

La Provence

AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ ET LA PROVENCE VOUS INVITENT AU COLLOQUE MÉDIAS ET SANTÉ

Les sujets tabous de la santé



Dépression - Troubles sexuels - Fuites urinaires -
Annonce du cancer - Relations labos-médecins -
Dopage - Maladies colorectales - Euthanasie -
Culpabiliser les fumeurs et les alcooliques ? -
Le goût du scoop...

RENDEZ-VOUS POUR UNE JOURNÉE SPÉCIALE
ET PUBLIQUE LE 6 DÉCEMBRE À MARSEILLE

5^e COLLOQUE MÉDIAS ET SANTÉ

Sommaire

P3, 4 et 5. 10 sujets tabous nous gâchent la vie.

P7. La relation labos-médecins change.

P8. Le médecin est-il prudent ou menteur ?

P9. Quand il faut annoncer un cancer...

P10. Doit-on culpabiliser fumeurs et alcooliques ?

P11. Addictions : notre cerveau est coupable !

P12 et 13. Comment se prémunir du dopage ?

P15. O. Mazerolle - Y. Berland : rien à cacher !

P16 et 17. Plongée dans l'unité de soins palliatifs de Saint-Joseph.

P19. Les associations de patients se mobilisent.

P20 et 21. Scoop et santé, duo d'enfer.

P23. Pour participer au colloque du 6 décembre.

Santé : la vérité sur ces maux que l'on cache

Oseriez-vous dire à vos collègues que vous êtes en dépression ? Oseriez-vous parler de vos troubles d'érection à votre médecin ? Regarderiez-vous une émission sur le suicide ?

Les tabous ont la vie dure. Certaines maladies ou pratiques n'arrivent pas à sortir de l'ombre. Les patients n'osent pas en parler à leur entourage voire même à leur médecin. Par pudeur ? Par gêne ? Par honte ? Les médias n'abordent pas ces sujets, parce qu'il est difficile d'en parler au niveau sociétal ou culturel ou plus simplement parce qu'ils sont trop proches de notre intimité (fuites urinaires, hémorroïdes, problèmes sexuels).

Pourtant, nos écrans et nos radios sont envahis par les campagnes de prévention santé comme par exem-

ple le fameux "Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé". En même temps, les alertes sanitaires (affaires Médiator, prothèses PIP, bisphénol A) prolifèrent. Les problématiques de santé sont-elles alors abordées pour l'audience ou pour répondre à des enjeux réels de santé publique ?

Selon une enquête de l'Institut français d'opinion publique (Ifop) réalisée en mai 2013, 30% des Français souhaitent une amélioration de la prévention et 17% attendent des progrès dans l'information sur la santé. Mais sommes-nous prêts à parler librement de tous les sujets de santé ? Certains thèmes sont encore aujourd'hui non traités par crainte, par pudeur ou parce qu'ils nous dérangent : il s'agit des sujets tabous (l'euthanasie, les maladies mentales,

etc.). Mais les médecins cultivent eux aussi des non-dits.

C'est pour débattre en toute liberté de ces tabous que se tiendra vendredi 6 décembre, à la faculté de médecine de la Timone, le 5^e colloque Médias et Santé organisé par Aix-Marseille Université et La Provence sur le thème "Santé : les sujets tabous". Des médecins, des professionnels du monde médical, des laboratoires, des associations de patients et des journalistes débattront autour de 3 tables rondes. Une conférence animée par Olivier Mazerolle clôturera la journée à 18h, elle sera consacrée à un tabou majeur : le dopage dans le sport.

Nous ouvrons le débat dans ce supplément. Les lecteurs de La Provence sont invités à y participer (voir le programme complet en page 23).

Fanny CASSAR

L'INTERVIEW d'Anne Fouchard ■ Directrice de la communication, Institut Paoli-Calmettes

"Certaines choses ne sont pas entendables"

Anne Fouchard dirige le service communication de l'Institut régional de lutte contre le cancer Paoli-Calmettes.

■ Peut-on parler de tabous en santé ?

La question des tabous des patients se pose dans un cadre très différent de celui des médias. Quand on communique aux patients, le premier objectif est de leur permettre de comprendre ce qui leur arrive. On vient de leur annoncer un diagnostic de cancer. On est donc face à des gens très fragilisés. Il faut toutefois leur permettre de comprendre les informations qui leur sont données, leur délivrer des infos pratiques, et les rassurer un peu. C'est évidemment là que les choses deviennent plus compliquées. Si l'on voulait délivrer une information transparente et objective, on dirait aux gens : "Quand vous faites une séance de radiothérapie, vous prenez un risque d'irradiation". Mais on ne peut pas dire à un patient déjà assommé par un diagnostic très dur : "On va vous soigner, mais en vous soignant on vous fait prendre un risque d'un cancer futur". Il y a une réserve de discours qui s'impose parce qu'on ne peut pas tout dire. Non pas parce que les gens n'auraient pas la capacité de comprendre et d'être acteurs de leur guérison, mais parce que certaines choses ne sont pas entendables.

■ Un certain nombre de sujets sont peu traités par les médias. Cela provient-il d'une problématique d'audience ou d'une hypersensibilité de la société ?

Les sujets que l'on va nommer comme tabous ne sont finalement pas ceux qui sont les plus tus. Un tabou est plutôt sulfureux, intéressant médiatiquement. Le cancer du pancréas, par exemple, est très largement couvert, tant sur le

plan médical que sur celui de la recherche, alors que c'est un cancer atroce. A la base un tabou est une injonction, politique ou pas, relative à la liberté d'expression. Aujourd'hui, j'ai le sentiment que cela relève plus de ce qui est dans l'air du temps ou pas. C'est un travers imputable aux rédactions en chef. Les journalistes, sans doute, regardent avec une certaine arrogance ce que le public est censé avoir envie d'entendre et de voir. Et ils se trompent souvent.

■ Les journalistes détermineraient donc les tabous ?

Exactement. Mais encore une fois, je n'incrimine pas les médias : un effort est fait. Les prescripteurs ont leurs propres représentations et leurs propres tabous. Souvent, quand je parle avec des journalistes, ils me renvoient à leur propre histoire, à leurs propres perceptions de la chose, ce qui montre à quel point nous ne sommes pas du tout dans l'objectivité de l'information. La santé est une préoccupation telle que même l'émetteur d'information est concerné.

■ Est-il donc si peu facile de communiquer en santé ?

C'est d'autant moins facile que l'on sait que l'information que l'on délivre, ou pas, va permettre aux patients, ou pas, d'avoir une attitude combative. On n'a pas le droit d'alimenter les angoisses des patients. Certains messages sont difficiles, tant médiatiquement que dans la relation avec le patient : on ne peut pas dire "s'il y a plusieurs cancers du sein dans votre famille, attention, gros risque". Cela me paraît aberrant, non pas parce que c'est faux, mais parce que la manière de le dire est violente.

Margaux MERMET-GRANDFILLE et Céline MAROTTE

Supplément réalisé par

Rédacteur en chef adjoint de La Provence : Philippe Schmit.

Les élèves du master 2 Santé de l'Ecole de journalisme et de communication d'Aix-Marseille ont rédigé ce supplément.

Coordination :

Céline Marotte et Margaux Mermet-Grandfille.

Textes :

Philippe Amsellem, Morgan Benoit, Fanny Cassar, Estelle Delepine, Emilie Gutierrez, Kassim Idjabou, Xavier Lacombe, Céline Marotte, Margaux Mermet-Grandfille, Louise Morot, Marlie Peirat.

Photos :

Céline Marotte, Margaux Mermet-Grandfille, La Provence, Fotolia.

Mise en page :

Rédaction technique.

Supplément gratuit de "La Provence" du dimanche 1^{er} décembre 2013



NOS PEURS ET NOS HONTES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

De la dépression à l'incontinence, 10 tabous qui nous gâchent la vie

Tabou: Ce sur quoi on fait silence, par crainte, pudeur.

Telle est la définition commune du Petit Robert appliquée au tabou, en dehors de sa vocation première qui est religieuse. La société a beau se "décoincer" tous azimuts, et les interdits tomber les uns après les autres, il reste beaucoup à faire en matière de santé. Par peur d'avoir mal, par crainte de mauvaises nouvelles, ou par honte, nombre de sujets ne sont pas abordés, ni avec le médecin, encore moins avec ses proches.

Faut-il s'y résigner, voire l'accepter, du fait qu'une société transparente - de même qu'un individu transparent - ça n'existe pas ? Ce qui, au passage, rendrait d'ailleurs la vie totalitaire et impossible.

Sauf que ces tabous peuvent être gênants en matière de santé. Cer-

tains gâchent la vie (que l'on songe aux fuites urinaires et autres hémorroïdes pour lesquelles on n'ose pas consulter alors qu'il existe des solutions simples et efficaces). D'autres tabous risquent de précipiter la mort: ne pas faire après 50 ans le test Hemocult, le dosage du PSA (marqueur du cancer de la prostate) pour les hommes ou passer une mammographie pour les femmes, eh bien ces "oublis" peuvent nous faire passer à côté de la détection d'un cancer qui aurait pu être soigné car pris à temps. Et que dire de la dépression qui toucherait 5 millions de Français mais qu'il faut taire - quitte à s'enfoncer un peu plus - pour ne pas passer pour un faible ? Et puis comment interpréter cette société toujours aussi excluante à l'endroit des handicapés mentaux ? Ce sont tous ces sujets que nous balayons dans ces pages.

Philippe SCHMIT

1 - La dépression

Qui n'a pas connu ce que l'on appelle pudiquement "un coup de moins bien" ou "une baisse de régime". Mais une dépression ? Où place-t-on la limite entre l'épisode dépressif et la dépression ? Et une fois la pathologie diagnostiquée, parle-t-on directement avec un collègue qui rentre après un long arrêt maladie du mal dont il souffre, ou se réfugie-t-on dans la stratégie de l'évitement ?

Pour le psychiatre Guillaume Bronsard - il dirige notamment la Maison de l'Adolescent dans les Bouches-du-Rhône -, la dépression est comme toutes les pathologies psychiques: une exagération de la normale. Il s'agit d'une tristesse excessive au même titre que la bipolarité est une maladie liée au changement d'humeur excessif. Mais "il n'y a pas de définition absolue" concède le praticien. La limite est très ténue et difficile à poser. On peut dire qu'une personne dépressive n'arrive plus à maîtriser ses émotions par elle-même ou en faisant appel à ses amis ou à sa famille.

Les maladies mentales transforment la parole des patients. Certains ont tendance à dire beaucoup, et même trop, alors que dans le même temps, d'autres auront beaucoup de pudeur à parler d'eux. Mais le docteur Bronsard reconnaît qu'il est difficile de se montrer en fragilité dans une époque où la performance fait foi, où le beau et le fort s'imposent comme des valeurs. Quand une personne connaît un épisode dépressif, on considère souvent qu'elle y est pour quelque chose. Suivent la suspicion de laisser-aller, puis les difficultés de parole. Le cercle peut rapidement devenir vicieux. On peut faire le pari de la déstigmatisation pour faciliter l'expression. Mais certaines personnes vont mieux en n'en parlant pas. Dans les maladies psychiques, les généralités ne sont pas valables pour tout le monde.

C. M.



2 - Les troubles sexuels des hommes

Deux allumettes allongées sur un lit s'enlacent et s'enflamment un peu trop vite. Ce spot publicitaire diffusé à des heures de grande écoute vise à dédramatiser l'éjaculation précoce qui toucherait un homme sur trois. Que ce soit pour cette pathologie précise, ou tous les sujets sexuels en général, le sujet prête à sourire. Chacun s'accorde à dire qu'il en parle facilement et ouvertement. Surtout, quand il s'agit... des autres ! Et pourtant, un homme ne raconte pas ouvertement qu'au moment fatidique, la machine s'enraye... sauf peut-être à son médecin.

Le problème de la panne sexuelle touchera tous les hommes, un jour ou l'autre. Selon le Pr Dominique Rossi, chef du service d'urologie à l'Hôpital Nord, il faut distinguer les cas. Il y a des hommes qui ont une petite "baisse de forme" passagère, mais ils entrent alors dans l'anxiété de la performance. Ils veulent absolument se rattraper la fois suivante, fois qui ne

s'avère pas plus glorieuse. Puis les stratégies d'évitement se mettent en place. Et le problème s'ancre. Ce genre de troubles sexuels rentre rapidement dans l'ordre quand ils sont traités. Le spécialiste note que dans 70 % de ces cas, les hommes viennent seuls. Il est pourtant préférable d'associer le partenaire dans toute démarche de sexualité.

Il y a également les pathologies liées à la prostate. Dominique Rossi explique que le patient qui rentre dans son cabinet pour une maladie de la prostate est touché dans sa virilité. Or, "la prostate a plus un rôle dans la fertilité que dans la sexualité", explique le spécialiste. Mais ce praticien d'expérience tient compte de cette donnée psychologique dans la relation avec son patient. Le tabou est dans la réflexion du patient, dans cette association entre prostate et sexualité. Dialogue et explications pourront en venir à bout.

C. M.

3 - Le suicide des jeunes

Glaçant constat : un jeune de 15 à 25 ans se donne la mort chaque semaine en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les causes peuvent être nombreuses. Pourtant, le suicide des jeunes ne se résume pas à une somme d'histoires individuelles. C'est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de cette tranche d'âge.

"Oui, il y a un tabou autour du suicide". La réponse de Rose-Marie Vilafranca, présidente de l'association Christophe, est sans équivoque. Bien des familles cachent le fait que le décès qui les touche soit dû à un suicide. Dans certains cas, on a du mal à en parler dans l'entourage. Et les proches fuient le sujet parce qu'ils ne savent pas quoi dire. Le malaise sclérose souvent.

Le Dr Guillaume Bronsard, pédopsychiatre à la Maison de l'Adolescent des Bouches-du-Rhône, note qu'il n'est pas question de banaliser cet événement des plus dramatiques. Pourtant, deux écueils sont à éviter lorsque l'on traite ce sujet : le risque de banaliser et celui de la fascination des autres jeunes. Dans les médias, la parole se libère progressivement. La présidente de l'association regrette que les journaux abordent le sujet sous l'angle émotionnel, lors d'un fait divers. Elle ajoute toutefois que paraissent également des articles de fond. Certains donnent des repères et des clefs au grand public. L'absentéisme scolaire, un jeune qui dort peu, qui se met à l'écart et qui est agressif contre lui-même : ces signes sont les indices d'un jeune en détresse.

L'association Christophe réalise un gros travail de prévention depuis sa permanence basée à l'hôpital Sainte-Marguerite, à Marseille. Des bénévoles interviennent dans les établissements scolaires de la région PACA, participent à des tables rondes, partent à la rencontre des jeunes. Ils ont mis en place des groupes de parole et des entretiens individuels. Évidemment, l'association saisira la tribune des journées nationales de prévention contre le suicide, entre le 5 et le 15 février 2014, à l'Hôtel de Région à Marseille, pour faire parler de ce sujet douloureux. **C. M.**

→ Association Christophe, la vie avant tout : 04 91 81 27 60.

4 - Le dopage

Dans son autobiographie parue le 19 novembre, le cycliste Michael Rasmussen, meilleur grimpeur des Tours de France 2005 et 2006, a avoué avoir pensé à s'injecter du sang de son père lors d'un contrôle antidopage. Les sportifs, aussi bien amateurs que professionnels, rivalisent d'ingéniosité pour contourner les règlements et améliorer leurs performances. Le dopage s'est répandu et varie selon le type de sport.

"Pour ceux qui requièrent un développement musculaire important comme l'haltérophilie, ils donneront lieu à la prise d'hormones de croissance. D'autres, qui nécessitent de l'endurance comme le cyclisme, privilégieront l'EPO qui facilite le transport de l'oxygène. Pour ce qui est du sprint dans l'athlétisme, le développement de la force musculaire se fera avec des anabolisants, à l'instar de Ben Johnson. Quant aux sports pour lesquels on a besoin d'être très calme, comme le tir à l'arc, des cas ont révélé la prise d'anxiolytiques, de bêtabloquants (médicaments qui diminuent la fréquence cardiaque) pour réduire le stress avant une compétition", explique Hervé Collado, médecin du sport à Marseille.

Ces formes de dopage ne sont qu'un reflet de la société. Pour Jean-Baptiste Grisoli, médecin du XV de France, "les spectateurs en demandent toujours plus. C'est l'image des dieux du stade. Les sportifs doivent courir plus vite, sauter plus haut, taper plus fort". "Les spectateurs regardent le sport surtout pour le résultat. Le mouvement sportif est un concentré des dérives de la société", corrobore la multiple championne de France du lancer de poids, la Gapençaise Laurence Manfredi.

K. I. et P. A.

→ Les docteurs Collado et Grisoli ainsi que Laurence Manfredi, l'ex-footballeur Eric Carrière et le marathonien Benoît Z participent à la conférence "Dopage : le grand tabou" animé par Olivier Mazerolle, vendredi 6 décembre à 18h à la faculté de médecine de la Timone. Inscription gratuite mais obligatoire au 04 91 84 45 04.



6 - Les addictions

On connaît des passionnés : des personnes qui travaillent beaucoup, qui s'adonnent au sport sans compter. D'autres qui aiment boire un petit verre pour se sentir mieux. Et puis un deuxième, un troisième... On voit des jeunes qui passent des heures devant un écran pour terminer un jeu vidéo. Sont-ils passionnés ou accro ? Accro ou addict ? Quand franchissons-nous la limite entre la passion et l'addiction ?

L'addiction est une maladie neurologique chronique qui se met en place lentement et de façon insidieuse. Le professeur Nicolas Simon, addictologue et pharmacologue au CHU de Sainte-Marguerite et à l'Université d'Aix-Marseille, explique que l'addiction se traduit par un trouble de la communication entre différentes parties du cerveau. On classe ces conduites en deux catégories : l'addiction avec substance et celle sans substance. Au début, la personne pense que son comportement (boire, travailler, faire du sport,...) va l'aider à gérer un problème puis petit à petit le bénéfice disparaît. Au final, elle ne peut pas s'empêcher de continuer à avoir ce comportement. À l'extrême, ce comportement non seulement ne répond plus aux attentes de départ mais peut même entraîner des complications dans sa vie personnelle et professionnelle, avec éventuellement des conséquences physiques.

L'addiction est un tabou à forte connotation sociale : l'ensemble de la société a une opinion, un avis sur ce qu'il convient de faire ou pas, et sur ce qui est bien ou mal. Au tabou s'ajoute la question du problème moral : toutes les décisions prises en addictologie se font sous la dépendance morale de la société. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies : www.ofdt.fr. **F. C.**

5 - Les fuites urinaires

Les fuites urinaires, on fait avec. En silence. Cette pathologie est extrêmement fréquente. 70 % des femmes en souffriront à un moment de leur vie. Certaines le vivent comme un handicap.

Dominique Rossi, chef du service urologie à l'Hôpital Nord, est rassurant. Les fuites urinaires sont fréquentes mais il existe des traitements efficaces et simples à mettre en place. Les femmes ont à faire face à cette pathologie essentiellement à deux périodes de leur vie : après un accouchement et lors de la ménopause, donc vers 50 ans. En règle générale, les jeunes mères sont prises en charge dans le cadre des soins post-partum. L'information sur les séances de rééducation périnéale se diffuse bien. En revanche, les dames à la ménopause consultent moins facilement.

"Cela reste un tabou", concède le professeur Rossi. Dans l'inconscient collectif, "c'est normal de perdre les urines quand on est vieux, on accepte plus les choses." Le médecin attire l'attention sur les habitudes mictionnelles transmises de mère en fille et sur le poids familial de ces habitudes. Les fuites urinaires ne sont pas une fatalité. Des traitements existent, notamment à base de médicaments voire avec la pose de bandelettes. Il faut pour cela consulter un urologue.

C. M.

7 - La sexualité après 65 ans

Position schizophrénique : chacun s'accorde à dire qu'il n'y a pas de limite d'âge pour faire l'amour. Et pourtant, on est mal à l'aise quand il s'agit d'imaginer la vie sexuelle de nos parents. En y réfléchissant, la sexualité des personnes âgées n'est pas souvent abordée.

Le sexe est un tabou en France pour les patients et un peu aussi pour les médecins. Bien sûr, il y a une évolution de la société mais malgré tout il s'agit d'un sujet que l'on aborde avec difficulté. Ce n'est a priori pas un sujet d'ordre médical mais d'ordre personnel, et chacun peut ressentir une gêne à en parler. Ce problème est encore plus vrai pour la personne âgée.

Le docteur Véronique Delaporte, chirurgien urologue au CHU de La Conception à Marseille, souhaite désacraliser le sujet de la sexualité des seniors car il ne s'agit aujourd'hui que d'une adaptation à l'évolution de la société. Médicalement, il n'y a pas d'âge limite pour avoir des rapports sexuels. Imaginer que la sexualité des personnes âgées se résume à une absence de sexualité est une erreur. Ce sujet doit être abordé pour plusieurs raisons. La population actuelle est certes vieillissante, mais les personnes ne sont pas pour autant en moins bonne santé. De plus, l'évolution de la société entraîne des nouvelles relations tardives, et donc une nouvelle vie sexuelle. La recherche médicale les permet plus facilement avec la mise au point de médicaments du type Viagra ou Cialis favorisant l'érection - à prendre impérativement sous contrôle médical. Ils contribuent à une sexualité épanouie pour les deux partenaires.

Bien sûr, la vie sexuelle des seniors est différente, moins active, mais la sexualité fait partie intégrante de l'équilibre d'un couple et de la personne elle-même. Ce sujet demande une ouverture d'esprit de la part de l'ensemble de la société. La sexualité n'est-elle pas nécessaire à l'épanouissement de chacun ?

F. C.



9 - L'euthanasie

"92% des Français sont favorables à l'euthanasie pour les personnes qui en font la demande et qui souffrent de "maladies insupportables et incurables", selon un sondage IFOP publié par l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) et retwitté par Jean Léonetti.

Si la grande majorité se dit prête à accepter le principe de l'euthanasie, dans le milieu médical cela reste un sujet très sensible. En effet, l'euthanasie est un réel tabou car individuel et personnel. Elle met en jeu la culture et l'éthique des médecins et des équipes médicales.

Selon le docteur Sébastien Salas, oncologue, responsable de l'unité mobile de soins de support et des soins palliatifs à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, mais aussi enseignant à l'Université d'Aix-Marseille, le sujet de l'euthanasie amène à "se questionner mais pas à la pratiquer", c'est-à-dire à littéralement donner la mort. La question de l'euthanasie ne se pose que très rarement, le cancer n'est pas une pathologie confrontée à ces demandes quand la douleur est soulagée. Selon lui, la discipline des soins palliatifs mérite d'être mieux connue afin de ne plus être assimilée à la fin de vie.

E. G. et M. P.

10 - Le handicap mental

À 19 ans, atteinte de la mutation génétique du syndrome de Prader-Willi, Amélie souffre d'un retard mental lourd associé à des troubles autistiques. Depuis sa majorité, elle n'est plus hébergée dans une structure spécialisée. Au mois d'octobre, ses parents ont saisi la justice pour demander la prise en charge de leur fille. Les médias se sont appuyés sur son cas pour faire émerger le problème de la place des handicapés mentaux dans notre société.

Pierre Lagier, président de la Chrysalide à Marseille et de la commission santé de l'Unapei (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis), pense que la société doit s'adapter pour permettre à ces personnes atteintes d'un handicap mental d'y prendre part. Mais avant tout, les handicapés ne doivent pas être considérés comme des malades : ils sont

atteints d'une pathologie stable mais n'ont pas de traitement. Le handicap mental avec atteinte des fonctions cognitives est à différencier du handicap psychique. Ce dernier engendre des problèmes relationnels, de concentration et d'utilisation des compétences avec une possibilité thérapeutique de guérison, ou en tout cas de stabilisation. Le handicap mental entraîne une déficience cognitive en terme d'apprentissage mais il s'agit surtout de difficultés d'adaptation. Pourtant, la personne handicapée mentale possède de réelles compétences.

Le handicap mental n'est pas tant un tabou mais plutôt un problème de compréhension du handicap et de reconnaissance de la personne. Il faudrait que la société soit inclusive, c'est-à-dire qu'elle s'adapte à cette personne. Apprendre à vivre ensemble semble essentiel : le mélange "handicapés" et "normaux" peut permettre de mettre en valeur toutes les compétences des personnes handicapées. L'éducation peut passer par une mixité scolaire mais aussi par une médiatisation de ce sujet. Récemment, une personne handicapée mentale a été élue au conseil d'administration de l'association Unapei avec les mêmes droits que tous les autres administrateurs. Le changement est en cours.

F. C.

8 - Les maladies colorectales

Pipi - caca, on en parle facilement avec les enfants. Et puis, dès que la propreté est acquise. Chut ! Le sujet du transit reste dans le secret des cabinets... médicaux.

Des tabous dans les maladies colorectales ? Le professeur Stéphane Berdha, chirurgien digestif à l'Hôpital Nord de Marseille, n'évoque pas le sujet en ces termes. Il y a de la gêne, de la peur, oui, mais pas vraiment de tabous, sauf pour les incontinences anales. C'est le sujet dont on ne parle pas, mais qui pourrait toucher jusqu'à 10 % des femmes.

Les patients craignent de dire qu'ils ont constaté du sang dans leurs selles ou ont un transit qui se modifie. Mais ce n'est pas tant par difficulté de parler des symptômes que par crainte du cancer. Les stomies (anus artificiels, poches) font peur. Dans l'inconscient collectif, elles sont synonymes de mort. Et pourtant, ce n'est plus le cas. Elles sont parfois indiquées dans des pathologies bénignes et sont souvent temporaires. Les hémorroïdes ne sont pas mieux considérées. Gênantes, inesthétiques, les patients tardent à consulter pour éviter l'intervention chirurgicale. Ce n'est pas l'inquiétude du résultat que met en avant le médecin pour expliquer la faible participation (32 %) au test Hemocult (dépistage du cancer colorectal) que chacun reçoit par La Poste à 50 ans. Cela tient à la difficulté de réaliser les prélèvements des selles. C.M.

La Timone change de millénaire



Le bâtiment médico-technique (BMT), élégant bloc de verre, de béton et d'acier adossé à l'hôpital de la Timone, accueille ses premiers patients dès le 11 décembre 2013, avec l'arrivée des services de chirurgie cardio-thoracique et de chirurgie vasculaire.

**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

Le déménagement se poursuivra jusqu'à fin 2014, avec à terme le regroupement des services d'accueil des urgences de la Conception et de la Timone.

52.000m²

6
niveaux
d'activité
hospitalière

270
millions
d'euros

**Blocs
opératoires**



- 40 salles opératoires dont 10 sous imagerie
- 60 lits de réanimation
- 38 lits de soins continus
- 61 lits de surveillance post-interventionnelle (SSPI)

- 1 service d'anatomopathologie

Urgences



- 29 boxes d'urgence
- 4 lits de déchoquage
- 10 lits de réanimation d'urgence
- 19 lits d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- 11 lits de surveillance continue
- 8 lits d'urgences psychiatriques CAP 48/72

- 1 axe rouge avec accès direct depuis l'hélistation

**Imagerie
médicale**



- 3 scanners
- 3 IRM
- 3 salles d'échographie
- 1 secteur d'endoscopie de 9 salles (digestives, thoracique et ETO)

- 7 liaisons horizontales avec le bâtiment principal (dont 2 galeries logistiques)
- 330 places de stationnement destinées aux professionnels de santé.

APRÈS LA POLÉMIQUE

La relation labo-médecins change d'époque

10 euros. C'est désormais le montant maximum du cadeau que les laboratoires pharmaceutiques peuvent offrir aux médecins. Autrement dit une poignée de stylos... Pas de quoi circonvenir un praticien qui serait sensible aux attentions et se sentirait obligé de renvoyer l'ascenseur en prescrivant tel médicament plutôt qu'un autre. Au-delà de 10€, la loi impose aux labos de le déclarer. L'objectif de cette législation de décembre 2011 est d'assainir les relations entre les acteurs du système médical et d'encadrer des dérives du passé (vacances exotiques par exemple). Depuis octobre 2013, les labos doivent publier tous les liens d'intérêt avec les professionnels de santé. Mais, si le secteur pharmaceutique communique autour de la transparence et de l'éthique, ces listes sont plutôt reléguées au bas des sites internet. La loi est donc respectée... Mais comment se définissent vraiment les relations entre laboratoires et médecins aujourd'hui ?

La visite médicale encore justifiée ?

Selon Jean-Yves Mairé, directeur de la communication d'AstraZeneca, l'évolution de la relation avait eu lieu avant les réglementations. *"Dans l'opinion publique, les relations médecins-labos étaient obscures. On a la volonté d'être plus transparents vis-à-vis des malades en leur proposant des médicaments sûrs, efficaces"*. La transparence de la relation médecins-laboratoires migre donc vers le domaine public.

Philippe Mougin, directeur des affaires publiques et du développement régional de Bayer, a une voix dissonante : *"A l'heure actuelle, on ne*



Jean-Yves Mairé, directeur de la communication d'AstraZeneca. / PHOTO L.P.

peut plus se contenter de faire de la recherche et de commercialiser des médicaments. La relation médecins-laboratoires, c'est un tabou si elle se résume à aller vendre des médicaments aux médecins", entendant par là que les médecins ne peuvent pas prescrire plus que de raison. Chez AstraZeneca, on défend l'intérêt de la visite

médicale : *"Il y a un niveau scientifique très élevé parce que les médecins sont en attente"*.

C'est carrément à l'hôpital que désormais les laboratoires se positionnent. Chez Bayer, on entend travailler au cœur du parcours de soins avec la volonté d'intervenir particulièrement sur l'observance des traitements. Ce grand nom de l'industrie pharmaceutique a mis sur le marché un traitement pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux (AVC) pour les patients atteints de fibrillation ventriculaire. Un plan d'action expérimental a été mis en œuvre pour que les patients suivent leur traitement avec plus de régularité. Des contrats ont été signés avec les CHU de Nantes et Bordeaux, incluant le financement partiel d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux victimes d'AVC. Une infirmière payée par Bayer reçoit dans les locaux de l'hôpital public des patients post-AVC à intervalle régulier après l'hospitalisation, afin de les accompagner dans le suivi de leur traitement. Philippe Mougin précise que la professionnelle de santé fait partie des effectifs de l'hôpital et n'a aucun lien de subordination avec le laboratoire.

Le patient s'en portera mieux...

La relation médecin-laboratoire d'antan aurait donc vécu. Et l'industrie pharmaceutique s'immisce différemment dans le système de soins. La logique affichée est claire dans le cas de Bayer : on améliore le parcours de soins, on travaille sur l'observance du traitement, les patients prennent régulièrement nos médicaments et donc nous en vendons plus. Le patient s'en porte mieux puisque les risques de récurrence sont réduits, et les finances hospitalières sont allégées.

Chez AstraZeneca, la philosophie est différente. Le labo se positionne comme un facilitateur. Il contribue à la formation et distille des informations au sein de l'hôpital. Les relations se basent autour du médicament et de son utilisation. Par ailleurs, *"on a monté des partenariats avec des structures publiques pour des recherches fondamentales en cancérologie et en cardiologie"*. Jean-Yves Mairé explique la mutation du secteur : *"Il y 20 ou 30 ans, on pouvait travailler seuls"*. Aujourd'hui les recherches sur le cerveau, au cœur de la cellule et du gène sont très complexes. *"Pour trouver des choses nouvelles, il faut agréger des expertises nouvelles"* et donc entrer dans une logique de partenariats. AstraZeneca fait ainsi partie des cinq premiers contributeurs privés de l'Inserm Transfert. Le communicant pense qu'il faudra aussi nouer des partenariats avec des petites structures et même avec des labos concurrents ! On entre alors dans une logique d'écoute réciproque. *"C'est beaucoup plus long mais plus productif et plus créatif"*. Évidente sur le papier, la pratique s'annonce compliquée.

Céline MAROTTE

Les visiteurs médicaux au soutien de la médecine de ville ?

Odile Triponey-Baudoin, médecin généraliste, reçoit entre 4 et 10 visiteurs médicaux par semaine dans son cabinet marseillais. Elle considère qu'ils délivrent une information et en aucun cas une formation. *"A nous de faire jouer notre sens critique !"*, rappelle la praticienne. Pour elle, ce sont de vrais partenaires qui délivrent des informations fiables supervisées par la Haute Autorité de Santé. Elle sait pertinemment que les statistiques sont présentées en la faveur des laboratoires. En tout cas, ce médecin rédige les ordonnances pour ses patients, en toute liberté.

Ce n'est pas du tout l'avis de Marie-Jeanne Tricoire, médecin généraliste niçois. Depuis une vingtaine d'années, elle n'accepte plus les visiteurs médicaux. Sa position radicale ne s'est pas bâtie du jour au lendemain. A certaines périodes, elle les a accueillis dans son cabinet. *"J'avais l'impression qu'on me volait mon temps"*. Selon elle, les visiteurs médicaux cherchent à développer une relation pseudo-amicale pour avoir la possibilité de si-

gner des contrats. Elle s'interroge sur le but final des laboratoires. *"Quand on présente le seizième hypertenseur, son but n'est pas de soigner l'hypertension..."*, en sous-entendant qu'il y a des fins commerciales.

Elle poursuit en expliquant que les études présentées par les laboratoires le sont souvent par rapport à un placebo. Ils ne se comparent pas entre eux. *"Pourquoi mettre sur le marché un seizième médicament s'il ne traite pas mieux que les autres?"* Cette praticienne adhérente à l'association Formindép trouve que les effets secondaires sont souvent minimisés dans les informations distillées par les laboratoires. Cette démarche ne correspond pas, pour elle, à une démarche de santé. Abonnée à la revue *Prescrire* depuis le premier numéro, elle préfère s'informer de façon indépendante. *"Se préserver des influences diverses et variées"* et *"ne jamais aliéner son indépendance"* sont deux des phrases qu'elle retient du serment d'Hypocrate.

LE DISCOURS FACE AUX PATIENTS

Médecin : prudent ou menteur ?

Tout dire ou ne pas révéler la vérité à son patient au prétexte qu'"il ne veut pas entendre" ? Ce dilemme est au cœur de la pratique médicale.

"Oui Docteur". Peu de patients mesurent le poids de ces deux simples mots. Derrière se cachent non seulement la volonté de guérir, mais aussi une confiance sans bornes, ou presque, envers celui à qui l'on confie son corps et sa santé. Quoi de plus normal ? Le professionnel de santé, celui qui sait ce qu'il fait et comment le faire, n'a-t-il pas prêté serment devant l'effigie d'Hippocrate *"d'informer les patients des décisions envisagées"* et de *"ne jamais tromper leur confiance"* ? Alors que l'honneur et la probité que l'on demande, et parfois exige, des médecins semblent applicables sans nuances, il n'en demeure pas moins que la délicatesse de leur discours se doit de rester irréprochable.

Si le problème du mensonge en médecine ne se pose pas pour les consultations courantes, sa prégnance augmente avec la gravité du diagnostic. Annoncer à un patient une mauvaise grippe ne prend pas les mêmes dimensions que dans un cas de cancer. Dès lors se pose la question du com-



Le médecin doit sans cesse évaluer la capacité de compréhension de ses patients au moment de l'annonce d'une maladie grave.

ment. Comment annoncer à un patient atteint d'un cancer du pancréas que le taux de survie à cinq ans est de moins de 2% ? Que la miraculeuse rémission d'un proche cache en réalité une rechute gravissime ? Il ne viendrait à l'idée de personne de remettre en question la prévenance des médecins lors d'une annonce difficile, et pourtant cette prudence peut passer pour malhonnêteté. Dans le

cas qui nous concerne, la difficulté réside dans un mot aussi simple qu'insolite pour un médecin : maladresse.

Complexe de supériorité ?

Admettre l'humanité de son médecin, et donc la possibilité qu'il puisse se révéler faillible, n'est pas chose facile : c'est entre ses mains que l'on remet sa santé, et parfois sa vie. Du poids de cette mission

découle l'image que nous avons de nos médecins, et l'espoir que les malades placent en eux dépasse la simple confiance. *"La question de l'autorité du médecin se pose régulièrement, et toujours avec les mêmes dilemmes, relève Anne Fouchard à l'Institut Paoli-Calmettes de lutte contre le cancer. Il est vrai qu'enrober les faits peut être une bienveillance, mais de l'autre côté, qui est-on pour dissimuler une information ?"* Face à une affection grave, il est pénible d'accepter que le médecin ne peut pas tout. La responsabilité du malade, sa volonté et sa solidité psychologique comptent parmi les facteurs les plus importants dans sa relation avec le praticien.

De fait, un patient capable d'entendre interprétera comme mensonge la prudence d'un médecin parfois faillible dans son jugement. *"Présumer de la capacité des gens me paraît dangereux,"* poursuit Anne Fouchard. *"On doit s'interroger sur la perception, et ne jamais se positionner en supériorité en pensant que la personne n'est pas capable de comprendre"*. Responsabiliser son patient, en somme. Mais pour cela, certains pouvoirs des professionnels de santé devront perdre de leur force. Qui aura le plus de mal à y renoncer : le patient ou le médecin ?

Margaux MERMET-GRANDFILLE

L'INTERVIEW de Franck Arnaud, avocat à Marseille, spécialisé en éthique médicale

"Le mensonge est très difficile à définir juridiquement"



■ Est-ce qu'un médecin, quand il ne dit pas tout, s'expose juridiquement ?

Cela se passe vraiment au cas par cas. Tout dépend également de l'interprétation, et de ce que le médecin va dire, ou ne pas dire. Malheureusement, quand le message est mal délivré ou perçu comme tel, on aura tendance à penser qu'on a menti ou dissimulé des choses. Quel est l'objectif finalement ? Pour le praticien, c'est délivrer la vérité au bon moment, avec la bonne forme, avec pédagogie, dans une communication très particulière car visant une personne qui souffre. Quelles seront les conséquences de l'annonce par rapport à l'état du patient, comment faire pour préserver sa santé et son état psychologique en lui annonçant une nouvelle difficile.

Il faut tenter de diffuser l'information, puisque de toute façon l'objectif est de la délivrer au moment où le patient sera prêt. Il y aura toujours débat : est-ce délivré trop tôt, trop tard ? Ce sont les conséquences au cas par cas qui détermineront s'il y a eu litige, en fonction de l'interprétation. À partir du moment où l'on touche à l'humain, il y a subjectivité et interprétation, et parfois le médecin peut-être pris comme bouc émissaire.

■ Est-ce qu'un mensonge peut être protecteur, ou en tout cas juridiquement reconnu comme tel ?

À partir du moment où un mensonge n'a pas de conséquences légales, et qu'il ne génère pas de préjudice, il n'est pas punissable. Par contre, si cela se traduit, dans une relation contractuelle, par une dissimulation pour obtenir un avantage, il pourra y avoir des incidences en matière civile, pour non-respect de contrat. Également, il faut faire la distinction entre mensonge et les notions de bonne foi / mauvaise foi, c'est-à-dire que le contrat ne sera pas exécuté de la même façon, en fonction de là où se place la prise d'avantage. Enfin, il y a la notion pénale de mensonge, où là il est utilisé dans un but prédateur : c'est l'abus de confiance, la fraude, l'escroquerie ; c'est détourner pour porter atteinte à quelqu'un en utilisant de faux arguments, en usurpant une qualité parfois.

■ Y a-t-il une vérité médicale ?

Je ne pense pas que l'on puisse dire cela. Nous sommes plutôt dans une convergence entre des obligations déontologiques, légales et l'attention particulière qui doit être portée à chaque patient. Ce dernier, dans sa spécificité et sa souffrance, réagira différemment à chaque fois. C'est au médecin de mettre le curseur : annoncer immédiatement ou diffuser progressivement le message pour que le patient s'approprie peu à peu cette vérité.

Propos recueillis par Céline MAROTTE et Margaux MERMET-GRANDFILLE

L'ANNONCE DE LA MALADIE

"J'ai une mauvaise nouvelle..."

L'imagerie et les analyses de laboratoire ont parlé. Le diagnostic est posé. La personne est malade. Le médecin doit lui révéler qu'elle est atteinte d'une pathologie grave. Comment procéder ?

Bouleversant de révéler à un jeune de 20 ans qu'il a une tumeur cérébrale. Difficile de dire à une personne venue aux urgences qu'un cancer a gagné ses deux reins, que la vie qu'elle menait jusqu'alors va basculer et qu'elle va désormais se conjuguer avec des traitements lourds. C'est pourtant au médecin qu'incombe cette tâche à forte humanité ajoutée.

Ces annonces difficiles ont toujours existé. Les lignes de ce tabou semblent bouger depuis quelques années. *"Dans notre génération, on a été très sensibilisés au devoir d'information. On n'hésite plus à prononcer le mot cancer"*, explique le Dr Véronique Delaporte, 42 ans, urologue et spécialiste de la greffe rénale. Il y a des vérités qui sont difficiles à entendre. Mais aussi à dire. *"On a aussi une histoire de vie personnelle. On n'est pas protégés des drames. Et tout dans notre vie professionnelle peut nous ramener à ça"*, poursuit-elle. L'équilibre est donc difficile à trouver entre l'empathie avec son patient et le rempart qu'il faut bâtir pour ne pas



Le Pr Olivier Chinot, le Dr Véronique Delaporte et le Pr Dominique Rossi estiment qu'il convient avant tout de cerner ce que le patient est capable d'entendre. Mais aucun ne cache la vérité sur un cancer. / PHOTO N. V. ET F. S.

être trop affecté, surtout quand on suit plusieurs dizaines de malades en simultané. Et il faut reconnaître l'influence du plan cancer qui a institutionnalisé la consultation d'annonce.

"Il faut laisser l'espoir"

Le médecin doit établir une relation particulière avec son patient. *"On sait que la confiance est une part déterminante dans le traitement"*, poursuit cette chirurgienne. Au service de neuro-oncologie de la Timone, le Pr Olivier Chinot, chef de service, va dans le même sens. Il a quelques fondamentaux pour révéler des diagnostics difficiles. Il met un point d'honneur à ne jamais dire des fausses choses et à ne pas dresser un mur entre lui et son patient. Mais ce que ce cancérologue prône par-dessus tout,

c'est l'écoute. *"Le malade nous dit ce qu'il est capable d'entendre."* Pour lui, bien annoncer une maladie grave, c'est surtout écouter la capacité du patient à recevoir la mauvaise nouvelle.

Ces deux médecins expliquent qu'il leur arrive de fractionner les consultations d'annonce quand ils sentent que le patient n'est pas en mesure d'entendre le message. Les accompagnants – le plus souvent les familles – prennent une part importante lors de cette consultation. Pour le Pr Dominique Rossi, chef du service d'urologie à l'hôpital Nord, la clef d'une consultation d'annonce est de *"laisser de l'espoir"*. *"On ne peut pas être péremptoire, il faut avoir beaucoup de modestie."* Si les médecins connaissent effectivement le diagnostic, les évolutions possibles de

la maladie, ils ne maîtrisent pas tout sur le plan médical. On ne sait jamais à quel rythme va progresser une pathologie, comment le patient va réagir aux traitements.

Les médecins approfondissent de nombreuses pathologies, examinent de nombreux cas durant de longues études. Sont-ils réellement formés à faire de telles annonces ? Pas vraiment, reconnaissent les médecins interrogés même s'il existe un module de psychologie dans les études de médecine. C'est véritablement dans les hôpitaux que les étudiants peuvent s'intéresser à la question, durant leur clinat et leur internat. Tous confient qu'ils ont appris en pratiquant, en tâtonnant. Avec leur relationnel, leur sensibilité. Et surtout en puisant dans leur humanité.

Céline MAROTTE

Le rôle de l'infirmière revalorisé



Au 12^e étage de la Timone, l'infirmière a un rôle crucial auprès des malades du cancer.

Au douzième étage du centre hospitalier de la Timone, le patient est pris en charge par une équipe composée du médecin, d'un psychologue, d'infirmières et d'une assistante sociale. C'est dès l'annonce de la maladie que le travail en équipe commence. Dans le service de neuro-oncologie du Pr Chinot, on a mis en place un dispositif d'annonce particulier. Le patient est accueilli par l'infirmière qui endosse le rôle de personne référente. Lors de la consultation, avec le médecin, elle est présente mais n'intervient pas. Elle observe, prend des notes pour retranscrire le plus fidèlement à l'ensemble de l'équipe le contenu de la visite. Le patient peut poser toutes les questions qu'il souhaite. Et pourtant, ce n'est pas forcément évident. *"Le malade entre dans un monde inconnu. Il a besoin de beaucoup d'informations"*, explique le chef de service.

Mais, dans le même temps, il est dans un état de sidération qui l'empêche d'en recevoir beaucoup. Dans ce service de neuro-oncologie, l'infirmière référente prolonge la consultation par un deuxième entretien. *"Ce qui est dit dans les bureaux est différent"*. Le psychologue et l'assistante sociale n'interviendront pas lors de la consultation d'annonce mais lors d'un deuxième rendez-vous. Multiplier les interlocuteurs peut contribuer à libérer la parole, à cerner au maximum les problèmes que peut rencontrer le malade et à le prendre en charge le plus globalement possible. Ce sont les objectifs affichés.

C. M.



Une formation pour les infirmières à Marseille

Un master de soins infirmiers avec une spécialité en pratiques avancées en cancérologie a été créé il y a trois ans. Il est proposé par l'Université Aix-Marseille, en partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Ce master offre aux professionnelles aguerries la possibilité de développer leur expertise clinique et d'acquérir les compétences requises à l'exercice de nouveaux rôles infirmiers. Ce dispositif propose trois spécialités au terme d'un tronc commun : cancérologie, gériatrie et coordination de parcours complexes de soins.

PÉDAGOGIE ET SOINS

Faut-il culpabiliser les fumeurs et les alcooliques ?

Alors que le prix du paquet de cigarettes augmente régulièrement au rythme des protestations des fumeurs, que les publicités pour l'alcool disparaissent de nos écrans et que le gouvernement prévoit l'application d'une taxe sur les ventes de bière, il flotte dans l'air un parfum de tabac et de culpabilité. Ceux qui mettent leur santé en péril sont-ils des inconscients ?

C'est pas facile". Dans le service de chirurgie vasculaire de l'hôpital de la Timone, Christiane*, la petite soixantaine, affiche un sourire à la fois contrit et soulagé. Cette ancienne fumeuse assiste aujourd'hui aux dernières séances du programme d'accompagnement qui lui a permis d'arrêter de fumer. "Avant, je devais bien consommer un paquet et demi, deux paquets par jour. Ça change tout d'arrêter."

"Tout". Pas de nuance, et pourtant, on ne saurait douter de la véracité de ces propos. Il a fallu vingt-cinq ans à Christiane pour arrêter de fumer. Ce qui l'a décidée ? Les campagnes de sensibilisation, l'augmentation du prix du paquet ? Non. Mais un début



Le tabac est responsable de 70 000 morts prématurées chaque année en France (cancers poumon, vessie...).

d'obstruction artérielle. Le mot fait peur, et pourtant, Christiane confesse que sans l'aide des médecins, elle fumerait probablement toujours. Comme pour beaucoup de consommateurs de cigarettes ou d'alcool, le "quand on veut, on peut" ne marchait que dans la tête.

Le choc du bloc opératoire

S'il faut bien distinguer les comportements à risque des conduites addictives, les perceptions que l'on en a se mélangent souvent en un imbroglio inextricable. "Il existe une nuance infime mais cruciale entre conduite et comportement", explique le Pr Fabrice Barlesi, oncologue spécialiste du poumon à l'Hôpital Nord de Marseille. *Le comportement, c'est quelque chose de choisi, de conscient, qui fait partie de son mode de vie.* Et c'est sur ce choix, justement, que se portent toutes les culpabilisations et les regrets : le raccourci entre la responsabilité de ses comportements et celle de l'apparition de sa maladie est rapidement établi.

En effet, comment nier qu'une consommation excessive d'alcool, par exemple, puisse être une cause de cirrhose ? Que la cigarette fait exploser les risques de développer un cancer du poumon ? Toutefois, succomber à la tentation de la

culpabilisation paraît aussi inhumain qu'inefficace.

"Il faut essayer de renverser les perspectives", insiste le Pr Philippe Piquet, chef du service de chirurgie vasculaire à l'hôpital de la Timone. *Les personnes saines, non malades, ne se rendent pas compte de l'événement que représente une intervention chirurgicale. Le choc psychologique est tel qu'il n'y a pas besoin d'en rajouter, le patient prend conscience de son état.*

S'il semble effectivement plus raisonnable de corriger son ou ses facteurs de risque avant l'apparition d'une maladie, la coercition qui entoure les conduites à risque ne fait pas l'unanimité parmi le personnel médical. "N'oublions pas que l'impact de certains comportements sur la société joue un rôle important dans la perception que nous en avons", reprend le Pr Barlesi. *Ils seront plus ou moins mis en avant par la société, et donc la société aura tendance à plus ou moins les culpabiliser.* En France, où le pavillon du vin flotte au plus haut des symboles nationaux, est-ce effectivement bien légitime de culpabiliser les alcooliques ?

Tout repose sur la prise de conscience et l'éducation, donc. Sans tomber dans le catastrophisme. Car, pédagogiquement, il ne fonctionne pas. Si c'était si sim-

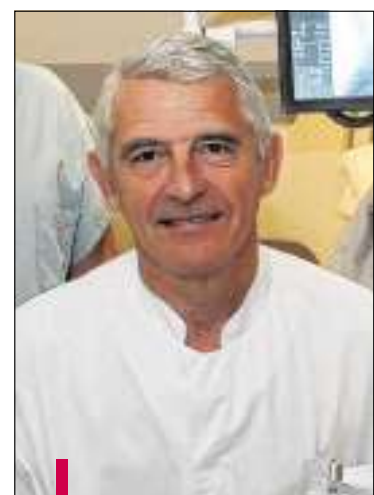
ple, s'il suffisait de dire à un fumeur qu'un cancer du poumon, de la vessie ou de la gorge, un infarctus ou une maladie pulmonaire invalidante comme la BPCO l'attend après 50 ans pour qu'il arrête, eh bien plus personne ne fumerait ! "Les gens doivent aussi faire leurs expériences", conclut le Pr Piquet. *Il faut faire attention, à sa santé, à celle des autres, et aussi à mettre des limites aux limites.*

Margaux MERMET-GRANDFILLE

*Le prénom a été modifié.



Le Pr Fabrice Barlesi dirige le service d'oncologie médicale de l'Hôpital Nord.



Le Pr Philippe Piquet est un spécialiste de la chirurgie vasculaire.

TABAC, ALCOOL, NOURRITURE, DROGUES...

C'est notre cerveau qui est accro !

A moins de revenir d'un long séjour sur Mars, l'immense majorité de la population sait que fumer tue. Nous devons également consommer de l'alcool avec modération et manger cinq fruits et légumes. Et pourtant... Pourtant nous fumons, buvons un peu trop, mangeons plus que de raison. S'il est compliqué de renoncer, la raison paraît simple : notre

cerveau. Le système de récompense, celui grâce auquel nous éprouvons plaisir et douleur, réagit par des connexions complexes à toutes sortes de stimulations. Une gorgée de vin, et c'est toute une machinerie hormonale qui se met en branle, avec au centre un mot évocateur : la dopamine. Molécule charnière de nos sensations de plaisir, elle structure les sentiments positifs

et la capacité de motivation, provoque la satisfaction et un bien-être parfois addictif... Mais comment, exactement ? C'est le noyau accumbens qui joue un rôle décisif dans le système de récompense, car il contient une forte densité de récepteurs à la dopamine. Plongée au cœur de notre cerveau qui nous rend accros.

Margaux MERMET-GRANDFILLE

La cigarette



Si la dépendance tabagique donne encore du fil à retordre aux addictologues, ils savent aujourd'hui que la nicotine est la première responsable.

Une fois inhalée, la nicotine circulant dans le sang se fixe à des récepteurs cérébraux particuliers : les canaux nicotiniques à acétylcholine. À la suite d'une cascade de réactions chimiques, une partie de la dopamine libérée dans le cerveau activera le système de récompense. Le reste pourra se transformer en adrénaline, ce qui procure chez un grand nombre de fumeurs un sentiment de tonicité.

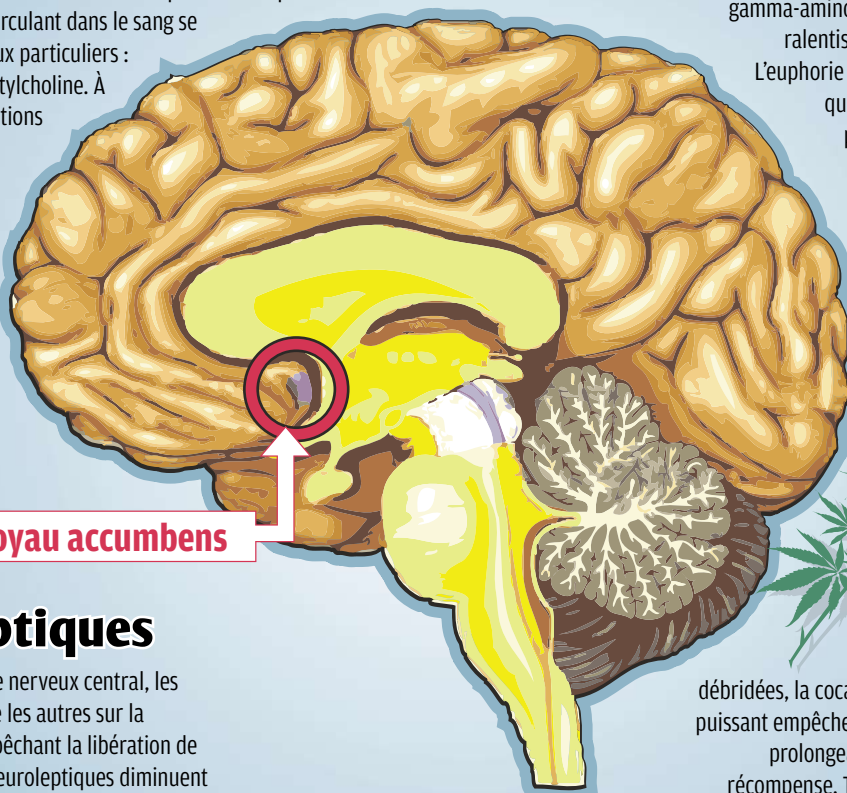


Les neuroleptiques

Autres ralentisseurs du système nerveux central, les neuroleptiques agissent comme les autres sur la libération de dopamine. En empêchant la libération de "l'hormone du bien-être", les neuroleptiques diminuent l'intensité des émotions. La colère, l'anxiété, mais aussi le désir, la joie se ressentiront ainsi moins profondément, c'est pourquoi on les emploie essentiellement dans le traitement des psychoses.

Infographie RA

Noyau accumbens



L'alcool

En plus d'agir sur la libération de dopamine et donc de stimuler le circuit de récompense, l'alcool active la libération d'acide gamma-amino-butyrique (GABA), un neurotransmetteur ralentissant l'activité du système nerveux central.

L'euphorie ressentie à faibles doses s'efface à mesure que la consommation augmente, pour laisser place à un relâchement de la cognition, de l'articulation et de la motricité. Le fameux seuil des 0,5 g.L-1 ! Une prise excessive et prolongée d'alcool, en vidant les réserves de GABA, débouchera sur un ralentissement excessif et certaines lésions cérébrales, ainsi que sur des atteintes à d'autres organes.



La cocaïne

Droque sulfureuse par excellence, fantasme des films de bandits et de nuits débridées, la cocaïne fascine autant qu'elle effraie. Ce tonique puissant empêche la recapture de la dopamine par le cerveau, prolongeant ainsi son effet et stimulant le système de récompense. Toutefois, certains médecins affirment que le pouvoir addictif de la cocaïne réside plus dans son impact psychique que physique. Le sentiment de vigueur intellectuelle et d'indifférence à la fatigue qu'elle provoque chez le consommateur impliquent une aisance sociale et orale parfois enviable. Ou quand ce qui nous rend plus fort nous tue.

L'éducation thérapeutique avec PÉGASE

Hébergé à l'hôpital de la Timone depuis 2011, le tout jeune service PÉGASE (Programme Éducationnel pour une Gestion Améliorée des Sujets à risque cardio-vasculaire Élevé) accompagne les patients à risque cardio-vasculaire dans la gestion et la correction de leurs facteurs de risque.

Cette initiative, reconnue par l'Agence Régionale de Santé et conduite par le Pr Renucci, ras-

semble l'ensemble des professions médicales, du diététicien à l'infirmière en passant par le psychologue. Sur simple base de volontariat et en partenariat avec le médecin traitant, PÉGASE assure un suivi régulier et personnalisé auprès des patients souhaitant arrêter de fumer, améliorer leur alimentation ou reprendre une activité physique appropriée à leur situation. Les séances hebdomadaires, collectives

et individuelles proposent au patient des activités en accord avec leurs besoins médicaux et psychologiques. À l'issue du programme, un bilan permet de déterminer si le patient nécessite un renforcement du suivi, ou si les ateliers lui ont permis de (re)prendre en main sa santé et ses facteurs de risque. Il est temps de se remettre en selle !

M. M.-G.

DÉBAT

L'éducation à la maison et en club, seul rempart contre le dopage

Avant le débat public sur le dopage, vendredi 6 décembre à 18h à la faculté de médecine de la Timone, deux athlètes, le médecin de l'équipe de France de rugby et un médecin du sport apportent leur œil d'expert sur ce phénomène. Il affecte aussi bien le sport amateur que professionnel.

Défaillances dans les contrôles antidopages au sein de la sélection jamaïcaine d'athlétisme selon l'Agence Mondiale Antidopage, contrôle positif à la cocaïne de la judoka Charline Van Snick. Et voilà que même l'ex-fiancée d'Armstrong s'y met en révélant la livraison de sang dans les caravanes d'équipes cyclistes du Tour de France lors de la suprématie du champion déchu, dans un ouvrage paru mi-octobre et signé de deux rédacteurs du Wall Street Journal. Ce fléau touche aussi les animaux avec 6 pigeons champions de vitesse contrôlés positifs aux antidouleurs et à la cocaïne en Belgique ! Bien que loufoque, ce cas illustre le problème sous-jacent à la question du dopage, c'est-à-dire l'éducation de chacun : quand tout est permis au nom de la victoire, et de l'argent bien sûr.

C'est l'avis de la Gapençaise Laurence Manfredi, multiple championne de France du lancer du poids et retirée des stades depuis 2011. "La première lecture du dopage peut-être simplement liée au fait que l'individu, de par son éducation et sa culture, souhaite être performant en trichant".

Celle qui a participé aux Jeux Olympiques de Sydney et d'Athènes, en 2000 et 2004, explique que le dopage est lié au parcours et aux opinions de chacun. Elle étaye son analyse en l'illustrant par le sport qui a cristallisé les foudres médiatiques. "Prenons le cyclisme: qui a le choix de rester dans le système du dopage ou d'en sortir ? C'est



Hervé Collado prévient : le dopage dégrade le corps.

l'individu dans le système qui prime. S'il n'a pas de culture de prise de décision forte, le système le croque".

Jean-Baptiste Grisoli, médecin de l'équipe de France de rugby, abonde en ce sens : "Le dopage, surtout dans le monde amateur, est le fait de l'ignorance". L'ignorance évidemment, mais conjuguée à un tabou et donc à la crainte du sportif d'être jugé par son environnement.

Le dopage engendre des lésions musculaires

"Il est rare que les sportifs amateurs viennent nous consulter dans le cadre du dopage. On voit des patients pour des problèmes tels que des lésions atypiques. On devine alors qu'ils prennent des produits comme des anabolisants pour augmenter leurs performances. Ils ne nous le disent pas spontanément, explique Hervé Collado, médecin du sport à Marseille et ex-médecin de l'équipe de France féminine de football. Ce n'est pas dans le but de faire la police, les patients font ce qu'ils veulent. Mais nous leur expliquons pourquoi ils se sont blessés et les risques qu'ils encourent par la sui-

te". Ce rôle de prévention, cet avertissement amical, ne porte cependant pas toujours ses fruits. "Globalement, les gens écoutent nos recommandations, mais on ne sait pas ce qu'ils font derrière", reconnaît le médecin.

Le dopage renvoie à l'éducation de chacun. Ce problème se pose d'autant plus quand l'absorption de produits prohibés est favorisée par l'environnement du sportif. "On peut imaginer qu'une fédération qui impose de fortes contraintes pour l'accès au haut niveau (minimas très élevés) induise un comportement de triche, assène Laurence Manfredi. La triche est sur le dopage mais elle peut être aussi sur le contournement d'un règlement sportif (alléger ses engins en athlétisme), tricher sur le côté technique. Soit c'est l'individu tout seul qui se dope car cela ne lui pose pas de souci de tricher, il est malléable; soit c'est une politique fédérale du très haut niveau qui induit les comportements dopants parce que, pour se qualifier aux JO, c'est très compliqué. Il n'y a plus de frontières dans les conduites dopantes".

Le sportif peut être sujet à de nombreuses tentations et les dérives engendrées par son entourage sont susceptibles d'avoir un effet dévastateur au niveau éthique. "J'ai déjà eu affaire à des personnes qui m'ont fait comprendre que si je voulais arriver à un plus haut niveau, je devais envisager de changer mes modes de récupération. Certains athlètes et entraîneurs qui avaient analysé le

contexte sportif m'expliquaient que, malgré mon gabarit, mes qualités physiques et techniques, ce serait compliqué pour moi", confie l'ancienne athlète. Le sport amateur est également touché. "Il y a 40 ans de cela, il fallait être dans un réseau pour pouvoir se doper. Aujourd'hui, les sportifs amateurs ont conscience du problème. Ils ne vont pas forcément franchir le pas, mais s'ils le souhaitent, c'est très facile", prévient le Dr Hervé Collado.

La libéralisation de l'accessibilité aux produits dopants a donc vicié la pratique du sport. Pour lutter contre ce mal, il existe des numéros verts anonymes, tels que "Allô dopage". "C'est une bonne chose, mais si l'on n'informe pas en amont des méfaits du dopage, cela ne sert à rien car personne ne va appeler. De plus, la personne qui appelle s'est déjà dopée. C'est alors trop tard", affirme ce médecin du sport. Selon lui, la pédagogie occupe encore une place centrale : "Il

faudrait mettre en place dans les structures dédiées, comme les ligues sportives régionales, des sessions de prévention dans lesquelles des médecins intervenaient auprès des clubs et des éducateurs".

Comme sur une mobylette

"Le fait de sentir ses forces décuplées est la conséquence du dopage. Tout le monde pense qu'un sportif se résume uniquement à son corps. Or, dans la performance d'un sportif, le côté mental est très important. Quand la récupération est favorisée, mentalement on se sent invincible", explique Laurence Manfredi.

Cela crée donc une euphorie. Quoi qu'on de-

mande à son corps, il répond, comme l'attestent les témoignages des cyclistes dopés qui avouaient se sentir "sur une mobylette". "Sur l'accès aux produits interdits, le phénomène doit être perçu de façon globale, souligne Laurence Manfredi. Aujourd'hui, une majorité des gens qui poussent dans les salles de musculation est allée sur Internet pour acheter des produits. Il y a même des salles où l'on deale. C'est institutionnalisé. Il m'est arrivé de rencontrer des personnes qui ne peuvent imaginer que l'on puisse faire du sport sans se doper. Aller sur Internet prendre des produits dopants n'est pas réservé qu'aux sportifs professionnels!"

Dans les modes de gouvernance des fédérations sportives, le dopage peut presque paraître insoluble. L'ex-championne ne se fait pas d'illusions: "De nos jours, on parle de dopage avec des produits qui sont sensés soigner les gens et qui sont détournés de leur fonction première (hormone de croissance, EPO, stéroïdes anabolisants). Sauf qu'il y a 100 ans, on conseillait aux sportifs de boire un coup pour tenir l'effort, rien que le fait de s'entraîner était considéré comme de la triche".

Et puis, n'y a-t-il pas une bonne dose d'hypocrisie de la part du public qui crie au loup quand un sportif est pris la main dans le sac, mais réclame toujours plus d'exploits et paie des abonnements pour suivre un maximum compétitions à la télé? Les sportifs, professionnels ou amateurs, ne sont-ils pas simplement le reflet de la société dans laquelle ils évoluent? Laurence Manfredi est lucide: "Tous les médias s'intéressent au sport car c'est un vecteur d'image de dépassement de soi, d'abnégation. Le mouvement sportif est un concentré des dérives et des biais du monde, de notre société".

En l'occurrence, le traitement compulsif des médias laisse à penser que le dopage n'est pas un sujet tabou. Mais le tabou existe bel et bien et concerne l'omerta qui gangrène certains sports.

Kassim IDJABOU et Philippe AMSELLEM

La preuve des effets secondaires ?

Le dopage renvoie donc au libre arbitre des sportifs qui décident alors de tricher ou non. Hormis cet aspect, la question des effets secondaires du dopage est aussi prégnante.

Aujourd'hui, il n'y a pas de certitudes sur les effets secondaires après l'absorption de produits dopants. "Il n'y pas de consensus au niveau médical sur le fait que le dopage provoque par exemple, dans des cas extrêmes, la mort. Il faudrait faire une autopsie à chaque fois. Des AVC, tout le monde en fait. Pour prouver cela, il faudrait faire des études, des statistiques. Par exemple, comparer le nombre d'AVC sur 100 sportifs qui sont dopés avec celui de patients du même âge, non sportifs et non dopés. On ne peut rien démontrer sur des cas isolés", avertit le Dr Hervé Collado. Tous les amateurs de sport ont en mémoire le cas de Florence Griffith Joyner, triple médaille d'or aux Jeux Olympiques de Séoul de 1988 sur 100m, 200m et 4x100m. Décédée en 1998, son autopsie révéla qu'elle était morte d'une crise d'épilepsie. De fortes présomptions de dopage existent à son propos, mais elle n'a jamais été contrôlée positive.

"Ce qui a été frappant chez Griffith Joyner, c'est le passage d'une année sur l'autre d'un physique quelconque à un physique monstrueux. Quand elle est morte, les gens se sont interrogés. C'était suspect", conclut la lanceuse de poids Laurence Manfredi. Les maladies et la mort que peut provoquer le dopage seraient donc possibles mais, "il faudrait faire des études sur des populations beaucoup plus importantes. Or elles sont très compliquées à réaliser car cela implique qu'un grand nombre de sportifs avouent leur dopage. Sur des sujets tabous comme celui-là, c'est impossible", analyse Hervé Collado.

K. I. et P. A.

Le coup de gueule de Laurence Manfredi

Laurence Manfredi évoque ce que les instances dirigeantes pourraient mettre en œuvre contre le dopage. Elle décrypte le système qui peut être à l'origine de ce phénomène : "Dans l'organisation du haut niveau, une fédération répond à des attentes, à une commande auprès du ministère. Quand elle va expliquer à ses équipes qu'il faut atteindre telle performance, cela induit insidieusement des conduites interdites. Une fédération se base sur des minimas au niveau mondial. La lutte contre le dopage doit donc

être globale. Or, tous les pays ont des conduites différentes vis-à-vis du dopage".

La lanceuse de poids, qui s'est retirée des stades en 2011, explique que les entités s'occupant de la lutte contre le dopage doivent être neutres, tout comme leur financement. Elle parle tour à tour des sanctions, comme la possible perte des agréments pour les fédérations, des titres pour des ligues, afin qu'il y ait un impact réel.



"C'est le sportif qui ramasse à chaque fois, mais il évolue dans un système! Je pense que la fédération dont dépend le sportif qui se fait attraper devrait être sanctionnée, son président qui est la personne morale de la fédération également. Aujourd'hui, un sportif dopé est suspendu. Les sponsors qui l'accompagnent le quittent alors car cela ne donne pas une bonne image. Le dopage n'est pas du seul fait du sportif, mais aussi de son entourage. Il appartient à un club, une fédération nationale qui a la délégation du ministère pour organiser les compétitions. Les sélections devraient à mon sens la perdre après un contrôle positif. Mais le ministère ne fera jamais une chose pareille car il y a trop de parties prenantes dans cette affaire. Il y a des fonctionnaires d'État qui sont placés auprès des fédérations. C'est tout un système qui s'auto-entretient et dont le produit utilisé est le sportif", fustige Laurence Manfredi.

K. I. et P. A.



Il est devenu le symbole mondial du dopage : l'Américain Lance Armstrong a été déchu de tous ses titres de vainqueur du Tour de France après avoir été convaincu de dopage. Un nouveau coup terrible porté au cyclisme.

Benoît Z: "Le dépistage est efficace"

Par le passé, Benoit Zwierzchiewski, alias Benoit Z, codétenteur français du record européen du marathon, multiple champion de France et vainqueur du marathon de Marseille à deux reprises, avait émis des doutes quant au dopage de quelques coureurs. En effet, l'histoire démontre que certains ont pratiqué leur discipline sans être réellement inquiétés.

Mais il estime aujourd'hui que la lutte contre le dopage s'est améliorée : "Je pense que nous sommes sur la bonne voie, on se donne de plus en plus de moyens. C'est pour cela que des cas emblématiques de dopage sont apparus au grand jour. Tous les cas qui ont été révélés prouvent l'efficacité du système. Désormais, ce qui est efficace, ce sont les contrôles inopinés, le passeport biologique, un suivi régulier du sportif, des tests sanguins, urinaires, voire capillaires pour certains sports. "On a pris conscience du dopage en France à partir de



l'affaire Festina sur le Tour de France 1998. En France, la lutte contre le dopage est aujourd'hui parmi l'une des plus poussées. Il y a un cahier des charges à remplir. "Il faut maintenant appréhender ce fléau à l'échelle mondiale et pas seulement locale.

"Dans certains pays, la lutte contre le dopage est plus difficile à mettre en œuvre car ils disposent de moins de moyens. Néanmoins, pour palier cela, les fédérations mondiales se déplacent directement dans les pays concernés. Même s'il existe des cas comme celui de la Jamaïque, la lutte progresse. Sans faire de mauvais jeux de mots, tout cela est positif", note Benoit Z.

K. I. et P. A.

Dans le cadre du colloque Médias et Santé, le marathonien vient d'accepter de participer au débat animé par Olivier Mazerolle "Dopage: le grand tabou", vendredi 6 décembre à 18h à la fac de médecine de la Timone (inscription gratuite au 04 91 84 45 04, plus d'infos en page 23).

AVC*

VITE le 15!

V

isage
paralysé



L

nergie
d'un membre



Gros qui pleut.

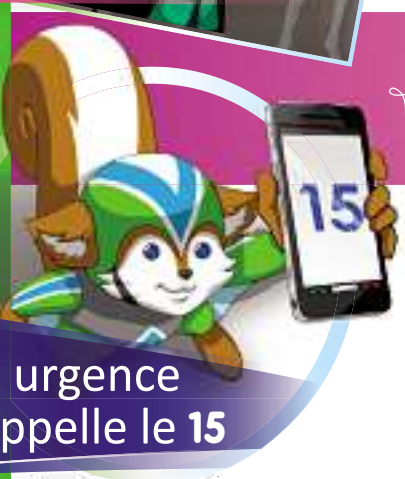
T

rouble
de la parole



E

n urgence
appelle le 15



Flashez et Téléchargez
gratuitement le clip musical
sur le site www.avcvite15.fr



Un seul signe suffit



AVC, et Après ?



pour en savoir plus, rendez-vous sur le site www.avcvite15.com



Avec le soutien de



Bayer HealthCare

* AVC : Accident Vasculaire Cérébral

LE POINT DE VUE DES ORGANISATEURS DU COLLOQUE MÉDIAS ET SANTÉ

O. Mazerolle - Y. Berland : "On doit pouvoir parler de tout"



Olivier Mazerolle, directeur général délégué de La Provence

■ **Les médias évitent-ils certains sujets pour ne pas communiquer d'idées anxieuses, effrayantes, au public ?**

Je ne pense pas que les médias occultent certains sujets dans cette optique. En revanche, il faut prêter attention à la manière dont on aborde un sujet.

La règle est de ne pas donner l'impression à un lecteur touché par une maladie qu'elle est incurable. La psychologie est une partie importante du traitement. On s'adresse à tout le monde, donc si on atteint quelqu'un de touché, on a une vraie responsabilité. On ne peut pas entraîner le lecteur dans le désespoir. Si on prend le cancer du pancréas, beaucoup en meurent,

notamment parce qu'il est difficile à dépister, mais d'autres pas. On n'est pas là pour poser un diagnostic définitif.

■ **Certaines maladies comme le SIDA ne sont-elles pas trop traitées par les médias, au détriment d'autres qui sont rarement abordées ?**

Je ne crois pas. On parle beaucoup des maladies cardiaques car ce sont celles qui provoquent le plus de décès après les morts naturelles. Le SIDA, je me demande même si on ne devrait pas en parler davantage. Au moment de son apparition, on l'appelait le virus de la mort. On est passé d'une mort absolument certaine à l'apparition de traitements possibles. On fait comme s'il n'y avait plus besoin d'en parler, c'est le contre-coup du traitement médiatique des débuts.

■ **Les médias parlent rarement de l'impuissance sexuelle, ou des hémorroïdes qui touchent des millions de Français. Pourquoi cette pudeur ?**

Ce sont des sujets que les gens n'étaient pas sur la table mais qui les intéressent beaucoup. Le cas de l'impuissance peut détériorer un couple. Avec la médecine, on touche à des sujets psychologiques sensibles, il faut les aborder avec précaution. D'une manière générale, il faut garder à l'esprit que l'approche à la maladie est très égoïste. Si le lecteur se sent concerné, il sera incité à lire. À l'inverse, si l'on parle d'une maladie plus rare, l'intérêt sera moins marqué.

■ **Les médias ont un rôle de prescripteur. Quel est l'impact de sujets comme le classement des meilleurs hôpitaux et cliniques, par exemple ?**

J'ai toujours trouvé ces classements sans intérêt. Mais je trouverais intéressant de dire qu'un hôpital est dangereux en raison de problèmes sanitaires ou de son matériel obsolète. Si l'on avertit d'un danger particulier, alors c'est utile. Ce genre de classement n'a rien à voir avec le domaine de la santé mais il est symptomatique d'une presse aux abois. La presse est face à un problème de civilisation, avec une rupture des habitudes de lecture. Elle croit pouvoir récupérer l'intérêt des lecteurs avec de la soupe mais elle perd en crédibilité.

Propos recueillis par Xavier LACOMBE

Olivier Mazerolle animera la conférence "Dopage: le grand tabou" le 6 décembre à 18h à la faculté de médecine de la Timone. Pour s'inscrire gratuitement: 04 91 84 45 04.



Yvon Berland, président d'Aix-Marseille Université

■ **Le cursus universitaire en médecine est-il adapté, pas trop long ?**

En France, on part trop souvent du principe qu'une formation débouche sur un métier. Je pense qu'il faut partir du métier, réfléchir aux compétences nécessaires pour l'exercer et adapter en fonction la formation. Est-ce qu'on est compétent à la fin du cursus? Je pense que oui. En France, nous avons de bons médecins, bien formés. Une des raisons à cela, c'est la formation clinique, pratique. C'est la durée nécessaire pour acquérir un socle théorique.

■ **Parmi les tabous de la santé, il y a celui des étudiants qui font le choix de partir étudier la médecine ailleurs, en Roumanie notamment, où les études sont réputées plus faciles. Comment jugez-vous ces formations ?**

Aujourd'hui, il est trop tôt pour faire un bilan quant aux compétences de ces étudiants. Néanmoins, cela pose la question du numerus clausus en France. Faut-il le conserver? La question mérite d'être posée si certains étudiants qui en ont les moyens partent à l'étranger pour leur formation puis reviennent exercer en France. On dit aussi souvent qu'on va manquer de médecins en France, mais je ne suis pas certain que la suppression du numerus clausus permettra d'y remédier. Rien ne dit que les médecins n'iront pas dans les mêmes zones.

■ **En fait-on assez contre les fléaux qui remplissent les hôpitaux comme la malbouffe, le tabac ou l'alcool ?**

Si l'on prend le cas du tabac, trois facteurs entrent en jeu: la liberté individuelle, les conséquences sur la santé et les finances de l'État. Pour ce dernier point, l'État est dans une position hypocrite puisqu'il déploie des actions préventives contre le tabac dans une optique de santé mais, dans le même temps, la hausse du prix des paquets de cigarettes constitue une augmentation de ses recettes.

■ **Autre tabou mis en lumière depuis l'affaire du Médiateur, les relations qu'entretiennent médecins et laboratoires. Sont-elles assainies ?**

À partir du moment où ce sont les laboratoires qui viennent chercher les médecins en raison de leurs compétences pour répondre à des questions, je n'y vois pas d'inconvénients. Y compris si cela inclut une rémunération car c'est du travail. Néanmoins, l'expertise de ces médecins ne doit pas être entachée par une évaluation viciée: "Vous me demandez mon avis mais mon expertise doit être véritable, sans parti pris".

■ **Selon vous, existe-t-il des tabous dans les médias ?**

Il me paraît important de ne pas toujours parler des mêmes choses. Il y a certaines maladies orphelines dont on ne parle jamais. Quand on est concerné par une maladie, on se fiche de savoir combien d'autres personnes en sont atteintes. On veut qu'on parle de notre maladie.

Propos recueillis par X. L.

REPORTAGE

Hôpital Saint Joseph : plongée

Un couloir, des portes entrouvertes, des familles qui passent et une équipe médicale aux petits soins. Tel est le quotidien du service de soins palliatifs où l'on privilégie un accompagnement tout en douceur.

Il est 14h, le silence règne au "Patio", service des soins palliatifs de l'hôpital Saint Joseph à Marseille (8^e). Le grand couloir blanc aux portes bleues est paisible, les patients sont dans leur chambre, quelques soignants se croisent. Dans ce lieu de vie ouvert se trouvent 12 malades en fin de vie, accompagnés par une équipe de professionnels : un médecin, des infirmières, des aides-soignantes, un psychologue ou encore un kinésithérapeute.

Les patients du Patio arrivent soit de leur domicile, soit d'un autre service de l'hôpital, des urgences ou encore d'un établissement tiers. Leur admission est justifiée par leur état de santé, une maladie évolutive, incurable, ou un cas d'abstention thérapeutique, c'est-à-dire l'arrêt de tout traitement. *"Les soins palliatifs, c'est tout ce qu'il y a à faire quand il n'y a plus rien à faire, ce n'est pas une fin en soi"*, explique Sybille Delestan, cadre infirmière du service. *"Les patients continuent d'avoir des projets, qui peuvent aller du choix d'un 'menu plaisir', un Skype avec des proches, à la préparation d'un retour à domicile"*.

Ces projets sont établis à court et long terme et sont redéfinis par toute l'équipe chaque semaine. Dans ce contexte-là, le rôle des soignants est de pallier tous les symptômes d'inconforts des personnes, qu'ils soient physiques, moraux ou psychologiques, et d'apporter du plaisir durant leur temps de vie restant.

16h, le goûter approche, le bruit des pas et les voix résonnent dans le couloir. Les infirmières font le tour des chambres afin de demander à chaque patient ce qu'il aimerait manger. *"Nous avons un super-cuisinier, qui n'hésite pas à faire plaisir à chacun"*, souligne Sybille Delestan.

Une femme entre au Patio et se dirige vers une chambre. Ici, la famille tient une place importante pour ces personnes en fin de vie,

puisqu'elle peut librement leur rendre visite à toute heure, un lit d'accompagnant leur est d'ailleurs réservé.

Douce mais sans détour

L'entretien d'accueil est primordial car les proches sont souvent mal informés et les soins palliatifs très mal connus car considérés comme le lieu où mourir. Comme le soulignent Dominique Quillico et Mélanie Ponce, infirmières, *"dans l'imaginaire collectif, quand on rentre dans un service des soins palliatifs c'est qu'on va mourir dans les jours qui viennent. Ce qui n'est pas nécessairement vrai, certaines personnes peuvent rester des mois"*. Ensuite, des réunions plus "informelles" se font, à la demande de la famille ou du personnel. À l'image de cette femme désemparée, qui craque et demande du soutien dans le bureau de la cadre infirmière. À partir du 5 décembre aura lieu, hebdomadairement, une réunion grand public sur les soins palliatifs, afin d'essayer de mieux les comprendre et de combler les lacunes de chacun.

Au détour d'une chambre, un patient hurle et réclame une infirmière, un autre arrache ses perfusions pour traduire son mal-être. Souvent sollicitée et attendue, cette équipe de soignantes au grand

cœur ne travaille pas dans ce service si particulier, par hasard. En effet, chacune à son échelle a, petit à petit, construit un cheminement à travers ses expériences, ses rencontres, sa vie privée, qui l'a amenée à avoir cette approche globale du patient où le soin est technique et relationnel. Ces femmes sont un vrai soutien pour les patients mais aussi entre elles quand ça ne va pas ou que ça ne va plus.

Quand les patients arrivent dans le service des soins palliatifs, ils sont normalement informés de leur état de santé, même si certains ne veulent pas entendre le mal qui les ronge. L'annonce, qu'elle concerne une aggravation ou une modification de traitement, est une étape difficile de la pathologie et n'est délivrée qu'aux patients prêts à entendre. Pourtant, elle constitue le quotidien du docteur Nadjat Saadallah qui a dû se créer ses propres techniques pour être douce mais sans détour. En effet, Nadjat Saadallah n'a jamais reçu ou dispensé de formation pour gérer une telle annonce avec délicatesse tout en étant honnête envers le patient.

L'euthanasie ? Non...

Les soins palliatifs restent *"un tabou dans notre société car on ne veut pas mourir, on l'accepte mal"*,

souligne la psychologue Christine Burelli. *"Cela fait peur aux gens, même aux professionnels"* ajoute le docteur Saadallah, qui se présente elle-même en premier lieu comme un 'médecin douleur'.

Dans le contexte de l'éventuel changement de la loi Léonetti glissant vers l'euthanasie (lire ci-contre), tout le service est unanime : la vie vaut d'être vécue jusqu'au bout. Ce projet de loi fait réagir : *"Si la loi passe, j'arrête le métier !"* s'exclame Nadjat Saadallah. Certaines demandes d'euthanasie émergent toutefois dans le service lorsque le patient est en grande souffrance, mais *"rares sont les personnes qui le demandent jusqu'au bout, notre but étant d'amoinrir les douleurs"* rappelle Sybille Delestan. Il est nécessaire alors d'aider la famille à surmonter sa peine, *"on comble l'impossible de l'euthanasie par l'écoute"*, explique Mélanie Ponce, infirmière.

17h30, un monsieur âgé se promène dans le couloir blanc au bras d'une infirmière, le son d'une émission télévisée se fait entendre à travers une porte entrebâillée. La nuit tombe. La vie du Patio suit son cours. En douceur. Comme dans n'importe quel autre hôpital, finalement.

Émilie GUTIERREZ et Marlie PEIRAT



L'Hôpital Saint Joseph à Marseille a développé un service de soins palliatifs où les patients restent de quelques jours à plusieurs mois, parfois avant de rentrer chez eux quand c'est possible.

/ PHOTO BRUNO SOUILLARD

au cœur des soins palliatifs



L'équipe médicale de l'unité de soins palliatifs de Saint-Joseph se veut disponible 24h/24. / PHOTO L.P.

Dr Salas: "Nous ne donnons pas la mort"

Le docteur Sébastien Salas est oncologue médical, responsable du service des soins de supports et des soins palliatifs au CHU de la Timone, à Marseille.

Le service d'oncologie médicale de la Timone prend en charge des patients atteints de tout type de cancer, du début de l'annonce de leur maladie, pour les traitements, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie si cela s'avère nécessaire. Ainsi, les patients sont suivis par le même personnel soignant tout au long de leur maladie, il n'y a "pas de sensation d'abandon thérapeutique", souligne le docteur Salas.

Pour lui, la Loi Léonetti est bien adaptée au patient en cancérologie. "On connaît les limites que l'on a au niveau thérapeutique", explique-t-il. En effet, la sédation est le dernier recours, elle permet de soulager une souffrance into-



léralable en réduisant l'état de conscience du patient. Ce traitement est mis en œuvre après une décision collégiale prise en amont, entre les soignants, la famille et le patient. "Ce qui compte, c'est une prise en charge humaniste", insiste Sébastien Salas.

La prise en charge globale du patient est donc primordiale afin d'atténuer toute souffrance, si bien que ce spécialiste précise que dans son service, "nous sommes très peu confrontés à des demandes d'euthanasie". Dans tous les cas, la loi est claire, et le praticien ne se sent pas prêt à "donner intentionnellement la mort, ni moralement, ni éthiquement, ni culturellement". Toutefois, il indique qu'il est possible de se questionner dans certaines situations, "pour des patients qui ont des déficits fonctionnels et qui ne souffrent pas".

E.G. et M.P.

La loi Léonetti en débat

La loi Léonetti de 2005 devrait évoluer "en faveur de la dignité de la personne", en ce mois de décembre 2013 au terme d'un "débat public national" a assuré François Hollande. Encore trop peu appliquée et pas toujours comprise, cette loi a pour but d'empêcher l'acharnement thérapeutique défini comme "obstination déraisonnable" envers les patients en fin de vie et de s'assurer que leurs volontés soient respectées. La loi favorise les soins palliatifs qui permettent de soulager la douleur des patients.

Dans ce cadre, la dignité du mourant doit être respectée et les traitements interrompus si telle est la volonté du patient, exprimée par lui-même ou une personne proche. Cette loi met le patient au cœur des soins en l'informant des décisions prises. Le médecin assure une fin de vie avec dignité du patient en soulageant sa souffrance grâce à des soins adaptés.

C'est pour cela que comme l'a annoncé le président de la République au mois de juillet, il y aura sans doute en cette fin d'année, "un projet de loi" qui "complètera, améliorera la loi Léonetti". Ce projet abordera notamment les sujets de la sédation profonde qui consiste à endormir le patient après l'arrêt des traitements, jusqu'au décès, mais aussi l'assistance à domicile et l'accélération de la mort qui reste compliquée.

E. G. et M. P.



5 équipes mobiles à domicile

Le Pôle de Soins Palliatifs des Bouches-du-Rhône se compose de 5 équipes mobiles territoriales (Hôpital Saint-Joseph et Clinique Sainte-Elisabeth à Marseille, Centre hospitalier de Salon-de-Provence, Hôpital St-Thomas de Villeneuve à Aix-en-Provence et La Maison à Gardanne). Ce pôle intervient gratuitement au domicile de personnes en fin de vie dont l'état de santé se dégrade subitement, auprès de son entourage ou des professionnels de proximité grâce à une permanence 24h/24 et 7j/7 composée d'un médecin, d'un psychologue et d'infirmières.

Une équipe mobile externe se déplace alors pour réaliser une évaluation globale du patient. Ces professionnels peuvent être sollicités par le médecin généraliste, mais aussi par la famille qui a remarqué une dégradation de l'état de santé de leur proche ou quand le quotidien devient trop difficile à gérer seul.

→ Informations : www.apsp-paca.net ou au 04 42 99 08 04.

VOUS ALLEZ ENTENDRE PARLER DE VOUS

12/13 & 19/20
GRAND SOIR/3

la vie
de votre région
au quotidien



Australie - R.C.S. Paris B 378 899 363 - photos : Fotolia



providence
alpes

VOUS ÊTES AU BON ENDROIT

providence-alpes.france3.fr

france télévisions

(Aix-Marseille
université

La Provence

organisent

5^{ème} Colloque

**Médias
Santé**

SANTÉ :
LES SUJETS TABOUS

Faculté de médecine
Campus Timone
27, Boulevard Jean Moulin
13005 MARSEILLE

6 décembre
2013

MERCI À NOS PARTENAIRES



AMGEN

NOVARTIS
ONCOLOGIE



Bristol-Myers Squibb

AstraZeneca

Bayer HealthCare



**BANQUE POPULAIRE
PROVENÇALE ET CORSE**
BANQUE & ASSURANCE



Partenaires médias

**LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN**



Partenaires institutionnels

École de journalisme et de
Communication d'Aix-Marseille
Aix-Marseille Université

VILLE DE
MARSEILLE
www.marseille.fr



LES ASSOCIATIONS MOBILISÉES

Ces tabous qui empêchent les patients de bien se soigner

Dépasser la sphère de l'intime pour entamer le dialogue avec le médecin est difficile pour une majorité de patients. Les tabous peuvent représenter une entrave au diagnostic immédiat de la maladie. Avec des retards de soins à la clé.

Souvent associés à la gêne, les tabous témoignent d'un malaise évident des patients à parler ouvertement de leurs symptômes à leur médecin traitant. C'est le cas de certains patients atteints de maladies "sensibles", perçues par l'imaginaire collectif comme des fardeaux honteux. Jean-Louis Bertou, dont la famille a été touchée par le cancer colorectal sur plusieurs générations, est aujourd'hui président de l'association France Côlon à Digne. *"Il est encore difficile de parler du cancer colorectal aujourd'hui, confie-t-il. Les gens qui sont face à vous sont également gênés, ce qui rend la chose d'autant plus délicate."*

La persistance de ces tabous s'explique en partie par une image négative du cancer colorectal. *"Il y a une différence flagrante de traitement entre le cancer du sein et le cancer colorectal (40 000 nouveaux cas et 17 500 morts par an, NDLR) qui est perçu comme une maladie sale, qui fait peur"* poursuit Jean-Louis Bertou. Les conséquences sont graves : seuls 32 % des Français accomplissent le test de dépistage Hemocult, pourtant envoyé par l'Assurance Maladie à chacun le jour de ses 50 ans afin de vérifier la présence de sang dans les selles. Une petite manipulation qui peut vous sauver la vie.

Les maladies ayant une incidence directe sur une apparence physique ou sur une anatomie sensible sont effectivement plus sujettes à la gêne et aux tabous. C'est également le cas de la sclérose en plaques. Le docteur Rico, qui consulte au service oncologie du CHU Timone, pointe *"un énorme tabou autour de l'expression « sclérose en plaques ». Dans la conscience collective, c'est une maladie dégradante, invalidante, dégénérative"*. Les ta-



Hôpital Nord. Des cancers digestifs sont parfois détectés tardivement faute d'en avoir parlé.

/ PHOTO P. NOSETTO

bous rendent compte également de la peur des patients à lever le voile sur leurs inquiétudes. Poser des questions à son médecin, c'est donc prendre le risque d'apprendre la vérité sur sa maladie. Pour Dominique Millour, atteint d'un cancer de la moelle osseuse, *"certains malades se liquéfient à l'annonce. Pourtant, il n'y a pas lieu d'avoir peur"*. À l'aise avec sa maladie, il refuse de laisser le tabou s'installer dans la relation avec le médecin : *"Si je n'ai pas confiance en mon médecin, j'en change. Traiter le problème frontalement permet d'accepter la maladie."*

Vie de famille polluée

Rester prisonnier d'un tabou peut pousser les patients à se retrancher dans un mutisme dangereux, les mettant à l'écart de leur entourage : *"ces non-dits polluent la vie des familles"*, déplore Dominique Millour. Également membre de l'AF3M, ce patient espère lutter contre ces tabous grâce à l'entraide et aux liens entre patients. Les associations de patients permettent à ces derniers de pouvoir parler librement de leurs maladies, avec des personnes également atteintes, leur assurant ainsi la possibilité de trouver des réponses ou du soutien en dehors des locaux hospitaliers.

Certaines associations permettent ainsi aux malades d'échanger sur l'évolution des techniques et de militer pour participer à l'essai de certains protocoles. *"Nous testons de nouvelles molécules qui ont été validées sur des modèles biologiques. Nous acceptons de prendre ce risque pour la communauté des malades"*, poursuit Dominique Millour.

Face à cette implication croissante des patients, certains professionnels de santé, comme le docteur Rico, préconisent la présence d'un médecin modérateur au sein de l'association : *"Les associations de patients peuvent être à double tranchant. Elles devraient être canalisées par un médecin qui connaît la pathologie pour éviter que ces derniers ne se perdent dans un trop-plein d'informations"*. En France, plus de 14 000 associations participent à l'amélioration du bien-être des patients. Et l'Université d'Aix-Marseille met en place "l'université des patients" afin de former et de diplômer les patients impliqués dans la prévention et l'accompagnement des malades.

Louise MOROT

Plus d'informations :
www.af3m.org
www.association-france-colon.fr

Internet, le refuge des patients ?

6 Français sur 10 cherchent des conseils santé sur Internet. Mais seul 1 sur 4 prend la peine de vérifier la fiabilité des informations. Les patients sont donc déjà très informés - mais pas forcément de manière juste ni exhaustive - avant même d'entrer chez leur médecin. Sur- tout, Internet s'avère très anxiogène, les cas décrits et discutés étant souvent les plus graves.

Cette "autonomie" des patients inquiète les professionnels : *"Sur Internet, l'information n'est pas adaptée à la personne; il faut trier les informations avec une grande précaution"*, prévient le docteur Rico. Internet remplacera-t-il la consultation traditionnelle ?

A l'occasion de la Social Media Week de 2011, le docteur Jean-Philippe Rivière, directeur médical de la plateforme Doctissimo, expliquait qu'*"Internet ne pourra jamais remplacer l'empathie d'un médecin, son côté rassurant. La consultation dont on profite pour faire le point et poser un stéthoscope est indispensable"*.

L. M.

JOURNALISME

La santé allergique au scoop ?

"Personne ne tient la plume des journalistes. La censure est tenue pas les journalistes eux-mêmes". Marc Gombeaud, dirigeant de l'agence de presse Destination Santé, n'y va pas avec le dos de la cuillère et remet en cause le travail de certains confrères traitant des sujets de santé. Entre manque de formation et culture du scoop, cet homme à l'expérience journalistique reconnue dénonce les pratiques actuelles dans nombre de rédactions.

Un bon article en matière de santé nécessite une vision à 360°. Le journaliste doit être capable d'analyser et d'interpréter toute l'information, afin de pouvoir servir un sujet à vocation pédagogique ou critique complet. Or, nombreux sont ceux qui ignorent une grande partie du sujet abordé, en raison de leur vision trop étroite ou du manque de temps. Aussi, n'est-ce pas par manque de formation que les journalistes vont se focaliser sur un élément qui fera les gros titres, sans pour autant creuser le sujet sous tous ses aspects ?

Valérie Bourgeois, responsable de la communication de l'Agence Régionale de Santé PACA (ARS), dénonce cette faille. Selon elle, les médias ne censurent pas l'information, mais au contraire l'amplifient. Et c'est cet "effet loupe" qui va venir déformer la réalité et masquer la complexité du système de santé : "Les médias sont sans cesse à la recherche de sujets sensationnels". Pour Marc Gombeaud, chercher perpétuellement la polémique et se positionner dans le scoop n'est pas le rôle du journaliste-santé.

L'information est bien là, mais ce serait donc la façon dont elle est traitée qui serait biaisée. De ce fait, nombreux seraient les sujets de santé passés sous silence. Est-ce finalement le journaliste qui a peur de dire toute la vérité, ou est-ce le lecteur qui craint de la lire ? Dans les deux cas, "la peur ne fait pas disparaître le danger", souligne Marc Gombeaud. Les maladies et affections sont là, bien présentes, et doivent être traitées dans les médias.

Effectivement, certaines questions sont trop souvent laissées au placard. Et ce que regrette M.

Gombeaud, c'est la manière dont tombe le public dans le syndrome du "on nous cache tout". Non, on ne nous cache pas tout en matière de santé. Chaque jour, nombreux sont les écrits traitant de notre bien-être et de notre bien vivre ; encore faut-il savoir les trouver, et les décrypter. Bien des journalistes offrent une information choisie et analysée. Loin des données brutes mises à disposition par l'ARS – porte-parole du ministère de la Santé – les formes sont mises autour de sujets sensibles.

Cancer, fin de vie, maladies auto immunes, sexualité, dépression... Comment ne pas heurter la sensibilité du lecteur concerné ? Les journalistes vont dévoiler la vérité, mais doivent traiter l'information avec prudence et délicatesse, afin d'y soustraire leur caractère potentiellement traumatisant. Pour preuve, nous parlons plus aisément aujourd'hui de la fin de vie à travers les "soins palliatifs" que de la mort elle-même. Mais l'essentiel est d'en parler.

Ne pas effrayer le public, tel serait le leitmotiv de la plupart des rédacteurs en chef ; et la pédagogie est le maître mot. Les médias privilégient d'ailleurs les questions à vocation didactique. Paradoxalement, la culture du scoop, qui vient s'immiscer dans le travail des journalistes, a pour principal objectif d'attirer l'attention sur un scandale sanitaire ; alors que les sujets les plus sensibles sont ceux qui tiennent de la sécurité du patient. Il faut dire toute la vérité, à charge ou à décharge. Jouer sur les termes et leurs tournures permet aux journalistes d'orienter ces sujets délicats et de réveiller l'espoir. "Le lecteur doit se dire : moi, j'ai ma chance", précise M. Gombeaud.

De plus, les écrits journalistiques doivent être justes par rapport à la pluralité des publics. Ils doivent s'adapter aux différentes cultures et aux multiples sensibilités. La presse écrite est également soumise, de nos jours, à des contraintes économiques. En effet, si l'émergence d'un sentiment de peur se fait sentir par les rédac-



Michel Cymes (ici lors du colloque Médias et Santé 2010) s'est imposé par son talent à évoquer des sujets difficiles sans choquer, sur France 5.

teurs en chef en terme de ventes, ces derniers peuvent se montrer réticents à parler de certains sujets tels que les maladies rares. C'est l'avis de Jérôme Vincent, journaliste au Point (1) : "Les médias ont peur de la maladie et de la réaction des lecteurs". Le malaise et les non-dits s'installent, et c'est en ce sens que les tabous s'auto-entretiennent autour de questions inhibantes. Les journalistes sont en proie à cette peur de perte du public, lui-même apeuré.

Certaines questions seraient donc passées sous silence en matière de santé du fait de la somme de deux éléments. À la crainte des chefs, s'ajoute la largesse du sujet. Il est complexe de traiter d'une infor-

mation de santé qui ne touche qu'une infime partie de la population dans un support journalistique destiné au grand public. C'est le cas par exemple de l'hémochromatose (maladie héréditaire se caractérisant par une surcharge de fer dans l'organisme), affectant un nombre très restreint de personnes et combinant tous les inconvénients. Certes, cette pathologie est abordée dans des supports spécialisés, mais est-ce le rôle de la presse grand public d'en parler dans

les moindres détails ? Le rédacteur doit avant tout happer un large public et le fidéliser.

Les sujets de santé sont guidés par une actualité et doivent susciter un intérêt médiatique. Pour exemple, à chaque journée mondiale ou semaine internationale, son arsenal communicationnel. Les médias privilégieraient donc des questions « à la mode », des pathologies courantes ou encore des enquêtes qui toucheront le plus grand nombre de lecteurs. De ce fait, ces écrits sont une valeur sûre, le risque de désintéresser le public n'est pas, ou presque, encouru. Un tri dans l'information de santé est inévitablement nécessaire. Selon Jérôme Vincent, les médias se montrent partiaux, vont tenir l'information et vont être responsables de sa divulgation.

En cas de crise sanitaire, le canal média va être utilisé pour son large écho. Le média va ainsi endosser le rôle d'outil au service de la gestion sanitaire. Il est là pour diffuser un message de santé : il va devoir rassurer avant tout, mettre en avant sécurité et assistance.

Morgan BENOIT et Estelle DELEPINE

(1) Jérôme Vincent participera à la table ronde "Ce que les médias ne disent pas" le 6 décembre à 14h à la faculté de médecine de la Timone, amphithéâtre Toga. Entrée libre. Voir le programme complet en page 23.

"Le scoop n'est pas la vocation du journaliste-santé."

"Les médias ont peur de la réaction des lecteurs."

Oublierait-on Alzheimer ?

L'Alzheimer. Voici un exemple de maladie pour laquelle le traitement journalistique est complexe. Pourtant gravissime, pourquoi ne parle-t-on pas davantage de cette pathologie si répandue ? Quels facteurs viennent donc freiner l'intérêt des médias ? Entre dire la vérité et susciter l'espoir, les plumes hésitent. Cette maladie fait aujourd'hui partie des sujets délicats à traiter, touchant pourtant une grosse partie de la population.

Il y a deux ans, 860 000 Français souffraient d'un Alzheimer et l'AIRMA (Association Internationale pour la Recherche sur la Maladie d'Alzheimer) prévoyait 225 000 nouveaux cas par an. Le premier des axes du plan Alzheimer lancé en 2008 était d'informer et de sensibiliser le public. Or, peut-on prévenir une maladie sans précédent pour laquelle il n'existe aucun remède ? Après les campagnes visuelles chocs et les articles informatifs, un traitement plus approfondi de



l'information sur cette pathologie semble difficile à établir. Au-delà de rassurer ou de démoraliser son lectorat, le journaliste a pour principal objectif de communiquer une information en toute transparence. Cependant, ce n'est pas chose facile que de s'exprimer à propos d'une maladie incurable et, qui plus est, effraie. Insister sur les recherches, oui ; mais se prononcer sur l'avancement thérapeutique, impossible quand rien n'a été découvert. Au-delà d'un tabou de la santé,

l'Alzheimer se montre comme une impasse, où l'écriture journalistique séjourne. Dès lors, la difficulté à traiter de certains sujets sensibles ne provient-elle pas d'une carence en ressources, au-delà d'une peur de la réaction du public ? Bien que la recherche soit active, c'est l'information stagnante sur cette maladie grave et le déficit de découvertes thérapeutiques qui semblent freiner la parution d'articles.

M. B. et E. D.



"Fin de vie : la loi Léonetti, et après ?"

L'Hôpital Saint Joseph (26 Bd de Louvain, Marseille 8^e) accueille, ce 5 décembre 2013 à 18 heures, Jean Léonetti. Ancien ministre chargé des Affaires européennes et rapporteur de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, il donnera une conférence sur ce thème. Depuis sa promulgation en 2005, cette loi fait couler beaucoup d'encre. Huit ans plus tard, quel bilan ? Entrée libre.

La Timone ouvre un super-bloc opératoire

Le bâtiment médico-technique (BMT), adossé à l'Hôpital de la Timone, ouvrira ses portes à ses nouveaux patients à partir du 11 décembre 2013. Cette structure de haute technologie deviendra l'un des plus grands centres européens d'accueil des urgences, avec 100 000 passages annuels prévus. Avec une trentaine de blocs opératoires, le BMT va être inauguré par les services de chirurgie cardio-thoracique et chirurgie vasculaire des professeurs Collart et Piquet.

Le Pharo accueille le 1^{er} congrès santé-environnement PACA

Le 6 et 7 décembre, l'Union régionale des professionnels de médecins libéraux (URPS) PACA, Haute-Normandie et Corse organisent un congrès au palais du Pharo : "les pathologies environnementales émergentes". L'occasion d'aborder la santé à travers les environnements biologique à chimique en passant par les environnements cognitif et comportemental.

Donner pour un accélérateur linéaire, ça ne fait pas rêver, ça sauve simplement des vies

L'Institut Paoli-Calmettes (IPC) a besoin de votre soutien pour financer un accélérateur linéaire de radiothérapie unique en France qui traite des tumeurs inaccessibles.

* Les dons à l'IPC permettent de financer la recherche et la prise en charge des patients atteints de cancer. Les dons de 100 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Les dons de 50 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Les dons de 25 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Les dons de 10 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Les dons de 5 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Les dons de 2 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Les dons de 1 € ou plus sont déductibles de l'impôt sur le revenu.

L'IPC est habilité à recevoir des dons. Les dons à l'IPC bénéficient d'une réduction fiscale jusqu'à 66% du montant du don.

Votre contact : direction et mécénat
Carole Pascal
coordonnatrice mécénat
04 91 72 35 10

INSTITUT PAOLI-CALMETTES
Centre régional de lutte contre le cancer Provence-Alpes-Côte d'Azur



votre radio prend soin de vous

en direct du 5ème
colloque Médias & Santé
à la Timone

**vendredi 6 décembre
de 11h à 17h**

103.6

vu d'ici

LE PROGRAMME DU 5^e COLLOQUE MÉDIAS ET SANTÉ

Venez briser les tabous !

Le colloque Médias et Santé se déroulera vendredi 6 décembre à la faculté de médecine de la Timone. Organisé par Aix-Marseille Université et La Provence, il rassemblera 24 intervenants autour de 3 tables rondes et d'une conférence-débat. Le public est invité gratuitement toute la journée. France Bleu Provence (103.6 FM) diffusera en direct de 11h à 17h. France 3 Provence Alpes et Le Quotidien du Médecins sont également partenaires.

10H45. TABLE RONDE 1

Animée par Alain Marie (Le Quotidien du Médecin) : **Ce que les médecins ne disent pas.**

Les médecins communiquent-ils suffisamment sur le coût des soins ? Quelles relations entretiennent-ils avec les laboratoires ? En fait-on assez pour réduire le trou de la Sécurité ?

Intervenants : Dr Norbert Nabet (directeur adjoint de l'ARS PACA), Philippe Mougin (directeur des analyses et des stratégies de régionalisation, Bayer Healthcare), Alain Trebucq (président du Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé), Pr Fabrice Barlési (chef du service oncologie à l'Hôpital Nord), Pierre-Yves Duthilleul (directeur départemental adjoint de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

14H. TABLE RONDE 2

Animée par Alexandre Joux (directeur de l'École de Journalisme-AMU) : **Ce que les médias ne disent pas.**

L'optimisme des médias en santé n'incite-t-il pas les lecteurs à ne pas se soucier de leur santé ? Les médias sont-ils les nouveaux donneurs d'ordre dans le domaine de la santé ? Les médias évitent-ils certains sujets anxiogènes pour ne pas angoisser les lecteurs ?

Intervenants : Céline Lis (fondatrice de Rose Magazine), Jérôme Vincent (Le Point), Pr Jean-François Mattei (Ancien ministre de la Santé), Jean-Yves Mairé (directeur de la communication d'AstraZeneca), Dr Thérèse Aurran (médecin hématologue).

15H45. TABLE RONDE 3

Animée par Philippe Schmit (rédacteur en chef adjoint de La Provence) : **Ce que les patients revendiquent.**

Qu'attendent les patients des médecins et des médias ? Que se cache-t-il derrière les associations de patients ? N'y a-t-il pas un excès de revendications de la part des patients ?

Intervenants : Mina Daban (présidente association Leucémie Myéloïde Chronique), Frédéric Durand-Salmon (Fondateur de BePatient), Pr Léon Boublil (obstétricien Hôpital Nord, Université des patients-AMU), Christian Dutreil



Le comité d'organisation s'est réuni autour d'Yvon Berland, président d'AMU, et Marc Auburtin, directeur général délégué de La Provence, pour attribuer les Trophées de la Santé.

/ PHOTO NICOLAS VALLAURI

(président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie), Jean-Laurent Bernard (rédacteur en chef France Bleu Provence), Dr Christine Bara (responsable de la Politique des patients à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille).

18H. CONFÉRENCE : DOPAGE, LE GRAND TABOU

Animée par Olivier Mazerolle (directeur général éditorial de La Provence).

Intervenants : Dr Jean-Baptiste Grisoli (médecin équipe de France de rugby), Dr Hervé Collado (médecin du sport), Laurence Manfredi (championne du lancer de poids), Benoît Z (recordman d'Europe du marathon). À l'issue de la conférence seront décernés 4 Trophées de la Santé dont le Trophée du Public attribué par les lecteurs de La Provence. Fin de la cérémonie à 20h15.

Colloque Médias et Santé :

Vendredi 6 décembre à partir de 10h30.

Faculté de médecine, Campus Timone.

27, boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille.

Métro et parking Timone. Entrée gratuite.

Renseignements et inscriptions : 04 96 15 12 50.

En savoir plus : www.medias-sante.com.

Depuis 4 ans, journalistes et médecins s'affrontent et se comprennent mieux

Lancé en 2009 à l'initiative de l'université présidée par le Pr Yvon Berland et du journal La Provence, ce colloque annuel Médias et Santé a pour objectif de croiser les points de vue des professionnels de la communication et de la santé. Quand on sait que la santé est la préoccupation principale des Français avec l'emploi, on saisit l'importance d'une réflexion sur la façon d'en parler et d'y associer les patients à travers des tables rondes ouvertes à tous. France Bleu Provence et France 3 Provence Alpes sont partenaires du colloque. Un comité d'organisation s'est réuni tout au long de l'année autour d'Yvon Berland et d'Alexandre Joux (directeur de l'École de Journalisme EJCAM) pour Aix-Marseille Université, de Marc Auburtin, Olivier Mazerolle et Philippe Schmit pour La Provence.

Il associe plusieurs des grands médecins et personnels de l'Assistance Publique de Marseille ainsi que de l'Institut Paoli-Calmettes et d'Aix-Marseille Université. Citons notamment les professeurs Jean-Noël Argenson, Fabrice Barlési, Mathieu Ceccaldi, Olivier Chinot, Frédéric Collart, Christian Coulange, Pierre Dantin, Françoise Dignat-George, Jean-Charles Grimaud, Bernard Kreitmann, Marc Lambert, Claude Martin, Guy Moulin, Jean Pouget, Denis Raccah, José Sampol, Bernard Sastre, Jean-Michel Triglia, Patrice Vanelle, Patrice Viens, Patrick Villani, Jean-Michel Viton. Ont également participé Alain Gargani et son équipe d'Atout Organisation, Caroline Peragut, Perrine Seghier et Alexandre Lanzalavi (AP-HM), Anne Fouchard (IPC), Valérie Bourgeois (ARS), Delphine Bucquet (AMU).

un jour
je serai ...
docteur



(Aix*Marseille
université
www.univ-amu.fr

Avec
Aix-Marseille Université,
je réalise mes rêves.