »

Hélia Hakimi-Prévot

Gradation des soins à l'hôpital, coordination en ville, numérique Réformer la santé : la France en rêve, le Danemark l'a fait

En 2007, le Danemark a révolutionné son système de santé. Une décennie plus tard, le gouvernement français fait le même pari avec une réforme systémique inspirée du modèle scandinave.

● En matière de système de santé, dire que le Danemark est un modèle pour le gouvernement français relève presque de l'euphémisme.

« La France est le pays qui nous rend le plus visite au monde », a souri lors d'une matinée organisée à Paris par l'ambassade danoise Anne Smetana, directrice adjointe d'Healthcare Denmark, organisation qui regroupe plusieurs promoteurs de l'excellence du royaume (gouvernement, industriels du médicament et du numérique, etc.).

Comme le gouvernement français tente de le faire avec son plan Ma santé 2022, la monarchie scandinave de 5,8 millions d'habitants a mené une grande réforme de son système de santé en 2007 en partant des mêmes constats : politique sanitaire trop centralisée, hôpitaux vieillissants, attente interminable aux urgences, population vieillissante et souffrant de plus en plus de pathologies chroniques. La gouvernance du système de santé est ainsi passée à la main des régions, et surtout d'une centaine de territoires d'environ 50 000 habitants chacun. Un programme de reconstruction hospitalière et de répartition des spécialités médicales et chirurgicales a été engagé. Concentrés de soins ultra-spécialisés et des urgences vitales,



Tous les patients danois possèdent leur DMP

16 établissements de pointe ont été déployés dans les territoires.

Cette mesure fait écho à la gradation des soins voulue par le projet de loi de santé français, que le Parlement devrait définitivement adopter d'ici fin juillet. On y retrouve le principe d'hôpitaux de proximité au premier niveau (sans plateaux de chirurgie lourde), de soins spécialisés au niveau intermédiaire et ultra-spécialisés à un dernier échelon (CHU, centres de lutte contre le cancer).

En ville, les soins primaires et le rôle des médecins traitants ont également été renforcés au Danemark. Les 3 500 généralistes y ont un rôle pivot (avec une file active moyenne de 1 600 patients) et sont les garants de l'accès à un médecin spécialiste. Ils gèrent aussi les « urgences » non vitales. « Un patient danois n'ira pas aux urgences pour une grippe, il contacte son médecin

généraliste », explique Anne Smetana.

Là encore, l'inspiration scandinave infuse dans l'Hexagone avec la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), chargées notamment de l'organisation du parcours des patients et de la prise en charge des soins non programmés. « Il faut mettre en place des organisations innovantes grâce à la coordination. En France, nous sommes autour de 800 ou 900 patients en moyenne par médecin, en déléguant des tâches à une infirmière ou à un assistant médical, on peut aller bien au-delà », plaide le Dr Thomas Mesnier, député (LREM, Charente) et rapporteur général du projet de loi de santé.

Digitalisation intense

Le Danemark est aussi passé par une phase de digitalisation intense de la santé, à l'instar de ce prévoit le gouvernement (création d'un espace numérique de santé, e-prescription, déploiement du Health data hub). Tous

les patients possèdent l'équivalent d'un dossier médical partagé (DMP) – relancé en France en novembre 2018 – et peuvent consulter leurs informations de santé des trente dernières années. Depuis 2009, une base de données recense toutes les prescriptions du royaume.

Les médecins de ville danois se sont fortement impliqués dans ce virage numérique. « Nous suivons en ligne nos patients diabétiques. Cela permet par exemple de les alerter quand ils ne sont pas venus consulter depuis longtemps ou en cas d'anomalie dans leur taux de glycémie. Ils peuvent aussi nous contacter en cas de problème par mail sécurisé », explique le Dr Pallo Mark Christensen, généraliste dans une maison de santé près d'Odense, au sud du pays.

Rémunéré pour le temps passé à répondre aux mails ou au téléphone (trois euros par contact), le généraliste perçoit également un forfait pour le suivi des patients diabétiques (400 euros par an). Le reste de son salaire est composé d'une base fixe et d'une partie à l'activité. En France, la création d'un forfait pour le suivi des pathologies chroniques est fortement envisagée.

Ces réformes ont payé au Danemark : l'espérance de vie générale s'est améliorée (78,4 ans en 2007 et 80,9 en 2016) et la prise en charge des patients a largement gagné en fluidité. Le tout avec une part de PIB consacrée à la santé (10,4 %) inférieure d'un point aux efforts français.

Marie Foulit

Politique sanitaire

La loi Buzyn satisfait le régime agricole

Guichet unique de protection sociale des exploitants et salariés de l'agriculture, la MSA (5,6 millions de personnes couvertes dont 3,2 millions pour le risque maladie) accueille favorablement la stratégie territoriale du projet de loi de santé d'Agnès Buzyn.

La réforme des hôpitaux de proximité (500 à 600 établissements ainsi labellisés, centrés sur l'activité de médecine, gériatrie, réadaptation ou soins palliatifs) est saluée. « Nous nous félicitons de ces hôpitaux de proximité qui seront une des clés de voûte du système de santé, estime le directeur général de la MSA François-Emmanuel Blanc. Historiquement, la MSA est engagée dans les soins de proximité dans les territoires ruraux. » La MSA a notamment un partenariat avec l'Association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL) ; et 17 % des patients qui fréquentent les actuels hôpitaux de proximité sont des affiliés du régime agricole... La coordination de ces hôpitaux avec les futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) d'initiative libérale est très attendue par la MSA, qui soutient déjà deux communautés et 200 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en zones sous-denses. Le régime agricole applaudit par ailleurs la création de l'espace numérique de santé, la généralisation de la e-prescription et l'extension des consultations à distance à d'autres professionnels (téléssoin notamment avec les infirmiers). L'alimentation du DMP par les médecins du travail était également « une demande forte » de la MSA.

Renoncement aux soins, épisodes dépressifs Frédérique Vidal veut soigner les étudiants en souffrance

La ministre de l'Enseignement supérieur Frédérique Vidal a confirmé en début de semaine faire de la santé de tous les étudiants une priorité du gouvernement. Particulièrement fragiles, les carabins réclament des solutions rapides pour améliorer leur qualité de vie au travail.

● Non seulement les étudiants ne vont pas très bien, mais en plus ils se tournent difficilement vers les professionnels de santé.

C'est le principal constat des premiers Rendez-vous de la santé étudiante, événement organisé lundi 24 juin à l'université Paris-Dauphine. Un étudiant sur deux déclare avoir eu un comportement à risque au cours de l'année universitaire (excès d'alcool, consommation de drogues, conduite dangereuse), indique une enquête présentée à cette occasion. 79 % déclarent avoir été stressés, majoritairement à cause des examens (54 %) ou des études en général (50 %). En plus d'une santé fragile, les jeunes ne consultent pas systématiquement. Un étudiant sur quatre a connu un épisode dépressif et seuls 29 % ont été diagnostiqués.

Plus largement, 57 % des étudiants admettent avoir renoncé aux soins au cours de l'année, par manque d'envie, pour une question de temps ou d'argent. Si le niveau de consultation du médecin généraliste est satisfaisant (84 % déclarent en avoir un, 70 % l'ont consulté dans les 12 derniers mois), les jeunes renoncent plus facilement aux autres spécialités : 57 % n'ont pas consulté de dentiste dans l'année et 43 % de gynécologue.

Devant la communauté universitaire, la ministre de l'Enseignement supérieur Frédérique Vidal a rappelé ses exigences : « Il faut prendre à bras-le-corps ce sujet. Nous ne pouvons pas nous permettre la moindre impasse ou zone d'ombre. Nous ne pouvons pas ignorer que le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 18-24 ans ».

La ministre a appelé à déployer des « efforts pour mieux repérer et aider ces étudiants en souffrance ». « Il faut que les soins viennent plus facilement aux étudiants », a-t-elle insisté. C'est pourquoi j'ai souhaité accélérer la transformation des services de santé universitaires en centres de santé » médicaux ou infirmiers. C'est le cas pour la moitié d'entre eux pour l'instant. Frédérique Vidal a aussi rappelé les mesures mises en place depuis deux ans aux côtés d'Agnès Buzyn, ministre de la Santé, en particulier l'affiliation des étudiants au régime général qui leur évite « d'attendre pendant des mois leur carte Vitale ».

Les carabins en première ligne

Concernant les jeunes médecins, Frédéric Vidal a salué la suppression de la PACES et des épreuves classantes nationales (ECN), couperets qui donnaient « plus de découragement que de bons médecins ». Il faut rappeler que les futurs praticiens présentent un risque de dépression supérieur à la moyenne nationale. En 2017, une enquête sur la santé mentale de ces jeunes a montré que cette population est quatre fois plus touchée par les idées suicidaires que les autres. Deux jeunes médecins sur trois seraient anxieux contre 26 % dans la population générale. 28 % des répondants ont une symptomatologie dépressive contre 10 % du reste des Français. « Sur une ancienne promotion d'internes en

médecine générale de 250 personnes, le nombre de démissions, arrêts maladie et suicides est proprement sidérant », a constaté, atterré, le Dr Yannick Schmitt, ex-président de Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR), lors d'une table ronde organisée par « Le Quotidien ».

Pour cette population étudiante particulièrement fragile, le gouver-

nement a prévu un plan ministériel pour lutter contre la souffrance et la création d'un centre national d'appui (CNA, composé d'étudiants, de patients, de professionnels de santé, des doyens et de l'Ordre), dont l'objectif est de promouvoir la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants. « Le CNA devrait être lancé en ligne avant l'été, espère Clara Bonna-

tionale des étudiants en médecine de France (ANEMF). Il tarde à se mettre en place, ce qui est dommage, car on en attend beaucoup. »

Sophie Martos

*Enquête d'Opinionway pour la mutuelle MGEN, réalisée auprès de 1002 étudiants âgés de 16 à 28 ans et de 370 étudiants adhérents MGEN, par questionnaire administré en ligne du 3 au 26 mai



PHANIE

Le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 18-24 ans, rappelle la ministre

Votre cœur vous essouffle quand vous montez les escaliers ?



INSUFFISANCE CARDIAQUE REMETTEZ VOTRE VIE EN MOUVEMENT

Si vous constatez l'aggravation ou l'apparition de symptômes, tels que l'essoufflement, la prise de poids, des œdèmes, de la fatigue, parlez-en à votre médecin. Des solutions existent.

Plus d'informations sur www.suistoncoeur.fr

H15117 - FÉVRIER 2019 - © NOVARTIS PHARMA SAS



Un risque de rejet diminué par trois Les greffes lamellaires se démocratisent

À l'occasion de la journée nationale de réflexion sur le don d'organes et de tissus du 22 juin, la Fondation Adolphe de Rothschild, premier établissement en France pour la greffe de cornée (445 en 2018), a mis en avant son expertise ainsi que les dernières innovations.

● Chaque année, en France, plus de 3 500 patients malvoyants bénéficient d'une greffe de cornée. Un geste proposé en cas de baisse d'acuité visuelle liée à des altérations de régularité ou de transparence cornéennes : kératocône, dystrophie endothéliale de Fuchs (pathologie progressive associée à un œdème de la cornée) ou séquelles d'inflammation ou d'infection ayant abîmé la cornée. Le don de cornée s'effectue à partir d'un donneur décédé soit par arrêt cardiaque ou respiratoire persistant, soit en état de mort cérébrale.

Cibler l'endothélium

Les greffes totales de cornée – réalisées en routine il y a 10 ans – se raréfient. La Fondation Adolphe de Rothschild a été l'un des premiers établissements à proposer une alternative : les greffes lamellaires antérieures et postérieures permettant de remplacer uniquement la partie malade de la



Une technique qui permet d'utiliser un seul greffon pour deux patients

cornée. Ainsi, lorsque celle-ci a perdu sa transparence, le chirurgien ne change, désormais, que sa couche postérieure (endothélium), sans modifier le reste de la cornée. Cette greffe lamellaire endothéliale est moins lourde. Elle se fait sous anesthésie locale, en ambulatoire. « *Le fait de ne changer que l'endothélium permet de diminuer par 3 les risques de rejet et accélère la*

récupération postopératoire », indique le Dr Christophe Panthier, chirurgien ophtalmologue à la Fondation. Par ailleurs, dans un contexte de pénurie de greffons, la greffe lamellaire permet d'en utiliser un seul pour deux patients. « *Il y a deux ans, nous avons également adapté, avec succès, les greffes lamellaires aux jeunes enfants atteints d'opacités congénitales de la cornée* », souligne le Pr Éric Gabison, chef de service adjoint dans le service d'ophtalmologie du Pr Isabelle Coche-reau à la Fondation.

Une chirurgie de précision

La greffe intrastromale, quant à elle, permet de corriger une partie du stroma cornéen à l'endroit où il est déformé ou aminci, sans changer les parties postérieures ou antérieures de la cornée. Autre innovation, les greffes assistées par laser permettent de couper les cornées de manière très précise, même lorsqu'elles sont très fines ou irrégulières. En outre, pour les greffes endothéliales, l'OCT (tomographie par cohérence optique) *per opérateur* permet de visualiser en direct tel un scanner, l'intérieur de l'œil et, notamment, le greffon endothélial de 10 microns d'épaisseur, enroulé sur lui-même et que le chirurgien doit dérouler sans toucher. « *Autre innovation clé, la chirurgie assistée par un système de visualisation en 3D est d'une grande aide pour former les jeunes chirurgiens. Car cela leur permet de voir exactement ce que l'opérateur voit et leur procure une immersion totale dans la chirurgie* », explique le Dr Panthier, ophtalmologiste à la Fondation.

Herpès cornéen

La greffe de cornée bénéficie d'une recherche fondamentale féconde. L'herpès cornéen, par exemple, est une des premières

causes de cécité d'origine cornéenne. « *Or il ne représente que 8 % des greffes car celles-ci sont de mauvais pronostics* », affirme le Pr Gabison. Un premier domaine de recherche consiste à modifier génétiquement des greffons cornéens afin qu'il éradique lui-même l'herpès alors que les thérapeutiques actuelles ne font qu'endormir la maladie. Une autre innovation qui devrait aboutir dans moins d'une dizaine d'années consiste à prendre les cellules-souches d'épiderme de peau d'un patient souffrant d'opacité cornéenne pour les transformer en cellules de cornée. « *Cette transformation est possible en injectant, dans les cellules-souches, le gène PAX-6 (gène du développement embryonnaire de l'œil). L'expérimentation animale ainsi que des tests de sécurité doivent encore être menés. Si ce projet aboutit, nous pourrions greffer des patients non greffables actuellement, notamment en raison de rejets systématiques* », précise le Pr Gabison.

Enfin, la Fondation participe à des essais cliniques sur une cornée artificielle biocolonisable, « *permettant aux cellules du patient de coloniser la prothèse afin qu'elle s'insère dans le tissu oculaire* », conclut le Pr Gabison.

Hélia Hakimi-Prévo

Quand la metformine est contre-indiquée Un nouvel analogue du GLP-1 contre le DT2

Disponible depuis fin avril, Ozempic (sémaglutide) bénéficie d'un programme de développement clinique qui a permis de démontrer des résultats significatifs en termes de contrôle glycémique, de prise pondérale et de risque cardiovasculaire.

● Le laboratoire Novo Nordisk met à disposition des patients diabétiques de type 2 (DT2) une nouvelle option thérapeutique : Ozempic (sémaglutide). Déjà autorisé et commercialisé dans plusieurs pays européens, au Canada et aux États-Unis.

Cet analogue du GLP-1 en une seule injection hebdomadaire (0,25 mg, 0,5 mg et 1 mg) est indiqué, en France, non seulement en monothérapie en cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine ; mais aussi, en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète. Il est remboursé chez l'adulte en bithérapie avec la metformine et en trithérapie, avec la metformine et un sulfamide.

Neurohormone produite par des cellules neuroendocrines de l'intestin, le sémaglutide se lie de façon sélective aux récepteurs du GLP-1. Il stimule la sécrétion d'insuline et réduit celle de glucagon de façon glucose-dépendante, tout en réduisant l'appétit. « *Le sémaglutide potentialise l'insulinosécrétion en réponse à la glycémie. Quand celle-ci est normale, il n'y a pas de sécrétion d'insuline à potentialiser : dans ce cas, le sémaglutide est intéressant car il ne stimule pas l'insulinosécrétion à tort et donc, n'induit pas d'hypoglycémie* »,

souligne le Pr Ronan Roussel, diabétologue à l'hôpital Bichat, à Paris.

Six études de phase IIIa

Ozempic bénéficie d'un programme de développement clinique mondial (baptisé SUSTAIN), composé de 6 études de phase IIIa sur 7 215 adultes DT2. Ozempic a ainsi démontré une réduction statistiquement supérieure et significative de l'HbA1C (jusqu'à -1,8 % de réduction) et du poids (jusqu'à -6,5 kg) par rapport au placebo et aux traitements comparateurs (sitagliptine, dulaglutide, insuline glargine, exénatide à libération prolongée). Près de 79 % des patients traités avec Ozempic atteignent l'objectif du taux d'HbA1C inférieur à 7 %, recommandé par la Haute Autorité de Santé. « *Ozempic vient enrichir l'arsenal thérapeutique pour le traitement des patients DT2, en permettant à la fois une réduction importante de la glycémie ainsi qu'une perte de poids, tout en apportant des bénéfices cardiovasculaires. Cette classe thérapeutique est disruptive dans notre façon d'envisager l'escalade thérapeutique pour les patients DT2 : elle nous permet d'intégrer une étape supplémentaire avant l'introduction de l'insuline. Ainsi, après la metformine, les patients sous sémaglutide peuvent espérer une rémission durable de leur diabète avec des taux d'HbA1C raisonnables. Ce qui permet de retarder de plusieurs années la prescription d'insuline* », précise le Pr Roussel. Outre son efficacité, Ozempic a démontré un profil favorable de sécurité et de tolérance. Les effets indésirables les plus fré-

quents étant ceux déjà connus avec des analogues du GLP-1 (nausées, diarrhées, vomissements), d'intensité modérée et de courte durée.

Diminution du risque cardiovasculaire

Outre les essais cliniques classiques destinés à évaluer un traitement du DT2, Ozempic a bénéficié d'une étude de sécurité cardiovasculaire (SUSTAIN 6). Celle-ci a inclus plus de 3 000 patients diabétiques ayant un risque cardiovasculaire élevé recevant soit le sémaglutide, soit un placebo. Chez ces derniers, Ozempic réduit de 26 % de risque de survenue d'événements cardiovasculaires. « *La première cause de mortalité chez les patients diabétiques reste la mortalité cardiovasculaire. Dans le diabète, il est donc important de pouvoir agir à la fois sur la glycémie et sur le risque cardiovasculaire. Par son action sur le poids, la pression artérielle systolique et diastolique et ses effets sur les lipides athérogènes, Ozempic réduit ce risque. Désormais, il faut prescrire à tout patient DT2 ayant une maladie cardiovasculaire établie, un analogue du GLP-1, en complément de son traitement de fond. La prescription de cette classe thérapeutique dont fait partie Ozempic doit se faire par le diabétologue, le cardiologue ou le médecin généraliste. Ces 3 professionnels de santé doivent interagir davantage pour une prise en charge optimale du patient DT2* », conclut le Pr Atul Pathak, cardiologue à Toulouse.

H. H.-P.

D'après une conférence de presse des laboratoires Novo Nordisk

Neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie Une étude pilote prometteuse

Bientôt un traitement de référence pour la prise en charge des douleurs neuropathiques chimio-induites ? L'ATX01 semble être un bon candidat : dans une étude pilote, il permet de poursuivre la chimiothérapie à dose efficace.

● Après la myélotoxicité, les complications neurologiques sont la deuxième cause de toxicité des traitements anticancéreux, avec une incidence globale d'environ 38 % et même près de 90 % sous oxaliplatine (1).

Elles peuvent s'observer au cours du parcours thérapeutique et persister après la fin de l'administration de la chimiothérapie. Leur diagnostic et prise en charge précoce sont indispensables pour réduire les conséquences à long terme et améliorer la qualité de vie des patients. La neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC) entraîne des déficits neurologiques et des douleurs justifiant souvent de réduire la posologie des traitements anticancéreux. L'oncologue va estimer le rapport bénéfice-risque à la poursuite du traitement au regard des événements secondaires associés à la toxicité de cette chimiothérapie.

L'étude pilote conduite par J. Rossignol et B. Cozzi avait pour but d'évaluer l'effet de la crème d'amitriptyline à 10 % (ATX01) sur la NPIC (2). Un total de 44 patients atteints de tumeurs hématologiques

ou solides ont été inclus. Le bortézomib et l'oxaliplatine étaient les chimiothérapies les plus couramment utilisées. La crème d'amitriptyline à 10 % était appliquée deux fois par jour. L'intensité de la douleur était évaluée selon une échelle à 1, 2 et 4 semaines puis mensuellement jusqu'à 12 mois. Le critère principal de jugement était la variation du score médian de la douleur en comparaison au score initial.

La diminution était précoce et significative passant de 7 en début de traitement à 2 après administration du traitement topique, notable dès la première semaine. La chimiothérapie, lorsqu'elle avait été interrompue, a pu être reprise grâce à l'application de la crème. Il est important de souligner que les événements secondaires associés à la prise d'amitriptyline par voie orale n'ont pas été observés.

Ainsi, l'amitriptyline en topique à 10 % semble être une bonne alternative de première intention dans le traitement de la NPIC, permettant de poursuivre la chimiothérapie à dose efficace.

AlgoThérapeutix poursuit les travaux de développement afin que cette option thérapeutique puisse rapidement être le traitement de référence des douleurs neuropathiques induites par la chimiothérapie.

Dr Gérard Bozet

(1) Front Pharmacol 8,86,2017.

(2) Support Care Cancer, doi:10.1007/s00520-018-4618-y,2019

« Non adapté médicalement » à l'alimentation des enfants

Le véganisme dans le collimateur de l'Académie de médecine belge

Dans un rapport rendu en mai, l'institution s'inquiète des dangers du régime végan, que de plus en plus de parents imposent aux nourrissons et aux enfants. Si les professionnels sont d'accord, il reste à convaincre les parents.

● Démuni face au phénomène, le délégué général belge aux droits de l'enfant (DGDE), Bernard De Vos, avait sollicité l'avis de l'Académie royale belge de médecine, espérant sans doute trouver là une alliée. Il n'a pas été déçu : la réponse de l'institution belge, rendue publique le 16 mai, fut sans équivoque. « *Le régime végétalien est inadapte et donc non recommandé médicalement pour les enfants à naître, les enfants et les adolescents, de même que les femmes enceintes et allaitantes* ».

Retards de croissance irréversibles

Depuis plusieurs années, le véganisme qui exclut, selon la définition de l'Académie, « *tous les aliments issus du règne animal (viande, volaille, poisson, crustacé, mollusque, œufs, lait et produits dérivés, parfois miel) et produits dérivés* » serait en expansion chez les adultes mais aussi chez les enfants. Près de 3 % des enfants belges seraient en effet concernés aujourd'hui par un régime végétalien (ou végan). Or, chez les plus jeunes, le véganisme fait courir des risques sanitaires sérieux. Il induit « *de graves carences* », prévient l'Académie : « *les quantités de protéines de haute valeur biologique, de vitamine B12 et D, de calcium, de fer, de zinc, d'iode et de DHA sont particulièrement visées dans les carences observées lors de régimes végétaliens purs non substitués réalisés sans un suivi rigoureux* ». Résultat, les enfants sont exposés à « *des retards de croissance souvent irréversibles* ».

Un « refus délibéré de nourriture »

« *Si le régime végétarien est tout à fait faisable avec un bon suivi médical et un apport extérieur de vitamine B12, nous sommes très vigilants face au régime végétalien*, confirme le Dr Lucia Capone, médecin nutritionniste à la Clinique du Poids Idéal du CHU Saint-Pierre, à Bruxelles. *Nous considérons qu'il n'est pas bon, même sous surveillance, pour toutes une série de cas : les enfants, bien sûr, mais aussi les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes âgées ou encore les immunodéprimés* ».

Ces conclusions, validées et partagées par l'ensemble des professionnels (pédiatres, nutritionnistes, etc.), sont donc *a priori* sans appel. Problème : il n'est pas toujours évident de convaincre les parents, pour qui le régime alimentaire, *a fortiori* végan, est souvent un choix philosophique et politique (bien-être animal, environnement...). En 2017, le procès de parents sourds aux injonctions des médecins avait fait grand bruit en Belgique. Le couple, convaincu que leur bébé était intolérant au gluten et au lactose, l'avait soumis de ses 3 à 7 mois à un régime exclusivement végétal, alternant dans les biberons du lait de maïs, de riz, d'avoine, de quinoa et de sarrasin. Le tout sans avis médical. L'enfant était mort de malnutrition et de déshydratation. Le procureur en charge du dossier avait qualifié l'acte parental de « *refus délibéré de nourriture* » et requis 18 mois de prison. Deux ans plus tard, l'avis de l'Académie va dans le même sens.

« *Ce concept d'alimentation s'apparente à une forme de traitement qu'il n'est pas éthique d'imposer à des enfants* », explique-t-elle.

Alimentation trafiquée

Les parents concernés s'accrochent cependant à un contre-argument : les suppléments alimentaires, aujourd'hui facilement accessibles, rendraient inoffensif le régime

végétalien. « *Les suppléments obligatoires, les déséquilibres métaboliques et l'obligation d'un suivi médicalisé, y compris par prélèvements sanguins, ne sont pas admissibles. Le fait de les administrer à des enfants soulève d'importants problèmes bioéthiques* », répond l'Académie.

« *L'argument des parents végan s'appuie en réalité sur les études américaines, qui montrent que les*

enfants trouveraient les vitamines manquantes dans d'autres produits alimentaires, artificiellement enrichis », souligne Vassiliki Zafropoulos, diététicienne pédiatrique à la clinique universitaire St Luc, à Bruxelles. « *Ces produits ne sont pas courants en Europe. On peut d'ailleurs se poser la question de cette alimentation industrielle et trafiquée...* ». Confrontée plusieurs fois

par an à des enfants hospitalisés d'urgence pour dénutrition majeure liée à un régime végan, Vassiliki Zafropoulos plaide plutôt pour le dialogue. « *Le sujet est sensible car lié à des convictions parfois profondes. Il faut discuter avec les parents, leur expliquer les risques, sans les blâmer pour ne pas les braquer* ».

De notre envoyé permanent
Benjamin Leclercq

NOUVEAU

TRESIBA®

LONGUE DURÉE D'ACTION

1 FOIS/JOUR

HbA_{1c}

HbA_{1c}

HbA_{1c}

DESCENTE SOUS CONTRÔLE

Avant de prescrire, consultez la stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 recommandée par la HAS : www.has-sante.fr.

Pour plus d'informations sur Tresiba®, veuillez consulter le résumé des caractéristiques du produit sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Visa n° 18/01/60791754/PM/001 - FR19TSM00021 – Mars 2019



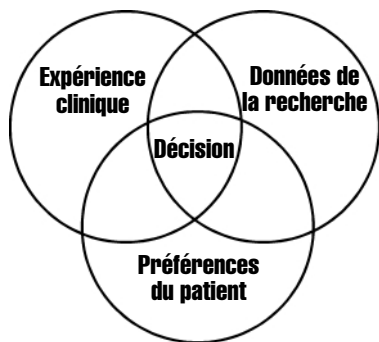
TRESIBA®
insuline dégludec



QUESTIONS D'ÉTHIQUE

Près de 30 ans après la naissance de ce mouvement Y a-t-il encore de l'éthique dans l'evidence based medicine ?

Crise de confiance dans les essais cliniques, négation de la singularité du patient, standardisation des prises en charge... Les critiques de l'evidence based medicine semblent dénier toute éthique à ce mouvement pourtant né du souci de soigner les patients équitablement. S'est-elle réellement coupée de ces préoccupations ? Enquête.



Un principe né du souci de soigner les malades de façon équitable, en fonction de données probantes

● La Haute Autorité de Santé (HAS) rendra officiellement demain son avis sur le remboursement de l'homéopathie. La polémique a été l'occasion d'une radicalisation des positions : les Académiciens applaudissent par les antifakemed pour fonder l'homéopathie au nom des données scientifiques, les progarnules se prévalent de l'adhésion des patients.

Au cœur du débat : l'evidence based medicine (EBM) ou médecine fondée sur les preuves. Selon les premiers, cette dernière commanderait, éthiquement, de ne pas prescrire un traitement n'ayant pas fait preuve de son efficacité. Selon les seconds, elle serait prise dans une dérive scientiste aveugle à toute préférence des patients. L'éthique a-t-elle donc disparu de l'EBM ?

Soigner de façon équitable, en fonction de données probantes

L'evidence based medicine est née au début des années 1990 d'un

souci éthique : celui d'une « utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient », selon David Sackett et Gordon Guyatt (Université de Mc Master, Ontario), auteurs de l'article fondateur de cette approche en 1992 (1). « L'EBM est d'abord un mouvement critique : ses promoteurs remettent en question l'ancien paradigme fondé sur l'intuition, l'utilisation d'observations non systématiques issues de l'expérience clinique, la physiopathologie et le mécanisme des maladies ; ils refusent également l'autorité des anciens », explique le Dr Philippe Bizouarn, chercheur au Laboratoire Sphere. « Les prises en charge étaient hétérogènes. L'EBM est née du souci de soigner les malades de

façon équitable, en fonction de données probantes », souligne le Pr Olivier Steichen, auteur de « De la médecine d'observation à la médecine factuelle : histoire critique de l'EBM ».

Sackett définit plusieurs étapes dans le processus décisionnel : formuler le problème clinique que pose le patient, rechercher la meilleure information pour y répondre, l'évaluer de façon critique en appréciant son degré de validité et son utilité, et définir les critères d'applicabilité des données au cas singulier du patient, avant de prendre une décision.

Que ce soit pour évaluer un médicament, un outil diagnostique ou pronostique, l'EBM accorde le plus haut niveau de preuve aux revues systématiques d'essais contrôlés randomisés fournissant des résultats homogènes et aux essais contrôlés dont les résultats se situent dans des intervalles de confiance étroits (aux dépens des observations cliniques non systématiques ou aux opinions d'experts).

La méthodologie de l'essai garantit son objectivité et sa robustesse : il doit être contrôlé, via la présence d'un groupe témoin, randomisé, avec distribution des traitements par tirage au sort, si possible réalisé en double aveugle. Les critères de mesure d'effet doivent être définis, le critère principal doit être distingué des secondaires. Le nombre de patients à inclure doit

être explicité, le plan expérimental, adapté à l'objectif principal, et enfin, l'analyse des résultats doit avoir comme finalité le traitement.

Malléabilité des méthodes, vision simplificatrice...

Pourtant, cette construction du savoir n'a cessé d'être critiquée. Le philosophe Jacob Stegenga montre ainsi dans « Medical nihilism » comment la malléabilité des méthodes de recherche conduit deux reviewers à tirer des conclusions opposées dans des méta-analyses se fondant sur les mêmes études. « C'est la règle et non l'exception. La critique est puissante », observe le philosophe Maël Lemoine. Autre critique, l'ECR est un dispositif qui laisse une grande marge de manœuvre à l'industrie pharmaceutique : « il ne s'agit pas de crier à la manipulation ; mais il y a pléthores de médicaments qui ont été admis alors qu'ils n'ont pas ou peu de service médical rendu », résume Maël Lemoine. On reproche aussi aux essais cliniques randomisés une vision simplificatrice de la réalité, réduite au quantifiable.

Vers une médecine personnalisée ?

Loin d'ignorer ces critiques, les tenants de l'EBM ont engagé plusieurs réformes. Ainsi, un mouvement s'amorce vers une meilleure intégration des cliniciens et des patients dans la recherche, le mon-

tage des essais et la définition des critères de jugement. Les patients participent déjà à l'élaboration des recommandations de bonne pratique de la HAS. Au-delà, « des tentatives existent pour formaliser leur expérience, notamment grâce aux PREMS (Patient reported experience measures - mesures de l'expérience du patient) et PROMS (outcomes - mesures des résultats de santé perçus) construits par les usagers, pour entrer dans les modélisations de l'EBM », observe la sociologue Martine Bungener (CNRS).

En outre, le développement de la médecine personnalisée, qui repose sur une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques, en cancérologie par exemple, devrait conduire l'EBM à évoluer. Les données mécanistiques, ignorées dans l'approche statistique des essais cliniques, devraient prendre plus de place. Et la hiérarchie des niveaux de preuves devrait être revue, démontre la philosophe Élodie Giroux (2).

Néanmoins, un second volet de critiques interroge plus fondamentalement l'éthique de l'EBM : celles qui ciblent l'extrapolation à un individu singulier des résultats d'effets moyens obtenus sur des populations très sélectionnées.

Dès 1995-2000, les défenseurs de l'EBM, comme Brian Haynes, ont certes amendé la doctrine initiale, en précisant que l'expertise clinique reposait sur un triptyque : recherche de la preuve, préférences des patients et prise en compte du contexte clinique, social, psychologique. Mais ils ont peu approfondi le sujet.

« L'EBM ne dit rien de précis sur ce qu'est un bon jugement clinique ni comment le former », dit le Pr Steichen. Force est de constater que la lecture qu'on a de l'EBM en France la réduit trop souvent aux essais cliniques randomisés et à l'évaluation. Et d'aucuns y lisent le risque d'une dérive vers une standardisation des pratiques, voire d'une instrumentalisation de l'EBM à des fins économiques.

A contrario, l'on pourrait considérer que ce silence de l'EBM sur l'expertise clinique laisse toute sa place à l'art du médecin. Et donc à sa réflexion éthique. « Moins on a de données probantes, plus on doit s'appuyer sur les préférences des patients et tenir compte du contexte », explique le Pr Olivier Steichen, rappelant que les tenants de l'EBM ont contribué à développer la décision partagée entre le patient et le médecin.

« L'expertise clinique implique une connaissance tacite incorporée, difficile à transmettre ; son indicibilité ne doit pas conduire à sa dévalorisation, mais au contraire à y porter une attention particulière », écrit Philippe Bizouarn. Les zones d'ombre de l'EBM lui laissent enfin la possibilité de s'enrichir d'autres approches, comme la médecine narrative (qui postule que l'expérience de la maladie se vit et se transmet comme une histoire) ou l'éthique du care.

Coline Garré

(1) Evidence-based medicine working group, JAMA, 17, 2420, 1992.
(2) E. Giroux, Revue de la société de philosophie des sciences, 4, 49, <https://doi.org/10.20416/lrsrps.v4i2.683>

Les Régionales de Gérontologie

La formation adaptée aux besoins de proximité

COMMENT TRAVAILLER ENSEMBLE pour un « juste soin » au « moment juste »

L'objectif de nos journées de formation est d'encourager la réflexion sur la qualité et la sécurité des soins dans un environnement de plus en plus complexe.

Les journées se veulent être une plateforme interactive transversale pour :

- > Développer la capacité à trouver et à mettre en œuvre des solutions communes (pluridisciplinarité).
- > Explorer les collaborations possibles entre professionnels d'une même région (interdisciplinarité).
- > Offrir des repères pour mieux comprendre les mutations du monde de la santé.
- > Améliorer la coordination des soins et le relationnel soignant/soigné face au diagnostic, aux thérapeutiques, aux parcours de soins...

Les Régionales 2019

FORMATIONS PLURIDISCIPLINAIRES DE PROXIMITÉ QUI PERMETTENT LES ÉCHANGES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ D'UNE MÊME RÉGION

LYON
11 septembre 2019
BEAUNE
7 novembre 2019

Les Régionales de Cancérologie
LE MANS, septembre

Les Régionales de Santé
Qualité de vie au travail, Travail de qualité
STRASBOURG, 21 juin
NICE, 17 septembre
ST-BRIEUC, 3 octobre
BORDEAUX, 20 novembre
GRENOBLE, 28 novembre

Les Régionales de Diabétologie
CAEN, 19 novembre
LYON, 21 novembre

Les Régionales de la Douleur
PARIS, 15 novembre
AMIENS, 10 décembre

Les Régionales de Neurologie
PARIS, 25 novembre
ANGERS, 6 décembre

Les Régionales de Santé
L'agressivité et la violence dans les soins
RENNES, 4 juin
METZ, 13 juin
LYON, 17 octobre

JSP
JOURNÉE DES SOINS DE PLÂTES
GRENOBLE, 11 octobre
METZ, 15 octobre
ST-ETIENNE, 5 novembre
ÎLE DE LA REUNION, 5 décembre
TOURS, décembre

Journée Inter Régionale des Infirmières Coordinatrices
BORDEAUX, 10 avril
PARIS, 28 mai
NANCY, 13 septembre
RENNES, 1^{er} octobre

Trilogie
santé

31 avenue Lucien René Duchesne 78170 La Celle Saint Cloud
Téléphone 01 30 09 20 61 www.trilogie-sante.com

Nos programmes sont valorisables au titre du DPC sous réserve de leur publication.

Courrier des lecteurs

Stages en zone désertique: fausse bonne idée

Nos politiques tentent depuis quelques années de trouver une solution pour repeupler les déserts médicaux qu'ils ont développés volontairement. C'est ainsi qu'il a été décidé d'envoyer les étudiants en formation dans des zones sous-denses. Cependant, cette solution, même si elle semble à première vue très attractive, doit nous amener à nous poser plusieurs questions.

Et d'abord, cette proposition semble ne concerner que les internes de médecine générale. Et les autres, seront-ils concernés d'une manière ou d'une autre, et à quel moment ?

Ensuite, envoyer durant 6 mois des étudiants voir des patients dans ces zones est-il réellement positif pour nos concitoyens ? En effet, il est important de connaître les patients que nous prenons en charge. Dans ce contexte, un stage de 6 mois, cela veut dire que les étudiants ne feront que du saupoudrage car connaître un patient et sa famille cela demande du temps et de la réflexion parfois.

Et puis, est-il normal de frustrer encore une fois une génération de jeunes médecins qui sont exploités dans les hôpitaux, et qui vont devoir travailler très dur dans des zones désertiques ? Cela ne va-t-il pas détourner les jeunes générations de la médecine générale ?

Enfin, de quelle manière vont-ils être rémunérés ? Si nous considérons qu'il s'agit d'internes et qu'ils doivent recevoir un salaire de 1500 € par mois, cela est indécent.

Doc bashing. De toute manière nous pouvons retenir que les nouvelles générations vont souffrir d'un « doc bashing » ; phénomène orchestré savamment par les médias et les pouvoirs publics. Le but est de discréditer une profession qui se met au service des patients quoique nous puissions dire.

Le plus révoltant dans cette histoire, c'est de voir que les politiques, sans aucune concertation avec les médecins décident de la manière de former les professionnels de santé. Pensez-vous qu'un tel comportement pourrait être accepté dans d'autres universités que celles de médecine?

Espérons qu'une mobilisation structurée (car il ne faut pas partir dans tous les sens pour être crédible) pour dénoncer cette situation permettra de répondre avec plus de précisions à certaines attentes et questions!

«Aujourd'hui, manoeuvrer, dénon-

cer, flatter, faire preuve de cynisme et jouer les forts en thème suffit pour accéder au rang de supérieur. Les compétences passent au second plan » Kuperman N.

Dr Pierre Frances
Médecin généraliste
Banyuls-sur-mer (66)

Homéopathie: quel laxisme!

Je suis choqué par le laxisme du pouvoir et des tutelles vis-à-vis de pratiques à l'efficacité non prouvée (et non prouvable si l'on en croit leurs adeptes...) face à la rigueur extrême (et normale) appliquée à la médecine conventionnelle et aux dispositifs conventionnels et à la matéro-vigilance. L'homéopathie «science humaine»? On parle ici du remboursement de granulés dont l'efficacité n'est pas prouvée en tant que telle, pas d'une séance de psychothérapie!

Quant à l'EBM, les Français n'en ont pas une pratique ancienne, comme les anglo-saxons ou les nordiques, et elle semble préférable aux pratiques non vérifiables et à un discours qui relève plus de la magie que d'un raisonnement scientifique élémentaire.

C'est d'ailleurs l'argumentaire habituel associé à des fake ou à de grossières erreurs, à commencer par l'Oscillococcinum, basé sur une erreur : la découverte erronée d'un germe, l'oscillocoque, par Joseph Roy au siècle dernier (depuis le virus de la grippe a été identifié clairement) et dont la composition est des extraits de foie et de coeur de canard de barbarie, du lactose et du saccharose dilué 200 fois selon la méthode Korsakovienne !! Quel rapport ont les composants avec les «états grippaux» ? La formule n'a pas changé depuis son introduction ! Cette escroquerie intellectuelle et scientifique est encore largement vantée par l'abondante publicité du laboratoire.

**Docteur Richard Béracassat,
Chirurgien orthopédiste retraité**

Urgences: arrêtons de charger les libéraux!

Un motif peu souvent évoqué dans l'encombrement des urgences est la grande difficulté d'accès (c'est le cas dans ma ville) à des consultations dans des délais raisonnables à l'hôpital (où les médecins sont pourtant beaucoup plus nombreux

qu'avant). Combien de fois nous entendons nous répondre lors de telles demandes : *« adresser votre patient aux urgences »* ? Il est trop facile de rendre systématiquement les médecins généralistes libéraux responsables de la surcharge des urgences.

Dr Gilles Paris, Lorient (56)

Numerus clausus: une redoutable équation

Si l'on veut remplacer dix médecins qui travaillaient 60 heures semaine, par dix nouveaux qui ne veulent en faire que 30 ou 35... avec une pincée d'utopie et beaucoup d'optimisme, on aurait pu penser que la résolution arithmétique de ce problème puisse être sa solution.

La question essentielle se serait alors résumée à cette interrogation : combien faut-il faire sortir de jeunes médecins chaque année des facultés pour que tous les cabinets fonctionnent aujourd'hui comme ils le faisaient dans les années 2000 ? Et, à son sempiternel corollaire : de combien faut-il ouvrir le *numerus clausus* ?

Dans un pays où les commissions sont foisons, il est étonnant qu'il n'y en ait pas une qui ait planché depuis belle lurette sur le sujet ! N'ayant, en conséquence, pas de chiffre sous la main, et dans l'attente que quelques énarques distingués commandent à de fêrus statisticiens de statuer sur la question, on va se baser sur ce ratio approximatif de 30/60, ratio qui peut sembler un peu pessimiste, et qui est certainement une cote mal taillée.

En tout état de cause, si des chiffres plus proches de la réalité existent, il sera facile d'apporter la correction adéquate. Ceci signifie que, dans l'état actuel, il manquerait aujourd'hui (ou en tout cas c'est tout comme s'il manquait) la moitié de l'effectif.

Si l'on est pragmatique, ce constat conduirait à envisager d'ajouter un étage à toutes les facs de médecine de France afin d'y faire entrer le quota d'étudiants manquants. Il conviendrait alors de budgétiser le coût de ces travaux ainsi que celui du fonctionnement de ces établissements à la capacité doublée.

Mais, tandis que l'on échafaude en supputations, on se rappelle aussitôt que la gestation qui fait d'un bachelier un carabin puis d'un carabin un médecin opérationnel prend chez nous 10 années ! Un temps insupportablement long pour apaiser l'inquiétude justifiée

des patients dont le besoin est immédiat et qui comprendraient mal qu'on essaie de les rassurer... en les renvoyant aux calendes grecques !

Ceci met un point final raisonnable à l'idée d'une résolution arithmétique du problème et on rebrousse chemin; le projet perçu sous cet angle s'avérant en premier lieu, techniquement difficile à réaliser, et sur un plan financier, pharaoniquement coûteux avant de se révéler totalement inadapté pour une résolution rapide du problème.

Au compte-goutte. Chacun aura compris qu'augmenter homéopathiquement le *numerus clausus* comme cela vient d'être fait récemment, n'est qu'une de ces mesures gouvernementales de plus, classique pis-aller, signature *sui generis* du politique en exercice qui cherche à donner l'illusion qu'il est en activité et sait résoudre les problèmes que l'adversité glisse sur son chemin. Chacun a certainement son avis sur le sujet.

Intéressons-nous plutôt aux deux populations que constituent ceux qui en ont trop fait et à qui on ne demandait pas d'en faire tant (les générations d'avant), et ceux qui ont décrété *mordicus* qu'ils en feraient beaucoup moins (les générations actuelles). Gageons que l'on trouvera de ce côté, sinon une solution, du moins peut-être une petite faille qui permettra d'en entrevoir une.

Dr Bernard Riou
Médecin généraliste
Vern-sur-Seiche (35)

Affaire Freyer: une polémique con(sternante)

[À propos des paroles reprochées au Pr Gilles Frey (chef du service d'oncologie médicale aux HCL)], tout le monde peut dire une connerie (cf. « *Propos discriminatoires et misogynes en amphi : Vidal ouvre une enquête contre le vice-doyen de Lyon-Sud* », lequotidiendumedecin.fr du 28 mai 2019). Si on enregistrait et mettait en ligne tous les excès de langage des uns et des autres, à commencer par ceux des animateurs syndicaux étudiants, il n'y aurait plus ni syndicats ni meneurs.

Aux États-Unis, pays qui a pris la liberté comme emblème, toute personne émettant une opinion favorable aux faibles et aux pauvres à l'époque du Mc Carthysme risquait de perdre immédiatement son travail et d'être accusée d'espionnage à la solde de Moscou.

Ce type d'intolérance est insupportable. Je ne souhaite pas qu'au nom de la liberté et du respect des droits humains, on impose le silence à tous ceux qui ne disent pas exactement ce qu'on estime politiquement correct. Je ne peux pas m'empêcher de penser à la phrase d'Audiard (un mec qui avait été un peu collabo et qui s'est ensuite rattrapé grâce à son talent de dialoguiste) : *« le propre des cons, c'est que ça ose tout, c'est même à ça qu'on les reconnaît »*. Je ne sais pas qui est l'imbécile. C'est peut-être con de ma part mais je trouve la plainte de l'ANEMF con(sternante).

Dr Jean-Marie Cohen
médecin généraliste

Le cumul emploi-retraite est la solution

Ne polémiquons plus sur la cré-
tinerie de nos politiques incapables
de prévisions pour certains, ou pour
d'autres, trop capables de malhonnê-
teté politicienne (baisse du nombre
de médecins => baisse du coût de la
Santé). Le remède, d'efficacité immé-
diate, à cette pénurie, est tout simple-
ment de favoriser le cumul retraite-
activité en abrogeant la cotisation
CARMF (laquelle cotisation ne don-
nant d'ailleurs aucun droit supplé-
mentaire), et encore mieux: augmen-
ter les points retraite.

Dr Christian Romanet
Ophtalmologue, Annecy (74)

Magnifique!

Aujourd'hui à la retraite, je trouve que mes jeunes confrères ont quand même beaucoup de chance d'avoir des représentants de la classe des Drs Hamon, Ortiz, Marty. Il me semble que dans ma génération, c'était plus « la lutte des classes » spécialistes/généralistes, hospitaliers ou pas... Dr Pierre Frances... Magnifique ! J'habite Port de la Selva, j'espère que vous m'accepterez comme patient... Enfin, merci au « Quotidien » pour tous ces superbes articles !

Dr Patrick Mannechez
Ophtalmologue

Écrivez-nous !

● Adressez vos tribunes ou courriers à : **jean.paillard@lequotidiendumedecin.fr**



1950 €*

Renseignements : Brigitte QUENTIN
Tél : 01 73 28 15 19
mail : brigitte.quentin@gpsante.fr




Thanksgiving & Black Friday à New-York

Du 27 novembre au 2 Décembre 2019 au départ de Paris




LES VOYAGES
du Quotidien

- Des vols directs avec Air France au départ d'Orly (pré-acheminement sur demande à prix étudiés)
- Logement en hôtel**** en plein centre de Manhattan
- Petits déjeuners américains + 3 diners (dont un dîner traditionnel de Thanksgiving) + un déjeuner inclus au programme
- 2 Excursions incluses (Tour de ville de New York et découverte de Brooklyn)
- Atelier professionnel en cours de séjour
- Voyage accompagné par un membre de l'équipe du Quotidien



LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN
www.lequotidiendumedecin.fr

LeQuotidien
du pharmacien

Descriptif complet sur le site: <http://voyages.lequotidiensante.fr>

SAS JANUS - LES VOYAGES DU QUOTIDIEN - IM092170012-G. F. : Atradius credito y caucion - RCP : ALLIANZ IARD

*Prix par personne logée en chambre double - Non abonné : + 50 euros

Courrier des lecteurs

Vincent Lambert : à situation exceptionnelle, réponses exceptionnelles

Chirurgien retraité et m’occupant de familles de traumatisés crâniens depuis 12 ans, je peux donner les éléments de réflexion suivants concernant l’affaire Lambert. M. Lambert n’est pas en état végétatif (EVC), mais paucirelationnel (EPR), ce qui est un peu différent, car il présente, d’après mes sources, certaines réactions émotionnelles dont aucun moyen technique ne permet à ce jour de connaître ce que cela implique vraiment dans le psychisme du patient.

Il y a en France en 2019 environ 1 500 patients qui vivent dans cette situation soit dans des unités dédiées (unités EVC-EPR, MAS) soit à domicile ; le problème actuel dans le cas de Vincent Lambert est que la famille n’est pas d’accord sur la conduite à tenir.

Cette situation est exceptionnelle et ne se reproduira sans doute pas de sitôt. En effet, soit la famille est d’accord avec le médecin spécialiste pour le maintien en vie et donc ces patients survivent jusqu’à ce qu’une complication intercurrente (que tous les spécialistes sont d’accord pour ne pas sur-traiter) les emportent, un temps qui est rarement supérieur à 15 ans. Soit le médecin a convaincu la famille du mal fondé de ce que l’on peut considérer comme un acharnement et est mise en place la procédure initialement prévue pour Vincent Lambert en toute légalité mais après une longue observation clinique, un entretien répété avec la famille et une collégialité médicale dont doivent faire partie des médecins choisis hors du service qui s’occupe du patient. Soit encore la famille préfère que les soins soient maintenus et si le médecin y est opposé – et bien que la loi lui donne la priorité de la décision – il est exceptionnel qu’il poursuive sur cette possibilité d’arrêt de soin pour des raisons humaines que chacun peut comprendre.

D’autant qu’encore une fois, il existe de nombreuses possibilités de grande qualité pour ces patients même s’il faut attendre souvent assez longtemps pour avoir une place disponible. La Sécurité sociale n’est pas le financeur exclusif, loin de là. En effet, lorsque l’accident relève de la faute d’un tiers c’est l’assurance de ce dernier qui assure ce financement.

Douleur ? Ces patients souffrent-ils ? Moralement c’est peu probable car pour souffrir moralement il faut un niveau de conscience élevée, qu’ils n’ont sans doute pas, ce que semblent corroborer les divers examens complémentaires tels IRM fonctionnelle, Pet scan et j’en passe. Souffrent-ils physiquement ? Il est très difficile de répondre ; d’autant que certains présentent en plus de lourdes séquelles orthopédiques associées au TC qui peuvent être source d’inconfort et de douleurs.

Le personnel spécialisé et les familles deviennent capables par leur entraînement de ressentir très nettement quand leur patient ou proche se trouve dans une situation inconfortable ou au contraire calme et apaisé. Ces patients ne sont évidemment pas en fin de vie et la loi Léonetti, essentiellement construite pour cela, s’adapte très mal à cette problématique.

Certaines familles et pas forcé-

ment pour des raisons religieuses (et le plus souvent les mères) s’attachent d’une façon incroyable à leur enfant vulnérable, qu’il s’agisse d’un enfant ou d’un adulte. Il ne s’agit pas là d’une réaction déraisonnable mais liée à la psychologie de l’attachement et pour laquelle il n’y a rien à faire ni à dire car nous sortons vraiment du domaine médical : partir dans une procédure de fin de vie dans ces circonstances donne à ces parents la certitude qu’on assassine (le mot n’est pas trop fort) leur proche. Il faudrait être assez insensible pour ne pas comprendre ce type de réaction.

Priorité à la famille. De fait, et moi que l’on ne peut pas taxer de vouloir prolonger la vie dans ce genre de situation – ce que je ne souhaite ni pour moi ni pour mes enfants (mais ça ne reste qu’un avis personnel que j’assure en ayant rédigé mes directives anticipées) – et fort d’une certaine expérience, je pense que le médecin doit être libéré de cette suprématie de décision (même entouré du staff le plus étoffé) et que la décision finale doit revenir à la famille (dans l’étroite limite des ascendants et descendants directs majeurs et du conjoint). Et si une seule personne est pour le maintien des soins je pense qu’il faut les maintenir. Le rôle du médecin étant d’informer et de plus en plus précisément grâce aux progrès des neurosciences.

À côté de cela, il faut évidemment prendre en compte la souffrance de ceux qui estiment que cette vie est inutile : il faudrait que soient en particulier autorisés, dans les cas impliquant les conjoints, des divorces unilatéraux juridiquement actés, de façon à ce que l’autre puisse refaire sa vie. En attendant des améliorations juridiques à la loi, je ne saurais trop insister sur l’importance de la rédaction des directives anticipées et de leur partage pour qu’elles soient facilement utilisables en temps voulu.

Dr François Pernot
Chirurgien retraité, membre du CA de l’Association des traumatisés crâniens (AFTC) Gironde

Ça peut vous arriver : c’est juré !

Chers confrères, Comme moi, vous pouvez être convoqués comme juré d’Assises pour une session de deux semaines. Ne ratez pas ce rendez-vous républicain ; il vous en coûterait 3 750 €.

Bien en avance au Tribunal de Grande Instance de Nanterre, une quarantaine de désignés du hasard attendent en silence dans le hall. Neuf jurés sont retenus par tirage au sort. Tous les autres repartent, ayant différé leurs occupations depuis des mois...

Outre quatre magistrats, cinq avocats, cinq policiers, le greffier et l’appariteur, tous sont dédommagés par le trésor public (86,24 € par jour, 15,25 € par repas, ticket de métro + indemnité de perte de salaire, le tout imposable).

Les prévenus arrivent menottés de la prison qu’ils occupent depuis quatre ans en attendant ce jour. On les observe derrière la cage en verre, on imagine leur crime... « Levez-vous ! La Cour ! » braille l’appariteur. Mais tendez bien l’oreille car la sono est mauvaise. Le public supportera de longues heures son banc de bois, sans parler de l’état des toilettes : la justice n’est pas riche. Par chance, la présidente qui est vapo-

teuse multiplie les suspensions de séances...

J’ai appris les trois grands principes d’une Cour d’Assises.

1 – L’oralité. Il n’est pas question de lire un papier. On veut du spontané, de l’authentique et même de l’effet pour émouvoir les jurés. Tout est enregistré.

2 – Le contradictoire. L’avocat des victimes dit « partie civile », ceux des prévenus, ainsi que le Procureur appelé ici Avocat Général s’expriment à tour de rôle sous la houlette de la Présidente de séance entourée de deux magistrats et des jurés muets. L’effet des robes rouge-sang et noire-deuil réservées aux magistrats et aux avocats impressionne le candide habitué aux blouses blanches.

3 – La présomption d’innocence : remaniée en 2002 par la loi Guigou. Le doute profite à l’accusé. Aussi les avocats de la défense, habiles de la langue (foi de stomato), inventent des scénarios créateurs de doute. Mais où es-tu passé, « bon sens » ?

Après trois jours d’audition des témoins (remboursés de leur déplacement), de policiers ayant réalisé un méticuleux travail d’investigation, de psychiatre, légiste et techniciens d’ADN, d’enquête de personnalité des prévenus (ne pas dire criminels), de traductions d’écoutes téléphoniques et autres disques durs, images de caméras urbaines, de chronométrage des trajets, de vidéo-conférences, chacun se forge une conviction. Il ne faut surtout rien laisser transparaître : le danger rôde, la police veille.

Si les agresseurs ont droit à la défense (gratuite pour eux), on parle moins des victimes. Après des années de malheur, certains renoncent à poursuivre pour tenter d’oublier...

C’est ainsi, cher confrère-citoyen, que vous pouvez être appelé à servir la justice. Comme moi, vous découvrirez une misère bien plus sordide que celle que nous connaissons en soignant tout le monde.

Dr André-Jean Fraudet
Stomatologue
Neuilly-sur-Seine (92)

Quel métier !

Le 4X4 de S.O.S TVTR, roulait à vive allure dans les rues de Paris. L’infirmier chauffeur était épuisé, une barbe de deux jours obombrait ses joues, le médecin à côté de lui n’avait même plus le temps de retirer ses gants et se tenait dans la position de James Bond avant-bras droit prolongé d’une main à l’index et au majeur tendus vers le haut. Ils avaient décalé sans répit depuis 48h courant de fécalomes en prégnantes à trois doigts.

Ils venaient de recevoir un message émanant du portable de Dieu qui leur demandait d’aller réduire en urgences, avant chirurgie, une hernie ombilicale, chez un certain Adam, 33 place des Vosges.

– J’aurais du demander un numéro de contre-appel... Je me suis laissé impressionner quand Il s’est présenté... J’ai manqué de professionnalisme... Fatigue !

– Tu crois que c’est un gag ?... C’était Dieu quand même !

– Ben, Adam, si c’est le premier homme, il a pas eu de mère donc pas de nombril !

– T’es pas chef de service pour rien toi !... On annule !

Dr Thierry Deregnacourt
Médecin généraliste
Sailly-en-Ostrevent (62)

LA GÉRIATRIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Vieillir en bonne santé
Évaluer régulièrement les capacités intrinsèques

Le rapport Libault, tout comme le rapport de l’OMS sur le « Vieillir en bonne santé », préconisent des actions de prévention de la perte d’autonomie qui nécessitent une autre approche du vieillissement, basée sur la surveillance des capacités fonctionnelles. Le point avec le Pr Bruno Vellas, coordonnateur du gérontopole de Toulouse et président du comité scientifique de la concertation « Grand âge et autonomie ».

● En 2040, 14,6 % des Français auront 75 ans ou plus et le nombre de personnes âgées en perte d’autonomie va inéluctablement s’accroître.

« Dans les dernières décennies, le nombre de personnes âgées souffrant de polypathologies n’a cessé d’augmenter. Pour y faire face, on a créé des courts, moyens, longs séjours... Et le nombre de lits en EPHAD n’a cessé d’augmenter : il y a 1,5 fois plus de lits de gériatrie en y associant les EHPAD que dans toutes les autres spécialités médicales confondues », explique le Pr Bruno Vellas. Mais cette hausse ne semble pas répondre à l’enjeu car les résidents sont de nos jours très sévèrement dépendants. « Il faut prévenir la dépendance, comme le recommande l’OMS. Mais le problème, en France, réside dans le fait que notre système de santé n’est pas adapté au vieillissement de la population. Créé après la guerre, l’objectif était essentiellement de traiter des pathologies aiguës de l’adulte jeune, alors qu’actuellement, nous devons faire face à des patients âgés souffrant de pathologies chroniques ».

Préserver les cinq fonctions essentielles

Le rapport mondial de l’OMS sur le vieillissement et la santé définit un cadre d’actions pour favoriser le vieillissement en bonne santé, construit autour des capacités intrinsèques (physiques et mentales) permettant à chacun de continuer à faire ce qui est important pour lui. « Vieillir en bonne santé, ce n’est pas ne pas avoir de maladies, mais c’est garder ses fonctions. C’est continuer à être ce que l’on est au fond de soi », précise le Pr Bruno Vellas.

Cinq fonctions ont ainsi été identifiées comme essentielles pour que les personnes âgées restent autonomes le plus longtemps possible : la mobilité, la cognition, la vitalité, le psychosocial et le sensoriel. Il faut dès lors, comme le préconise le rapport « Grand âge et autonomie », développer des actions de prévention ciblée entre 50-70 ans pour maintenir le plus longtemps possible ces fonctions, puis dès 75 ans, les suivre systématiquement et régulièrement pour préserver ou ralentir leur déclin, souvent réversible si on agit tôt.

« C’est une nouvelle démarche pour les professionnels de santé qui doivent être capables d’évaluer, de mesurer et de surveiller ces fonctions. Les nouvelles technologies nous aident. », ajoute le Pr Bruno Vellas.

Transformer le système de santé

Il faut donc ajouter à notre système de santé centré sur les maladies, la notion de maintien de ces fonctions ce qui exige une transformation du système s’éloignant des modèles dits « curatifs », basés sur la maladie



PHANIE

Vieillir en bonne santé, c’est continuer à être ce que l’on est au fond de soi

pour préconiser la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée.

Avec le programme de « Soins intégrés pour les personnes âgées » (Integrated Care for Older People – ICOPE), l’objectif de l’OMS est de diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes, d’ici à 2025.

Il faut passer d’une prise en charge de la dépendance à une prévention du risque de perte d’autonomie. « Aujourd’hui, on a su prévenir les infections nosocomiales à l’hôpital. De même, il faut faire la prévention de la dépendance nosocomiale dans les établissements de santé pour personnes âgées car elles peuvent entraîner une perte d’autonomie, chez environ 10 % des personnes de plus de 75 ans hospitalisées. »

La perte d’autonomie n’est pas une fatalité. Il faut sensibiliser et détecter les fragilités des personnes âgées de façon plus précoce. « Il y a de nombreux éléments en faveur de ces changements. Tout d’abord, la prise de conscience de la société en général : nombreux sont ceux qui ont vécu dans leur famille le coût moral et financier de la dépendance. Ils réclament de vieillir en bonne santé. De plus, les personnes âgées de 65-75 ans aujourd’hui, sont en bien meilleur état de santé que leurs aînés », souligne le Pr Bruno Vellas.

Dans ce contexte, le Pr Vellas vient de lancer le projet INSPIRE (Institut pour la prévention, le vieillissement en santé et la médecine régénérative) qui repose sur le partenariat entre l’université Toulouse III-Paul Sabatier, le CHU de Toulouse et l’Inserm auxquels s’associent de nombreux partenaires de la région Occitanie/Pyrénées-Méditerranée et l’ARS.

Des approches innovantes vont être développées : nouvelles voies thérapeutiques contre les plaques séniles, recherche sur les cellules-souches, applications internet pour alerter en cas de fragilité liée à la dépendance, apport de l’intelligence artificielle pour l’identification de biomarqueurs prédictifs de perte fonctionnelle...

Christine Fallet

(1) Centre collaborateur de l’OMS pour la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie.

ANNONCES RECRUTEMENT
DOSSIER GERIATRIE



FONDATION
PARTAGE
& VIE

Reconnue d'utilité publique

L'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),
Résidence « La Houssaie », situé à Jouarre (77640) :

Recherche :

UN MÉDECIN COORDONNATEUR
à temps partiel (0,4ETP)

Contact :
Mme Elise GUILLER, Directrice
elise.guiller@fondationpartageetvie.org

21900649



MAISONS DE RETRAITE
de Neuilly-sur-Seine

► Résidence Roger Teuillé (120 résidents)
► Résidence Soyer (80 résidents)
► Accueil de jour «les Pivoines» (12 places)

Recherche

UN MÉDECIN COORDONNATEUR / PRESCRIPTEUR
A temps partiel ou temps plein, CDI

CONTACT : recrutement@ehpadneuilly.com

21902295



Centre
Hospitalier
La Loupe

Le Centre Hospitalier de La Loupe, établissement de 32 lits sanitaires (dont 2 lits soins palliatifs), 40 lits USLD, 89 EHPAD et 50 places de soins à domicile (SSIAD) à vocation majoritairement gériatrique, recrute, pour compléter son effectif médical sur les lits sanitaires,

CLINICIEN H/F

Disposant de la capacité en gériatrie, un DU de soins palliatifs serait apprécié. A défaut, la formation peut être envisagée.

Conditions :

- Titulaire d'un diplôme de médecine et de la capacité en gériatrie
- Inscription au Conseil de l'Ordre
- Rémunération selon la grille des cliniciens hospitaliers
- Permanence des soins de nuit et de week-end

Éléments complémentaires :

- Cadre de travail agréable : la Loupe est une commune du parc Naturel du Perche.
- La Loupe dispose d'une gare SNCF (ligne directe Paris : 1h15 / Le Mans : 50 minutes).
- Possibilité de logement sur place.
- Suite au changement de Direction, l'établissement est dans une dynamique de restructuration et de projets, notamment, nouveau projet d'établissement et projet architectural.

Merci d'envoyer votre candidature à :
Stéphanie Gougeon, Directrice adjointe - s.gougeon@ch-laloupe.fr
02.37.29.33.02

Centre Hospitalier La Loupe, rue Edmond Morchoisne - 28240 LA LOUPE

www.hopital-laloupe.fr

AKAL



Bien vieillir
Centre de Prévention Agirc-Arrco
Hauts-de-France

**CENTRE DE PRÉVENTION
BIEN VIEILLIR AGIRC-ARRCO**
(Hauts-de-France)

Recherche

**MÉDECIN QUALIFIÉ
EN GÉRIATRIE
OU GÉRONTOLOGIE**

Poste à pourvoir au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecins et psychologues), à destination d'un public de seniors (> 50 ans).

Sur le site d'AMIENS, antenne du centre principal de LOMME (cf site Internet www.centredeprevention.com), avec déplacements à prévoir, à moyen terme, sur la journée, pour des bilans délocalisés sur le territoire de l'Amiénois.

MISSIONS : principalement centrées sur les consultations médicales individuelles de prévention, en association avec un entretien psychologique, à tour de rôle ► actions collectives à envisager (animations et/ou co-animation de conférences, ateliers, journées thématiques...) ► intérêt et expérience de la médecine de prévention nécessaires ► notions d'aide au changement de comportement, capacités d'écoute et qualités relationnelles requises.

Dr Florence COELENBIER
06 84 85 37 75 ou florence.coelenbier@cpbvaalille.fr

21902157



Groupe
hospitalier
Sud Ile-de-France

L'hôpital de Brie Comte Robert, fusionné avec l'hôpital de MELUN en 2017, pour former le GHSIF (Groupe Hospitalier Sud Ile de France), recrute h/f :

- 1 Médecin temps plein pour son service de SSR gériatrique (30 lits)
- 1 Médecin temps plein pour son service de médecine gériatrique (33 lits)

pour renforcer son équipe médicale composée avant recrutement d'un praticien temps plein pour le SSR gériatrique (soit 2 praticiens après recrutement) et 3 praticiens temps plein sur le service de médecine gériatrique avant recrutement (soit 4 praticiens temps plein après recrutement). La rémunération est négociable. Un recrutement avec le statut de Praticien Hospitalier Contractuel ou praticien attaché est possible (inscription au conseil de l'ordre de médecins obligatoire). Le salaire est abondé par les astreintes (en moyenne 500 € net par mois).

L'hôpital de Brie Comte Robert est un établissement public de santé de proximité idéalement situé en centre-ville. Outre un secteur sanitaire, il comprend :

- un EHPAD de 197 places dont une Unité d'Hébergement Renforcée de 14 places et une Unité Protégée de 42 places, un PASA pouvant accueillir 12 résidents
- un CAJA de 12 places
- un SSIAD de 70 places.

Située à 30 km au sud-est de Paris, Brie Comte Robert est accessible en 45 minutes en voiture du centre de Paris et 1h en transport en commun.

Pour toute information complémentaire, et notamment si vous n'êtes pas gériatre mais que vous avez une réelle appétence pour la gériatrie et que vous souhaitez vous former :

- Docteur MERLIER, Chef de pôle gériatrie, isabelle.merlier@hopital-brie.fr 01.60.62.62.16

Adressez votre candidature à bam@ch-melun.fr ou par courrier : GHSIF, Bureau des Affaires Médicales, 270 avenue Marc Jacquet, 77011 Melun Cedex

www.ghsif.fr

AKAL



ORPEA
GROUPE

la vie continue avec nous

Une politique
Groupe ambitieuse
pour construire votre
carrière avec nous

Le Groupe ORPEA - CLINEA recrute
pour ses cliniques de SSR à orientation gériatrique et ses EHPAD,
des Médecins Gériatres (DES ou capacité de gériatrie) H/F

Nous vous proposons :

- > des postes de Médecins Gériatres en CDI ;
- > des CDD ouverts aux internes disposant d'une licence de remplacement en cours de validité.

Un accompagnement de proximité est proposé
par les Directions Médicales du Groupe.

REJOIGNEZ-NOUS

medecin-recrutement@orpea.net www.linkedin.com/company/orpea
www.orpea.com



La Teppe
L'humain en tête

L'association de l'établissement médical de la Teppe, gère des établissements sanitaires et médicaux sociaux (MAS / FAM / ESAT / Foyer / SAVS...). Initialement spécialisée dans le soin des personnes épileptiques, La Teppe a une activité complémentaire de clinique psychiatrique, et d'accueil de personnes âgées (2 EHPAD).

Recherche

1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE (F/H)
CDI – mi-temps

pour notre site de Tain l'Hermitage (Drôme – à 45 mn au sud de Lyon et 15 mn de Valence),

MISSIONS :

- >> Soin des personnes âgées accueillies au sein de nos EHPAD et coordination des soins.
- >> Participer avec les 2 médecins généralistes à la continuité des soins somatiques des patients sur le site.
- >> lien de transversalité avec les spécialistes.

Rémunération selon convention collective du 31 octobre 1951.

CONTACT : **merci d'adresser les candidatures (CV + lettre de motivation) sous référence « RPMG-1906 » à Monsieur le DRH**

- > Établissement Médical de la Teppe – 26602 Tain l'Hermitage
- > mail : recrutement@teppe.org
- > sur notre site web : www.teppe.org

21902577



L'HÔPITAL
INTERCOMMUNAL
DE LA PRESQU'ÎLE

43 lits de médecine, 6 Lits de soins palliatifs, 10 lits de médecine (Unité d'Hospitalisation d'addictologie), 80 lits de SSR, 42 lits d'USLD, 266 lits d'EHPAD, 142 places de SSIAD, 10 places d'ESA.

Recrute

MÉDECIN GÉRIATRE (F/H)
A TEMPS PLEIN OU 80%

Le service dispose déjà d'un praticien hospitalier à temps plein. Une qualification de gériatre ou une expérience en gériatrie serait souhaitable. L'exercice pourra être associée à des consultations.

**PRATICIEN HOSPITALIER
EN ADDICTOLOGIE(F/H)**
100% OU TEMPS PARTIEL

Le médecin prend en charge les patients dans le domaine de l'addictologie. Son action vise à améliorer l'état global de la santé du patient.

Diplôme : médecin avec capacité en addictologie acquise ou en cours, orientation TCC souhaitée.

**MÉDECIN DE MÉDECINE GÉNÉRALE
S'INSCRIVANT DANS LE PARTENARIAT VILLE-HÔPITAL (F/H)**

Le médecin exercera une activité partagée entre l'activité de médecine au sein de l'Hôpital et un cabinet libéral/Maison de santé du territoire. Sa rémunération est assurée par l'Hôpital.

Le poste est situé à Guérande (Loire-Atlantique-44)
à 20 minutes de Saint-Nazaire, 60 minutes de Nantes et Vannes,
1h30 de Rennes, 3h30 de Paris par TGV et 5 minutes de La Baule.

CONTACT : HLI de la Presqu'île DRH
Av. de la Bouexière – 44350 GUERANDE
Mail : s.jaunet@hli-presquile.fr

21902585

LE CENTRE ALZHEIMER

Les parentèles
de REIMS

LE CENTRE ALZHEIMER
" LES PARENTÈLES "
DE REIMS
recherche

MÉDECIN COORDONNATEUR F/H
À temps partiel (21 h/semaine)

Le Groupe Almage est un groupe familial, pionnier dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Nos établissements spécialisés offrent un environnement entièrement adapté où la liberté de mouvement est respectée et même encouragée. Nos équipes sont impliquées, avec une parfaite connaissance de la maladie. Les thérapies non médicamenteuses sont favorisées.

Véritable pilote du projet médical et du projet de soins associé, vous en êtes le promoteur auprès de l'équipe et contrôlez l'application des bonnes pratiques gériatriques. Vous participez à la formation des professionnels.

Médecin diplômé avec idéalement une spécialisation en gériatrie, vous avez envie de participer au projet Almage en contribuant aux recherches scientifiques autour de la prise en soins des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Contact : 21902614
Isabelle COULOMB - Directrice : icoulomb@almage.com
https://www.almage.com/le-manifeste-alzheimer-2/

Centre Hospitalier François Dunan
Saint-Pierre et Miquelon

LE CENTRE HOSPITALIER FRANÇOIS DUNAN
DE SAINT-PIERRE ET MIQUELON
(archipel français en Amérique du Nord)
recherche H/F

UN PRATICIEN TEMPS PLEIN
POUR SON PÔLE GÉRIATRIQUE
(Qualification en gériatrie souhaitée)

Prise en charge transport et déménagement.
Adresser dossier de candidature par fax ou mail
comprenant un CV, une copie des diplômes et une
attestation d'inscription à l'ordre.

Envoyer votre candidature à M. le Directeur
du Centre Hospitalier F. DUNAN
Boulevard Port en Bessin - BP 4216
97500 Saint Pierre et Miquelon
Tél : 05.08.41.14.20
Fax : 05.08.41.14.27
Email : pcormier@ch-fdunan.fr

Etablissement public de santé de 256
lits (50 lits d'USLD et 206 lits
d'EHPAD), situé à Saint-Galmier (Loire)

Poste à pourvoir de préférence au 1er septembre 2019.

recrute un

MEDECIN GENERALISTE ou GERIATRE
Praticien Hospitalier ou Praticien attaché, à temps plein ou temps partiel,

afin d'assurer le suivi médical d'environ 60 résidents des secteurs EHPAD –
dont 24 en unité de vie protégée - et USLD ainsi que les missions de
médecin référent sur un service de l'EHPAD
Il intégrera une équipe médicale constituée d'un Praticien Hospitalier
gériatre, coordonnateur et président de la CME, de 5 médecins libéraux et
d'un pharmacien PH. Ce poste ne comporte pas d'astreintes et de temps
additionnel. Il est susceptible d'évoluer à moyen terme vers la coordination
générale de l'équipe médicale.

CONTACT 21902192
Mme LUSSATO – Directrice
direction@hopital-saint-galmier.fr - Tél : 04 77 36 05 89

Corentin-Celton
Hôpital européen Georges-Pompidou
Vaugirard - Gabriel-Pallex

LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST
Pour son service de chirurgie à l'APHP, au sein d'une équipe dynamique,
statut PH ou PHC proposé, disponibilité immédiate.

Recherche
UN MÉDECIN
GÉNÉRALISTE ou GÉRIATRE
Poste temps plein ou partiel

Service composé de 76 lits avec pour activité principale chirurgie du rachis
et du membre supérieur.

Merci d'envoyer vos CV à
emmanuelle.ferrero@aphp.fr

FONDATION
DE ROTHSCHILD

La Fondation de Rothschild,
privée à but non lucratif,
recherche

• Médecins gériatres (H/F)
• Médecins généralistes (H /F)
CDI ou CDD à temps plein ou partiel

FEHAP, CNN 51, avec reprise d'ancienneté, possibilité de
détachement de la Fonction Publique.

Pour plus d'informations, merci de contacter la conseillère RH
au 01 44 68 71 08

Merci d'adresser votre candidature à : Fondation de Rothschild – CRH
76, rue de Picpus, 75 012 Paris ou par courriel secretariatdg@f-d-r.org

ARPAVIE
GROUPE ASSOCIATIF
Une histoire qui nous relie

L'association à but non lucratif ARPAVIE, acteur majeur du secteur
médico-social, est spécialisée dans l'hébergement et l'accompagnement
des personnes âgées autonomes et en perte d'autonomie.
Constituée de 125 établissements sur le territoire national (EHPAD,
résidences autonomie, résidences services et SSIAD),
elle héberge 9.000 résidents et emploie 3.000 collaborateurs.

Nous recherchons
pour nos EHPAD en Île-de-France (départements : 91, 92, 93 et 94)
ainsi que pour nos EHPAD en province à Jarnac (16), Saint Omer (62)
et Loudun (86) :

DES MÉDECINS
COORDONNATEURS H/F
CDI à temps partiel - Statut Cadre

Sous la responsabilité du directeur d'établissement, vous êtes membre du
comité de direction. En lien avec le directeur d'établissement et l'équipe
soignante, vous contribuez, par votre action, à la mise en œuvre d'une
démarche qualité dont l'objectif est de garantir aux résidents des conditions
d'accueil et de prise en charge adaptées à leurs besoins. Dans ce cadre,
vous élaborez, mettez en œuvre et coordonnez le projet de soins. Vous
coordonnez l'intervention des différents professionnels de santé et organisez
la permanence des soins. Vous évaluez et validez de l'état de dépendance
des résidents et participez aux pré-admissions. Vous participez à la
professionnalisation des équipes soignantes à travers la formation des
personnels.

Véritable référent interne, vous veillez à l'application des bonnes pratiques
gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels et
formulez des recommandations.

Profil : Titulaire d'un doctorat de médecine générale et d'une capacité en
gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie
ou d'un DU de médecin coordonnateur, vous possédez idéalement une
première expérience réussie sur un poste similaire. Fédérateur, vous êtes
reconnu(e) pour vos qualités relationnelles, votre sens de l'écoute, votre
intérêt pour les problématiques sociales et humaines. Pédagogue, vous
avez le goût pour transmettre et former.

21902363

Merci d'adresser votre candidature à l'adresse mail suivante :
recrutement.cadres@arpavie.fr
Retrouvez le détail de nos offres sur www.arpavie.fr

Centre
Hospitalier
Blois

Simone Veil

CENTRE HOSPITALIER SIMONE VEIL DE BLOIS
Territoire de santé - Département du Loir-et-Cher, 330 000 habitants
Aire urbaine de Blois = 125 000 habitants. Proximité Tours, Orléans et Paris

Recherche
2 PRATICIENS
► SERVICE MÉDECINE POLYVALENTE
► SERVICE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

Médecine polyvalente : Recherche praticien pour exercer dans le service
de Médecine polyvalente. Ce service, en cours de réorganisation, comprend
30 lits. L'équipe médicale sera composée d'au moins 3 ETP.

Court séjour gériatrique : Service composé de 30 lits.
Au sein d'un établissement disposant de toutes les composantes de la filière
gériatrique : court séjour, SSR gériatrique, EHPAD, unité Alzheimer...
Effectif cible de 3 ETP médicaux.

Le Centre Hospitalier Simone Veil de Blois est l'établissement support du GHT Santé
41 qui regroupe 6 établissements dans le département du Loir-et-Cher (Blois,
Montrichard, Romorantin, Saint-Aignan, Selles-sur-Cher, Vendôme-Montoire).
Capacité du CHB : 435 lits de Médecine Chirurgie Obstétrique
130 lits de SSR - 75 lits de Psychiatrie adulte - 700 lits d'EHPAD et USLD
Données d'activité : 10 500 interventions chirurgicales - 55 500 passages aux
Urgences - 17 700 scanners et 4800 IRM - 1 385 accouchements (maternité de
niveau 2B).
Effectifs : 2500 ETP dont 160 ETP médicaux.

CONTACT :
M. BAUDE François-Xavier
Directeur des ressources humaines et des affaires médicales
Centre Hospitalier Simone Veil de Blois
Mail Pierre Charlot 41016 Blois Cedex
Tél. : 02 54 55 60 93 - Mail : baudexf@ch-blois.fr

CENTRE HOSPITALIER
JACQUES COEUR

LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie
interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé
du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de
100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train :
2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif central

NOUS RECHERCHONS H/F
POUR LE PÔLE DE GERIATRIE

Praticien Hospitalier, Praticien Contractuel,
Clinicien, Assistant ou Praticien Attaché/Associé

GERIATRE
OU
MEDECIN GENERALISTE

Le CH de Bourges dispose d'une filière gériatrique complète :
médecine polyvalente, médecine gériatrique, équipe mobile,
SSR gériatriques, hôpital de jour, consultation mémoire, USLD,
UHR, EHPAD, PASA, accueil de jour, plateforme de répit.
Effectif médical du pôle : 10 praticiens

Activités proposées : participation à l'activité du service de soins
de suite et réadaptation gériatriques et/ou participation aux activités
de l'hôpital de jour gériatrique et de la consultation mémoire ;
participation aux astreintes spécifiques de gériatrie.

Pour tout renseignement contacter :
Mme le Docteur MALARD : gaelle.malard@ch-bourges.fr

Adressez votre candidature à la direction des affaires médicales :
benedicte.soilly@ch-bourges.fr
leila.bosset@ch-bourges.fr
Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr

EPSAN Etablissement Public
de Santé Alsace Nord

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE
(1600 agents)

RECRUTE
UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Merci d'adresser votre candidature à l'EPSAN :
Mme la Directrice des Affaires Médicales
141 Avenue de Strasbourg – BP 83 - 67173 BRUMATH
Lien site internet : www.ch-epsan.fr

Centre
Hospitalier
ORANGE

Établissement de référence
du Nord-Vaucluse, situé au cœur
de la Provence à 10 mn d'Avignon,
1h de Montpellier, 1h de Marseille,
au carrefour des axes autoroutiers
vers l'Espagne et l'Italie

LE CENTRE HOSPITALIER D'ORANGE (84)
recherche
UN GÉRIATRE (H/F)
Temps plein de plein exercice

Le Pôle Gériatrie, d'une capacité de 90 lits, est composé
des unités suivantes :

- SSR
- Court séjour gériatrique et lits de soins palliatifs
- Centre d'évaluation gériatrique
- EHPAD/USLD

CONTACTS :
Dr L. CELLES, Chef du pôle Gériatrie
Tél. 04.90.11.22.07 – mail : lcelles@ch-orange.fr
L. BLANCHI, Bureau des Affaires Médicales
Tél. 04.90.11.24.06 – mail : lblanchi@ch-orange.fr



Le centre médical
des seniors

Le nouveau centre médical parisien spécialisé sur la patientèle seniors
ouvrira bientôt ses portes, au cœur de Paris,
à 300 m de l'hôpital Saint-Antoine :

Recherche

DES PRATICIENS VACATAIRES
(H/F) – SECTEUR 2

Pour les 14 spécialités suivantes :

Gériatrie • Cardiologie • ORL

Gastroentérologie • Dermatologie

Gynécologie • Urologie • Phlébologie

Endocrinologie • Neurologie • Psychiatrie

Nutrition • Rhumatologie • Chirurgie esthétique

21902539

Vous êtes intéressé(e), merci de déposer
votre candidature et CV par mail à :
recrutement@lcmds.fr
Pour en savoir plus retrouvez nous sur www.lcmds.fr



Le CH de Montauban, établissement
support du GHT Tarn-et-Garonnais,
recrute un(e)

MEDECIN GÉRIATRE H/F

Vous intégrez une équipe de 4 PH temps plein au sein du Pôle SSR-
Gériatrie qui comprend :
• un Court Séjour, une Equipe Mobile, une USLD, deux EHPAD,
• une Consultation Mémoire labellisée et gériatrique, une cellule de
recherche clinique

Vous développez une activité d'Hôpital de jour gériatrique et de
«répérage de la fragilité».

Vous mettrez en place une filière gériatrique territoriale tournée vers
les EHPAD et le domicile.

Possibilité de poste de PH Temps Plein à terme.

Pour tout renseignement :
• Dr Aurélie ROUSTAN : 05.63.92.89.19 / a.roustan@ch-montauban.fr
• Secrétiariat : 05.63.92.81.33

Adressez votre candidature :
• courrier : Centre Hospitalier de Montauban, 100 rue Léon Cladel,
BP 765 - 82013 Montauban cedex
• mail : affaires.medicales@ch-montauban.fr



FONDATION
PARTAGE
& VIE

Reconnue d'utilité publique

L'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),
Résidence « Les Champs », situé à Coulommiers (77120) :

Recherche :

UN MÉDECIN COORDONNATEUR
à mi-temps (0,5ETP)

Contact :
Mme Elise GUILLER, Directrice
elise.guiller@fondationpartageetvie.org

21900648

CARRIÈRES MÉDICALES

CENTRE MÉDICAL EN AGGLOMÉRATION BORDELAISE

Recherche

MÉDECINS
GÉNÉRALISTES

statut libéral

Pour cabinet médical plain-pied, fin de
construction 4^e trimestre 2019, agréé aux
normes handicapés, à 33600 PESSAC
Cap de Bos.

Idéalement situé, à côté de : pharmacie, écoles et commerces, disposant d'un
grand parking.

Grand potentiel de patientèle, qualité de vie privée et professionnelle assurée.

21902561

CONTACT : m.vaillot@orange.fr

MÉDECINE DU TRAVAIL



SEMSI SANTÉ AU TRAVAIL

Recherche

MÉDECIN DU TRAVAIL

CDI - TEMPS COMPLET OU TEMPS PARTIEL

Poste à pourvoir dès que possible

21902526

Envoi CV et lettre de motivation : SEMSI - Direction
18, rue Royale - 75008 PARIS
☎ 01.42.60.29.17 - recrutement@semsi.fr

ENSEIGNEMENT & FORMATION

Formation courte

DPC



Lyon 1

FORMEZ-VOUS À LA
RESTAURATION DE LA FERTILITÉ

RYTHME : 3 PÉRIODES DE 3 JOURS - 72 HEURES

L'Université Lyon 1 propose une formation courte aux médecins et
sages-femmes, éligible au DPC, pour permettre de développer les
connaissances sur les troubles du cycle menstruel et l'infertilité et
leur prise en charge de façon optimale.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Site : <http://restaurationfertilite.net>
Email : carine.dulac@univ-lyon1.fr

EMPLOI

REPLACEMENTS
OFFRES

PARIS 16e. Gynéco. obstétricien plus ou
moins écho., forte clientèle, rech. remplt(e),
juillet, août et sept. ou remplt(e) de longue
durée. Tél. 06.11.43.33.33 ou
06.88.28.22.35

N° 219.02595

EMPLOIS
DEMANDES

PARIS. Jeune fille sérieuse, recommandée
par médecin, garde vos enfants juillet et
août. Peut faire activité manuelle
comme peinture, cuisine, jeux.
Tél. 07.52.04.03.75.

N° 219.02581

EMPLOIS
OFFRES

93. Ctre radio. rech. secrét. méd.
expérimenté(e), CDI, tps plein.
samy@bohbot.pro

N° 219.02646

Médecin retraité 72 ans, légèrement
handicapé, recherche dame de compagnie,
plein temps, nourrie et logée.
Ecrire au journal sous réf. N° 219.02444

18. VIERZON. Ctre d'Imagerie Méd., 4
radiologues asso., rech. manip. radio.
conv. et interv. mammo. Pas scanner ni
IRM, ni garde. CDI 32 à 39h, selon souhait,
à compter 07/19. Remplacements
possibles avant. 34000€ brut annuel pr
35h/sem. + prime+ ancienneté reprise.
Tél. 02.48.71.05.76
raspail.compta@wanadoo.fr

N° 219.02569

CHAMPIGNY SUR MARNE 94. Cabinet
cardio. rech. secrétaire tps partiel à
debattre. Tél. 01.48.81.57.89

N° 219.02566

PARIS 8e. Rech. médecin lasériste
expér., collaboration libéral. Haussman, M^o
St Lazare. Envoyer CV à drg@sf.fr

N° 219.02521

INSTALLATIONS
& ASSOCIATIONS

PARIS - 9e. SCM rech. 5ème associé. Tél.
06.20.71.71.71 ou 06.12.61.04.25.

N° 219.02332

LE PLESSIS TREVISE. Grpe méd. rech.
des spé. pr compléter son offre de soins
notamment dermat., gastro-entérologue,
neurologue, rhumato., endocrino., ou
chirurgien. Tél. 01.45.76.44.09 ou
07.67.44.62.56

N° 219.02636

CHARTRES. Cab. de radio. + clinique., 2
TDM, 2 IRM, cherche associé. Tél.
06.78.76.51.44

N° 219.02250

ISSY-LES-MOULINEAUX. Cab. de gpe
rech. MG et spé. pr compléter équipe
existante, potentiel important, frais réduits,
vacations possibles tps plein ou partiel.
Tél. (Dr Lévi) 06.60.43.86.38

N° 219.02544

SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. Ds SCM, (2
MG, 1 ostéo., 1 podologue). Bureau neuf
17m² pr méd. spé. ou paraméd., accès
handicap., secrét. Tél. 06.09.102.203

N° 219.02628

PARIS Gobelins/ARAGO. Scm pluri.,
forte activité, secrét., rech. nouvel associé
à partir du 1/10/19. Tél. 01.43.31.38.89
cabinetmedicalarago@gmail.com

N° 219.02483

75006. ST-GERMAIN-DES-PRÉS. SCM
élégante av accueil, secrét. rech. son
7ème associé, généraliste ou spé. sauf
dermato. à partir du 15/07. Tél.
06.61.72.29.27

N° 219.02644

CESSIONS

77. PONTAULT COMBAULT. Urgent cède
patientèle médecin généraliste. Tél.
01.60.28.54.85

N° 219.02540

PLOUESCAT. Cse retr. proche, rech. MG
pr reprendre patientèle agréable ds village
de bord de mer. Présentation à la
patientèle poss. Locaux à louer. Tél.
06.89.54.04.58

N° 219.02629

VALENCE. Cause retraite au 31/12/2019,
Rhumatologue cède patientèle.
Tél.04.75.82.06.85 douchett@yahoo.fr

N° 219.01703

33120. Cabinet de cardiologie, bassin
d'Arcachon Sud rech. successeur cse retr.
fin 2019. Tél. 05.56.66.76.52
christian.costa554@orange.fr

N° 219.02481

DIVERS

MATÉRIEL MÉDICAL

PARIS. À vendre pr méd. esthétique
triving LED, haute puissance, rouge, jaune
et orange. 4.000€. Appareil SKIN
PERFECT, lumière pulsée intense, pr
réjuvénation peau pour épilation et
dépigmentation. 2.000€. Parfait état. Tél.
06.38.74.76.30

N° 219.02479

EQUIPEMENT
BUREAU

91. Donne casier fichiers 21 tiroirs (7x3)
Tél. 06.08.46.83.32 Photo disponible.

N° 219.02639

SEINE-ET-MARNE. Vds mobilier de
bureau acajou, bureau : 180*90, retour
bureau : 180*60, meuble bas : 120 large,
60 haut double, armoire : 160*200, 3
caissons 500€. Tél. 06.80.02.06.70
gilles.wessels@wanadoo.fr

N° 219.02617

RELATIONS

Fme méd., 59 ans, divorcée, souhaite
rencontrer Hme méd., pr relation durable,
tendre et complice.
Ecrire au journal sous réf. N° 219.02606

Médecin retraité 72 ans libre, rech. femme
agréable, libre, indépendante pr un voyage
circuit de 15 jours en Chine en sept. 2019,
et plus si affinités. Tél. 07.80.45.54.60

N° 219.02454

IMMOBILIER

LOCAUX
VENTES

JUAN les PINS CENTRE. Standing, appt.
106 m² refait à neuf en cabinet 5P normes
ERP. 450K€. Tél. 06.68.44.82.54

N° 219.02630

LOCAUX
LOCATIONS

Paris 8e St lazare Europe Turin. A louer
bur. ds cab. médical très bien placé, neuf,
calme, climatisé. Tél. 06.15.20.95.39

N° 219.02602

34. Cse retr. loue gd cab. 115 m², équipé
de 4 ordi. Climatisation réversible. Belles
prestations. Convierait à plusieurs méd.
spé. (ophtalmo, rhumato, paraméd.)
Tél. 06.16.96.30.47
jean-marie.soulier@wanadoo.fr
N° 219.02648

VENTES
PARIS & PÉRIPHÉRIE

92. M^o MAIRIE d'ISSY. Cse retraite vend
cabinet dentaire 47m², rue piétonne idéal
profession médicale. Tél.06.11.54.67.43

N° 219.02563

VENTES
PROVINCE



VAR, BARGEMON-CLAVIERS. Villa 7
pces, 6 chbres, terrasse, garage, bon état,
pisc. 50m². Dejoyaux, vue s/village charme,
terrain ss vis à vis, 2.292m². 20 oliviers,
figuiers, cerisiers. 329.000€.
Tél.07.88.04.27.84 crg@scb-archi.fr
N° 219.02565

LOCATIONS
DEMANDES

PARIS. URGENT, rech. appt, 2 pces, pr 2
doctorantes sérieuses dt 1 est petite fille de
méd. de préf. ds le nord-est de Paris, dès
que possible. Tél. 01.47.34.31.05

N° 219.02603

BANLIEUE prox. PARIS. Méd. rech. pr
son fils (caution) une petite maison ou F3 à
louer. Maxi. 1.000€/mois. Ttes garanties.
Tél. 06.63.62.63.11

N° 219.02615

LOCATIONS
OFFRES

ROUEN C.H.U. Loue studio + pkg Tél.
02.35.33.85.83

N° 219.02600

PARIS 19e. prox M^o Crimée. Méd. loue à
étudiant 1 chbre calme, 16 m² ds appt
partagé 420€/mois. Libre en juillet 2019.
Tél. 06.18.67.20.50

N° 219.02605

PARIS 19e. À louer appt meublé 45m²
refait à neuf, 2 pces, sdb, wc séparés,
cuis. séparée. Loy. : 1.400€/mois Tél.
06.18.08.07.60

N° 219.02542

75015. Motte-Piquet Grenelle. M^o 6, 2p.,
33m² meublé, équipé, tt conf., ter ét./cour,
clair, calme. Sde, wc sép, cuis. sép. Ts
commerces, ttes commod. 1400€cc. Idéal
étudiant. Libre 01/07. Tél. 06.82.17.65.65

N° 219.02583

PARIS 6e. Studio meublé à louer de 18 m²
calme et ensoleillé au 4ème étage avec
asc. Dispo. au 1/07/19. Loyer de 780€ CC.
Tél. 06.82.33.11.67

N° 219.02593

PARIS 15ème - Porte de Versailles. A
louer, pour étudiant(e) studio très clair,
20m² + cuis. et douche indépendantes,
libre de suite. 750€CC. Tél.06.88.48.84.21

N° 219.02443

PARIS 14e. Loue studio, 20 m², tt équipé,
7ème ét., sans asc., WC sur palier. Loy. :
600€. Tél. 06.30.78.82.01

N° 219.02158

LOCATIONS
VACANCES
OFFRES CAMPAGNE

13. AIX. Villa, 6000 m² arboré, 5 chbres,
pisc. (12x6), calme, Tél. 06.07.56.12.05

N° 219.02616

Dans Parc du LUBERON. Cadre
exceptionnel, calme absolu, maison de
300 m², 8 personnes, piscine (17 x 6 m),
sur 6 hectares. Tél. 06.18.05.54.82,
docteurmercier@gmail.com

N° 219.02632

Près d'AVIGNON. Maison 150 m², 3
chbres, 6 pers., calme dans 3000 m² de
garrigue, pisc., wifi. 1550€/sem. du 22/06-
6/07. 1700€ du 06/07 au 03/08 et 17-24/08.
Tél. 06.22.60.61.17 alixlola@orange.fr
N° 219.02562

84. LUBERON. Loue villa, 6 personnes.
Tél. 07.85.87.89.89 ou 04.90.77.80.63

N° 219.02543

LOCATIONS
VACANCES
OFFRES MER

DEAUVILLE. Loue 2 pces, Rdj, ds résid.
av. 2 tennis et pisc. 2ème quinz. d'août, 1
ou 2 sem., 750€/sem. Tél. 06.61.45.50.10
marc.sznajder@wanadoo.fr

N° 219.02645

ÎLE DE NOIRMOUTIER, bois de la
Chaize. Villa 6 personnes, grand séjour
double. 3 chambres, jardin boisé, cabine
de plage. Août et septembre.
Tél. 06.74.07.20.70.
annickbaumann@club-internet.fr
N° 219.02604

BORMES LES MIMOSAS. Domaine privé
du Gaou Bénat. 250 m de la plage.
Maison splendide à louer avec vue mer, 10
pers., 4 chbres, 2 sdb. Libre juin, été, et
septembre.
Tél. 06.17.91.80.73/01.70.23.76.97
Mail : fabien_houry@hotmail.com

N° 219.02094

LOCATIONS
VACANCES
OFFRES MONTAGNE

TIGNES VAL CLARET. les tommeuses
appt 33m², pied Gde Motte, 4/6 pers., gde
terr. sud. 300€/sem, 500€/15 jours. Tél.
06.82.04.43.97 ricomejl@yahoo.fr

N° 219.02640

ILE MAURICE. Appt pieds dans l'eau,
paillette privée sur la plage, 3 chambres,
3 sdb, 170 m², avec service.
Très luxueusement meublé.
Location semaine. Tél. 06.08.25.89.76

N° 219.02529

LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN

www.lequotidiendumedecin.fr

Édité par la Société d'Éditions Scientifiques
et Culturelles.
Actionnaire unique : JANUS SAS.
Capital : 43 440 €. Forme sociale : SAS
Durée : 50 ans, à compter du 2 mars 1971.
1, rue Augustine-Variot - CS 80004 - 92245 Malakoff
Cedex.
<http://www.lequotidiendumedecin.fr>
Téléphone : 01.73.28.12.70 - Fax : 01.73.28.13.94.
Directeur général et directeur de la publication :
Nicolas BOHUON.
Directeur de la rédaction :
Jean PAILLARD.
Le Quotidien du Médecin
est une publication de
GROUPE PROFESSION
SANTÉ
CPPAP : 0422 T 81257
ISSN : 0399-2659
Dépôt légal à parution
Tarifs d'abonnements annuels :
- médecins : 229 € TTC
- étudiants : 137,40 € TTC.
Reproduction interdite
sauf accord de la direction
Fondateurs :
Dr Marie-Claude TESSON-
MILLET, Philippe TESSON
Imprimé en France par
SIEP - Z.A. Les Marchais,
rue des peupliers,
77590 BOIS-LE-ROI
Origine du papier :
SUISSE, taux de fibres
recyclées : 83 %
« Eutrophisation » ou
« Impact sur l'eau » :
Prot 0.006kg/tonne
Certification PEFC
hors accumulé et encart





Certifié PEFC

Cet imprimé est issu
de forêts gérées
durablement et de
sources contrôlées.

pefc-france.org

Jeudi 27 juin 2019 – n° 9761 LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN | 13

Tourisme

Les îles Ioniennes

Corfou, au-delà de la dolce vita

Corfou, aux airs d’Italie, est la plus verte des îles grecques. Aux plaisirs balnéaires qu’offrent ses plages et son climat tempéré, s’ajoute la perspective de randonnées dans de magnifiques paysages.

● Entre l’Italie et l’Albanie, au flanc du littoral ouest de la Grèce, Corfou est la plus septentrionale des sept îles Ioniennes. À la croisée des mondes grec, latin et balkanique, la belle île, imprégnée de quatre siècles d’occupation vénitienne, cultive sa différence avec ses sœurs d’archipel. Étés ensoleillés et chauds succèdent aux hivers doux et pluvieux – deux fois plus qu’à Londres, s’amusent à dire les Corfiotes. Un parcours de plus de 200 km de randonnée permet de traverser l’île du nord au sud. Son important maquis en fait une terre buissonnière, où faune et flore attirent les plus passionnés.

Nuances de verts, débauche de bleus

Corfou pétille dans son nuancier de couleurs. Au premier regard, le vert l’emporte : le végétal luxuriant déroule son tapis vert sur les 600 km² de l’île. Les paysages sublimes composent avec le jade des vergers et le vert tendre des vignes de kakotrygist, cépage endémique qui produit un bon vin blanc. Des verts sombres, presque noirs, surgissent des forêts de centaines de cyprès.

Si les conifères fusiformes, plantés au temps des colonies anglaises, s’élancent encore vers le ciel, les 4,5 millions d’oliviers vert argenté les supplantent en nombre. Certains auraient plus de 2000 ans, mais la plupart ont été plantés lors de la période vénitienne de l’île, entre le XIV^e et le XVIII^e siècles. La Lianolia, variété typique de Corfou, produit aujourd’hui une huile de grande qualité. La production oléicole joue son rôle dans l’économie, avec 30 % des terres dédiées aux oliveraies.

Les chemins verdoyants mènent toujours aux côtes – Poséidon n’est jamais loin à Corfou, qui doit son nom à Corcyre, nymphe dont le dieu de la mer tomba amoureux. Alors, les eaux cristallines du littoral révèlent leurs époustouflantes couleurs. La gamme en bleu majeur naît du jeu des profondeurs marines, du turquoise au cobalt pour finir en bleu Klein.

La palette corfiote en a inspiré plus d’un ! « *Corfou est une débauche de bleus et d’ors, un écoeurement de lumière qui énerve tous les sens...* », écrit dans son journal l’écrivain britannique Lawrence Durrell, alors âgé de 25 ans.

Le monastère des chats, le palais de Sissi

Depuis les hauteurs du monastère orthodoxe de Paleokastritsa, fondé en 1225, la même chromatique enchante : la vue imprenable sur la côte ouest offre encore les variations bleutées de

la mer Ionienne. Paleokastritsa est le royaume des chats et des plantes. De bienheureux félins paressent sous les dais du soleil. Une plante grasse forme une improbable tonnelle cactée à l’entrée d’un minuscule musée religieux. On y découvre le squelette d’une baleine que les moines ont trouvée sur le rivage, de rutilantes parures de cérémonie, des parchemins religieux et des figurines byzantines. Les ex-voto en aluminium argenté de la petite chapelle rendent grâce aux miracles de diverses guérisons et scintillent dans la lumière des cierges opalins.

On retrouve ces émouvants hommages d’aluminium dans tous les monastères de l’île, qui compte près de 950 églises et monastères orthodoxes. Ainsi sur l’autel de l’église du monastère de Panagia Vlachernan, dont le campanile tout blanc se dresse sur la petite presqu’île de Kanoni. Cette dernière cache la minuscule île Pondikonissi, dite « petite souris ». On raconte qu’il s’agit du bateau d’Ulysse, que Poséidon aurait pétrifié. Deux îlots de carte postale, emblématiques de Corfou.

Près de la petite ville de Gastouri se dresse l’Achilleion, le palais que Sissi fait construire en 1889-1891. Une grande villa à l’italienne, dont le style néoclassique, tout de marbre blanc, est un hommage au héros grec Achille, dont l’impératrice d’Autriche raffolait. Après son assassinat en 1898, l’empereur d’Allemagne Guillaume II



La presqu’île de Kanoni



L’un des plus vieux oliviers de l’île



La plage de Paleokastritsa

racheta le palais et fit ériger une statue de plus de 11 mètres de haut.

Capitale de l’île, la ville de Corfou est classée au patrimoine de l’UNESCO. Ses rues pavées et son architecture vénitienne aux tons

ocres et pourpres lui confèrent un incontestable charme italien, même si on y retrouve une réplique de la rue de Rivoli, le Liston, bâtiment en arcade témoin de la présence française.

Annick Bernhardt-Olivieri

Partir

– **Yaller** Héliades, tour-opérateur spécialiste de la Grèce, propose une variété de formules adaptées (couples sans enfant, familles nombreuses, mono-parentales...), du séjour simple avec vol, transfert, hôtel et petit déjeuner jusqu’au séjour tout compris. On peut aussi découvrir Corfou « en liberté » selon un itinéraire prédéfini (voiture de location et hôtel réservé à chaque étape) ou ajouter des excursions à la carte (www.heliades.fr).

– **À faire** * Visiter : l’Achilleion, le palais de Sissi, à Gastouri ([\[corfu.gr\]\(http://corfu.gr\)\) ; le musée d’art byzantin Antivouniotissa, à Corfou, avec sa collection d’icônes anciennes \(\[www.antivouniotissamuseum.gr\]\(http://www.antivouniotissamuseum.gr\)\). * Goûter et rapporter : l’extraordinaire huile d’olive de Dafnis, à Agios Matthaïos \(\[www.cofuolivietours.com\]\(http://www.cofuolivietours.com\)\) ; la liqueur de kumquat de la distillerie familiale Lazaris \(\[www.lazarisproducts.com\]\(http://www.lazarisproducts.com\)\). * Se restaurer au Rex Restaurant, table réputée en plein centre de la vieille ville de Corfou \(\[www.restaurantrex.gr\]\(http://www.restaurantrex.gr\)\). – **En savoir plus** Office national hellénique du tourisme : \[www.visitgreece.gr\]\(http://www.visitgreece.gr\).](http://www.achillion-</p></div><div data-bbox=)

Art

Au Centre Pompidou

Dora Maar enfin reconnue

Au Centre Pompidou, la photographe et peintre Dora Maar, qui n’était pas seulement la muse de Picasso, et la création moderne et contemporaine vue sous le prisme de la préhistoire. Et aussi, au musée du quai Branly, Félix Fénéon, le défenseur des arts premiers.

● Le Centre Pompidou (1) présente jusqu’au 29 juillet une grande rétrospective **Dora Maar** (1907-1997), avec plus de 500 œuvres et documents qui montrent tous les volets de son travail, au-delà de sa relation avec Picasso.

Après des études d’arts appliqués, la jeune femme choisit la photographie et rencontre, dans les années 1930, un grand succès. Associée dans son studio, elle travaille pour les magazines de mode et la publicité. Elle met aussi son talent au service des oubliés des rues, à Paris, Londres, Barcelone, ce qui ne l’empêche pas d’être séduite par la magie de ces villes.

Proche des surréalistes, Dora Maar expose avec eux ses photomontages. C’est alors qu’elle rencontre Picasso, qui travaille sur « Guernica ». Elle photographie toutes les étapes de la création de l’œuvre et commence à peindre avec lui sur des clichés verre. Après leur rupture, elle se consacre à la peinture.

À la fin des années 1980, elle rejoue en quasi secret la réconciliation de la photo et de la peinture qu’elle avait pratiquée avec Picasso. Après son

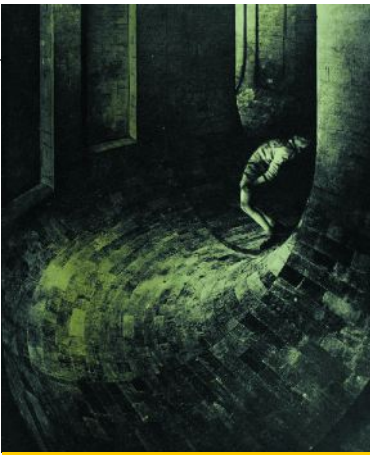
décès, lors d’une vente qui attire les collectionneurs avides de souvenirs de Picasso, on découvre ses dessins, paysages et abstractions. Une reconnaissance en demi-teinte.

Les « arts lointains »

Au Centre Pompidou (1) également, jusqu’au 16 septembre, « **Préhistoire, une énigme moderne** ». Comment la préhistoire, découverte au XIX^e siècle grâce aux études de stratigraphie des sols, a influencé les artistes jusqu’à aujourd’hui, tant par ses formes que par l’imaginaire qu’elle véhicule.

Les formes hallucinatoires des « Origines » de Redon et la minéralité de Chirico, Max Ernst, Fontana, Dubuffet renvoient à un avant sans humain. La découverte des Vénus datant de 26 000 avant J.-C., dont celle de Lespugue, s’inscrit dans un univers de renouveau des formes chez Miro, Moore, Arp, Bourgeois, Beuys. Les tableaux anthropomorphes d’Yves Klein évoquent les peintures rupestres, tout comme les graffitis de Brassaï. Les frères Chapman comme les BD et les films de science-fiction reprennent les dinosaures. Les dolmens du néolithique sédentaire sont à rapprocher du Land Art de Richard Long, les photogravures de Tacita Dean des paysages géologiques et les structures lacunaires de Penone se situent entre le passé et le futur. Beaucoup a été dit sur l’inspiration des cultures primitives dans la modernité, il faut y ajouter la préhistoire.

Caroline Chainé



Dora Maar, « le Simulateur », 1936

Des cultures primitives, le critique d’art et éditeur **Félix Fénéon** (1861-1944) est l’un des promoteurs incontournables. Il collectionne et défend les arts non occidentaux en tant que directeur de la galerie Bernheim-Jeune. Dans sa revue « le Bulletin de la vie artistique », il est le premier à se demander « *Seront-ils admis au Louvre ?* ». Anarchiste, il avait été aussi le premier à s’engager pour le néo-impressionnisme de Seurat et Signac, les fauves et les futuristes.

Sa collection, dont la fameuse statue fang Mabea du Cameroun (vendue 4,3 millions d’euros en 2014), est présentée au **musée du Quai Branly** (2) jusqu’au 29 septembre. Et son combat pour les avant-gardes sera à la rentrée au musée de l’Orangerie (« Félix Fénéon - Les temps nouveaux, de Seurat à Matisse », à partir du 16 octobre). Un regard artistique sans frontière !

(1) www.centrepompidou.fr
(2) www.quaibranly.fr

Théâtre

« Why ? », aux Bouffes du Nord

Une bouleversante épure

Une fois de plus, le metteur en scène Peter Brook se pose la question du sens de son art. Trois comédiens exceptionnels portent cette interrogation simple et vertigineuse.

● Un maître, un grand maître dans l’art et dans la transmission de cet art, c’est rare. Très rare. Aujourd’hui, en France, deux artistes irradient leur grand art et leur savoir profond, Ariane Mnouchkine, Peter Brook. Au **Théâtre du Soleil** (1), trois comédiennes de la troupe proposent, sous le regard de Simon Abkarian, une évocation de leurs apprentissages en Inde, des années auparavant : « **Le Chant du pied, voyage en Kathakali** ». Une manière d’interroger ce qu’est l’essence de l’art du théâtre.

Aux **Bouffes du Nord** (2), Peter Brook et Marie-Hélène Estienne y vont plus franchement. Le titre dit tout : « **Why ?** ». Cela commence de manière légère, drôle. On nous dit que le jour de repos offert par Dieu aux humains, au moment de la création, ne leur plaisait pas. Les hommes s’ennuient. Alors Dieu invente le théâtre... On rit, on s’amuse. Tout est heureux et, imperceptiblement, on glisse vers l’histoire du XX^e siècle en Union soviétique. On évoque le destin de Meyerhold et de sa femme.

Il faut se laisser porter par ce mouvement d’une intelligence et d’une sensibilité profondes. Meyerhold savait le pouvoir du théâtre : « *De la dynamite, plus dangereux que le feu, plus dangereux qu’une bombe.* »



Kathryn Hunter (et Meyerhold)

Un dispositif très simple. Un tapis, quelques chaises, des portants, des lutrins. Et trois comédiens exceptionnels. En noir. Des artistes qui ont déjà travaillé avec Peter Brook. Un homme savoureux et doux, Marcello Magni, deux femmes malicieuses et puissantes, Hayley Carmichael, blonde et fragile, Kathryn Hunter, brune et forte, un génie de comédienne. Tous trois portent ces réflexions pures, simples, touchantes. C’est un moment magistral. Bouleversant. Les questions posées concernent tout le monde. Pas seulement les inconditionnels du théâtre. À voir.

Armelle Héliot

(1) Salle de répétition du Théâtre du Soleil, jusqu’au 7 juillet. Durée 1h30. Tél. 01.43.74.24.08, www.theatre-du-soleil.fr
(2) En langue anglaise avec surtitres. Bouffes du Nord, jusqu’au 13 juillet. Durée 1h15. Tél. 01.46.07.34.50, www.bouffesdunord.com

Cinéma

Les films de la semaine
En attendant la fête

Repérées à Cannes, des comédies d’auteur et dans l’air du temps, sur une trentenaire en perdition (« la Femme de mon frère ») et les objets connectés qui risquent de prendre le pouvoir (« Yves »). Des films qui réjouiront les spectateurs de la Fête du cinéma, de dimanche à mercredi prochain.

● Actrice chez Xavier Dolan (« les Amours imaginaires »), la Québécoise Monia Chokri signe son premier long métrage, « **la Femme de mon frère** », qui a séduit le festival de Cannes, où il était présenté dans la section Un certain regard (prix Coup de cœur du jury). L’héroïne (Anne-Élisabeth Bossé) est une trentenaire, thésarde sans emploi, d’autant plus en crise que son frère est tombé amoureux de sa gynécologue. Cannes a apprécié aussi « **Yves** », comédie loufoque de Benoît Forgeard programmée par la Quinzaine des réalisateurs. Un musicien William Lebghil (l’un des étudiants en médecine de « Première Année ») se voit proposer de tester un frigo superintelligent, qui risque de finir par décider à sa place. Autre comédie, sur la piste du succès des « Qu’est-ce qu’on a fait au bon dieu ? », « **Made in China** », de Julien Abraham, avec Frédéric Chau et Medi Sadoun. Plus dramatique, « **Teen Spirit** », première réalisation de Max Minghella, film musical qui fait d’Elle Fanning une jeune serveuse à la conquête d’un télécrochet. Dans « **The Mountain - Une**

odyssée américaine », de Rick Alverson, Jeff Goldblum est un chirurgien champion des lobotomies, personnage inspiré du Dr Walter Freeman. Dans « **Golden Glove** », qui a divisé les spectateurs du festival de Berlin et est interdit aux moins de 16 ans, Fatih Akin fait revivre le tueur en série Fritz Honka dans ses exploits sanglants des années 1970. Les enfants applaudiront « **Toy Story 4** », production Pixar-Disney, et les amateurs de rugby, mais pas seulement, « **Beau joueur** », un documentaire de Delphine Gleizes, qui a suivi l’Aviron bayonnais pendant la saison 2016-2017. Autant de films qui sortent à point pour **la Fête du cinéma**, dernier rendez-vous des jeunes avant les vacances d’été. Du dimanche 30 juin au mercredi 3 juillet, la séance sera à 4 € pour tous. Le 3 juillet, parmi les nouveautés, on vous conseille fortement, à côté de « Spider-Man : Far From Home », « **Yesterday** », très jolie comédie de Danny Boyle dans laquelle un jeune musicien se réveille après un accident pour s’apercevoir que personne ne connaît les Beatles !

Les festivals

Les cinéphiles ont de leur côté rendez-vous à **La Rochelle**, du 28 juin au 7 juillet, pour la 47^e édition d’un festival au programme toujours alléchant. Qu’on en juge : une marraine nommée Alexandra Stewart, des hommages à Dario Argento, Caroline Champetier, Jessica Hausner, Jean-François La-



Yves, frigo intelligent

guionie, Elia Suleiman, le cinéma islandais (12 films), Victor Sjöström (10 films muets accompagnés au piano par Jacques Cambra), des rétrospectives Charles Boyer, Arthur Penn, Kira Mouratova, Du burlesque avec Louis de Funès (101 films) et Jim Carrey (6 films), de la musique (avec notamment un hommage à François de Roubaix). Soit 200 films, dont, dans la sélection « Ici et ailleurs », une quarantaine inédits ou en avant-première (www.festival-larochelle.org). Enfin, on signalera l’original festival **Branche & Ciné** proposé pour la deuxième année par l’Office national des forêts (ONF). Du 28 juin au 20 juillet, 27 films (« le Dernier des Mohicans », « The Lost city of Z », « les Aventures de Robin des bois », « les Saisons »...), dont 16 projetés en forêt, en Île-de-France, Normandie et dans les Hauts-de-France (www.onf.fr/onf/branche-et-ciné).

Renée Carton

Multimédia

Montres connectées Samsung et Huawei
L’heure est aux systèmes maison

Nouvelles venues sur le marché, dotée chacune du système d’exploitation maison, la Samsung Galaxy Watch Active sous Tizen et la Huawei Watch GT Active sous Lite OS. Comparatif.

● Elles sont rondes toutes les deux et élégantes. Déclinaison de la Galaxy Watch, la Samsung Galaxy Watch Active convient aussi bien, avec ses 40 mm de diamètre, à un style masculin que féminin. Légère (37 g avec bracelet) et épurée, elle paye sa discrétion de la disparition de la molette de navigation qui avait fait le succès des montres du Coréen, au profit d’une navigation presque entièrement tac-

tile ; ce qui, avec un écran de 1,1 pouce, n’est pas toujours évident. Dotée comme sa concurrente d’un châssis en aluminium et d’un écran AMOLED, de 1,39 pouce, la Huawei Watch GT Active est plus imposante (46,5 x 46,5 x 10,6 mm) et d’un design peut-être plus masculin, mais tout aussi agréable à porter et élégante. Propulsée par Tizen 4.0, l’OS de Samsung qui a déjà fait ses preuves, la Galaxy Active fonctionne avec la surcouche One UI (comme les smartphones Galaxy S10). Le système de navigation est extrêmement simple, mais on peut se perdre au vu du nombre d’informations et de raccourcis proposés. Le système de notifications est l’un des plus complets et, contrairement à la Watch GT, qui se contente de relayer celles du smartphone, la Galaxy Watch Active autorise avec certaines applications des interactions plus poussées qu’une simple consultation. Les tests ont montré par ailleurs un manque de finition du système d’exploitation de Huawei Lite OS, avec des latences, des lenteurs et des problèmes d’affichage.

Sport et santé

Étanches jusqu’à 50 mètres, les deux montres sont de bons compagnons pour le sport et la santé. La Watch GT de Huawei peut ainsi suivre la marche, le vélo, la course, la randonnée, le triathlon et la natation ; elle est

équipée de 7 capteurs (pas de NFC, contrairement à la montre de Samsung), dont un capteur de fréquence cardiaque Truesen 3.0 et 3 systèmes de localisation par satellite (GPS, GLONASS, GALILEO) et elle assure le suivi du sommeil. Des résultats affinés à retrouver dans l’application Huawei Health. La Galaxy Watch Active est également un excellent traqueur d’activités (39), avec un capteur de fréquence cardiaque permanent, un suivi du sommeil détaillé et une application Samsung Health très complète. Petit plus : la montre offre un mode gestion du stress avec un indicateur d’anxiété et des sessions de respiration. Côté autonomie, c’est mieux des deux côtés mais pas encore la panacée. Tandis que la Galaxy Active intègre une petite batterie de 230 mAh, ce qui porte sa résistance à 2 ou 3 jours, sa concurrente embarque un accumulateur de 430 mAh. Huawei promet donc une durée de vie de 2 semaines... « selon l’utilisation réelle » de la montre ; il vaut mieux tabler sur une autonomie d’environ 7 jours. La Samsung Galaxy Watch Active est à 250 € (230 jusqu’au 31 juillet) et la Huawei Watch GT Active à 249 €.

Mostefa Brahimi

- 1 Huawei Watch Active GT
- 2 Galaxy Watch Active

Histoires courtes

La compagnie

#4
Questionner

Résumé de l’épisode précédent : Kiloï a choisi sa vocation et celle-ci ne l’amène pas au 20^{ème} étage, comme prévu. Il est devenu médecin. Une profession rare. Pendant vingt ans, il (ré)implante une médecine humaine dans ce qu’il connaît de La Compagnie, en formant toute une génération de médecins.

Une nuit, pendant que Kiloï dormait dans son lit, celui-ci descendit d’un étage. Lorsqu’il se réveilla le lendemain, il se retrouva dans un nouvel environnement.

Il s’habilla et sortit de la pièce. Un ambassadeur de la Compagnie l’attendait et lui expliqua en quelques phrases qu’il venait d’être recruté pour faire partie des ambassadeurs, ceux qui dirigeaient la Compagnie. Kiloï eut l’air un peu surpris, mais il suivit son interlocuteur à travers le dédale des couloirs. C’était visiblement l’étage administratif.

Kiloï rencontra un nombre surprenant de personnes, en chair et en os. Il en avait le tournis. C’était tellement différent de son équipe, là-haut, se dit-il en levant les yeux. Il passa une journée affreuse à essayer de comprendre ce qu’il se passait. Il remarqua que beaucoup de ces personnes n’avaient pas l’air en bonne santé. Il décelait de multiples symptômes de stress, et même de maladies. Kiloï soupira. Il y avait tellement de choses à faire, partout !

Kiloï était perspicace. Il se rendit vite compte que cette carrière n’était pas faite pour lui. On aurait presque dit que la Compagnie cherchait à le faire redevenir ce qu’il aurait dû être : un ingénieur, un constructeur d’une petite partie d’une grosse machine. Il demanda à rencontrer les médecins de l’étage, mais on se contenta de le conduire à l’infirmerie où n’opéraient que des robots médecins. Kiloï soupira une nouvelle fois. Il avait cru améliorer le monde mais son action avait été trop limitée. Cela devait changer.

Puis, on lui demanda de descendre au septième étage. Il pourrait y rester aussi longtemps qu’il le voudrait avant de descendre au sixième où l’attendait son poste de travail d’ambassadeur. Kiloï ne pouvait pas refuser.

Le septième étage ressemblait à un paradis où tout semblait possible. Tous les désirs devaient pouvoir être exaucés ici, lui avait-on dit. Une sorte d’îlot réservé aux dirigeants, auquel ils avaient le droit d’accéder de temps en temps, si la Compagnie le décidait. Il partit à la découverte de l’étage et ne rencontra personne, un changement appréciable après la cohue malsaine de l’étage précédent. C’était toujours ça de pris ! Mais l’étage semblait entièrement réservé au plaisir, pas à la connaissance. Impossible de se sentir utile ici, se dit-il. Autant en profiter pour se reposer. Il passa presque toute la journée à la salle de sport et à la piscine.

Ce soir-là, Kiloï se coucha tôt. Tout cela l’ennuyait. Il y avait tant de choses à faire, tant de découvertes à exploiter, tant de transformations à apporter. Il fit un rêve. Un rêve très réaliste, dans un monde où la Compagnie n’existait pas et où chacun se battait contre les autres, sans personne pour les prévenir ou les soigner. Un rêve étrange qui aurait aussi bien pu se dérouler dans le passé que dans le futur. Ou dans les deux, peut-être. Un cauchemar plutôt. Il se réveilla au milieu de la nuit. Son cerveau tournait en boucle, attiré et repoussé en même temps, comme un papillon de nuit voletant affolé autour d’une bougie. Il ne se rendormit qu’à l’aube, épuisé.

C’est ce deuxième jour que Kiloï décida que la situation ici était intenable. Il ne se laisserait pas faire. Il entra dans l’ascenseur et se prépara à appuyer sur le bouton du sixième étage, quand il réalisa qu’il n’y avait pas de bouton avec le numéro 6. Ni aucun autre d’ailleurs. Les portes se refermèrent et l’ascenseur descendit.

Prochain épisode dans notre édition du 4 juillet

réalisé en collaboration avec Short Edition short-edition.com



Georges Malamoud, né en 1954, est un normalien scientifique, et aussi un menuisier et un blogueur. C’est en bloguant chaque jour qu’il a pris goût à l’écriture. Georges est également un amoureux et un acteur de la francophonie internationale dans toute sa diversité.

Les mots croisés de J.-J. Salgon

Solution de la grille N° 278

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	D	E	P	R	E	S	S	I	O	N
II	E	S	T	A	M	P	I	L	L	E
III	P	P	O	R	I	O	R		E	U
IV	E	R	S	E	S		O	U	I	R
V	N	I	E	T		B	P	P		O
VI	D	T		E	R	E		E	E	N
VII	A	F	U		I	N	E	R	T	A
VIII	N	O	S	O	C	O	M	I	A	L
IX	C	R	E	T	I	N	I	S	M	E
X	E	T	E	R	N	I	S	E	E	S

24 HEURES DU MONDE

Istanbul passe à l'opposition Le camouflet des Turcs à Erdogan

Convoqués pour un nouveau vote aux élections municipales d'Istanbul, les Turcs se sont prononcés massivement en faveur de l'opposition, confirmant ainsi le premier scrutin qui avait déjà signifié au maître de la Turquie, Recep Yassip Erdogan, qu'il avait bel et bien perdu l'immense cité byzantine.

● Qui se soucierait d'un épisode électoral en Turquie si tout le monde n'y voyait un échec pour le pouvoir en place et le signe avant-coureur de la chute d'un régime qui ressemble fort à une dictature ? Les habitants d'Istanbul avaient fait connaître leur opinion lors d'un précédent vote, qui fut récuse par le régime sous le fallacieux prétexte que des irrégularités avaient été commises. Des irrégularités, il y en a souvent dans les rendez-vous électoraux en Turquie et il ne s'agissait, pour Erdogan, que de tenter, mais en vain, de reconquérir la ville. « Qui tient Istanbul tient la Turquie », disait Erdogan du temps de sa splendeur. Dès lors qu'il ne la tient plus, il ne tient pas son pays. C'est un camouflet qu'il vient de recevoir. Les habitants d'Istanbul n'ont pas hésité, avec une avance de plusieurs centaines de milliers de suffrages, à désigner le nouveau maire, Ekrem Imamoglu, candidat républicain de l'opposition (CHP), qui défend les Kurdes, menacés par le régime.



Imamoglu célèbre sa victoire

Le représentant de l'AKP, le parti d'Erdogan, Binali Yildirim, n'a pas tardé, dimanche dernier, à reconnaître sa défaite. L'autocrate au pouvoir espérait reconquérir la ville et a tout fait pour convaincre les stanbouliotes qu'ils devaient voter AKP. De la prison où il croupit, le chef des Kurdes, Abdullah Ocalan, avait même publié une lettre ouverte demandant à ses amis de ne pas s'immiscer dans cette affaire et de voter en toute neutralité. Rien n'y a fait. M. Erdogan, qui a perdu les municipales et Istanbul, ne voit plus l'avenir de la même façon que pendant les 16 années qu'il a passées à régner sur son pays. Il peut s'attendre à de nouveaux déboires politiques.

La raison de son échec tient au fait que, tout en imposant son autorité par tous les moyens législatifs possibles, il souhaitait faire croire aux Turcs et au monde qu'il dirigeait une *démocratie illibérale*, sans sembler se douter que les Turcs commencent à se lasser de lui. Il n'est d'ailleurs pas impossible que, menacé politiquement, il en arrive à durcir son régime. En tout cas, la leçon turque vaut pour tous les régimes qui ressemblent à celui d'Ankara. L'autoritarisme a ses limites et le peuple, s'il est autorisé à donner son opinion, peut toujours se rebeller. Quoi de plus plaisant que cette révolte légitime, confortée par les urnes et qui signifie son déclin à

un apprenti dictateur ? Nul doute que l'exemple d'Istanbul est perçu comme une alerte par d'autres régimes, celui de Vladimir Poutine en Russie, de Viktor Orban en Hongrie, ou même celui de Varsovie.

En concurrence avec l'Égypte et l'Arabie

On ne minimisera pas, en tout cas, l'énorme impact d'un éventuel changement de pouvoir en Turquie. M. Erdogan a beaucoup cultivé les ambiguïtés. Son pays est membre de l'OTAN mais son gouvernement est violemment anti-occidental. Il y a des bases militaires américaines

en Turquie mais Erdogan apparaît comme l'un des leaders politiques les plus anti-américains et son agenda est pro-russe, très anti-israélien, et il est furieux contre l'Europe parce que la Turquie n'est pas membre de l'Union européenne.

Cette crise des rapports entre Ankara et les pays occidentaux s'explique par la volonté d'Erdogan de donner à la Turquie le leadership du monde islamique, ce qui déplaît souverainement au gouvernement égyptien et à l'Arabie saoudite. Les ambitions d'Erdogan sont donc largement contrecarrées par son essoufflement politique et il pourrait aussi tenter de modifier sa politique étrangère dans le sens d'un rapprochement avec l'Europe et les États-Unis. On n'en est pas encore là. Mais il serait absurde de ne pas voir dans le choix d'Istanbul un coup d'arrêt à l'une des politiques les plus démagogiques du Moyen-Orient, au moment précis où la prospérité qui a fait le succès d'Erdogan se transforme en crise économique : inflation, dépréciation de la monnaie turque, ralentissement des échanges commerciaux dans le monde.

Richard Liscia

Tous les jours sur
www.lequotidiendumedecin.fr
Le blog de Richard Liscia

Palmarès

1



Assistants médicaux : ce que les médecins doivent savoir. Les 11 points à connaître avant de se décider

2



Assistants, CPTS, Buzyn salue les pionniers. En Vendée, la ministre rencontre « des professionnels heureux »

3



Six mois de stage obligatoire ambulatoire en fin d'internat. Sénateurs et députés trouvent un compromis

4



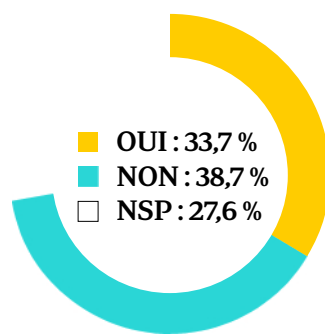
Une charte d'engagement des libéraux. Ecoute, respect, clarté, confidentialité mis en avant

5

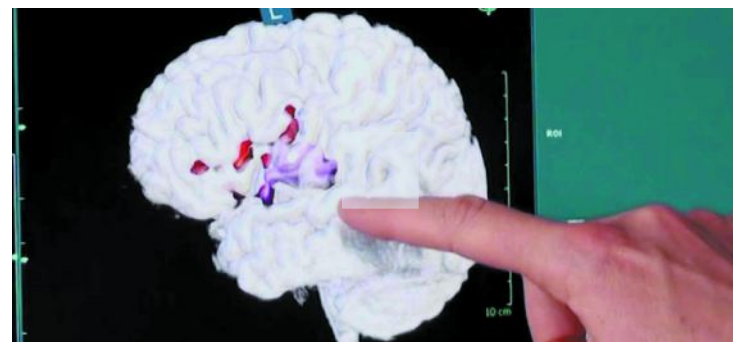


Cahuzac apte à exercer la médecine générale. Décision prise par l'Ordre sur la base des conclusions de trois experts

Résultats de la question Flash de la semaine dernière : **Dénoncez-vous un confrère déviant ou incompétent à l'Ordre ?**



À VOUS DE DÉBATTRE – Canicule : êtes-vous davantage sollicité depuis le début de l'épisode de chaleur ?
<http://bit.ly/2ZLYW61>



Vidéo – Quand le cerveau annonce la couleur

« Au Rayon X » présente une technique d'exploration particulièrement intéressante dans la perspective d'une intervention chirurgicale *via* le cas d'un patient de 45 ans atteint d'une tumeur cérébrale de bas grade.

<http://k6.re/yALEx>

➡ À RELIRE :

AMP, autoconservation ovocytaire, anonymat, génétique : Buzyn lève le voile sur le projet de loi bioéthique
<http://k6.re/umtvB>