

LE MÉDECIN

en Guadeloupe



BULLETIN 19 - 20
ANNÉE 2006

Bulletin de liaison de l'**Ordre des Médecins**
Conseil Départemental de la Guadeloupe
à l'usage des Médecins inscrits au tableau

BULLETIN 19 - 20

ANNÉE 2006

SOMMAIRE

- 1 LES VŒUX DU CONSEIL
- 2 CHRONIQUE : VERS QUEL HÔPITAL ...
- 5 DÉCRÊT DU 7 MARS 2006 :
CRÉATION DES CONSEILS RÉGIONAUX ADMINISTRATIFS
- 5 PDS
- 6 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN GUADELOUPE
- 8 HÔPITAUX ET CLINIQUES DE GUADELOUPE :
" SE SOIGNER AU PAYS "

- 9 HOSPITALISATION À DOMICILE :
MYTHE OU RÉALITÉ
- 12 LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 SUR L'ÉGALITÉ
DES DROITS ET DES CHANCES ...
EN SITUATION DU HANDICAP
- 15 ACTIVITÉS ET INFORMATIONS DU CDOM
- 21 LE COIN DES LIVRES LES MÉDECINS CHEZ BALZAC
- 23 LE COLLABORATEUR LIBÉRAL
- 23 JUSTIFICATIFS DES ABSENCES SCOLAIRES

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Départemental de la Guadeloupe

ESPACE ROCADE- Grand-Camp - 97142 ABYMES - ☎ 0590 82.31.07 - Fax : 0590 83.81.43 - E-mail: guadeloupe@971.medecin.fr
Horaires de Réception : Lundi - Mardi - Jeudi : 8H - 16H - Sauf Mercredi : 8H - 12H - 15H - 18H - Vendredi : 8H - 12H

PRÉSIDENTS HONORAIRES

DR BEAUBOIS GUY
DR NITHILA GEORGES

PRÉSIDENT

DR MOZAR ALEX
32, Faubourg Alexandre Isaac
97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.83.00.45

VICE-PRÉSIDENTS

DR GELARD-THOMACHOT MICHEL
Tour Robert.Bélaye Rue Paul Lacavé
97110 POINTE. A PITRE
Tél : 0590.82.13.52

DR BOREL MARIUS
28 rue de la Clinique- Quartier de l'Assainissement
97139 LES ABYMES
Tél : 05.90.83.69.67

DR SEMIRAMOTH CHARLES
57 Cité Despointes
97120 SAINT CLAUDE
Tél : 0590.80.06.73

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

DR ETZOL RENÉ
Mare Gaillard Chemin de la Chapelle
97190 - LE GOSIER
Tél : 0590.85.91.33

SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX ADJOINTS

DR FRANCOIS YRLANDE
Polyclinique de la Guadeloupe
97110 POINTE A PITRE
Tél : 05.90.82.19.63

DR BERTHIER-BICAÏS MARIE-CLAUDE
76 Centre St -John Perse
97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.83.43.01.07

DR PORTECOP PATRICK
CHU PAP/ABYMES
0590.89.11.20

TRÉSORIER

DR FORIER RAYMOND
16 rue de la Clinique
Assainissement
97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.89.33.61

TRÉSORIER ADJOINT

DR DE BLAINE JEAN-PIERRE
39, rue Abbé Grégoire-97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.82.06.39

MEMBRES

DR ANGAMAH FÉLIX
89, rue Vatable
97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.83.30.55

DR BESSIERES ALAIN
CI.MT Jarry - 97122 BAIE MAHAULT
Tél : 05.90.32.08.08

DR CHATAIGNE-HIBADE CLAUDINE
DASD-CG Service de PMI
1 rue Duplessis 97110 POINTE A PITRE
Tél : 05.90.21.56.56

DR CLAIRVILLE-ETZOL SONIA
Rés. Ernestine WebbC03
Rue Hincelin
97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.82.70.18

DR DAUBERTON JACQUES
5, rue Gaston Monnerville 97160 - LE MOULE
Tél : 0590.23.08.18

DR FOUCAN PATRICK
CHU PAP/ABYMES
97159 POINTE A PITRE CEDEX
Tél : 0590.89.15.75

DR SAMYDE CHRISTIAN
3, rue Débarcadère 97111 MORNE A L'EAU
Tél : 05.90.24.70.02

DR VIEILLOT JEAN-CLAUDE
Dir.Rég.Serv.Médical Antilles Guyane
24 Lot.Dugazon de Bourgogne - BP 413
97163 POINTE A PITRE CEDEX
Tél : 0590.93.79.15

MEMBRES SUPPLÉANTS

DR BANGOU CHRISTIAN
Résidence Bergevin
97110 POINTE A PITRE
Tél : 0590.82.98.99

DR BARTOLI JEAN-FRANÇOIS
2, rue Paul Mingau - Marigot
97150 SAINT MARTIN
Tél 0590.87.89.24

DR CANOPE DAVID
Centre Hospitalier LD Beauperthuy
97116 POINTE NOIRE
0590.80.59.59

DR CHECKMODINE PAUL
Providence (près Clinique de l'Espérance)
97139 LES ABYMES
Tél : 0590.82.89.99

DR LESCS PIERRE
Serv. Médical Antilles Guyane
Quartier Hôtel de Ville
97163 POINTE A PITRE CEDEX
Tél : 0590.90.50.51

DR LOISEAU SERGE
14 Bis rue de la République
97100 BASSE TERRE
Tél : 0590.81.40.54

DR MONFILS MARYLINE
Angle rue Vatable 1 Fbg Victor Hugo
97110 POINTE A PITRE
Tél : 05.90.91.83.00

DR PIERROT-MONTANTIN MONIQUE
Polyclinique de la Guadeloupe
97110 POINTE A PITRE
Tél : 05.90.82.19.63

DR TIBERGHIE YANN
Centre Médical Saint-Jean
9733 SAINT-BARTHELEMY
Tél : 05.90.29.71.01

DR VERT-PRE FÉLIX-CLAUDE
CHU PAPABYMES
97159 POINTE A PITRE CEDEX
Tél : 05.90.89.15.44



Chers confrères



BONNE ANNÉE A TOUS

Cette année nouvelle
sera celle de la Médecine Générale
reconnue comme spécialité,
celle de la mise en place des Conseils Régionaux nouveaux,
Puis, sans aucun doute de la Chambre Disciplinaire
présidée, elle, par un magistrat.
Nombre d'entre vous se sont portés candidats,
nous ne pouvons que nous en réjouir.
Car nous souhaitons chaque fois que nécessaire
l'engagement, la participation, le vote représentatif pour une élection
qui responsabilise et fortifie dans la mission de servir.
Les Conseils Régionaux de FMC seront
adossés à ces nouveaux Conseils Régionaux de l'ordre,
c'est dire que le travail ne manquera pas.
Nous nous réjouissons de savoir pouvoir ainsi compter
sur le plus grand nombre possible
Nous formons pour tous et chacun les meilleurs souhaits
de santé et de culture du respect réciproque, de supplique pour que ce métier reste enviable,
envié, représenté et respecté par les patients comme par les pouvoirs publics,

2007

*sous le signe de la
SOLIDARITÉ*



Que la nouvelle année vous soit pétillante, heureuse, chaleureuse
Que le bonheur ne vous quitte pas un instant
Que la tolérance et l'amitié soient vos témoins quotidiens

Le Président
et les membres du Conseil



CHRONIQUE

VERS QUEL HOPITAL, POUR COMBIEN DE MEDECINS, VERS QUELLE ACTIVITE ?

La pratique de la médecine est un art, non un marché, une vocation, non une entreprise, une vocation dans laquelle votre cœur sera impliqué au même titre que votre tête

(Sir William OSLER 1896)

Marie-Galante par l'entremise du directeur de son hôpital local vient de porter assistance de manière transitoire, au CHU de Pointe-à-Pitre-Abymes, en attente de son nouveau Directeur.

La valse des directeurs au CHU de PAP/Abymes pourrait dit-on emporter aussi dans son tourbillon des professionnels du soin aux malades ?

La CME, qui était présidée de facto par un universitaire, vit depuis quelques années sous la gouvernance renouvelée d'un praticien hospitalier non universitaire.

L'exercice à temps partiel est appelé à se développer, et pour ce qui est de la médecine de soins, comme pour certaines spécialités, la pénurie est entrée dans les faits.

Ainsi les certitudes d'hier ne résistent pas aux réalités d'aujourd'hui : *on a et on aura besoin de tous et de chacun..*

La médicalisation administrative du mode de financement que constitue la tarification à l'activité (T2A) " l'hôpital gagnera ce qu'il aura produit et dépensera ce qu'il aura gagné " (1) La **RTT*** (35 heures), l'obligation dans certains cas du repos compensateur (exemple : récupération du temps supplémentaire travaillé après une garde ou astreinte sur place), toutes ces avancées ont modifié l'effectif réel des actifs producteurs de soins à un instant donné relativement au chiffre absolu des effectifs totaux.

L'obligation de définir leurs pôles d'activité médicale ou médico-technique avant le 31 décembre 2006 modifiera au-delà de l'imaginable la situation de tous les Hôpitaux de France.

L'organisation **en pôle** (ordonnance 2005-406 du 2 Mai 2005, puis du 1er Septembre 2005) vise à améliorer le fonctionnement à privilégier le service médical rendu et la qualité des soins au patient, la réussite de ces objectifs impose bien en amont :

- une information loyale claire et appropriée
- une grande vigilance et une rigueur sur la mission première de l'Hôpital
- une cohérence médicale ou médico-technique, une logique de filière de soins cohérents, une mutualisation des contributions et éviter un assemblage de multiples établissements privés au sein d'un hôpital public
- une réflexion partagée concrétisée par un projet médical et d'établissement précisant les objectifs de la communauté hospitalière
- une clarification concertée du rôle de l'établissement dans le territoire et pour nous, en sus, le site et l'échéancier retenu pour l'implantation nouvelle projetée.

Aux perspectives alléchantes définies par le **SROS 3*** du plan " **hôpital 2007** " (2) à savoir :

- une meilleure maîtrise des coûts,
 - le décloisonnement, la mutualisation des moyens humains techniques et logistiques,
 - l'implication des praticiens dans les arbitrages et la gestion,
 - la clarification des lignes hiérarchiques et de décisions bref... un management partagé des contraintes, une gestion de proximité, un dialogue médico-administratif constructif et confiant... (1)
- on ne peut qu'y souscrire .

Dès lors, **la nouvelle gouvernance** installera des innovations nombreuses.

Retenons :

- le Conseil exécutif paritaire, les pôles (13 au CHU), les contrats de pôle, le responsable de pôle, le conseil de pôle, le projet médical fil conducteur du projet d'établissement, le Conseil restreint de gestion....
- la possibilité de contractualisation interne
- un nouveau processus de nomination et d'affectation des PH (rôle accru de la CME et du responsable de pôle)
- la part variable de rémunération des PH (\leq à 15% des émoluments) par engagement contractuel à la fois sur les objectifs de qualité, d'activité et d'accréditation (3).

Sans omettre, le plan **Hôpital 2012** qui sera très prochainement présenté par l'ARH.

Ces profondes mutations - non dénuées de risques de dérives déontologiques, ni de menaces pour l'indépendance professionnelle (3) - particulièrement accélérées dans nos régions, pas toujours équitablement partagées au plan de l'information et des moyens privent nombre d'acteurs, d'un temps de maturation et d'adaptation. Elles peuvent être génératrices de frustration, de dépit, d'inquiétude, d'incertitude, d'insécurité, de conflits qui - puisque les Hommes comptent plus que les structures - risqueraient, si on n'y prend pas garde, d'emporter les institutions intra-hospitalières et la structure sur des rives à l'opposé même des objectifs de cette nouvelle gouvernance qui se veut nouvelle méthode de travail et de gestion d'un établissement public.

Les RUM*, le PMSI*, la T2A, la CCAM*, l'Accréditation et ses recommandations également pratiquées dans le privé sans oublier la judiciarisation croissante de la médecine. (cf aussi bulletin du CNOM N°10 décembre 2006 pour l'exercice libéral) permettent d'avancer que tout mode d'exercice confondu, tout lieu d'exercice confondu, les professionnels et les malades auront à partager leur appréhension puis leur vécu de l'adaptation nécessaire face aux nouvelles contraintes d'assurance qualité, de traçabilité d'accès aux soins pour tous, de pouvoir concilier respects des droits des patients et engagements d'amélioration de l'activité.

Les défis de demain en l'état de leur organisation et compréhension encouragent des départs précipités vers la retraite. Un engouement plus affirmé ces dernières années de praticiens pour les Conseils généraux, les CPAM, la MSA, la médecine du travail. Cette révolution culturelle des soins - depuis, parmi d'autres, la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité des soins, puis du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie- pousse vers une relation transactionnelle qui met en jeu des contraintes réciproques, elle modifie la classique relation fondée sur la confiance consciencieuse, chaque fois remise en cause et réaffirmée. On sait qu'il faudra gérer un remplacement fort incomplet des praticiens en fin de carrière par la jeune génération. En effet, (4) d'ici 10 ans 45 000 médecins auront plus de 55 ans. Sur 205864 médecins en activité en métropole au 1er janvier 2005 (318 médecins/100 000habitants) : 140 000 médecins concouraient à la médecine de soins - nonobstant l'appréciation réelle de la part de soins dans le temps de travail- 50 000 ne concourront pas ou peu à la médecine de soins. Les PU-PH, les PH (et dans notre région nombre de non PU-PH) submergés de tâches administratives d'enseignement de représentation de leur spécialité en France et à l'Etranger, de la direction ou de la gestion de revue... reconnaissent selon les médecins interrogés qu'ils ne peuvent consacrer qu'autour de 3 à 5 demi journées par semaine à une consultation dans le cadre de leur compétence, soit 40% de leurs horaires de travail officiel. Il devient urgent de **quantifier le temps de soins** évalué par chaque médecin inscrit et en activité (enquête du CNOM en cours afin de déterminer les modalités susceptibles de satisfaire les attentes et aspirations des médecins en formation et déjà en activité pour accepter de s'installer sur tout le territoire national).

En 2040, 33% de la population française aura plus de 60 ans (20% en l'an 2000). La consommation médicale de cette tranche d'âge est 4 fois plus importante que celle de la moyenne générale. La France va devoir compter avec 20 000 médecins libéraux de moins à l'horizon 2025 (CARMF projection démographique) sans compter les incidences du projet d'orientations sur l'hôpital local (médicalisation avec une forte demande de médecins libéraux ?).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a en son temps tiré la sonnette d'alarme sur la pénurie prévisible de médecins dit de terrain et cela hors prise en compte des réformes et " révolution culturelle " de ces dernières années. Le CNOM appelle aujourd'hui à la plus grande vigilance et réitère parmi d'autres, la nécessité d'un code de déontologie effectivement connu, consulté et applicable à tous, la pérennisation de la conciliation Départementale, la culture du RESPECT de Soi et de l'Autre, la nécessité de conditions de vie des praticiens compatibles avec l'idée que se fait l'étudiant d'aujourd'hui et de demain d'un métier attrayant, il faut que les jeunes professionnels soient effectivement préparés à leur métier, que le sens critique soit aiguisé, que les tendances chronophages soient inversées par suppléance ou délégation, au profit d'un temps médical réhabilité, il faut mieux prendre en compte la féminisation de la profession.

Pour la prévention ou la suppléance de zones de désertification médicale, pour l'exercice à temps partiel, l'exercice libéral, l'exercice salarial des mesures appropriées - incitatives si besoin - s'imposent afin de maintenir un équilibre salubre " *il n'y a pas de déontologie sans indépendance mais pas d'indépendance sans les moyens de l'assumer* ". (4)

Il est heureux que transcendant les difficultés que nous entendons ici et là, le CHU soit éligible à divers sites et ou pôle d'expérimentation, qu'il bénéficie des plans budgétisés pour l'amélioration ou la mobilisation nationale, pour les prises en charges de la douleur du cancer, de la gériatrie, de l'addictologie. Il a bénéficié d'un classement, somme toute, correct dans l'étonnante classification des Hôpitaux élaboré ces derniers mois dans une partie de la presse. Actuellement (5) d'importants travaux de rénovation sont en cours, et des techniques innovantes s'installent : PVP (vaporisation photo sélective de la prostate), Stéréotaxie, neuro- endoscopie cérébrale, fibrinolyse en urgence des AVC ischémiques dans une unité d'urgence -cérébro-vasculaire, de holter glycémiques.....

Les enjeux sont à l'évidence considérables. Aussi les missions et responsabilités de chacun méritent d'être rappelées et respectées, celles de l'Etat, de la Région, du Département, des Syndicats, des Organismes sociaux et Organismes privés

avec mission de service public, etc.. et, celles des médecin qui doivent pouvoir faire de la Médecine. Aujourd'hui (*) " le médecin outre son rôle de professionnel de la maladie et de son diagnostic, ainsi que de son traitement (est aussi) un technicien des investigations, un médiateur social, un professionnel de l'intégration, un certificateur administratif, enfin un organisateur de la distribution et de la régulation des soins qu'il soit en libéral ou en salarié. Sa connaissance devant évoluer sans cesse, l'obligation de se former, s'évaluer est venue compléter son action (décret du 14 Avril 2005 - l' EPP fait partie intégrante de la FMC).

Le temps médical (*cœur du métier, temps fondamental*) est aujourd'hui qu'un sous-ensemble d'une entité beaucoup plus large, **le temps médecin** (*mesure du temps de travail*) recouvre la totalité du temps consacré par un médecin à la gestion globale d'un malade, tant en résolution de ses problèmes de santé, qu'en travail médico-administratif ou en formation(celui-ci) regroupe quatre espaces différents :

le temps de formation

le temps médical

le temps technologique

le temps socio- administratif

Ces quatre espaces ont un équilibre interne précaire. Dès lors que, l'une de ses quatre composantes s'hypertrophie, elle ne peut le faire qu'au détriment des trois autres et globalement hypothèque la qualité et la durée du temps médical....

L'avenir de la prise en charge de la population, sur le plan de santé ne dépend pas que du nombre de médecins disponibles mais bien du temps médecin qu'ils offrent à la population et du juste équilibre entre les quatre axes de leur activité.

(Aussi convient-il) de cesser de transformer le Médecin en certificateur pour tous, (tout faire pour) l'accompagner dans sa volonté et nécessité de se recentrer sur son métier, lui permettre de travailler en réseau de compétences plutôt qu'en réseau centralisé de moyens. Le médecin ne peut être un agent délocalisé soit de l'assurance-maladie soit d'une administration ou de l'employeur institutionnel qui n' exprime dans leurs objectifs que la volonté de rationaliser et de normaliser. Le médecin doit faire de la médecine, il appartient aux autres acteurs d'en avoir conscience tant à l'intérieur de la profession qu'à l'extérieur d'elle-même.

" Souhaitons que l'assertion de Sir William OSLER conserve un peu de vrai, même adapté aux réalités d'aujourd'hui. Souhaitons que le bon sens, la volonté de servir, la volonté affirmée et entretenue de travailler ensemble, la confraternité gouvernent le " jouer le jeu " indispensable à la réussite et au triomphe d'un art médical respectueux de sa codification déontologique et des différents métiers en présence, en dépit des difficultés présentes et des contraintes nouvelles et à venir.

Que la meilleure connaissance par chacun des métiers et contraintes des uns et des autres, améliore la congruence, la confraternité, le Respect et la culture de l'Assistance dans l'adversité .

Dr Alex Mozar

Président du CDOM Guadeloupe

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Dimension médicale /avril -mai 2006/n°2 (les pôles pour qui ? pourquoi ?)
- 2 - Article L162-22-6 et suivants du Code de la S S www.sante.gouv.fr
- 3 - Bulletin du CNOM - 9 - novembre 2006(Réformes Hospitalières)
- 4 - Comment conserver l'accès aux soins
Dr Patrick BOUET, Dr Gérard LAGARDE...(CNP rapport 2006)
- 5 - MOUN LOPITAL (N° 47 Décembre 2006)
- 6 Bulletin 11-12 Année 2002 : Vers quel avenir(?)

RTT : réduction du temps de travail - SROS : schéma régional de l'organisation de l'Offre de soins - RUM : résumé d'unité médicale - PMSI : programmation médicalisée des systèmes d'informations - CCAM : classification commune des actes médicaux .

EN PARCOURANT LE CODE DE DEONTOLOGIE, LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET/OU LES JURISPRUDENCES

ARTICLE L4113-13 du CSP

Loi du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises.

Les différentes procédures de prévention et de traitement prévues par la loi sont désormais applicables aux professionnels libéraux exerçant à titre individuel. Donc aux médecins.

Cette loi, en place depuis le 1er janvier 2006, prévoit notamment, que lorsqu'un débiteur – personne physique ou morale – exerce une profession réglementée, son Ordre professionnel est appelé à intervenir dans la procédure.

DECRET DU 7 MARS 2006 : CREATION DES CONSEILS REGIONAUX ADMINISTRATIFS DE L'ORDRE DES MEDECINS (CROM)

La 1ère élection des CROM aura lieu le 1er Février 2007 (voir : supplément au bulletin n° 8 du CNOM Octobre 2006 et informations complémentaires bulletin n° 9 Novembre 2006 et site du CNOM : www.conseil-national.medecin.fr)

L'INFORMATION AUX PATIENTS

L'information délivrée aux patients doit toujours être claire, loyale et appropriée c'est-à-dire adaptée à ses facultés de compréhension, son état psychique Le principe demeure donc celui de l'information orale. Un document sommaire et stéréotypé signé du patient ne peut faire office d'information médicale.

En raison de la charge de la preuve qui incombe à l'établissement, la délivrance d'un document écrit signé par le patient peut sembler judicieuse. Elle n'est cependant pas suffisante : si elle est trop générale, elle ne sera pas retenue par le juge et, dans tous les cas, elle n'exclut pas l'information orale du patient. Il est donc conseillé de noter avec précision dans le dossier médical le contenu des différents entretiens précédant l'intervention et le délai de réflexion éventuellement laissé au patient. Les schémas utilisés pour expliquer le déroulement de l'intervention peuvent aussi constituer des éléments de preuve (Responsable Santé n° 51 jeudi 21/12/2006 p7-).

EXTENSION DES GARDES CONFIEES AUX INTERNES

La pénurie de médecins dans certaines spécialités (exemple anesthésie) ont conduit des parlementaires à appeler l'attention du Ministre sur la possibilité de remédier à ce phénomène en faisant participer des internes au service de garde senior dans les CHU.... Le ministre rappelle que le service normal de garde des internes comprend une nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois..... Deux arrêtés autorisent actuellement la " seniorisation " de certaines gardes d'internes 21/01/1976 service de réanimation et l'arrêté du 6/11/1995 dans les établissements autres que les CHU et les hôpitaux locaux permet dans des conditions très précises de faire appel à des internes titulaires d'un CHU et volontaires pour participer au service de garde. Le ministre n'exclut pas la possibilité d'étendre à l'avenir cette possibilité à d'autres secteurs d'activité, sous réserve d'une clarification juridique des conditions dans lesquelles une garde pourrait être confiée à un interne (JO Assemblée Nationale 31/10/2006 p11400). _ (Responsable Santé n° 51 jeudi 21/12/2006 p8.).

ETABLISSEMENT DE CERTIFICATS PAR UN MEDECIN REMPLAÇANT NON THÉSÉ

Dès lors que le remplaçant est autorisé à exercer, c'est-à-dire dès lors que le CDOM a validé le remplacement selon les modalités que vous connaissez le remplaçant X... peut durant la période autorisée de remplacement signer en tant que X... remplaçant du Dr Y... les certificats de décès HDT ou HO ... la confusion provient de l'exercice limité dans le cadre hospitalier d'internes non docteurs et donc non inscrits à un tableau (bulletin du CDOM de Seine et Marne 3ème trimestre 2006 p 8).

PDS :

MISSION DE SERVICE PUBLIC LE POINT DE VUE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

La Permanence des soins, comme le CNOM le demandait depuis plusieurs années, est enfin reconnue mission de Service Public par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale validée par le Conseil Constitutionnel le 14 décembre 2006

Egalité de statut de tous les acteurs.....

Equité du mode de responsabilité. La responsabilité du médecin effecteur ou régulateur de la Permanence des Soins doit ainsi pouvoir être recherchée de la même manière quel que soit son mode d'exercice, hospitalier, salarié ou libéral. La première conséquence est la lisibilité pour l'utilisateur. La seconde est le traitement identique et équitable des praticiens : la responsabilité de tous les acteurs, libéraux comme hospitaliers, étant recherchée avec celle du service public. De ce fait l'assurance en responsabilité civile professionnelle des régulateurs libéraux ne sera plus du domaine de la convention, ce qui empêchait les médecins des centres de santé et les médecins non conventionnés de participer à la régulation.

Pérennité d'organisation. Relevant (alors) du service public comme l'est déjà le Centre 15, la mise en place des équipements est de la responsabilité organisationnelle de l'Etat. Ainsi, peut se mettre en place la complémentarité des acteurs libéraux, hospitaliers privés et hospitaliers publics.

Unicité du corps médical. l'autorité régaliennne devra déterminer la mise à disposition des moyens nécessaires à

l'accomplissement de cette mission. Dans une Tribune publique le président de l'UNCAM a écrit que, le législateur ayant posé les principes d'ordre constitutionnel de l'égal accès aux soins et du droit d'en bénéficier à toute heure en cas de nécessité, il convenait de donner un sens à cette notion de service public et que la notion d'obligation collective de résultat s'imposait aux médecins de ville en complément du principe de volontariat individuel.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne peut que rappeler que si les médecins ont indéniablement des devoirs envers le corps médical, ce même corps social a des devoirs symétriques envers eux. Ne serait-ce que celui de leur permettre de remplir ce devoir dans des conditions de qualité d'exercice et de vie équivalentes à celles de leurs concitoyens. De plus l'obligation collective du corps médical devrait-elle reposer sur les seuls médecins d'exercice libéral, ou même les seuls médecins conventionnés ?.....

L'Ordre des Médecins ne peut laisser passer sous silence le fait que si existent des disparités, nous sommes aujourd'hui amenés à gérer les conséquences d'une politique délibérée de restriction de l'offre de médecins, depuis longtemps dénoncée par l'institution ordinaire.

Reconnaître à la Permanence des Soins la nature de mission de service public permet enfin de juxtaposer et coordonner ses intervenants sur un pied d'égalité, sous la responsabilité organisatrice de l'Etat, indépendamment des vicissitudes des relations entre assurance-maladie et médecins conventionnés, en incluant les autres médecins, par exemple des centres de santé ou non conventionnés.

L'Etat, responsable de l'organisation de la Permanence des Soins, l'est aussi de mesures incitant à l'implantation des cabinets médicaux là où des difficultés sont manifestes. Il s'agit de l'aménagement du territoire avec très certainement une réflexion, une analyse et une décision à l'échelon régional, l'échelon départemental restant celui de la réalisation.

Communiqué disponible sur le site : www.conseil-national.medecin.fr

P.S – le texte élargissant les horaires de la PDS du samedi après-midi est paru au J.O du 28/12/06 : son application ne sera pas automatique et dépendra de " l'activité médicale constatée " par les préfets. Rien dans le texte conventionnel n'est prévu actuellement pour rémunérer ces plages horaires (Quotidien du Médecin du 08/01/07).

ESPACE / A R H

1 - APPLICATION DU PLAN D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN GUADELOUPE

Véritable enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme. La douleur physique et la souffrance morale ressenties à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables encore les personnes fragilisées par la maladie. Les douleurs chroniques rebelles sont source d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. La lutte contre la douleur satisfait à une attente légitime de toute personne.

Reconnu comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

La volonté du Gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée depuis plus de 10 ans pour améliorer la prise en charge de la douleur. Tout doit être mis en oeuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité. Il est également nécessaire de former les professionnels à une meilleure écoute du patient, ainsi qu'à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient.

La douleur, ressentie à tous les âges de la vie, est d'autant plus préjudiciable qu'elle touche souvent des personnes atteintes de maladies graves. Aussi, ce programme s'articule avec le Plan Cancer. Cette approche de la douleur constitue également une priorité afin d'améliorer la qualité de vie de toutes celles et ceux qui souffrent d'une maladie chronique.

En Guadeloupe, une mobilisation importante des professionnels, appuyée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et par l'Association Hôpital 2000 a permis de mettre en oeuvre les moyens de prévention de la douleur aiguë et d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

L'engagement, la coordination et la formation de l'ensemble des professionnels constituent les éléments moteurs de la réussite de cette démarche d'amélioration de la qualité des soins, à laquelle nous nous sommes attachés.

UNE PRISE EN CHARGE ET UNE COORDINATION TERRAIN EFFICACES

Trois établissements sont particulièrement concernés, eu égard à leurs spécialités, par la prise en charge de la douleur. Il s'agit du CHU, du CHBT et du CMS.

CHU : Consultation Douleur Chronique Rebelle en place depuis 1997
Unité d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle en projet

CHBT : Création du CLUD en 2006

CMS : Consultation Douleur

Afin d'assurer ce travail de coordination, plusieurs postes médicaux et administratifs ont été créés : 3 praticiens hospitaliers, 5 infirmières, 1 psychologue, 1 secrétaire.

Tous les établissements de Guadeloupe disposeront à la fin de l'année 2006 d'un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

UN PERSONNEL MÉDICAL ET PARA-MÉDICAL FORMÉ

La diffusion d'une culture de la prise en charge de la douleur passe une formation optimale du personnel amenée à côtoyer les patients : médecins, infirmiers, puéricultrices, pharmaciens, psychologues, podologues, aides-soignants... Afin de s'assurer d'un bon repérage de la douleur non-exprimée mais aussi de la meilleure utilisation du matériel disponible.

Pour ce cela la Guadeloupe a développé un arsenal performant :

Deux Diplômes Universitaires ont été créés à l'initiative du Dr Monique Sulpice (CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes) et du Dr Roselyne Robinel (CHU de Fort-de-France) en collaboration avec l'Université Antilles-Guyane :

- DU " Soins Palliatifs et Accompagnement" depuis 2003, 131 inscrits sur les trois années
- DU " Douleurs " en 2005/2006, 57 inscrits

Deux sessions de formation généraliste sur l'utilisation des pompes anti-douleurs se sont déroulés eu CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes à l'initiative de l'association Hôpital 2000 :

- novembre 2005, 380 participants
- juin 2006, 320 participants

La Guadeloupe bénéficiera en 2007 d'un cycle de formation professionnelle continue au travers d'un programme pilote sur trois régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Guadeloupe) proposé aux professionnels intéressés avec la collaboration de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et le soutien de l'association Hôpital 2000.

Un matériel disponible dans tous les établissements de soins de l'archipel

Grâce à l'aide de l'association Hôpital 2000 et de ses partenaires tous les établissements de Guadeloupe ont pu bénéficier de dons de matériel spécifiquement dédié à la lutte contre les douleurs en fonction de leurs spécialités et des soins dispensés en leur sein :

- 60 pompes analgésiques PCA
- 50 pousses seringues de chevet
- 100 neuro-stimulateurs destinés aux douleurs chroniques

Ces matériels viennent s'ajouter aux matériels dont les établissements disposaient déjà au travers de leurs dotations de fonctionnement. La maintenance et les fournitures de consommables sont assurées par les établissements ou les prestations de l'Assurance-Maladie.

2 - HÔPITAUX ET CLINIQUE DE GUADELOUPE : " se soigner au pays "

UN PARC SUFFISANT ET ÉQUILIBRÉ :

Avec 10 établissements publics de santé et 12 cliniques privées représentant un total de 3 350 lits et places et 5 000 agents hospitaliers et salariés des cliniques, le parc des établissements de santé de Guadeloupe apparaît suffisant et équilibré.

UNE SITUATION GÉOGRAPHIQUE PARTICULIÈRE :

Région monodépartementale archipélagique constituée de 7 îles et de 34 communes, la Guadeloupe connaît pour autant des difficultés de couverture sanitaire et de transport nécessitant des moyens importants dont les hôpitaux publics disposent.

Les îles de Saint-Martin et Marie-Galante disposent d'un centre hospitalier, Saint-Barthélemy dispose d'un hôpital local. Un hélicoptère SMUR, la gendarmerie, la sécurité civile et des contrats avec des compagnies locales d'aviation assurent les évacuations sanitaires. Un fort développement de la Télémédecine (favorisée par le Plan Cancer) et de l'Hospitalisation à Domicile - HAD (8 opérateurs pour 200 places soit trois fois la moyenne nationale par habitant) sont inscrits au SROS 3 et appliqués.

UNE OFFRE DE SOINS EN ÉVOLUTION CONSTANTE :

Les notions de restructuration et de rationalisation de l'offre de soins ne sont pas incompatibles avec le " rattrapage " dont l'archipel bénéficie depuis de nombreuses années, malgré une démographie médicale très péjorative combattue par des dispositifs de recrutement exceptionnels efficaces mais onéreux.

La lutte contre la " fuite " des patients vers la métropole par l'amélioration de l'offre porte ses fruits (taux de 9% en baisse constante) et concerne encore essentiellement la prise en charge de certains cancers, de traumatologie lourde, des grands brûlés et de neuro-chirurgie et chirurgie cardiaque (parfois assurée en Martinique).

La mise en place de la greffe rénale permet d'assurer sur place la prise en charge complète de l'insuffisance rénale (problème de santé publique majeur). L'installation d'un Ablatherm pour le traitement du cancer de la prostate (plus forte incidence française) permet également d'offrir toutes les solutions actuellement disponibles.

UN VOLUME D'INVESTISSEMENT HOSPITALIER TRÈS IMPORTANT :

Les hôpitaux et cliniques de Guadeloupe ont su largement tirer profit des dispositifs du Plan Hôpital 2007 (avec des aides de l'ordre de 40 millions d'euros) et des fonds structurels européens (aides FEDER-DOCUP de plus de 50 millions d'euros) pour un total de travaux (y compris de mise aux normes parasismiques) et achats d'équipements lourds (IRM, Scanner, médecine nucléaire...) de près de 200 millions.

L'effort doit se poursuivre au travers du Plan Hôpital 2012 et du programme opérationnel européen (POE 2007-2012), en particulier pour assurer la reconstruction complète de plusieurs établissements (centre gérontologique du Raizet, hôpital de Capesterre et CHU) pour un total de plus de 500 millions d'euros.

Ainsi pourra s'appliquer pleinement le schéma régional d'organisation sanitaire 2007-2012 adopté par la conférence sanitaire au début de l'année 2006.

Les médecins libéraux et les spécialistes de ville trouveront ainsi le complément indispensable à leur exercice.

Par Mr. Stéphane MANTION
Directeur de l' ARH - Agence Régionale de l' Hospitalisation

Sur le site : <http://guadeloupe@sante.gouv.fr>

vous trouverez toutes les publications et dépliants relatifs à ces applications.

DOSSIER

HOSPITALISATION A DOMICILE (Mythe ou réalité ?)

I-GENERALITES :

L'hospitalisation à domicile ou HAD permet de dispenser au domicile d'un patient pour une période révisable en fonction de l'évolution de son état de santé des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. La prescription est faite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral. Ce service est tenu d'assurer par tout moyen la permanence et la continuité des soins.

II-MISSIONS :

La prise en charge de patients à leur domicile est une difficulté réelle surtout lorsque ces derniers sont atteints de pathologies chroniques qui nécessitent des soins techniques complexes et une prise en charge globale de qualité qu'elle soit humaine, médicale sociale ou psychologique.

Les personnes prises en charge en HAD présentent une pathologie grave, aiguë ou chronique, évolutive ou instable. Leur état nécessiterait une hospitalisation. L'équipe médicale et soignante propose des soins complexes et fréquents, des soins médicaux et paramédicaux, coordonnés, continus et régulièrement évalués.

Cette prise en charge s'effectue en lien avec le médecin traitant.

III-PRISE EN CHARGE :

Les soins sont continus et coordonnés et nécessitent un plateau technique
Une réévaluation est régulière et obligatoire

Plusieurs passages au lit du malade sont envisagés en fonction de la variété des interventions

Le personnel est régulièrement constitué et se décline en :

- 1- Médecin coordonnateur
- 2- Cadre infirmier
- 3- Infirmier (ère)
- 4- Aide soignant(e)
- 5- Autres :

Assistante sociale qui a un rôle important pour la démarche qualité, psychologue ou autres professionnels de santé en fonction des pathologies existantes : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, diététicien.

Il faut noter que le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient à son domicile, et est le responsable du suivi du malade.

Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure dans le respect des règles professionnelles et déontologiques, il émet un avis médical pour l'admission et la sortie.

Le confrère pour améliorer et faciliter sa pratique quotidienne doit comprendre la différence de prise en charge entre un service de soins infirmiers à domicile ou SSIAD et l'hospitalisation à domicile ou HAD :

Service de soins infirmiers à domicile :

La charge en soins se définit en prévention, nursing et soins d'hygiène, soins infirmiers, distribution de médicaments.

Ce sont des soins ponctuels, programmés sous la responsabilité du cadre infirmier du SSIAD, le médecin traitant doit être tenu au courant de la situation médicale du patient.

La fréquence des passages dépend des pathologies,

La technicité est fonction certes des pathologies et va des soins d'hygiène et de nursing, l'aide aux transferts, l'aide à l'alimentation, la surveillance de l'hydratation et de l'élimination, l'aide aux changes, les soins dermatologiques et la prévention des escarres,

La durée d'intervention est variable mais est de 45 minutes par jour en moyenne.

Hospitalisation à domicile :

Les interventions sont complexes et l'objectif de l'HAD est de proposer une médecine de réhabilitation ainsi qu'une médecine d'accompagnement.

La circulaire DH / EO2 / 2000 / 295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile définit trois types de charges en soins :
- *séjours en soins ponctuels*, ce sont des patients autonomes qui nécessitent une charge en soins modérée mais nécessitent une coordination pour des pathologies non stabilisées.

- *séjours en soins continus* pour des patients qui présentent une pathologie évolutive, nécessitant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie.

- *séjours en soins de réadaptation* concernent des patients qui sont dépendants et nécessitent une charge en soins longue et adaptée après la phase aiguë d'une maladie.

IV-CHAMPS D'INTERVENTION :

- Le temps de soins passé au domicile du patient dépend des pathologies et de la complexité des soins prodigués mais le maître mot à retenir est coordination des intervenants. Le temps moyen d'intervention est de 1 heure.

- L'état de santé est variable mais concerne des patients qui présentent une pathologie grave, aiguë ou chronique, évolutive ou instable qui devraient être hospitalisés.

- indice de KARNOFSKY :

Permet d'évaluer et de proposer l'admission de patients en HAD en fonction certes de ses pathologies mais aussi de son environnement et de son état d'autonomie. Le tableau ci-dessous fait une synthèse des cas possibles :

indice	Etat d'autonomie
100%	Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90%	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne signes mineurs de la maladie
80%	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort
70%	Capable de se prendre en charge incapable de mener une activité normale
60%	Nécessite une aide occasionnelle
50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30%	Sévèrement handicapé hospitalisation indiquée
20%	Hospitalisation nécessaire traitement de soutien actif
10%	Moribond processus fatal progressant rapidement

Tableau N°1 : dépendance du patient

Il existe des critères d'exclusion à l'admission en HAD:

- soins à l'acte qui ne sont pas coordonnés
- soins qui dépendent des SSIAD
- patients dont l'état justifie le maintien au niveau d'un service en raison de la permanence et de la haute technicité des soins nécessaires.
- patients qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, qui relèvent de moyens de suppléance à une insuffisance rénale ou à une insuffisance respiratoire.

PLACES EN GUADELOUPE

Établissements	Places	Indications
Centre médicosocial	30	Maintenir les patients âgés ou en fin de vie à domicile. soins palliatifs, soins à orientation cancérologique
Hôpital de Capesterre	15	Patients âgés de plus de 60 ans présentant une polypathologie
CGR	20	Personnes âgées de plus de 70 ans présentant une pathologie évolutive ou non, stabilisée dont l'état justifie une hospitalisation
CHU	15	Soins palliatifs
Hôpital de Beuperthuy	20	Personnes âgées et personnes présentant des polypathologies ou des affections graves et invalidantes
Hôpital de Montéran	30	Patients mal stabilisés ou en cours de décompensation psychiatrique
Clinique de Choisy	30	Patients atteints de pathologie chronique lourde
Clinique les nouvelles eaux marines	30	Patients âgés de plus de 60 ans présentant une polypathologie

Tableau N°2 : 190 places d' HAD en Guadeloupe

T-FINANCEMENT :

Le financement est assuré selon la comptabilité T2A : tarification à l'activité, et comprend 31 groupes homogènes de tarifs. Les prix oscillent entre 163,53 et 201,94 euros par jour.

III- QUE RETENIR ?

Une véritable alternative à l'hospitalisation, ce nouveau dispositif permet de proposer des soins intermédiaires entre l'hospitalisation de malades aigus et les soins classiques de ville. Dans son environnement habituel, le patient est replacé dans son contexte familial, l'équipe soignante tout en éduquant la famille ou les aidants naturels peut délivrer des soins plus personnalisés.

Il rappelle les éléments de base d'éligibilité à cette prestation

- mutualisation des professionnels de santé.*
- soins ponctuels, continus ou de réadaptation*
- patients présentant des pathologies chroniques lourdes*
- durée de prise en charge limitée*
- soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24*
- projet thérapeutique global*

Ce mode de prise en charge contribue à diminuer la durée des séjours hospitaliers, permet une meilleure collaboration entre médecine hospitalière, médecine de ville et le secteur ambulatoire des autres professionnels de santé.

Dr VIEILLOT Jean- Claude
Médecin-Conseil CGSS

Membre du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Guadeloupe

Handicap et Législation actuelle

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes en situation du handicap apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes de ce public.

Elle donne la définition suivante du handicap

" Constitue un handicap au sens de la loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant "

Elle met en place

- **Le droit à compensation** sous la forme de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui couvre à la différence de l'Allocation compensatrice Tierce personne (ACTP), les besoins en aide humaine, technique ou animale, en aménagement du véhicule ou du logement. Il place la personne au centre du dispositif, en prenant en compte son projet de vie formulé à l'occasion de sa demande.

- **La scolarité.**

La loi reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile. Cette école constitue alors l'établissement scolaire de référence.

- **L'emploi**

La loi réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, crée des incitations et l'étend aux employeurs publics.

- **L'accessibilité**

La loi crée l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans.

- **Les Maisons Départementales de Personnes Handicapées (MDPH)**

La loi crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Les missions de ce lieu unique dans chaque département, sont l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leurs familles, l'attribution des droits et la sensibilisation de la population générale sur le handicap.

Les MDPH sont des groupements d'intérêt public (GIP) placés sous l'autorité administrative et financière du Conseil général.

En Guadeloupe, la convention constitutive de la MDPH a été signée le 22 décembre 2005.

Les membres du GIP sont, la DSDS, la DTEFP, le Rectorat, la CGSS, la CAF.

La MDPH est administrée par une **Commission Exécutive** constituée de 21 membres et présidée par le Président du Conseil général.

La MDPH regroupe notamment les attributions de la CDES et de la COTOREP.

Afin d'exercer ses missions la MDPH anime plusieurs instances dont la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) et l'équipe pluridisciplinaire.

- **La Commission des Droits et de l'autonomie** est une instance unique qui examine les dossiers des personnes en situation de handicap qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes. Elle est constituée de 23 membres dont une majorité de représentants d'associations de personnes en situation de handicap.

- **L'équipe pluridisciplinaire** est chargée d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap et de faire des propositions à la CDA sur la (les) demande (s) qu'elle a formulé auprès de la MDPH.

Cette équipe regroupe des compétences multiples pour permettre une évaluation globale. Il s'agit de médecins, psychologues, assistants sociaux, enseignants, éducateurs, professionnels de l'insertion, ergothérapeutes....

Le médecin traitant est le partenaire incontournable de l'équipe pluridisciplinaire. Il est le garant d'une prise en compte des besoins réels du patient en situation de handicap.

En effet, le certificat médical constitue un élément essentiel dans le dossier de la personne en situation de handicap.

Grâce aux informations qu'il comporte, il permet à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluer avec plus d'efficacité les besoins de la personne en situation de handicap.

Grâce à la description précise des déficiences et des incapacités, le médecin de l'équipe pluridisciplinaire en faisant référence au guide-barème des incapacités peut sans difficulté fixer un taux d'incapacité.

Il convient par conséquent que le médecin renseigne avec attention le certificat médical dans l'intérêt de son patient.

Les coordonnées de la MDPH de Guadeloupe : MDPH - Immeuble Romarin (DASD) - Rue Ferdinand Forest - Jarry
97122 Baie-Mahault
Tél : 0590 83 14 28 - Fax : 0590 89 61 93 - 0590 60 92 61

Dr Nicole DAUBERTON

Directrice de la Maison Départementale des Personnes
Handicapées de Guadeloupe

LE COIN DE L'HISTOIRE

LES VATABLE : UNE GRANDE FAMILLE GUADELOUPÉENNE, DISPARUE ET OUBLIÉE

Dans le " Guide Historique des Noms de Rue ", Emile Enoff 1993 on apprend que Louis, François Vatable est né à Basse-Terre le 2 juillet 1773, qu'il fit une carrière militaire brillante, qu'il termine avec le grade de Maréchal de Camp, Commandant en Chef de Colonie. On saura que la mémoire collective a retenu les travaux d'assainissement qu'il a entrepris dans les faubourgs de Pointe-A-Pitre, et plus particulièrement le " canal circulaire " créé afin de drainer les marécages qui entouraient la ville vers 1830, époque où il accède au titre de Gouverneur de la Guadeloupe (alors qu'il n'est ni noble ni marin)...

Originaire de Picardie VATABLE se disait aussi WATENBLED.

Louis François Vatable et sa famille, sont originaire de la Rochelle : son grand-père se fixe à la Guadeloupe vers 1731, où son père naît (à Basse-Terre) en 1735.

Louis François Vatable est le cadet de ses six enfants, tous nés à Basse-Terre, l'aîné Henry, Joseph aura une carrière médicale au moins aussi brillante que la carrière militaire du Baron, Gouverneur...

Louis François Vatable 1773- 1853 eut une longue carrière militaire qu'il termine comme Maréchal de Camp, Commandant militaire de la Guadeloupe puis : Gouverneur de 1830 à 1831... il s'appliquera à la reconstruction de Basse Terre détruite par le cyclone du 26 juillet 1825. Dans les fratries Vatable, on notera la fréquence des chirurgiens(3) et des médecins, souvent en service dans la Marine, et aussi celle de jumeaux.

Le Docteur Henri Joseph Vatable est né à Basse-Terre. Le 24/11/1771

Il épouse le 23/04/1779 Marie Jeanne Thérèse Valentine BONNET fille de Antoine Jean BONNET conseiller honoraire à la Cour Royale de la Guadeloupe et de Thérèse VITALIS

Dans son état de Services on relève :

De 1792 à 1794 : il est nommé par le gouverneur COLLOT, médecin à l'Hôpital Ambulance établi sur l'habitation Saint-Charles près de Basse-Terre

En 1794, médecin en chef de l'hôpital établi sur la propriété BEAUSOLEIL pendant le siège de Basse-Terre

1794 - 1795, médecin adjoint au médecin chef de l'hôpital de Basse-Terre

1795 - 1796, membre de la commission envoyé en mission auprès du gouverneur de la métropole (il est alors maire de Basse Terre pour réclamer des secours en médicaments, matériel médical, armes...

1796 - 1804, médecin ordinaire pour les Iles du Vent, attaché à l'hôpital militaire de Basse-Terre

De juin 1804 à Mars 1809 il voyage aux Etats Unis pour rétablir sa santé

Il est Médecin en chef de la Division de " Gauche " (?) pendant le siège de la colonie par les Anglais de mars 1809 à 1810
Puis Médecin en chef de l'hôpital Général au Camp Saint-Charles, en août 1815 (nouvelle prise de colonie par les Anglais) ...
De 1817 à 1824, médecin de 1ère classe à l'hôpital militaire de Pointe-A-Pitre.
De 1824 à 1829, Second Médecin en Chef de la Marine

- DECORATIONS :

Il reçoit le 6 octobre 1819 du Ministre de la Marine et des Colonies, le Baron PORTAL, la médaille d'or d'encouragement pour la prorogation de la VACCINE à la Guadeloupe, en même temps que le Docteur CHOPITRE Second Chirurgien de la Marine, Chirurgien en chef de Guadeloupe le pharmacien de l'époque est Pierre Daniel BEAUPERTHUY père du Docteur Louis Daniel Beauperyhuy.

En 1821, il est fait Chevalier de l'Ordre Royal de la Légion d'Honneur par sa Majesté LOUIS XVIII

- TRAVAUX :

Observations sur la fièvre jaune qui a régné à la Guadeloupe pendant l'année 1816

Recherches sur l'état sanitaire de la Pointe-A-Pitre

De la gastro-entéro-encéphalite et de la fièvre jaune, ou examen comparé des deux maladies qui ont régné pendant le dernier semestre de l'année 1826, parmi les troupes en garnison à la Basse-Terre, dans l'île de la Guadeloupe..... Mr FOULLON d'ECOTIER écrira Dr VATABLE " j'adresse votre mémoire au ministre ... je me félicite ... de lui faire connaître le médecin de la colonie qui jouit à juste titre d'une célébrité que ses connaissances, son zèle et son humanité lui méritent "

Le 5 avril 1825, le Docteur est élu à l'Académie de Médecine – adjoint correspondant pour la section de médecine (on retrouve là le répertoire de bibliographie de ses travaux)...

Nous avons cru pouvoir attribuer au Docteur le mérite d'un canal que nous ne pouvons accorder à son frère le Gouverneur, mais même dans ses " recherches sur l'état sanitaire de la Pointe-A-Pitre " il ne parle pas de canal particulier mais du DESSECHMENT des palétuviers qui " est sans contredit la principale cause de l'état sanitaire de la ville "...

Sur le plan de 1863 le canal circulaire de la ville s'appelle VATABLE de bout en bout et est ouvert à la mer à ses deux extrémités. On y voit très nettement le tracé de l'actuelle rue de Massabielle, qui passe au-dessus du tunnel et aussi le pont de l'actuel rue Denfert..... le tunnel dit de la " Voûte " est daté de 1845

.... on sait que le " canal " n'a jamais été circulaire

Un ancien canal vatable à lui drainé les eaux de " Dino " en avant du cimetière le second canal à été comblé en 1887 à l'initiative d'Armand HANNE maire de la ville , pour devenir rue de la Voute puis rue Verte .

EN CONCLUSION

Nous nous sommes appesantis sur les deux aînés de la deuxième génération des créoles, qui ont eu de brillantes carrières presque entièrement déroulées en Guadeloupe : quel que soit le Vatable qui a donné son nom d'abord au canal puis à la rue, toute la famille, y compris les négociants et les miliciens, a participé à la vie de la colonie, avec les guerres très fréquentes, les épidémies, les cataclysmes et les difficultés économiques qui en découlaient, en somme à l'histoire de la Guadeloupe.

Le militaire quitte la Guadeloupe après 1848, meurt à Paris en 1853 et est enterré au Père Lachaise : il n'a pas de descendant.

Le médecin termine sa vie à Basse-Terre en 1861, à l'âge de 92 ans.

Son fils aîné, Henri Auguste, part pour New-York en 1848, avec ses neuf premiers enfants, la dixième naît à New-York. Il y ouvre une maison de commerce. Il mariera son neuvième enfant, Gabrielle Marie au fils d'un cubain émigré à New-York après avoir perdu le gros de sa fortune suite à la crise sucrière de l'époque.

Extrait de la Conférence donnée le 23/05/2003 au Centre Rémy Nainsouta à Pointe-A-Pitre par le Docteur **René BONNET**, Membre du Conseil d'Administration de la Société d'Histoire de la Guadeloupe.

ACTIVITES ET INFORMATIONS

DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE JANVIER A DECEMBRE 2006

I- REUNIONS MENSUELLES

Janvier, Février, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet, Septembre, Octobre, Novembre, Décembre

Présents aux onze réunions :

Dr BESSIERES – Dr ETZOL – Dr FOUCAN – Dr SEMIRAMOTH

Présents à dix réunions :

Dr ANGAMAH (absent excusé en Juin) – Dr BOREL (absent excusé en Mars) – Dr DE BLAINE (absent excusé en Juin) – Dr FORIER (absent excusé en Mai) – Dr FRANCOIS (absent excusé en Décembre) – Dr MOZAR (absent excusé en Novembre) – Dr VIEILLOT (absent excusé en Décembre)

Présents à neuf réunions :

Dr PORTECOP (absent excusé en Avril et Juillet)

Présents à huit réunions :

Dr BERTHIER-BICAIS (absent excusé en Octobre – Novembre – Décembre)

Dr CHATAIGNE-HIBADE (absent excusé en Avril – Mai – Novembre)

Présents à sept réunions :

Dr CLAIRVILLE-ETZOL (absent excusé en Février – Mai – Septembre – Octobre)

Présents à cinq réunions :

Dr SAMYDE (absent excusé en Mars – Avril – Juin – Juillet – Octobre – Décembre)

Présents à quatre réunions :

Dr GELARD-THOMACHOT (absent excusé en Février – Mars – Avril – Juin – octobre – Novembre – Décembre)

N'a participé à aucune réunion

Dr DAUBERTON

Présence des MEMBRES SUPPLEANTS aux réunions mensuelles

Dr BANGOU Christian : Janvier – Février – Mars

Dr CANOPE : Février – Mars – Avril – Mai – Juin – Juillet – Septembre - Octobre – Novembre - Décembre

Dr CHECKMODINE : Janvier

Dr LOISEAU Serge : Février – Mars – Mai – Juillet – Septembre – Octobre – Novembre - Décembre

Dr PIERROT-MONTANTIN : Mai – Décembre

Dr TIBERGHIEU : Janvier – Juillet – Septembre – Novembre

Dr VERT-PRE : Février – Mars – Avril – Juin – Juillet – Septembre – Novembre – Décembre

II - INSCRIPTIONS :

Dr ADAM	Jean-Claude	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
Dr ALAYRANGUES	Gilles	MEDECINE GENERALE
Dr ANDRE	Denys	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE - TRAUMATOLOGIE
Dr ADRIEN	Jean-Baptiste	MEDECINE GENERALE
Dr AUCAGOS	Jean-François	MEDECINE GENERALE
Dr AYCARD-KADJI	Florence	MEDECINE GENERALE
Dr BANCHEREAU	François	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
Dr BEAUJEAN	Dominique	GYNECOLOGIE MEDICALE - OBSTETRIQUE
Dr BERTHELOT	Louis	MEDECINE GENERALE - ANGIOLOGIE

Il e:	Dr BEUZELIN	Jacques	MEDECINE GENERALE
Pui	Dr BICAL	Wilfried	MEDECINE GENERALE
De	Dr BIREMBAUX	Caroline	BIOLOGIE MEDICALE
De	Dr BOLZER	Stéphane	CHIRURGIE ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE
	Dr BOURDELAT	Dominique	CHIRURGIE GENERALE - CHIR PEDIATRIQUE
	Dr BREDY	Marjorie	MEDECINE GENERALE
	Dr BROSSET	Thomas	CHIRURGIE GENERALE
	Dr BROUSTAL	Elisabeth	PEDIATRIE
	Dr CAUSSADE	Sébastien	MEDECINE GENERALE
	Dr CATTONI	Stéphane	MEDECINE GENERALE
	Dr CHAIX	Fabrice	MEDECINE INTERNE
	Dr CHAMBRIER	Evelyne	RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE
	Dr CHARVET	Aude	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
	Dr COLLANGE	Christiane	SANTE PUBLIQUE
	Dr CORDEL	Nadège	DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE
	Dr COSMIDIS	André	MEDECINE GENERALE
	Dr COULAUD	Bernadette	MEDECINE GENERALE
	Dr COULAUD	Xavier	MALADIE APPAREIL DIGESTIF
	Dr DEAT	Catherine	MEDECINE GENERALE
	Dr DELECOURT	Benoît	MEDECINE GENERALE
	Dr DESRUES-SANCHEZ	Odile	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
	Dr DIDIER	Anne-Françoise	DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE
	Dr DUDORET	Nathalie	MEDECINE GENERALE
	Dr DUTHEIL	Yves	MEDECINE GENERALE
	Dr ELKOUN	Khalid	MEDECINE GENERALE
	Dr FARGHAL	Houssam	OPHTALMOLOGIE
	Dr FAURE	Odile	MEDECINE GENERALE
	Dr FERNANDEZ	Karine	MEDECINE GENERALE
	Dr FLEURIAU	Marc	MEDECINE GENERALE
	Dr FLEURIOT	Jean	MEDECINE GENERALE
	Dr GALLIMIDI	Emmanuel	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
	Dr GARNIER	Sandra	RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE
	Dr GUILLIER	Manuel	MEDECINE GENERALE
EN	Dr HARDY	Violaine	MEDECINE GENERALE
No	Dr HASSANZADAH	Farid	PATHOLOGIE CARDIO VASCULAIRE
ent	Dr HEDREVILLE	Ségo	PATHOLOGIE CARDIO VASCULAIRE
cor	Dr HENRY DE VILLENEUVE	Gwenole	PSYCHIATRIE
et l	Dr HUMMEL	Jürgen	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Le	Dr IBARAGHEN	Abderrahim	MEDECINE GENERALE
Le	Dr JARRIN	Irène	MEDECINE INTERNE
Sor	Dr JOSEPH-LOUISIA	Jacques	MEDECINE GENERALE
ma	Dr LEBORGNE	Jean-Yves	ANESTHESIE REANIMATION
de	Dr LEGENT	Marilyne	MEDECINE GENERALE
Ext	Dr LEGROUX	Philippe	CHIRURGIE GENERALE
du	Dr LENFANT	Michèle	MEDECINE GENERALE
	Dr MALESPINE	Michaël	MEDECINE GENERALE
	Dr MATON	Olivier	CANCERO ONCOLOGIE RADIO
	Dr MAURIN	Alain	PSYCHIATRIE
	Dr MENCH	Stefanie	MEDECINE GENERALE
	Dr MESSJAN	Thierry	MEDECINE INTERNE
	Dr MONCHY	Didier	BIOLOGIE MEDICALE
		Danielle	MEDECINE GENERALE

Dr N'GAIDO-DESCAMPS	Marion	MEDECINE GENERALE
Dr N'GAIDO	Djibrirou	MEDECINE GENERALE
Dr N'GARONE	Antoine	MEDECINE GENERALE
Dr NAVARRO	Pierre-Yves	MEDECINE GENERALE
Dr NOURANI SANGSARI	Aziz	MEDECINE GENERALE
Dr PERNET	Patrice	PSYCHIATRIE OPT. ENF. ADOLES.
Dr PIZZANELLI	Jérôme	RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE
Dr PRINS	Ingrid	PEDIATRIE
Dr PROTON	Aurélié	MEDECINE GENERALE
Dr REMACLE	Pierre	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Dr ROCH-PENDEIRA	Sarah	RADIOLOGIE IMAGERIE MEDICALE
Dr ROIGT	Frédérique	MEDECINE GENERALE
Dr ROMNEY	Rémy	GASTRO ENTERO - HEPATOLOGIE
Dr ROSATI	Clelia	NEPHROLOGIE
Dr SCHEIDER	Frédéric	PSYCHIATRIE
Dr SCHAUER	Florence	MEDECINE GENERALE
Dr SCHUSTER	Caroline	MEDECINE GENERALE
Dr SEROUGNE	Bernard	PSYCHIATRIE
Dr TAUPIN	Michaël	MEDECINE GENERALE
Dr TRONQUET	Christophe	MEDECINE GENERALE
Dr UDIMBA	Samuel	PEDIATRIE
Dr VALLART	Monique	MEDECINE GENERALE
Dr VIOLETTE	Jean-Noël	PSYCHIATRIE OPT. ENF. ADOLES.
Dr WORTHINGTON	Theophilus	MEDECINE GENERALE
Dr WUYTS	Ben	MEDECINE GENERALE

III- QUALIFICATIONS :

MEDECINE GENERALE

Dr AUCAGOS	Jean-François	MEDECINE GENERALE
Dr BICAL	Wilfried	MEDECINE GENERALE
Dr ELKOUN	Khalid	MEDECINE GENERALE
Dr FERRANTES	Marine	MEDECINE GENERALE
Dr FLEURÉ	Marc	MEDECINE GENERALE
Dr GUILLIER	Manuel	MEDECINE GENERALE
Dr LEGENT	Marilyne	MEDECINE GENERALE
Dr N'GAIDO	Djibrirou	MEDECINE GENERALE
Dr NOURANI SANGSARI	Aziz	MEDECINE GENERALE
Dr ROIGT	Frédérique	MEDECINE GENERALE
Dr WUYTS	Ben	MEDECINE GENERALE

SPECIALITES

Dr ADAM	Jean-Claude	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
Dr BROSSET	Thomas	CHIRURGIE GENERALE
Dr CHARVET	Aude	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
Dr DUROUX	François	CHIRURGIE UROLOGIQUE
Dr FEVRE	Anne-Marie	MEDECINE DU TRAVAIL
Dr GALLIMIDI	Emmanuel	ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
Dr HUMMEL	Jürgen	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Dr PRINS	Ingrid	PEDIATRIE
Dr REMACLE	Pierre	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Dr SAFADI	Safwan	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
Dr TOMAO	Erick	PSYCHIATRIE

IV-RADIATIONS

Dr ACHOUR	Mohamed	Dr IBARAGHEN	Abderrahim
Dr AZARIO	Jean-Simon	Dr JARRIN	Irène
Dr BELLEOUD	Anne	Dr JOSEPH-NEUBAUER	Jocelyne
Dr BENZAKOUR	Mountassir	Dr KEMENY-TRAN	Véronique
Dr BOULEY	Denis	Dr LANNUZEL	Annie
Dr BOUNON	Lilas	Dr LEBBAD	Abdelhakim
Dr BOUSSAULT	Pierre	Dr LOSY	Franck
Dr BUTHAUD	Xavier	Dr MANENT	Philippe
Dr CHAIX	Fabrice	Dr MARQUESTAUT	Odile
Dr DE GUERKE	Lara	Dr MEYER	Mireille
Dr DELEDICQUE	Alain	Dr MEYER	Nicolas
Dr DRUGE	Anne	Dr MULLER	Jean-Marc
Dr DUBOIS	Philippe	Dr N'NA EKAMKAM	Muriel
Dr DUBUIS	Nicolas	Dr PEREZ	Jean-Marie
Dr FERREIRA	Christine	Dr ROCKOMANOVIC	Vesna
Dr FOURMON	Gérard	Dr SCHOENDORFF	Patrice
Dr FRICKER-DESVOIVRES	Andrée	Dr PIET-DUROUX	Stéphanie
Dr GARNIER	Sandra	Dr SUEUR	Christian
Dr GUERET-MALEDON	Valérie	Dr TELLI	Stefania
Dr GUILLARD	Bertrand	Dr TRAN	Gilles
Dr GUILLIER	Manuel	Dr VERVACKE	Pascal
Dr HIRNER	Georges	Dr VOLELLI	Françoise
Dr HUMBERT	Mathieu		

IV-AUTRES ACTIVITES ADMINISTRATIVES :

Nombre d'inscrits au 31.12.2006 : 1107

Remplacements autorisés : 408

Analyse de contrats et/ou conventions : 419

Plaintes enregistrées : 52

Personnes reçues à leur demande ou convoquées : 145

Perquisitions et/ou saisies de dossiers : 38

Installations nouvelles : 34

- Dr ADAM Jean-Claude - ANESTHESIOLOGIE REANIMATION CHIRURGICALE
Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr ADELAIDE Séverine - MEDECINE GENERALE
Cité SIG 212 rue Félix Eboué - BAILLIF
- Dr AYCARD-KADJI Florence - MEDECINE GENERALE
Résidence Caducée - Houelbourg Sud II - BAIE-MAHAULT
- Dr BERTHELOT Louis - MEDECINE GENERALE
2 Résidence Gontrand Sablier - POINTE-A-PITRE
- Dr BOUCHARD Olivier - OPHTALMOLOGIE
Centre Caribéen de la Vision Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr CARRIERE Bruno - MEDECINE GENERALE
Rue du Général de Lacroix - TROIS RIVIERES
- Dr CATTONI Stéphane - MEDECINE GENERALE
Rue de la Marine - CAPESTERRE MARIE-GALANTE
- Dr CHAMBRIER Evelynne - RADIODIAGNOSTIC IMAGERIE MEDICALE
Centre Médico-Social 64 rue du Dr Pita - BASSE-TERRE

- Dr CHARPENTIER Dominique - OPHTALMOLOGIE
Centre Caribéen de la Vision Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr COSMIDIS André - MEDECINE GENERALE
Rocade des Cités Unies - SAINTE-ROSE
- Dr DEAT Catherine - MEDECINE GENERALE
Belle Allée - SAINT-FRANCOIS
- Dr DIDIER Anne-Françoise - DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE
Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr FARGHAL Houssam - OPHTALMOLOGIE
29 rue François Serdot - LE MOULE
- Dr GALEOTTI Jean-Marie - MEDECINE GENERALE
5 Passage des Escargots - Grand Case - ST-MARTIN
- Dr GALLIMIDI Emmanuel - ANESTHESIOLOGIE REANIMATION CHIRURGICALE
Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr GUERLOT Sophie - MEDECINE GENERALE
Résidence Caducée - Houelbourg Sud II - BAIE-MAHAULT
- Dr GOGÜILLON Jean-Charles - MEDECINE GENERALE
Résidence Beauregard Bt A3 - Marina Rivière Sens - GOURBEYRE
- Dr HASSANZADAH Farid - PATHOLOGIE CARDIO VASCULAIRE
Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr LECAPLAIN Frédéric - MEDECINE GENERALE
Rue Nestor Philogène - VIEUX HABITANTS
- Dr LETIN-DUVERGER Corinne - MEDECINE GENERALE
Forum de Grand Camp Bt F - Grand Camp Rocade - ABYMES
- Dr LOUCHEZ-BONNES Emmanuelle - MEDECINE GENERALE
9 rue Duchassaing - LE MOULE
- Dr LUBETH Marie-Laure - MEDECINE GENERALE
Forum de Grand Camp Bt F - Grand Camp Rocade - ABYMES
- Dr LUREL Sylvia - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Immeuble La Palmeraie - ZAC Moudong Nord - BAIE MAHAULT
- Dr MAGNAVAL Guillaume - OPHTALMOLOGIE
Centre Caribéen de la Vision - Clinique Les Eaux Claires - BAIE MAHAULT
- Dr MBOU Pamphyle - PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE
Centre Commercial - Carrefour Pliane - Pliane LE GOSIER
- Dr N'GARONE Antoine - MEDECINE GENERALE
Place de la Mairie - PETIT BOURG
- Dr NAVARRO Pierre-Yves - MEDECINE GENERALE
résidence Le Métropole - 1 rue du Soleil Levant - SAINT-MARTIN
- Dr NOURANI-SANGSARI Aziz - MEDECINE GENERALE
Les Mangles - PETIT-CANAL
- Dr PARRAT Eric - OPHTALMOLOGIE
Centre Caribéen de la Vision - Clinique Les Eaux Claires - BAIE-MAHAULT
- Dr PIZZANELLI Jérôme - RADIOLOGIE 6 IRM de Basse-Terre
Rue Toussaint Louverture - BASSE-TERRE
- Dr POUILLAIN-GUILLOUX Pascale - MEDECINE GENERALE
Clinique de Choisy Montauban - LE GOSIER
- Dr REMACLE Pierre - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
87 Boulevard Rougé - LE MOULE
- Dr ROMNEY Rémi - GASTRO ENTEROLOGIE & HEPATOLOGIE
Galeries de Houelbourg Jarry - BAIE-MAHAULT
- Dr UDIMBA Samuel - PEDIATRIE
Centre Commercial Milenis - Route des Abymes - ABYMES

Il es
Pui
De
De

Transfert de cabinet médical

Dr BARBILLON Alain	Immeuble Le Chaland - Bd Maritime BASSE-TERRE
Dr BEAUJEAN Dominique	OBSTETRIQUE GYNECO MEDICALE - Rés Alexandre Gatine Esc 9 Porte 02 - Sonis - ABYMES
Dr BESSIGUE-TSAGUE Yvette	Galeriès de Houelbourg - lot 17 ZI - Jarry - BAIE MAHAULT
Dr BEUZELIN Marc	Centre Médical Destrellan - BAIE MAHAULT
Dr BOSSU-JEANJEAN Isabelle	Rue Alexandre Dumas - Section Cayenne - SAINT FRANCOIS
Dr CARTON Brigitte	Centre Commercial Duñoyer - Pliane - LE GOSIER
Dr CORVO Charles	Cité SIG - 212 rue Félix Eboué - BAILLIF
Dr DURAND Magali	Galeriès de Houelbourg - Jarry - BAIE MAHAULT
Dr FOSSAT Christian	Maison Simon - Morne Jolivière - POINTE-A-PITRE
Dr JAZIRI Chawki	Angle rue Dr Pitat & Schoelcher - BASSE-TERRE
Dr MAYMAT Jean	Clinique Maniokani - Marina Rivière Sens - GOURBEYRE
Dr MONCHEU-KAMGA Koléber	Bvd Nelson Mandéla - MORNE- A-LEAU
Dr NISSET Lucette	8 Allée du Mont Carmel - BASSE TERRE
Dr N'LEND TJOMB Albert	Rés. Le Solarium - Esc 2 - Rue du Débarcadère - SAINTE-ANNE
Dr PIERROT Jean-Marc	Immeuble Liber Plocoste Nord - POINTE A PITRE
Dr SALZER Birgit	Espace Lataniers - Route des Salines - St-Jean - SAINT-BARTHELEMY
Dr SAMYN Annick	Centre Médico Dentaire - 28 rue Baudot - BASSE-TERRE
Dr SFEIR Victor	28 rue Baudot - BASSE-TERRE
Dr SIMELE Jean-Louis	Rue Général de Lacroix - TROIS RIVIERES
Dr ZIMBAN Alain	Angle rues Schoelcher & Perrinon - CAPESTERRE BELLE EAU

Réception des nouveaux inscrits

Comme chaque année le CDOM a reçu les nouveaux inscrits de l'année 2005, le 22/03/2006.

Sont intervenus lors de cette rencontre :

M. Stéphane MANTION, Directeur de l'ARH, sur la loi du 22/04/2005 sur la fin de vie et les décrets y afférents
Le Dr HELENE-PELAGE sur l'EPP et la FMC

Participation

Du PRESIDENT

Au Jeudi de l'Ordre sur l'EPP le 23.02.06

A la formation des Conseillers Ordinaux le 25.02.06

Réunion de la CGSS avec le Ministre de la Santé le 07.03.06

A la réunion à l'ARH concernant la recentralisation des missions de santé publique le 27.03.06

Aux journées régionales sur l'EPP en établissement de Santé le 07.03.06

A la réunion de l'IFACOM le 10.05.06

A la réunion avec le Directeur Général de la Santé (conférence régionale de la santé) le 12.05.06

A la réunion d'installation de la Commission Paritaire Locale des Médecins à la CGSS le 08.06.06

Aux Assises de l'Ordre National à Neuilly le 24.06.06

A la réunion de la Conférence Régionale de Santé au siège de la Ligue Contre le Cancer le 08.06.06

A la soirée d'information organisée par le SMUG sur les certificats médicaux le 16.06.06

A l'inauguration de la Clinique Les Eaux Claires à Baie-Mahault le 29.06.06

A la réunion des Présidents & Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux le 21.10.06 à Neuilly

Du Dr GELARD-THOMACHOT

A la formation des Conseillers Ordinaux le 25.02.06

A l'inauguration de la Clinique Les Eaux Claires à Baie-Mahault le 29.06.

Du Dr BOREL

A la réunion des Présidents & Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux le 11.03.06 à Neuilly

A l'inauguration de la Clinique de Choisy à Gosier le 08.06.06

20 A la formation des Conseillers Ordinaux le 30.09.06 à Paris

EN
No
ent
cot
et
Le
Le
So
me
de
Ex
du

Du Dr SEMIRAMOTH

A la Maison Départementale des Personnes Handicapées le 03.05.06

Du Dr ETZOL

A la réunion des Présidents & Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux le 11.03.06 à Neuilly

Aux Assises de l'Ordre National à Neuilly le 24.06.06

A l'inauguration de la Clinique Les Eaux Claires à Baie-Mahault le 29.06.06

A la réunion des Présidents & Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux le 21.10.06 à Neuilly

Du Dr FRANCOIS

A la réunion à l'ARH suite invitation du Dr CAILLARD le 18.01.06

A la formation des Conseillers Ordinaux le 25.02.06

A la réunion d'installation de la Commission Paritaire Locale des Médecins à la CGSS le 08.06.06

A la Conférence sur les vaccinations le 16.06.06

Aux différentes réunions du SROS

Du Dr PORTECOP

A la soirée d'information organisée par le SMUG sur les certificats médicaux le 18.10.06

Du Dr FORIER

A la réunion des Trésoriers des CDOM & CROM le 16.12.06 à Paris

Du Dr FOUCAN

A la Journée des Contrats le 23.03.06 au Conseil National

Du Dr VERT PRE

A la réunion au CHU concernant la recentralisation des missions de santé publique le 20.02.06.

A la formation des Conseillers Ordinaux le 30.09.06 à Paris.

LE COIN DES LIVRES

LE MEDECIN CHEZ BALZAC

Dans la grande peinture sociale que constitue *La Comédie humaine* de Balzac, les médecins occupent une place minime, mais primordiale.

Héros balzacien

Génie visionnaire, Balzac a voulu faire ce que nul n'avait entrepris avant lui, peindre une société toute entière. *Sa Comédie humaine* se présente ainsi comme un " drame " joué par des centaines de personnages : des nobles, des bourgeois, mais aussi des paysans, employés, soldats...etc. Dans cette foule humaine, apparaissent inévitablement les médecins, sans lesquels toute peinture de la société serait incomplète. Néanmoins, ce corps de métier n'est pas représenté de manière aussi complète que le sont d'autres, tels les journalistes, les actrices ou encore les politiques.

La Comédie, ne compte ainsi qu'une vingtaine de médecins, la majorité ne constituant que des figures de second plan. Seuls trois médecins occupent dans *La Comédie* une place significative. Le premier, le Dr Horace Bianchon, personnage " réparaissant " - il apparaît ou est nommé dans 24 des romans de *La Comédie* - s'impose comme le médecin idéal. Il exerce sa profession avec noblesse d'âme, se rendant aux chevet de tous, faisant preuve d'une patience et d'un dévouement extraordinaires. Les deux autres font partie des personnages principaux du Médecin de campagne (1833) pour le Dr Benassis et d'Ursule Mirouët (1841) pour le Dr Minoret. Ce sont des médecins de province dont l'intelligence et la probité sont sans cesse mises en évidence par Balzac.

L'invention du médecin-héros

L'omniprésence du " médecin-héros " dans *La Comédie* s'explique par l'amélioration du " statut " de la médecine. Jusqu'au XVIIe siècle, cette science n'était que peu considérée, les médecins faisant surtout l'objet de railleries dans les œuvres littéraires – certaines pièces de Molière en sont un bel exemple. Grâce aux Lumières, la médecine acquiert ses vraies lettres de noblesse, elle se détache de la théologie. Le mouvement se poursuit au XVIIIe et s'amplifie au XIXe siècle. La médecine gagne une dignité nouvelle à mesure que les découvertes médicales se multiplient et que d'importantes avancées sont faites dans le domai-

ne du diagnostic, du traitement des maladies et de la chirurgie.

Né en 1799, Balzac est bien sûr le témoin de cette " révolution ". Il a tout juste vingt ans lorsque le médecin français René Théophile Hyacinthe Laennec invente le stéthoscope. A cette même époque, de nombreux et brillants cliniciens britanniques réalisent la description de maladies non répertoriées jusque là. Thomas Addison découvre la maladie des glandes surrénales appelée maladie d'Addison ; Richard Bright diagnostique la néphrite, ou maladie de Bright ; Thomas Hodgkin décrit une maladie maligne du tissu lymphatique, la maladie de Hodgkin ; le chirurgien James Parkinson décrit la maladie de Parkinson ; et le médecin irlandais Robert James Graves diagnostique le goitre exophtalmique ou toxique, parfois appelé maladie de Graves. La médecine acquiert de fait une nouvelle " respectabilité " dont Balzac va naturellement rendre compte dans ses romans.

La médecine, une science " noble " mais " limitée "

Le médecin balzacien est avant tout celui qui guérit, ou tout du moins, celui qui met tout en œuvre pour guérir. Car si le diagnostic est souvent le bon, le remède, malgré les progrès de la médecine, est lui bien plus difficile à trouver. Ainsi, le Dr Bianchon sait que le Père Goriot est atteint d'une " apoplexie sévère imminente ", ne parvient pas à le sauver, malgré tous les soins prodigués.

Il faut dire que la maladie du Père Goriot n'est pas seulement d'ordre physique mais aussi psychologique. Il se meurt de désespoir, sentiment provoqué par l'attitude égoïste et ingrate que ses deux filles ont envers lui. Le Dr Bianchon et tous les médecins auxquels il fera appel se trouvent donc démunis, n'ayant pas en main toutes les armes pour vaincre cette " maladie ". Des exemples comparables se retrouvent à de multiples reprises dans La Comédie humaine. Pour Balzac, les limites de la médecine sont ces : cette science ne peut sauver l'être humain des " démons intérieurs " qui le rongent.

Le médecin, homme de pouvoir

Le médecin, chez Balzac, apparaît comme un homme de confiance à double titre. Il soigne ses patients, mais aussi, garde les secrets. S'il ne tient jamais le rôle d'un psychanalyste – dans le sens propre du terme –, il est tout de même souvent le réceptacle de leurs confessions. Cela lui donne une puissance supplémentaire, car il détient dès lors des armes dont il pourrait se servir comme moyen de pression ou même de chantage. Mais, le médecin balzacien n'abuse jamais de ce pouvoir, ni d'ailleurs des armes que lui confère sa profession. Il n'est pas opportuniste mais dévoué. Il ne recherche pas le profit mais le bien de ses patients. Intelligent, cultivé, il est à la fois philanthrope et philosophe. Tels sont le Dr Minoret, le Dr Bianchon et le Dr Benassis. Ce dernier est l'homme charitable par excellence ; il parvient à transformer et enrichir une pauvre bourgade de Savoie par son action professionnelle et sa bonne administration municipale. Il est à noter que Balzac a pris comme modèle un homme alors renommé, Pasteur Oberlin, du Bany-de-la-Roche près de Strasbourg, mort en 1826. Comme le Dr Benassis, il avait pris en charge une population ignorante et misérable, créant des industries artisanales, fondant des écoles et traçant des routes.

Le médecin, solution au " désenchantement "

De la trinité habituelle en littérature, médecin, prêtre, homme de loi, le médecin est le seul qui rayonne vraiment. Ainsi, dans le médecin de campagne, l'homme de loi est compromis et le prêtre Janvier n'est guère écouté. Par contre, le Dr Benassis apparaît comme le bienfaiteur et le sauveur en qui chacun s'en remet.

Cette position " supérieure " du médecin chez Balzac est à relier directement avec ce qui se passe dans la société qui lui est contemporaine. Dans cette société où règne alors le " désenchantement ", le médecin est considéré comme le seul pouvant accomplir quelque chose dans un monde qui commence à douter du pouvoir et du faire ", comme le note si bien le spécialiste balzacien Pierre Barbéris. Le médecin succède ainsi au législateur des Lumières dans la mesure où il s'impose comme un " remodeleur " des sociétés, garant de bonheur pour toujours ".

Mylène COLMAR

INFORMATIONS UTILES

REPLACEMENT

Dans le cas du remplacement d'un médecin, les éléments constitutifs des conditions générales d'assujettissement au régime général de la Sécurité Sociale ne sont pas remplis. En effet, le remplacement n'implique nullement un lien de subordination, le médecin remplaçant exerçant en toute indépendance sans recevoir de directive du médecin remplacé (Arrêt de la Cour de Cassation du 19 juillet 2000), même si ce dernier lui consent une rétrocession d'honoraires (Arrêt de la Cour de Cassation du 10 mai 1990). En conséquence, le remplacement d'un médecin ne peut pas être qualifié en activité de salariat et de ce fait, le médecin remplacé ne se trouve pas soumis à des cotisations patronales au titre du dit remplacement

LE COLLABORATEUR LIBÉRAL

Un nouveau mode d'exercice dans notre profession :

Le Médecin Collaborateur Libéral

créé par la loi du 2 Août 2005 (Article 18)

Le principe de base :

Ni remplaçant, ni associé, le collaborateur libéral n'est pas un salarié.

En effet :

- Il exerce en toute indépendance sans lien de subordination
- Il peut se constituer une clientèle personnelle
- Il a droit à une plaque professionnelle et à des ordonnances personnelles qui cependant peuvent être communes avec

celles du titulaire du cabinet et libellés par exemple de la façon suivante :

Cabinet de médecine générale (ou de pédiatrie, etc...)

Dr X..... jours et heures de consultations

Dr Y..... jours et heures de consultations

- La collaboration n'est envisageable qu'entre deux praticiens de même discipline et comme le médecin titulaire le collaborateur devra être inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins et donc ne peut pas être un étudiant même titulaire d'une licence de remplacement.

De ce principe de base résultent les dispositions suivantes :

- La collaboration peut être à temps plein ou à temps partiel
- A priori, rien n'empêche un collaborateur en dehors de son éventuel temps partiel d'effectuer des remplacements chez un autre confrère, mais il devra tenir informé le médecin remplacé de son statut de collaborateur et le médecin titulaire dont il est collaborateur du nom et du lieu d'exercice du confrère qu'il remplacera.

Il semble toutefois opportun qu'une clause du contrat de collaboration le précise

- Un médecin qui exerce sur plusieurs sites ne peut pas avoir un collaborateur par site ; mais l'unique collaborateur de ce médecin titulaire peut exercer sur tous les sites d'activités autorisés par le Conseil de l'Ordre audit médecin titulaire d'une licence de remplacement
- Un médecin installé ne peut pas être collaborateur libéral d'un confrère.

Du fait des très nombreuses questions qui peuvent être initialement posées sur ce " Statut de Médecin Collaborateur Libéral ", pour en savoir plus, nous vous recommandons :

Le bulletin de l'Ordre des Médecins de mai 2006 à la rubrique dossier

Le contrat type de " médecin collaborateur libéral " rédigé par le Conseil National de l'Ordre et disponible dans sa version complète :

Sur le site : www.conseil-national.medecin.fr (rubrique exercice de la médecine – exercice au quotidien et au siège de notre Conseil.

JUSTIFICATIFS DES ABSENCES SCOLAIRES

Vu le nombre excessif de demandes de certificats médicaux pour justifier des absences scolaires dont certaines de très courte durée n'ont nécessité ni examen médical, ni prescription de médicaments, nous vous rappelons que :

Les arrêtés du 14 mars 1970 (BO n° 16 du 16 avril 1970) ne prévoient de tels certificats que lors du retour

en classe d'élèves ayant contracté une maladie contagieuse. Dans tous les autres cas, comme le précise l'article 5 du décret n° 66-104 du 18 février 1966 (BO n° 9 du 3 mars 1966) il est seulement demandé à la famille de signifier par écrit le motif de l'absence.

MEDECINS RETRAITES

Il nous revient que le Sous Médical

- refuse d'assurer les praticiens qui le sollicitent à la fin de leur carrière, en raison du fonctionnement actuel du contrat sur la base réclamation
- ne souhaite pas assurer les praticiens ayant plus de 70 ans et exerçant certaines disciplines dont la sinistralité est importante (exemple : obstétricien, chirurgiens, anesthésiste)
- n'assure pas les praticiens ayant eu une interruption d'activité supérieure à deux ans

Compte tenu de l'importance de ce sujet le Conseil National de l'Ordre des Médecins a décidé d'alerter le Ministre de la Santé

VADE-MECUM d'exercice libéral (2ème édition)

La Commission Nationale d'entraide a publié en novembre 2004, une brochure intitulée " VADE-MECUM D'EXERCICE LIBERAL " dans le but d'aider nos confrères à affronter les contraintes matérielles et administratives qui les attendent.

Ce document comporte trois chapitres :

- 1) les formalités administratives obligatoires pour l'exercice de la médecine
- 2) les critères d'installation
- 3) le financement de l'exercice professionnel.

Cette brochure peut être consultée sur le site internet de l'Ordre et téléchargée (Exercice de la Médecine – L'Exercice au Quotidien – Installation et inscription <http://www.conseil-national.medecin.fr>)

CONJOINT COLLABORATEUR

Un premier décret vient d'être publié au J O du 3/08/2006 (cf ACOPSANTE informations septembre 2006 Site : www.acopsante.org)

COTISATION ORDINALE 2007

Cotisation entière : 260 €

Demi-cotisation : 130 €

Cotisation Retraité : 55 €

Cotisation SCP SEL: 260 €

OFFRE D'EMPLOI

Etablissement de 20 à 49 salariés secteur : pratique médicale recherche pour un contrat à durée indéterminée

Horaires : 35H hebdo

Lieu de travail : MORNE A L'EAU

Médecin Généraliste : H / F

Dans le cadre des consultations médicales en planification familiale, vous aurez en charge le conseil, le suivi et l'information des patients autour de la contraception, la planification et les MST

CDD et temps partiel possibles selon convenance

Rémunération négociable

Débutant accepté

Salaire : grille fonction publique territoriale

(La Maternité Consciente (AGPPF) 0590.83.69.74 – 0690.35.67.24)

Les articles signés sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Coordination : Dr René ETZOL, Secrétaire Général

Mme Louise SUARES, Secrétaire Cadre

IN MEMORIAM

Nous avons appris le décès des Docteurs



*CLERY Jérôme
GONGA Jean
JEAN-LOUIS Olivier
UGOLIN Marie-Clair
WECK Joseph*



*Aux familles nous avons en votre nom adressé nos sincères condoléances
Notre réconfort accompagne aussi tous nos confrères qui ont perdu un être cher.*

Imprimerie SIMFAPRIM • Sécurdom®

Imm. SCGTA ■ 30, Rue Becquerel B.P. 2238 - 97196 Jarry Cedex

Email : SIMFAPRIM@wanadoo.fr

Tél. : 0590 26 86 98 - Fax : 0590 26 64 63

“ Le Partenaire des médecins ”

- ◆ Des ordonnances sécurisées et non sécurisées
- ◆ Des ordonnances bi-zones
(sécurisées et non sécurisées)
- ◆ Plaques gravés
- ◆ Tampons
- ◆ Cartes de visite



**ORDONNANCES NON SÉCURISÉES DUPLIQUÉES
ORDONNANCES SÉCURISÉES DUPLIQUÉES
DÉLAIS DE LIVRAISON : 10 jours**

1 helvetica DOCTEUR SIMFAPRIM 30 Rue Becquerel 97122 BAIE-MAHAULT Tél. : 05.90.26.86.98	2 futura DOCTEUR SIMFAPRIM 30 Rue Becquerel 97122 BAIE-MAHAULT Tél. : 05.90.26.86.98	3 times DOCTEUR SIMFAPRIM 30 Rue Becquerel 97122 BAIE-MAHAULT Tél. : 05.90.26.86.98
4 optima DOCTEUR SIMFAPRIM 30 Rue Becquerel 97122 BAIE-MAHAULT Tél. : 05.90.26.86.98	5 geneva DOCTEUR SIMFAPRIM 30 Rue Becquerel 97122 BAIE-MAHAULT Tél. : 05.90.26.86.98	6 centaur DOCTEUR SIMFAPRIM 30 Rue Becquerel 97122 BAIE-MAHAULT Tél. : 05.90.26.86.98

60°

20°

OCEAN ATLANTIQUE



PORTO-RICO

ILES VIERGES

ST-MARTIN

ST-BARTHELEMY

BARBUDA

ILES NEERL.

ANTIGUA

MONTSERRAT

GUADELOUPE

DESIRADE

MARIE-GALANTE

LES SAINTES

AVES

DOMINIQUE

MER DES CARAIBES

MARTINIQUE

STE LUCIE

ST VINCENT

ILES GRENADINES

BARBADE

GRENADE

MARGARITA

TOBAGO

TRINITE

10°

VENEZUELA