



Compte rendu  
**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CFOM**

**SAMEDI 14 NOVEMBRE 2015**  
**09H00 – 17H30**

CNOM  
180 Bd HAUSSMANN 75008 PARIS

**09 h 30** : Ouverture

- **Allocution du Dr Patrick BOUET, Président Conseil de l'Ordre des Médecins de France**

Mes Chers Amis, vous vous en doutez, j'aurais aimé vous accueillir dans d'autres circonstances.

Le drame que vit notre pays depuis cette nuit et la mobilisation des professionnels de santé dans la région francilienne pour répondre à l'horreur qui vient de frapper la France, nous oblige à modifier le programme de cette journée.

Nous tenons cette Assemblée générale malgré la désapprobation de la Préfecture de police de Paris qui souhaitait que cette réunion soit annulée. Les uns et les autres s'étant déplacés pour que nous puissions échanger ensemble, il me semblait donc naturel que nous maintenions ce rassemblement en lieu privé. Je vous remercie d'être tous présents et des manifestations de soutien dont vous nous avez fait part, ainsi que pour vos manifestations de soutien à notre pays et à l'ensemble de la population et victimes de cet attentat.

Je ne vais pas rester avec vous, vous le comprendrez, car je dois remplir un certain nombre de devoirs que nous connaissons tous dans nos responsabilités réciproques. Je serai au Samu de Paris et de Bobigny plus tard pour soutenir les équipes médicales qui se sont dévouées cette nuit pour sauver des vies, et elles en ont sauvé, même si malheureusement d'autres vies vont s'éteindre dans les heures qui viennent parce que toutes ne pourront pas être sauvées. Je vais donc les soutenir au nom de l'Ordre des médecins au même titre que j'ai contacté les Présidents des syndicats des médecins libéraux, puisqu'il y avait dans le même temps un mouvement de grève des médecins libéraux contre un dispositif législatif présenté à l'Assemblée nationale. Nous avons demandé cette nuit que ce mouvement soit suspendu pour que l'ensemble des médecins libéraux puissent à partir d'aujourd'hui, non pas être là dans le drame aigu de l'urgence puisque cela a été fait par les équipes spécialisées qui l'ont fait, mais puissent être présents dans le retour c'est-à-dire le traumatisme de la population, des familles et des victimes. Il faudra bien que l'ensemble des médecins soient à la disposition de cette population parce que je ne doute pas que les heures et jours qui viennent soient difficiles à traverser.

Donc merci à tous d'être présents, merci au Président SANDJON d'être parmi nous pour présider cette CFOM à laquelle nous sommes très attachés. Le Pr Jacques ROLAND m'en reparlait cet été, cela reste un moment fort de rencontre entre nous, de partage d'expérience et de réalité de nos pays et nos cultures et en même temps de cette culture francophone, de ce partage du rôle des médecins qui dans chacun de nos pays sont toujours là quand les populations souffrent ou que les pays souffrent.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire au Premier ministre, il y a quelques jours lors de notre Congrès, c'est bien parce que les médecins sont des piliers régulateurs de la sécurité d'une société qu'ils doivent être respectés, mais qu'ils doivent aussi être respectueux de la société dans laquelle ils exercent et des missions à responsabilité qui sont les leurs.

Par conséquent aujourd'hui, dans un format plus contraint, nous allons débattre et discuter sur différents thèmes.

Nous sommes malheureusement contraints d'annuler le dîner convivial que nous avons organisé ce soir et j'en suis désolé. Cela ne nous semblait pas possible de le maintenir. Nous en sommes tombés d'accord avec le Président SANDJON. Il paraît difficile de nous réunir dans un moment festif alors que des hommes et des femmes ont aujourd'hui perdu la vie ou sont en grande souffrance.



Merci encore à tous d'être parmi nous, c'est pour nous un signal fort de soutien dans ce moment douloureux et je vous en sais gré.

*(Applaudissements.)*

- Allocution du **Dr Guy SANDJON**, Président de la CFOM, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Cameroun.

Chers Collègues, bienvenus dans cette salle du Conseil national de l'Ordre des médecins. Excusez mon émotion. Je voudrais vous demander, comme il est de coutume en de telles circonstances, d'observer une minute de silence en la mémoire de ceux qui nous ont quittés hier soir à qui nous pouvons éventuellement associer ceux qui nous ont quittés dans un autre attentat à Beyrouth il y a quelques jours.

*(Il est observé une minute de silence.)*

Je remercie Monsieur le Président BOUET de nous accueillir dans cette belle salle de l'Ordre des médecins français. Nos remerciements peuvent aussi être adressés au peuple français, parce que c'est finalement la culture et la langue française qui nous réunit aujourd'hui ici. À travers vous, Monsieur le Président, nous voulons vraiment manifester nos remerciements à ce peuple de paix si durement frappé hier soir. Rien ne peut expliquer de tels événements. Il n'y a pas de mot, c'est un acte barbare que nous pouvons que condamner. Je pense qu'un forum comme celui que nous tenons aujourd'hui devrait le stigmatiser et prendre une résolution en fin de réunion qui irait dans ce sens afin de montrer notre désapprobation même si la vie doit continuer après des événements aussi tragiques pour ne pas donner raison à ces actes incompréhensibles.

Nous vivons à peu près la même chose dans l'extrême Nord du Cameroun par une nébuleuse du même genre qui s'appelle Boko Haram, des enfants kamikazes se font exploser dans des marchés et comme toujours les médecins sont présents sur le terrain pour soulager les souffrances. Nous ne pouvons pas passer sous silence des événements de ce genre. Je connais la détermination de votre peuple et je sais que cela ne vous enlèvera pas cette humanisme que l'on vous connaît et cette efficacité à perpétrer la civilisation.

Nous allons tout de même ce matin contraindre notre programme parce que nous ne pouvons pas faire comme si de rien n'était. Nous avons des programmes d'une heure chacun que nous allons essayer de ramener à 45 minutes. Nous effectuerons ensuite les travaux d'Assemblée générale, puisque hier lors de la réunion du Bureau, il a été décidé d'apporter un souffle nouveau à notre Institution en renouvelant l'exécutif.

Nous avons également parlé de cette rencontre que nous avons eue avec la Secrétaire générale de la francophonie Mme Michaëlle JEAN, canadienne, qui nous a ouvert largement les bras pour accueillir notre Institution en tant qu'organisme associé. Il vous reviendra aujourd'hui de décider de la forme que nous devons donner à cette collaboration puisqu'elle nous en laisse le choix. Elle est beaucoup plus au fait des problèmes qui concernent notre Institution que nous-mêmes et est prête à nous appuyer sur tous les plans. Elle a évoqué les grandes pandémies de nos pays qui peuvent avoir des problèmes de santé publique, des difficultés de mobilisation humaine et matérielle. Nous avons donc aujourd'hui le label de la francophonie puisque le Secrétaire général, M. DEAU, a continué à travailler avec ses collaboratrices et il nous en parlera plus tard.

Enfin, et c'était une de nos missions, nous avons augmenté le nombre des pays adhérents puisqu'une Institution n'est forte que par le nombre des personnes qui la représentent. Je me réjouis donc de la présence du Canada parmi nous par l'intermédiaire de Mme BENSIMON. J'avoue avoir un peu menti à Michaëlle JEAN à qui j'ai indiqué que le Canada était très actif lorsqu'elle m'avait interrogé.

### **Mme BENSIMON**

Dorénavant, il le sera.

### **Dr Guy SANDJON**

Je vais donner la parole à M. DEAU pour parler de la francophonie. Nous évoquerons ensuite les soins palliatifs en Afrique francophone, où les pays sont totalement démunis, les patients se retrouvant très



souvent dans des circuits parallèles. Nous discuterons ensuite des problèmes climatiques, la COP21 commençant dans 15 jours à Paris. Enfin, nous parlerons du sujet d'Ebola pour, j'espère, le clore. Sujet qui nous a beaucoup occupés l'année dernière en Afrique de l'Ouest. 11 000 morts plus tard, l'OMS déclarait la fin de l'épidémie.

Monsieur le Président BOUET, mes chers collègues Présidents, je vous remercie et vous souhaite une bonne matinée de travail.

*(Applaudissements.)*

- **Présentation des sujets par le Dr Xavier DEAU, Past-Président de l'Association médicale mondiale, Président de la Délégation aux affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins français, Secrétaire général de la CFOM.**

Bonjour à tous.

Pourquoi c'est 3 thèmes ? Tout d'abord, la francophonie est née en 2006 ici même en ces lieux sous l'instigation du Pr Jacques ROLAND, ancien Président du Conseil national de l'Ordre des médecins français. L'équipe depuis s'étant naturellement renouvelée, vous n'avez peut-être pas tous assisté à la naissance de la francophonie, c'est pourquoi il est bon de faire un bref rappel.

Ensuite, seront traités les soins palliatifs dans le Maghreb. Mme le Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, lors de l'Assemblée générale de l'OMS a mis en exergue deux sujets. La problématique Ebola pour lequel elle a reconnu un retard franc et massif de l'OMS par rapport à cette maladie catastrophique, et l'inappropriation des soins palliatifs en pays francophones. M. LOHMAN, spécialiste des Nations unies de New-York, nous fait l'honneur de venir spécialement pour nous en parler. C'est important parce que l'on ne peut parler de soins palliatifs sans parler de la fin de vie. Le Tchad nous avait dit la dernière fois qu'en Europe on achetait la mort. Non, nous nous devons d'avoir des soins palliatifs pour avoir une fin respectueuse et accompagnée par son médecin.

Enfin, la COP21 qui est bien sûr une histoire d'industrie et d'argent, mais aussi d'impact sur la problématique de santé liée aux bouleversements climatiques. Cet impact est important lorsque l'on examine la carte du monde, on constate que l'Amérique du Nord et la Chine sont de grands pollueurs. Mais les conséquences de ces pollutions portent essentiellement sur les pays les plus vulnérables et pauvres. Quel est le rôle du médecin de cette problématique ? A cette occasion, je vous informe que le Conseil national de l'Ordre des médecins a été agréé COP21.

Avant de commencer cette présentation sur la francophonie, je voudrais préciser qu'il n'est pas question aujourd'hui dans cette séance de faire de grosses présentations, mais que tout le monde puisse s'exprimer. Il y a deux ans, je m'étais autorisé à couper la parole lorsque certains étaient trop bavards, mais nous avons besoin de votre expérience et votre témoignage pour pouvoir continuer le travail de la CFOM.

En ce jour où nous sommes tous meurtris par ce qui s'est passé et parce qu'il y a des bouleversements partout dans le monde tant géopolitiques que climatiques ou parce que les soins de santé sont en danger, nous nous devons de placer nos activités médicales, notre éthique, nos déontologies au-dessus de nos administrations et de nos gouvernements dans une indépendance du médecin.

Nous nous devons, grâce à cette indépendance et au respect des principes éthiques, d'être des vecteurs de paix à travers le monde.

*(Applaudissements.)*

## **09 h 45-10 h 45 : INTRODUCTION : « POURQUOI LA FRANCOPHONIE »**

- **Présentation, Dr DEAU**

On ne peut pas parler de francophonie dans le monde sans citer M. Léopold Sédar Senghor « *La Francophonie, c'est cet Humanisme intégral, qui se tisse autour de la terre.* »

Il y a 220 millions de francophones dans le monde avec une place importante de l'Afrique où il y a une majorité de francophones. Par ailleurs, le taux de natalité étant important, certains prédisent même que dans 30 ou 40 ans le français sera la langue principale dans le monde.

Il y a également plusieurs pays francophones en Asie, non présents parmi nous aujourd'hui, mais qui étaient pourtant là au début de notre francophonie, notamment le Cambodge.

En Europe, la Roumanie et la Russie parlent français également.

La première définition de la francophonie a été établie en 1880 par le géographe Onésime Reclus.

La première organisation francophone est née en 1961 sous l'appellation « Association des universités de langue française ».

À partir de 1962, la conscience francophone s'est développée sous l'impulsion de M. Léopold Sedar Senghor qui déclare : « *Nous avons un idéal linguistique et culturel commun* », puis de Norodom Sihanouk au Cambodge et bien sûr d'André Malraux, ministre de la Culture dans le gouvernement du général de Gaulle.

De nombreux organismes ont ensuite relayé notre francophonie en particulier, l'OIF (Organisation internationale de la francophonie) avec quatre opérateurs directs spécialisés :

- l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF) ;
- la chaîne internationale de télévision TV5Monde ;
- l'Association internationale des maires francophones (AIMF) ;
- l'Université Senghor d'Alexandrie.

Les missions de l'Organisation internationale de la francophonie s'articulent autour des 4 points suivants :

- promouvoir la langue française et la diversité culturelle et linguistique ;
- promouvoir la paix, la démocratie et les droits de l'homme ;
- appuyer l'éducation, la formation, l'enseignement supérieur et la recherche ;
- accroître la coopération au service du développement durable et de la solidarité.

C'est donc très proche des statuts de notre CFOM à sa création comme nous l'avons évoqué hier après-midi.

L'Organisation internationale de la francophonie présidée par Mme son Excellence Michaëlle JEAN.

La langue française est une langue précise. Le vocabulaire français et surtout la construction de la phrase française ne laissent que peu de place à des interprétations approximatives. Les nuances et la rigueur de la langue française se manifestent en de nombreuses situations. Par exemple, lors d'une réunion de l'AMM à Washington consacrée à la déclaration d'Helsinki, les Américains ont demandé que soit conservée la version française du texte quitte à la retraduire en anglais par la suite. La version française avait finalement peut-être plus de subtilités. Effectivement, les définitions françaises de la « vulnérabilité », de la « personne humaine » ou du « consentement » ou de « l'assentiment » sont plus précises en langue française qu'en langue anglaise.

La culture française s'est enrichie au cours des siècles en étant au contact d'autres cultures, tout en développant des spécificités telles que :

- sa devise « liberté – égalité – fraternité », faut-il vouloir les imposer dans tous les pays ? ;
- la laïcité issue de la loi de 1905.

La laïcité est une spécificité française, vocable qui n'est d'ailleurs pas toujours compris dans les pays anglo-saxons. Laïcité signifie respecter la religion de l'autre sans imposer la sienne.

La médecine est un des fleurons de la francophonie. Nous avons chacun des ancêtres dans nos pays qui ont été les précurseurs d'une médecine moderne avec des découvertes majeures. Nous savons que la France a été un des creusets de la médecine moderne actuelle.

La Conférence Francophone des Ordres des médecins (CFOM) a été en 2006 à l'initiative du Pr Jacques ROLAND alors Président du Conseil national de l'Ordre des médecins français.

Une Charte a été signée lors de la réunion fondatrice du 8 décembre 2006 à Paris. Les statuts de la CFOM ont été adoptés à Bamako le 4 décembre 2007 et 22 pays sont représentés au sein de la CFOM.

L'objectif de la CFOM est :

- de définir une éthique universelle partagée au travers de nos déontologies respectives en défendant :
  - o les droits des patients,
  - o l'accès aux soins,
  - o un exercice médical de qualité, indépendant et responsable,
- de favoriser la solidarité des médecins de tous les pays partageant une page de l'Histoire ou de la culture française.

Fait également partie de cette francophonie, le Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur (CAMES). Nous savons qu'il existe des écoles médicales privées sur le territoire africain et que la CAMES valide ou non la qualité de leur enseignement. Nous devons nous rapprocher de la CAMES, avoir une influence sur ses avis et impérativement consacrer cette qualité de l'enseignement médicale grâce à la CAMES.



Je rappelle que la CAMES a été créée par les chefs d'État de l'Organisation commune africaine et malgache en 1968 rassemblant 9 pays africains le CAMES a pour missions d'établir au travers de ses pays adhérents :

- l'équivalence des diplômes ;
- le recrutement des enseignants ;
- le concours de l'Agrégation.

Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) a été créée sous l'égide du Pr André GOUAZÉ en 1981. Les doyens des facultés francophones ont constitué un réseau d'échange, d'entraide et de coopération. La CIDMEF associe plus de 130 facultés de 40 pays, son but est d'aider les facultés dans leurs missions de formation et est fondée sur le partage et la solidarité.

En conclusion, l'importance du rôle de ces instances francophones est indéniable :

- échanges professionnels et humains ;
- qualité et évaluation de l'enseignement, des diplômes, des compétences professionnelles acquises ;
- médecine de qualité quel que soit l'endroit de la planète.

J'ajouterai un point sur l'enseignement, nos Ordres, basés sur les anciennes ou actuelles législations françaises, sont responsables de la reconnaissance des diplômes, des qualifications, de l'inscription au Tableau de l'Ordre, de l'autorisation d'exercer et bien sûr, de la discipline. L'Ordre des médecins est aussi responsable des problèmes sociaux de chaque médecin qu'il a sous sa responsabilité. Il est important que nous puissions continuer à partager sur ces différents thèmes d'une manière indépendante de nos gouvernements. Ce n'est qu'à ce prix que le médecin sera vecteur de paix partout où il exerce.

Je vous remercie.

*(Applaudissements.)*

• **La formation de la langue française, Dr Walter VORHAUER, Secrétaire Général du Conseil national de l'Ordre des médecins français.**

« Dis-moi d'où tu viens et je te dirai qui tu es ! ». Comment se fait-il que le français ait acquis cette importance et qu'il soit considéré par certains comme une langue maternelle alors qu'elle ne l'est pas réellement ? La langue maternelle, c'est la langue de sa mère. Par exemple, le français n'est pas ma langue maternelle, mais je maîtrise mieux le français que ma langue maternelle.

Il y a déjà un paradoxe à la naissance de la langue française. En effet, le français vient du peuple germain des Francs. Or cette langue n'est pas germanique, mais romane, c'est-à-dire d'origine latine.

Les Celtes, nos Gaulois, sont arrivés dans la région qui allait devenir la Gaule au cours du premier millénaire avant JC. Ils parlaient un des cinq courants des langues indo-européennes (hellénistique, germanique slave, romane et celte). Il subsiste du gaulois de rares termes comme : charrue, chêne, glaner ou encore sillon.

Après 120 avant JC, l'ensemble de la Gaule était dans l'orbite romaine et les Gallo-romains se mirent à parler latin à leur façon. Ainsi, dans leur bouche, « auguste » par exemple, devint « agosto », puis « aosto », « aoust » et enfin août.

Au III<sup>e</sup> siècle des envahisseurs germains, les Burgondes, Wisigoths, et Francs envahissent la Gaule et vont peu à peu adopter la langue gallo-romaine, en particulier grâce à la conversion au catholicisme de leur chef Clovis, ce qui va contribuer à maintenir la pratique du latin (comme véhicule de la vie religieuse).

Trois siècles plus tard, Charlemagne encourage lui aussi l'enseignement du latin. Il reste quelque 400 termes du parler Franc, germain et pas du français, dans le vocabulaire gallo-romain, en particulier des termes de la guerre (arquebuse, trêve, flèche, etc.) et du vocabulaire rural (guêpe, bûche, roseau, etc.).

Il est difficile de déterminer avec exactitude la « date de naissance » du français car les premiers textes en français sont rares. Le plus célèbre est celui des « Serments de Strasbourg », signé en 842 par les petits-fils de Charlemagne, considéré comme le premier document officiel de la langue française.

Au Moyen Âge, il y a un mélange de langues locales et le latin, avec l'apparition de trois principaux dialectes :

- la langue d'oc (dans laquelle oui se dit « oc ») avec un parler plus proche du latin ;
- la langue d'oïl (où oui se dit « oïl ») influencée par les langues germaniques ;



- le franco-provençal (parler de type occitan qui se rapproche de la langue d'oc) ;  
et de nombreux autres parlers plus régionaux : basque, catalan, breton, flamand, alsacien, etc.  
C'est à partir de la Renaissance, quatre siècles plus tard, que la question de la fixation de la « langue du roi » se pose fortement. Le français remplacera le latin dans tous les documents administratifs, à partir de 1539, date à laquelle François 1<sup>er</sup> prend la célèbre « Ordonnance de Villers-Cotterêts ». Il faudra dorénavant que tous les textes officiels soient rédigés en « langage maternel français ». Dans le même temps, les auteurs littéraires se mettent aussi au français.  
Le XVII<sup>e</sup> siècle va vouloir fixer l'orthographe et la prononciation. La langue, instrument de centralisation politique devient donc une affaire d'État. En 1635, Richelieu fonde l'Académie française, chargée de créer un dictionnaire et une grammaire.  
Plus tard, à l'époque de la Révolution, la Convention, éprise de centralisme portera le premier coup à la vitalité des patois, jugés néfastes pour la République « une et indivisible » notamment par le rapport de l'Abbé Grégoire sur la nécessité absolue d'abolir les patois.  
Dans la France du XIX<sup>e</sup>, la langue française gagne du terrain, mais on parle encore patois à 80 % dans la plupart des circonstances de la vie quotidienne. À partir de 1880, Jules Ferry instaurera l'école laïque, gratuite et obligatoire, dans laquelle l'enseignement se fait naturellement en français. C'est ainsi que l'usage des patois commença à se raréfier.  
Au XX<sup>e</sup> siècle, c'est encore le français, c'est-à-dire la langue commune, qui bénéficiera des nouvelles techniques, permettant une plus large diffusion, (la TSF, la radio, la télévision, etc.). Ceci a nettement contribué à l'uniformisation de la langue, tant au niveau du vocabulaire, qu'au niveau de la prononciation qui tend à devenir plus neutre, et délaissant peu à peu les parlers régionaux.  
L'expansion de la langue française.  
L'impérialisme linguistique est un concept politique qui renvoie à une forme de domination culturelle au moyen de la langue. Ce phénomène est une partie du phénomène plus général d'impérialisme culturel qui englobe l'imposition des modes de vie, de l'éducation, de la musique, etc. d'une nation à une autre. Il doit être distingué de la domination linguistique, la différence étant d'ordre idéologique : l'impérialisme linguistique est une volonté, la domination d'une langue est un état de fait qui peut être ou non la conséquence du précédent.  
L'impérialisme linguistique peut être le fait d'une puissance coloniale qui marginalise les langues locales, lesquelles risquent alors de tomber en désuétude, voire de s'éteindre. Il peut donc constituer une menace pour la diversité linguistique et culturelle.  
En 1066, Guillaume le Conquérant emporte le normand (dialecte de langue d'oïl) de son époque sur un sol qui n'a jamais parlé majoritairement une langue romane. Le normand devient alors la langue des élites.  
À la création de la Belgique en 1830, le français est imposé comme seule langue officielle au détriment de la majorité flamande. Le néerlandais et surtout les dialectes flamands sont rejetés, surtout par la bourgeoisie qui utilise alors le français. À ceci s'ajoute un mouvement de population de Belges francophones et de Français vers la ville de Bruxelles, devenue majoritairement francophone depuis.  
Lors de la création de l'Empire colonial français, le français traverse les mers et devient, dans un souci de cohérence, la langue obligatoirement enseignée dans toutes les colonies. Il est en priorité enseigné aux enfants de l'élite locale ou des chefs de tribus. Lors des indépendances, et surtout en Afrique subsaharienne, cette élite formée en français maintiendra la langue coloniale comme langue officielle. C'est de cette période coloniale que provient le vaste espace francophone africain.  
La langue véhiculaire  
Elle sert de moyen de communication entre des populations de langue différentes.  
Au VII<sup>e</sup> siècle le français est alors la langue de la diplomatie mais également un puissant vecteur dans les domaines de l'art, des sciences et des techniques. On lit Rabelais dans le texte en français de Moscou à Lisbonne.  
Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le français est la langue véhiculaire de l'Europe.  
Cette période perdure jusqu'à l'émergence d'un concurrent au même rôle : l'anglais. Le mouvement intellectuel, culturel et scientifique du siècle des Lumières en Angleterre, principalement dans le domaine de la politique et de l'économie, apporte en retour des mots de la langue anglaise tels que bifteck, brick, budget, cabine, club, coke, grog, humour, importer, meeting, punch, redingote, spleen<sup>21</sup>.  
Autre exemple, lors de la conquête de la Nouvelle France, il fut nécessaire d'avoir une unité linguistique entre les colons aux patois variés. Il en reste les Québécois, les Acadiens et les Terre-Neuvas.  
La Francophonie  
L'histoire du français est longue, mais l'histoire de la francophonie est courte.

En 1880 le géographe Onésime Reclus crée le mot Francophonie et différencie 7 ans après la francophonie langue maternelle et la francophonie par destination.

Puis silence jusqu'en 1960, pourquoi ?

La colonisation n'en est pas la genèse, seuls des arguments politiques, économiques, militaires, philosophiques et religieux ont été pris en compte. On n'enseignait qu'une mince couche de la population pour les besoins de l'administration et la formation de quelques édiles. C'est la période postcoloniale qui a été marquée par l'alphabétisation française généralisée.

Les gouvernants français n'ont pas eu conscience de la revitalisation de la langue française (sauf De Gaulle et Pompidou) alors que la résurgence est venue du Canada (Jean Marc Leger), d'Afrique (Léopold Senghor, Hamani Diori), d'Asie (Norodom Sihanouk) et du monde arabe (Habib Bourguiba), etc.

Les dynamismes de la Francophonie : la démographie linguistique (220 millions parlent français, 3 % de la population mondiale, 9<sup>e</sup> rang des langues), mais aussi significations politiques et philosophiques ou spirituelles en réactivité à l'impérialisme linguistique anglais.

Médecine et langue française

De l'antiquité grecque jusqu'au moyen âge : le grec est unique. Au Moyen âge, apport du latin et de l'arabe avec Avicenne. À la Renaissance, le latin est unique et officiel. À partir du premier empire, l'enseignement se fait en français. La langue est donc devenue usuelle côté patient, spécifique voire ésotérique côté médecin.

Mais la tendance vers l'uniformisation s'accélère avec :

- l'emploi de sciences exactes pour identifier les maladies non par leur découvreur mais par leur agent pathogène (HIV, Zona) ;
- la concision des termes : scope pour endoscope, ou coloscopie pour colonoscopie ;
- la multiplication, voire prolifération de sigles ;
- les classifications internationales normatives, OMS.

Enfin, universalisation par l'anglicisation avec :

- l'injection de mots anglais dans toutes les langues : stent ;
- l'hégémonie du monde anglo-américain.

Pour conclure, il s'en est fallu d'une voix pour que le Français devienne la langue officielle des États-Unis, mais c'est la légende de Muelhenberg.

## Dr DEAU

La Francophonie est donc riche, importante et, surtout, nous la partageons. Je vous propose d'échanger et de revenir sur cette francophonie et en particulier l'OIF pour connaître votre sentiment. L'OIF nous demande si nous voulons faire partie du Réseau des associations professionnelles francophones (RAPF) constitué de toutes les professions qui veulent partager autour de la langue française, fédéré par l'OIF. L'Ordre des pharmaciens en fait partie.

Cela peut être intéressant parce qu'ils peuvent mettre à notre disposition des experts tant en droit, qu'en économie ou autres, pour aborder certains sujets que l'on ne maîtrise pas naturellement.

Ils peuvent aussi mettre à notre disposition les moyens utiles dans l'organisation de nos réunions en particulier lorsqu'elles sont déplacées en territoire étranger francophone. L'OIF est un réseau important dans lequel sont représentés les différents gouvernements francophones.

Prenons donc un court instant pour que chacun puisse s'exprimer sur ce que représente la francophonie dans son pays. Est-ce le *nec plus ultra* de parler le français dans vos pays, est-ce une langue utilisée dans l'enseignement ou même dans l'information du patient ou au quotidien dans votre exercice médical ? Le français permet-il d'avoir un abord plus direct à la législation dite francophone ? La plupart des codes de santé sont plus ou moins calqués sur le code français, cela peut parfois être dommageable à l'évolution de votre propre identité culturelle. Est-ce que ce partage en réseau d'associations professionnelles vous semble logique tout en sachant que nous tenons à garder notre identité CFOM ?

## Dr BEKKAT-BERKANI, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins d'Alger

Bonjour Mesdames et Messieurs, chers Amis, je tiens tout d'abord à m'excuser de mon retard. J'ai beaucoup apprécié cette introduction et en particulier la présentation de M. VORHAUER pour situer le français qui est passé par de multiples étapes. Nous faisons partie des médecins qui enseignent la

médecine en français et qui l'exercent en français pour des raisons multiples qu'il n'est pas utile de rappeler, mais essentiellement historiques en ce qui nous concerne.

Nous étions trois départements français, par conséquent l'enseignement se faisait en français et il le reste en particulier en médecine.

À l'Ordre des médecins, nous avons récemment réaffirmé cette position parce qu'étant un pays arabe, les autres matières se sont naturellement arabisées. Ce qui nous intéresse en plus de l'enseignement de la médecine, ce sont les valeurs de la médecine française qui est une médecine sociale contrairement à la médecine anglo-saxonne qui, a certes pris le devant sur le plan linguistique mais qui ne portent pas, selon nous, ces valeurs humaines qui sont très importantes pour nous en médecine en dehors de l'expression en elle-même.

Nous avons finalement beaucoup perdu et nous le déplorons dans l'enseignement parce que l'enseignement fondamental est en arabe (le baccalauréat est en arabe) et lorsque les étudiants arrivent dans les études de médecine, ils possèdent peu ou pas ce véhicule pour se préparer à exercer leur métier étant donné que les enseignements, l'environnement, la documentation, etc., sont en français. C'est un petit décalage que nous déplorons.

Nous faisons partie des membres fondateurs de cette Institution et nous sommes bien sûr partie prenante de toutes les institutions francophones pour pouvoir avancer et parler avec tous nos collègues qui partagent cette langue médicale et nous sommes tout à fait favorables à devenir membre de l'OIF.

**Dr OGANDAGA**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Gabon, Président d'honneur de la CFOM

En quelques minutes, j'ai pu bénéficier de tout l'historique de la langue française. Comme vous le savez, le Gabon n'a pas de langue nationale. Nous communiquons pratiquement dans toutes les familles en français et certaines de nos langues locales sont menacées de disparition. Je ne le regrette pas, mais j'estime qu'il faut tout maintenir. Dans la langue française, nous avons la culture de la langue et c'est ce métissage culturel et biologique, dont parlait Senghor, qui fait que nous nous retrouvons ici.

Je regrette que le Mali, la Mauritanie et le Bénin ne soient plus présents, mais je salue le retour de l'Afrique centrale et du Canada. Je déplore toujours l'absence du Congo de l'autre côté qui n'est toujours pas revenu au sein de ce forum et je lance donc un appel au prochain Bureau pour se soucier de ces pays qui ont pourtant commencé avec nous.

Pour revenir à la CFOM, nous partageons ici une langue et une manière d'être. Nous avons certes la culture, mais nous avons aussi la solidarité. Nous la vivons aujourd'hui en ce triste jour, je suis en France, je parle le français et je vis les mêmes angoisses que les Français parce que je partage cette science qu'est la médecine.

Je salue le dynamisme du Bureau pour avoir enfin – comme nous l'avions annoncé au Val de Grâce où l'OIF était venue, mais après un passage à vide – pu faire en sorte que l'OIF nous propose beaucoup de choses. Par conséquent, oui pour être dans le Réseau dans toutes les dimensions, mais sans perdre notre identité. L'OIF est un peu comme l'OMS, nous n'aurons peut-être pas beaucoup de financements, mais sur le plan de l'appui technique et scientifique ils apportent des experts de haut rang pour permettre de progresser dans des domaines particuliers.

Je remercie M. VORHAUER pour sa présentation, comme le disait un de mes professeurs de droit au Conseil économique et social dont je suis membre « *vous, les médecins, vous allez dans tous les registres en droit, en culture, en philosophie* ». Donc merci pour ce rappel historique, je ressors encore d'ici très enrichi. Je retiens les termes de domination et d'imposition d'une langue. Je suis de nationalité gabonaise, mais suis français de véhicule et de sciences. L'Afrique du Sud devient un pays anglophone, lors d'une conférence et bien que 43 pays francophones sur les 50 participants, le représentant égyptien voulait imposer une représentation en anglais et alors qu'il est lui-même francophone. Pour être un peu provocateur, je lui avais indiqué que s'il ne voulait pas que l'on interprète mal ses propos, il devait les dire en arabe. On a ainsi refusé l'impérialisme de la langue anglaise en faisant la conférence en français.

**Dr DEAU**

Il serait intéressant d'avoir le témoignage du Malin, du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, de la Centre Afrique, du Burkina ou de Madagascar pour savoir ce que représente la langue française dans leur exercice quotidien et surtout dans leur législation.





**Dr ANDRIANASOLO**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Madagascar

Merci Monsieur le Secrétaire général. Monsieur le Président, Mes chers amis, en 2016, Madagascar accueillera le sommet de la francophonie. La langue française, c'est tout notre quotidien. On a étudié en français, tout le monde parle français, l'administration est en français. Je pense qu'il est important pour nous d'intégrer l'OIF.

**Dr KABA DIAKITE**, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Mali

Je suis le Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Mali et je représente notre Président, M. FOFANA, qui est empêché. Le Mali est un pays francophone et la CFOM s'y est tenue en 2007. Je me pose beaucoup de questions, pourquoi le Bénin et le Congo ne participent plus à la CFOM ?

**Dr DEAU**

Nous les avons rencontrés. Il y a quelques difficultés au Bénin où il y a deux associations rivales. À l'AMM à Washington, il y a deux ans, nous avons rencontré le Congo où il y a des problèmes chroniques. La participation à la CFOM demande aussi une disponibilité et un effort particulier pour venir.

**Dr SANDJON**

Le Congo Brazzaville, comme d'autres, subit malheureusement des difficultés internes au pays. En Afrique, nos institutions sont très « labiles », cela change tous les trois ans et parfois la transition n'est pas aussi facile. Ce n'est certes plus l'époque des coups d'état militaire, mais il y a encore un peu de cela.

Au Bénin où je me suis rendu plusieurs fois parce que j'y exerce, le Président a été très contesté pour être resté trop longtemps au pouvoir. Cela s'est arrangé, mais je suis surpris que le nouveau Bureau qui est légitime ne soit pas présent ce matin. C'est un peu la même chose au Congo.

À la CEMAC (Communauté Économique et Monétaire des États de l'Afrique Centrale), nous avons essayé d'organiser, comme en Afrique de l'Ouest, au Gabon, un petit regroupement sous régional, mais même cela était difficile. C'est un problème de personnes. Malheureusement, on doit pour l'instant en prendre acte. Pour le Burkina, c'est plus compliqué et je pense que les événements récents peuvent l'expliquer. D'ailleurs, le nouveau Bureau que nous allons voter tout à l'heure, se fera un devoir de faire venir ces pays. Le Canada est revenu, tout le monde s'en félicite. Je rappelle que nous attendions aussi le Liban ce matin. Nous avons besoin de tous ces pays.

Quant à la réunion de l'OIF, nous en parlerons lorsque nous aurons défini la forme de collaboration que nous souhaitons. Lors de cet entretien qui a presque duré une heure, on nous a offert la forme de collaboration que nous voulions, en gardant notre autonomie, mais rien ne nous empêche de participer. Aller à une réunion aussi importante que celle-là à Madagascar, sera bien sûr l'occasion d'être accueilli pas le régional de l'étape et aussi d'échanger et d'apporter des résolutions comme celles que nous produirons aujourd'hui ici. Il faut le faire et le faire savoir, à défaut, on n'existe pas.

**Dr KABA DIAKITE**

Vous avez su créer un bel outil, nos conseils sont reconnus par la francophonie, mais quant à l'exercice de la profession, nous restons sur notre faim. Un médecin ne peut pas exercer. Si les Ordres sont reconnus, je pense que les diplômes doivent être reconnus. Il n'y a pas de reconnaissance de la pratique. On pourrait faire fructifier cet outil en faisant venir tous les Ordres.

Par ailleurs, la durée du mandat du Président est trop courte, il faudrait lui donner plus de mandats pour qu'il puisse travailler plus. En effet, les premiers contacts ont été établis avec l'OIF – et je sais tout le lobbying effectué par Guy SANDJON – ce serait peine perdue si le prochain Président ne continuait pas dans le même sens.

**Dr NSADI FLUENE**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de la République démocratique du Congo

Je vous remercie tout d'abord de cette invitation et cette opportunité. Je suis le nouveau Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de la République démocratique du Congo depuis à peine 4

mois maintenant. Il y a eu chez nous une transition pacifique. J'étais très content de la présence du Dr OUGANDA avec nous, c'était un moment passionnant.

Cette proposition tombe fort à propos parce que nous souhaitons tous à la CFOM intégrer l'OIF.

Tout d'abord, je rappelle que le Congo est un grand pays, environ 70 millions d'habitants. Nos langues nationales résistent encore beaucoup. Le français est notre langue principale et langue d'enseignement. Appartenir à une telle conférence, pour un Ordre des médecins, avec les missions qui viennent de nous être rappelées, est très important. Cette communication tombe vraiment à pic, parce qu'il est nécessaire que la langue et tout ce qui encadre notre corporation ait une certaine puissance. Par exemple, je suis très heureux d'être ici, parce qu'il y a encore 3 ou 4 jours j'avais un sentiment de déception.

L'Ordre des médecins au Congo, pour ces mandats ici, voudrait vraiment donner un sens particulier à la formation continue. Nous avons voulu faire participer les praticiens congolais pour le volet chirurgical en les faisant adhérer à un programme qui est actuellement développé par l'Organisation mondiale de la santé.

Le GIEESC (*Global Initiative for Emergency and Essential Surgical Care*) est un programme d'information des urgences chirurgicales, essentiellement en anglais traduit dans plusieurs langues sauf en français. Nous avons été approchés pour étudier comment ce programme pourrait être traduit en français. Nous avons reçu une fin de non-recevoir et j'ai été très déçu. Nous les francophones, devons aussi développer nos propres programmes, mais c'est quelque chose qui existe et déjà en plusieurs langues. Nous n'avons pas trouvé beaucoup de soutien ou d'intérêt pour que ces programmes puissent être traduits et accessibles aux francophones. On propose ici un de programme de rapprochement de la CFOM à l'OIF, c'est extrêmement important à mon sens. Comme nous l'avons indiqué, cela doit pouvoir soutenir techniquement les organisations francophones et pour nous pour les répercuter auprès de nos praticiens par la suite. Nous comptons énormément sur vous parce que nous tenons à la langue française. Nous sommes des scientifiques, même si nous avons des obligations vis-à-vis de la langue anglaise, nous sommes des francophones et fiers de l'être et tenons à le rester.

#### **Dr DEAU**

C'est une intervention intéressante sur la formation médicale continue, Madagascar nous avait déjà interpellés, nous retiendrons cette piste de travail et interrogerons surtout l'Université française (OUF) pour savoir ce qu'ils peuvent nous proposer.

#### **Pr M'BELESSO**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de la République centrafricaine

Pour la République centrafricaine qui traverse des moments un peu difficiles historiquement, la francophonie est pratiquement la base. Du primaire à l'université, tout se fait en français. Il y a des langues locales, mais le français est principalement utilisé. Le Conseil de l'Ordre de la République Centre Africaine n'a pas pu participer à la dernière conférence parce que le nouveau Bureau venait d'être mis en place et cela faisait trop juste au mois d'août pour mon prédécesseur. Ce, cumulé à des difficultés financières, nous a empêchés d'effectuer ce déplacement.

Pour le Conseil de l'Ordre des médecins centrafricain, la francophonie est un outil très important et l'opportunité offerte par l'OIF doit nous aider ne serait-ce même que pour les déplacements ici. Je devais par exemple venir avec le Secrétaire général, l'OMS que nous avons sollicitée, a facilité notre déplacement. Ce genre de collaboration ne peut que nous être bénéfique.

#### **Dr DEAU**

Merci de le souligner. D'où la nécessité peut être d'avoir un support plus important que nos simples ordres par l'intermédiaire de l'OIF.

#### **M. NIAKARA**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Burkina Faso

Je remercie le Bureau pour tout le travail réalisé. Tout le monde connaît l'histoire actuelle du Burkina qui subit une transition mouvementée, mais qui nous l'espérons, aboutira à quelque chose de plus organisé et accepté par tous. La langue française est la langue officielle de notre pays où il y a une soixantaine de langues. La langue majoritaire étant le mooré pour environ 50 %. Cependant, dans certaines régions personne ne parle cette langue. La langue française est le support pour que les Burkinabés puissent eux-mêmes se comprendre.



Pour moi, la CFOM est indispensable pour aider les Ordres professionnels dans les pays où la situation est difficile. On peut en tirer beaucoup d'expérience. Au niveau sous régional, nous avons déjà invité à notre dernier congrès, le Mali et la Côte d'Ivoire, dont les Ordres sont beaucoup plus anciens (40 ans). Cela a été très bénéfique, nous avons pu constater tout le travail qu'ils ont pu réaliser. C'est encore plus vrai avec l'Ordre des médecins de France qui existe depuis bien avant la première guerre mondiale et la colonisation. Le Burkina souhaite que l'accent soit mis sur l'aide aux Ordres qui ne fonctionnent pas correctement pour leur montrer bien sûr le bon exemple, mais cela peut venir de la CFOM qui peut recommander la bonne gouvernance, l'organisation pratique, la résolution des problèmes institutionnels.

#### **Dr DEAU**

Nous en avons parlé hier soir en réunion de Bureau, nous avons un pôle financier qui nous permettra d'envoyer un émissaire pour conforter la place de l'Ordre dans chaque pays. Nous savons qu'il y a des difficultés au Sénégal, cela n'a pas été simple à Madagascar comme au Burkina. Il est indispensable de conforter la place de l'Ordre vis-à-vis de vos gouvernants.

#### **Dr GANONE**, Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins du Tchad

Je suis le Dr Tedang GANONE, Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins du Tchad, je représente notre Président, le Dr DJOUNFOUNE, empêché et qui m'a chargé de vous saluer. Nous nous félicitons depuis deux ans de la franche collaboration entre l'Ordre du Tchad et la CFOM. Je rappelle que le Tchad est un pays bilingue, nous venons d'adopter l'arabe comme deuxième langue officielle, mais le français demeure la langue pratiquée partout, dans l'administration, dans les commerces, etc. Nous sommes donc pour le moment à 95 % francophones. Le français demeure la principale langue de travail.

Je pense que l'adhésion ou la collaboration de la CFOM avec l'OIF est une opportunité à saisir. Cela permettra peut-être à nos Ordres de bénéficier de certains soutiens techniques et financiers. Je vous remercie.

#### **Dr BAH**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Guinée

La Guinée est un pays francophone, elle est membre de toutes les instances de la francophonie. Il faut rappeler qu'après l'indépendance en 1958, nous avons connu un régime révolutionnaire à l'époque qui a voulu imposer les langues nationales dans notre vie pour se substituer au français. Heureusement pour nous, cela n'a pas duré. Néanmoins, l'impact de l'enseignement de ces langues nationales à cette époque s'est répercuté sur la formation de cette génération parce que l'on ne pouvait pas continuer l'enseignement en langue nationale.

Aujourd'hui, le français reste la langue officielle, l'enseignement est donc réalisé en français. Toutes les communications sont en français et nos textes législatifs sont presque calqués sur les textes français. D'ailleurs, le code de déontologie est aujourd'hui harmonisé à l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé) donc c'est le même code appliqué dans tous les pays francophones. Je pense que nous sommes partie intégrante de cette organisation sous régionale et cela se passe très bien. Nous sommes très contents et très fiers d'être membre de cette francophonie.

Pour conclure, nous devons défendre la francophonie et participer au renforcement de la francophonie et la meilleure façon de pouvoir le faire et peut-être aussi d'apprendre l'anglais parce qu'on se rend compte que la plupart des rencontres internationales scientifiques se font en anglais.

#### **M. AKA KROO**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Côte d'Ivoire, Trésorier de la CFOM

Je vais donner parole au Pr AMONKOU pour répondre à propos de la formation continue nous concluons ensuite rapidement.

#### **M. AMONKOU**

Merci Monsieur le Président, je suis membre du Conseil de l'Ordre de Côte d'Ivoire en charge de la formation médicale continue. La Côte d'Ivoire est francophone depuis son indépendance. Nous avons près de 70 langues et dialectes. Le français est le véhicule de communication et d'unité nationale à tel point que nous avons un ministère de la Culture et de la Francophonie. La langue française fonctionne à

100 % en Côte d'Ivoire. Il y a tout de même de petites difficultés dans le sens où les langues nationales tendent à disparaître et c'est tout leur combat de certains aujourd'hui d'essayer de les préserver.

Quant à la formation médicale continue, notre Conseil de l'Ordre pense que la connaissance médicale a une durée de vie assez courte et qu'il faut actualiser ses connaissances. Cela devient une obligation, mais nous n'avons pas pour l'instant obtenu l'obligation légale d'actualisation des connaissances. Nous parlons donc d'obligation morale et les médecins doivent donc tous continuer à actualiser leurs connaissances.

Nous avons mis en place au sein de notre Conseil ce que nous appelons la Commission ordinaire nationale de la formation médicale continue qui associe toutes les structures syndicales ou de régulation professionnelle de la santé et avons conclu une convention avec les sociétés savantes afin de suivre l'évolution de l'actualisation des connaissances par la formation médicale continue.

Aujourd'hui, nous entrons en contact avec le ministère de la Santé pour mettre en place ensemble une Commission nationale de la formation médicale continue afin de passer par le canal du ministère de la Santé pour introduire une loi sur l'obligation de formation médicale continue. Nous suivons donc avec attention, tout ce qui se passe à la francophonie.

**Mme BENSIMON**, Directrice de l'éthique de l'Association médicale canadienne

Je suis très heureuse d'être parmi vous. Comme vous le savez, le Canada est un pays bilingue. Tous les documents officiels et institutions du Canada sont en français et anglais. Malgré tout, le Canada combat la domination de l'anglais. Grâce au Québec beaucoup d'investissements ont été consacrés afin d'accroître les capacités francophones et encourager une intégration plus poussée du français. Toutefois, la domination de l'anglais fait en sorte que le français demeure une langue certes officielle, mais secondaire.

L'Association médicale canadienne a reconnu que nous avons besoin de plus d'investissement en français et a donc créé un département de services en français. Grâce à cela, nous pouvons promouvoir le français de façon plus systématique.

Quant à la formation médicale en français, nous comptons surtout sur le Québec qui a, me semble-t-il, 7 écoles de médecine strictement francophones.

De toute évidence, il est très important pour le Canada et l'Association médicale canadienne de participer au réseau professionnel francophone.

**M. DEAU**

J'étais à Halifax pour votre assemblée générale cet été et je suis effectivement témoin que tout est retraduit en français, mais l'anglais demeure.

**Dr BUCHLER**, Président du Collège médical du Luxembourg

Le Luxembourg a toujours été très proche de la France et pas uniquement géographiquement, mais aussi du point de vue culturel. Tout le système de la médecine, comme le système judiciaire est basé sur celui de la France.

Le Luxembourg supporte évidemment toutes les initiatives de la francophonie. Nous avons en fait 3 langues officielles et le français prédomine et surtout en médecine qui se pratique toujours essentiellement dans la langue française. Cela vient de ce que le Luxembourg n'a pas de système de formation de médecins et que la plupart des médecins sont formés dans des pays francophones, la France et la Belgique surtout. Toutefois, il existe des échanges avec des pays germanophones, l'Autriche et l'Allemagne. Ainsi, il y a toute une sorte de mélanges de langues parlées dans notre pays.

La loi sur la profession médicale exige qu'un médecin qui pratique au Luxembourg doive comprendre les trois langues du pays et pouvoir s'exprimer correctement dans une de ces langues.

Je conclurai sur l'idée très intéressante que la langue française n'est pas seulement une langue mais toute une culture. La langue française est fine, profonde et détaillée. On a parlé d'impérialisme linguistique et je citerai pour résumer ce que quelqu'un m'a dit lors d'un séjour au Vietnam, qui faisait aussi partie de la francophonie « *La langue française sert à aller au fond des choses, l'anglais sert à aller au bout du monde* ».

**Dr KERZMANN**, Membre du Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique en charge des affaires internationales

Je suis connu de plusieurs d'entre vous puisque j'ai été Président du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) et actuellement Premier vice-président. La Belgique est un pays très à part, je m'en suis déjà exprimé quelques fois ici auparavant. La Belgique a 3 régions, 3 communautés qui ne correspondent pas exactement aux régions, 3 langues nationales : le français, non majoritaire, le néerlandais, majoritaire, et l'allemand qui est parlé essentiellement dans l'est du pays et qui est largement minoritaire.

Le Conseil national que je présente est totalement paritaire, 50 % sont donc francophones et 50 % néerlandophones, chacun s'y exprimant dans sa langue. La présence de la Belgique à la CFOM remonte à 2 ou 3 ans tout au plus et je n'y ai pas joué un rôle mineur puisque j'avais demandé que la Belgique fasse partie de la CFOM parce qu'elle a une importante communauté francophone de près de 5 millions d'habitants. Ce ne fut pas un combat aisé, mais il a été admis. Je pense donc que la partie francophone de la Belgique sera toujours partie prenante pour participer à une organisation internationale de la francophonie où d'ailleurs notre pays au plan politique était représenté par Guy VERHOFSTADT néerlandophone.

**Dr AYADI**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins d'Annaba

Nos statuts sont clairs, nous gardons notre indépendance et nous devons nous rapprocher de ces grandes instances (OIF, OMS, etc.) C'est pratiquement chose faite puisqu'il y a eu une première entrevue d'une heure et demie avec MM. DEAU et SANDJON et il me semble important d'être plutôt partenaires parce que nous tenons à notre indépendance. Pour être partenaires, nous devons aller vers l'OIF avec des propositions afin de travailler ensemble et à travers les doléances de tous les ordres de tous les pays francophones.

**Dr SY**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Sénégal

Nous avons récemment perdu le Pr SANKHARÉ notre second non seulement grammairien, mais le premier philosophe à avoir eu l'agrégation. Il est malheureusement décédé pour avoir réalisé une étude comparative entre la civilisation grecque et l'islam, ce qui lui a valu d'être persécuté.

Le Sénégal est un pays un peu à part, actuellement la langue dominante dans le cadre de l'exercice de la médecine n'est plus le français, mais le wolof, langue nationale en passe d'être la langue véhiculaire.

Il est paradoxal que du point de vue des études, et de la médecine particulier, les étudiants parlent parfois français parfois wolof, voire un mélange. Parler français devient de plus en plus difficile au Sénégal, mais le français est loin d'être mort. Il est encore la langue officielle du pays, langue de l'éducation, mais il y a une poussée du wolof et l'intrusion de l'arabe. Il est impossible de faire un programme d'éducation à la santé sans parler wolof, pour consulter au Sénégal, vous avez besoin d'un interprète.

Dans la perspective, il est évident que nous devons faire partie de l'OIF, cela n'annihile en aucun notre indépendance.

**Dr ALAOU**, Président fondateur de la CFOM

Nous n'avons pas besoin dans ce forum de défendre la langue française. Nous y avons adhéré pour deux raisons. Nous sommes un pays arabophone qui depuis 2011 reconnaît l'amazighe comme étant une langue nationale. Sur plan politique, la naissance de la francophonie telle qu'elle est aujourd'hui connue, s'est faite en grande partie grâce à un marocain qui siégeait à l'UNESCO qui avait élargi ces forums de partage de la langue. Si nous étions restés qu'avec des pays qui ne parlent que français, nous ne serions pas présents ici. Or, il a fait ajouter à la constitution de l'UNESCO « qui entend partager la langue » (l'utilité de la langue). Nous y avons adhéré parce que dans cette culture que nous partageons, nous avons considéré que nous partagions des valeurs identiques, qui viennent d'horizons divers mais identiques. Le socle des Conseils de l'Ordre de cette assemblée est littéralement basé sur les mêmes valeurs et la même approche humaine et sociale de la médecine par rapport au médecin et à la société dans laquelle il se trouve. Le Dr DEAU a rappelé que le médecin devait respecter aussi la société dans laquelle il est.

Il ne s'agit pas ici d'opposer les langues. Au contraire, toute nation qui maîtrise un outil et qui le considère comme pouvant lui faire atteindre ses objectifs est en train de le réaliser. C'est ce que nous faisons-nous sur le plan national et au niveau de l'Afrique du Nord. C'est un partage historique que nous sommes en train d'utiliser à bon escient et nous sommes partisans et partis de toutes les instances de la francophonie représentées au sommet de l'État et en fonction des responsabilités que nous avons.

Nous sommes aujourd'hui très heureux qu'il y ait autant de participants dans ce forum et nous allons encore l'élargir. Nous devons asseoir cette conférence, lui donner ses assises, et la promouvoir pour qu'elle participe à toutes les instances qui nous paraissent utiles et supportant nos objectifs.

Enfin, l'OIF a besoin de nous en tant qu'Institution et ce qu'a réalisé le Bureau est fondamental. C'était déjà dans les statuts dès sa naissance. Nous voulons être associés, observateurs, membres associés de toutes les instances dans lesquelles notre place peut être reconnue et est reconnue. J'ajouterai à l'OIF, qui est notre porte d'entrée, l'OMS.

Nous devons aussi nous rapprocher de la CIDMEF que les anciens peuvent considérer comme la matrice qui nous a permis d'organiser la CFOM avec le Président Jacques ROLAND et qui est constituée de 42 nations ! On a parlé de la Roumanie et je me rappelle lorsque nous l'avions intégré dans les années 1990 qu'il y avait aussi le Cambodge. Tous demandent à participer et pas dans un souci de domination colonialiste ou autres, mais dans un objectif de partage. Nous sommes très heureux que cette conférence ait passé toutes ces étapes pour maintenant arriver à l'étape pré-adulte, sinon adulte. Il faut absolument asseoir tous les contacts avec les organismes internationaux dans lesquels nous pouvons avoir une place qui nous est reconnue comme étant francophone.

**Dr BEN ZINEB**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Tunisie

Je voudrais tout d'abord exprimer à nos confrères français toute notre sincère compassion vis-à-vis des récents événements, nous sommes nous aussi frappés dans notre chaire dans notre pays par ces attentats terroristes.

La majorité des confrères présents connaissent bien la Tunisie, pays où l'arabe est la langue officielle, mais le français représente la deuxième langue. À titre d'exemple, tous les textes législatifs qui paraissent en deux versions arabe et française au JO. L'enseignement dans les facultés de la médecine se fait en français. Par conséquent, le français garde une place prépondérante dans notre vie quotidienne.

J'apporterai une réflexion concernant cette adhésion à l'OIF. En Tunisie, nous avons toujours gardé notre indépendance vis-à-vis du gouvernement parce que les décisions gouvernementales ne vont pas toujours de pair avec ce que nous estimons être les défenseurs la déontologie et l'éthique. Je voudrais être rassuré que cette démarche d'adhésion n'entachera pas notre indépendance en tant que confédération des différents ordres médicaux. Je sais que lorsque l'on se soumet à un apport technique et surtout financier, on hypothèque un peu cette indépendance et j'espère que mes aînés seront vigilants sur ce point.

**Dr MAAOUNI**, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Maroc

Mesdames et Messieurs, bonjour. Je suis heureux de me retrouver parmi vous en tant que Président et accompagner de M. BOUBKRI, Secrétaire général. Tout d'abord, comme le Président du Conseil national de Tunisie, nous nous associons à la douleur du peuple français en ces tragiques circonstances. Nous restons solidaires de cette France que nous aimons et condamnons avec fermeté cet acte barbare et espérons pouvoir sortir de cette assemblée par avec un communiqué condamnant ces actes.

Quant aux questions posées sur OIF, un état des lieux a été fait par MM. Senghor, Abdou Diouf et la Conférence de la Baule et feu le Roi Hassan II et M. François Mitterrand pour renforcer cette francophonie. M. ALAOUI a aussi rappelé le rôle d'une personnalité marocaine à l'UNESCO dans la place que doit occuper la francophonie au niveau des instances.

Au Maroc, l'arabe est la langue officielle, mais le français est prépondérant même s'il y a eu une reconnaissance de l'amazighe, langue berbère, qui est introduite dans les écoles. Le pays a été colonisé au Nord par l'Espagne, il est donc aussi parlé espagnol. La médecine est un fleuron de la francophonie, mais en matière de recherche l'anglais est prépondérant et c'est pourquoi tout le monde s'ouvre à l'anglais. Ceci étant, les études médicales dans nos 5 facultés sont toujours enseignées en français. Le Maroc n'a jamais nié son appartenance à l'arabité et à la religion musulmane, mais jouit de la richesse de la francophonie.

Comme cela a été rappelé, les statuts de l'assemblée générale disposent de s'ouvrir, mais à quels buts et dans quels objectifs ? Je m'arrêterai que sur la formation médicale continue, nos textes nous régissant datant de 2013 imposent l'obligation de faire cette formation médicale continue tout comme le rappelle aussi l'éthique.

Notre assemblée générale s'est réunie le 31 octobre dernier et cette idée de formation médicale continue fait partie des chantiers ouverts. Elle existait par les associations, mais il y a maintenant une obligation. Nous n'avons pas les moyens comme en France de la gérer et peut-être que l'OIF pourrait apporter une contribution palpable et je ne parle pas des déplacements. Par exemple le réseau mère-enfant de la francophonie est très important, dont le Maroc fait partie depuis une dizaine d'années, est très enrichissante. Ce rapprochement pourrait être positif et c'est surtout pour le DPC.

### Dr SANDJON

Avant de conclure, je voudrais rassurer nos collègues présents. Pour paraphraser M. Senghor, il est vrai que c'est le rendez-vous du donné et du recevoir, mais les pays les plus jeunes qui ont peu de moyens demandent plus. Nous n'ouvrirons pas ce débat maintenant et suggérons que l'on en parle lors de l'assemblée générale. Il est important de comprendre que nos jeunes Ordres en Afrique n'ont pas le même niveau qu'un Ordre qui existe depuis 1945 ou avec presque 300 000 médecins. Certains ont des problèmes alimentaires et on ne doit pas s'adresser à l'OMS pour se rendre à une réunion de l'OIF. Ce n'est pas normal et l'OIF nous a tendu la main – on m'a dit vous n'imaginez pas notre capacité de mobilisation, de moyen financier, matériel et humain – et il faut savoir la saisir pour pouvoir aider nos jeunes institutions qui ont besoin de cette reconnaissance. Nous en parlerons donc lors de l'assemblée générale pour repartir rassurer vers nos bases. Je vous remercie pour ce débat très riche.

### Dr DEAU

Avant d'entamer le sujet suivant, je rappelle que les échanges d'expérience sont importants. Quelles sont les causes et carences éventuelles des soins palliatifs dans nos pays ? D'après une étude de l'OMS, les pays du Bénin, Burkina Faso, Burundi, République Centrafricaine, Tchad, Comores, Djibouti, Gabon, Guinée, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo n'ont pas de soins palliatifs clairement identifiés. On leur a expliqué qu'il y avait aussi la médecine traditionnelle et que ce n'est pas parce que ce n'est pas identifié que cela n'existe pas.

La disponibilité des produits morphiniques est un gros problème, certains pays étant restés à la morphine injectable alors qu'en Europe de la sublinguale, les patches, etc. Les circuits commerciaux des morphiniques représentent aussi une difficulté, il y a beaucoup de faux circuits ou des circuits déviants. LA législation est inadaptée car basée sur la législation préhistorique.

Nous parlerons aussi la formation des médecins de la prescription de morphiniques et aux soins palliatifs et qui dit soins palliatifs dit fin de vie dont parlera M. FAROUDJA, pdt de la section Ethique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins français.

Pour clore le sujet sur la francophonie, nous avons constaté que le DPC et la formation médicale était une préoccupation, nous allons donc prendre langue avec la CIDMEF. Êtes-vous d'accord pour continue en ce sens ? Et, pour assurer la qualité des soins, nous avons observé que faire partie d'un réseau des associations professionnelles de l'OIF semble important, êtes-vous d'accord ?

*(À l'unanimité.)*

Je cède la parole à Diederick LOHMAN, directeur associé santé et droits humains à New-York, pour parler des soins palliatifs dans les pays francophones.

### **11 h 15-12 h 30 : « LES SOINS PALLIATIFS DANS LES PAYS FRANCOPHONES »**

- **Présentation du dernier rapport de l'OMS : état des lieux, Dr LOHMAN, Directeur adjoint de la division Santé et droits humains à Human Rights Watch.**

Je voudrais d'abord me présenter, je suis Diederick LOHMAN, je suis d'origine hollandaise et un peu intimidé de parler en français en présence d'historiens de la langue française, mais je vais essayer de ne pas mutiler votre langue. Je travaille dans une organisation internationale des droits de l'homme, que vous connaissez peut-être pour son travail dans des zones de conflits. Un petit groupe travaille sur les

questions des droits de l'homme et de la santé. Une des priorités pour nous concerne les soins palliatifs pour tout le monde.

Cela fait 8 ans que nous travaillons au plaidoyer et à documentation de la situation sur l'accessibilité des soins palliatifs dans plusieurs pays et en même temps au plan international. Selon un rapport de l'OMS (*Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*) :

- Plus de 20 millions de patients ont besoin de soins palliatifs en fin de vie chaque année (6 % enfants) ;
- Au moins 40 millions si on inclut personnes à un stade plus précoce de leur maladie ;
- 80 % des besoins se situent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- En 2011, seulement environ 3 millions de patients ont reçu des soins palliatifs, donc moins de 10 % de cette population ;
- Seulement 20 pays dans le monde ont pleinement intégré les soins palliatifs dans leurs systèmes de soins de santé.

Une des raisons de travailler sur ce thème porte les changements démographiques et épidémiologiques qui entraîneront une augmentation des patients qui auront besoin de soins palliatifs. De par le monde, il y a de plus en plus de personnes âgées, plus disposées à développer des maladies non transmissibles. De plus, avec le changement de style de vie (alimentation, tabagisme, etc.), ce sont des personnes qui vont fréquemment présenter des symptômes comme la douleur chronique, anxiété, etc., et qui auront donc besoin d'un service de soulagement pour maintenir leur qualité de vie.

Dans mon travail, j'ai interviewé quelques centaines de personnes en fin de vie qui m'ont expliqué leur situation et toutes les difficultés qu'ils ont à accéder aux services médicaux dont ils ont besoin. J'ai repris les photos de certaines de ces personnes dans ma présentation, comme cet homme en Inde qui est dans une position recroquevillée depuis quelques semaines avant que l'on vienne le rencontrer pour toute autre position lui causait beaucoup de souffrance. Il s'agit d'un patient avec un cancer du poumon. Mon collègue l'a traité pour la douleur et après environ 30 minutes et un peu de morphine, cet homme pouvait à nouveau se tenir à table et boire une tasse de thé.

Nous avons rencontré une femme de 72 ans au Mexique qui vit à 4 heures de route de la ville de Mexico. Elle avait un cancer du pancréas avec beaucoup de douleurs et d'autres symptômes, nausées, etc. Dans sa région, il n'y a pas d'hôpital avec un service de soins palliatifs. Donc sa seule option pour recevoir ces soins est de se déplacer chaque semaine à Mexico en changeant deux fois de bus public et 4 heures de voyage. Son état lui permettait encore de faire ce déplacement, mais ce n'est plus possible en fin de vie.

Il y a donc beaucoup de patients qui meurent dans des conditions inhumaines. Nous estimons que c'est un droit humain d'avoir accès aux soins palliatifs et bien sûr aussi une obligation éthique pour les systèmes de santé et les professionnels de la santé de fournir ses soins palliatifs aux patients.

En mai 2014, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté une résolution sur les soins palliatifs indiquant que tous les pays devraient intégrer les soins palliatifs à chaque niveau de leur système de santé. L'AMS a recommandé le développement de politiques de soins palliatifs et de s'efforcer de les intégrer dans la formation médicale théorique et pratique de base et la formation médicale continue. Elle a recommandé des changements dans la régulation des médicaments, notamment pour améliorer l'accès aux morphiniques qui est difficile dans beaucoup de pays.

Développer les soins palliatifs est un défi international tant pour les pays riches que pauvres. Malheureusement, l'Afrique est peut-être la région du monde qui a le moins progressé sur ce terrain. Nous avons réalisé une carte montrant le développement des soins dans les différents pays d'Afrique. On peut observer que 16 pays n'ont aucun système de soins palliatifs et pays ont des systèmes assez développés. On peut également constater une différence entre les pays anglophones, qui ont développé un système pour la plupart, et les pays francophones qui n'ont pas de système ou pas assez développé.

Nous avons étudié la consommation des opiacés en Afrique francophone :

- Les pays du Burundi, République Centrafricaine, Comores, Congo, Djibouti, Guinée, Mauritanie, Niger n'ont pas reporté leur consommation à l'organe internationale de contrôle des stupéfiants ;



- Les pays du Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Tchad, République démocratique du Congo, Mali et Togo ont déclaré une consommation très très faible (égale ou inférieure à 2 % des quantités requises pour traiter tous les malades du cancer et du sida souffrant de douleurs) ;
- Le seul pays qui a une consommation égale ou supérieure à 100 % des quantités requises pour traiter tous les malades du cancer et du sida souffrant de douleurs est la Tunisie.

Il y a donc beaucoup à faire pour améliorer l'accès à ces médicaments.

912 000 personnes, 214 000 enfants en Afrique francophone chaque année ont besoin de soins palliatifs.

16 des 22 pays francophones en Afrique n'ont aucun service de soins palliatifs.

Plus de la moitié de pays n'utilise pas suffisamment de morphine pour traiter même 5 % de personnes qui succombent au cancer et sida.

Le défi est donc important, mais c'est une situation que l'on peut surmonter. On peut soulager les symptômes chez les patients avec une formation de base dans les soins palliatifs. Il n'est pas utile d'avoir des équipements chers. En général, les médicaments utilisés ont un coût assez bas. Ce ne sont pas les anticancéreux, etc., qui sont les plus chers.

Je pense que l'on pourrait donc progresser dans ce domaine, mais il est très important de collaborer, d'avoir un échange d'expérience entre les pays francophones afin de faciliter ce développement et plusieurs pays sont en train de progresser en ce sens. Par exemple, la Côte d'Ivoire a mis en place une stratégie nationale sur les soins palliatifs. C'est le pays qui a le plus progressé dans le développement des soins palliatifs. Le Maroc a inclus les soins palliatifs dans la stratégie sectorielle de la santé et aussi inclus la formation en soins palliatifs dans la formation de base des facultés de médecine. Certains pays ont progressé quant à la disponibilité des morphiniques, comme l'Algérie, le Maroc, la Tunisie et le Sénégal qui achètent maintenant d'une manière centralisée les morphiniques pour tous les hôpitaux du réseau public.

Il y a donc des expériences dans plusieurs pays qui peuvent aider à faciliter le développement des soins palliatifs à toute la population.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à faire cette présentation. Nous travaillons déjà avec l'OMS, nous avons eu une réunion au Togo, il y a quelques semaines pour parler de l'intégration des soins palliatifs dans les maladies non transmissibles. Une organisation en Ouganda réalise des formations de 5 semaines pour les professionnels de santé en français. Ils ont déjà formé quelques dizaines de professionnels de vos pays.

Je crois que les Ordres des médecins peuvent jouer un rôle très important dans le travail sur les soins palliatifs. Certains ont parlé de la formation médicale continue, je pense que les Ordres des médecins peuvent aussi jouer un rôle important sur l'intégration des morphiniques et autres médicaments pour les soins palliatifs dans les listes nationales de médicaments. Votre rôle est important dans ce travail et des milliers de patients dans tous les pays ont besoin de ce travail et ont le droit en fin de vie de ne pas souffrir de symptômes qui peuvent être soulagés.

Je vous remercie.

*(Applaudissements.)*

**Dr DEAU**

Nous pouvons retenir de cet exposé qu'il ne s'agit pas d'un problème de coût. Il y a certes un problème de formation des médecins comme cela a été souligné. C'est là que nous sommes partenaires et devons mobiliser la CFOM de par nos revues. Je sais que le Cameroun et le Sénégal ont des revues ordinales très bien réalisées. Il y a aussi le problème des circuits commerciaux parfois complexe en Afrique. Il nous revient de mobiliser nos administrations, gouvernements et laboratoires pour avoir enfin des circuits commerciaux valides.

Je vous propose de continuer par l'exposé de MM. FAROUDJA et KERZMANN sur la fin de vie et les soins palliatifs avant d'ouvrir le débat et de partir déjeuner.

- **Soins palliatifs, fin de vie mise au point du Dr Jean-Marie FAROUDJA, Président de la section Éthique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins français**

Mesdames, Messieurs, Chers collègues, le Dr DEAU m'a chargé de vous exposer très rapidement le difficile problème de la fin de vie et je parlerais peut-être plus de fin de vie que de soins palliatifs quand je vois les chiffres donnés par M. LOHMAN je crois que la France a la chance d'avoir à disposition les moyens de soulager ses patients, notre souci principal.

Voilà plusieurs années que notre Institution s'intéresse à ce sujet qui suscite de nombreuses interrogations éthiques de la part de la société, des médecins, et avec des argumentaires largement développés semant parfois la confusion, voire la cacophonie au sein même de la profession où chacun souvent à travers un vécu personnel pense détenir une part de vérité.

Rappelons le Serment d'Hippocrate « *Jamais je ne remettrai du poison même si on me le demande et ne conseillerai pas d'y recourir* », serment repris par l'Ordre des médecins dans son code de déontologie en 1966 « *je ferai tout pour soulager les souffrances, je ne prolongerai pas abusivement les agonies et ne provoquerai jamais la mort délibérément* ».

L'article 37 de ce code rappelle que « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés, etc.* »

L'article 38 dispose que « *Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.* »

La loi Léonetti de 2005 permettait déjà de répondre la plupart des cas ou situations rencontrés et la proposition de loi récente Claeys et Léonetti, en passe d'être bientôt votée, introduit clairement la possibilité de recourir à une sédation profonde et continue en phase terminale, conformément à ce qu'avait proposé l'Ordre national des médecins en février 2013.

, voyez combien nos lointains prédécesseurs maniaient la langue avec talent pour écrire, courageusement à l'époque :

- En 1845, le Dr Max Simon : « *les médecins ne sauraient convertir leur science en un instrument homicide* » et il rajoutait que tout ce que la médecine « *peut pour adoucir les souffrances de l'homme elle le doit* » et il rappela : « *l'efficacité de l'opium, cette substance merveilleuse* ».
- En 1882, le Dr Amédée Dechambre : « *un précepte donc à suivre scrupuleusement est celui de ne jamais abandonner le malade même en état de mort imminente et de tout mettre en œuvre pour relever les forces et soulager les souffrances. Quand celles-ci sont très violentes le praticien se trouve souvent en présence d'un grave embarras : celui de ne pouvoir les soulager qu'en risquant d'abrèger l'existence. Pour moi, je n'hésite pas à lui reconnaître le droit d'adopter ce dernier parti pris. Certes si le remède devait tuer nécessairement on devrait s'en abstenir à tout prix ; mais la simple possibilité de hâter de quelques instants la fin d'un malheureux ne doit pas être mise en balance avec la certitude d'adoucir ses derniers moments* ».

L'Ordre des médecins, depuis 2013, a eu de nombreuses occasions de s'exprimer et d'exposer son point de vue sur la fin de vie.

J'ai choisi de vous commenter sa position en dix points :

1- Une meilleure connaissance de la loi paraît impérative. La Loi d'avril 2005, dite Loi Léonetti du nom du député médecin qui l'a écrite, a été notoirement méconnue de la population et insuffisamment appliquée par les médecins qui craignaient que le « double effet », c'est-à-dire l'administration dans un but antalgique de drogues à doses suffisantes susceptibles d'écourter ce qui reste de vie, leur soit reproché en l'assimilant à une euthanasie déguisée. La Loi Claeys-Léonetti en cours de promulgation reprend l'essentiel tout en cherchant à replacer le patient au centre du débat, en lui accordant encore plus d'écoute et de possibilités de décision, en autorisant la sédation profonde et continue dans certaines circonstances.

2- Un maillage plus équitable du territoire en soins palliatifs avec des moyens suffisants en établissement et à domicile, maillage sans lequel on ne peut apporter aux populations une réponse adaptée à leurs besoins ou à leurs souhaits. Les soins palliatifs peuvent intervenir dès lors que les soins à visée curative deviennent inefficaces, inutiles, voire douloureux, alors qu'aucun espoir sérieux ne peut être envisagé. Mais l'admission en soins palliatifs peut aussi être un instant dans le parcours du patient, l'amélioration possible de son état pouvant lui permettre de regagner un temps son domicile. Parce que les médecins n'aiment pas perdre devant la maladie, il leur est difficile d'admettre que, devant certaines situations, le curatif est dépassé et doit laisser place au palliatif. Ces soins requièrent une certaine technicité obligatoirement accompagnée d'un environnement empathique et humain. La formation de tous les soignants doit être particulièrement organisée. Il faudra aussi savoir tenir compte du désir et des souhaits de la plupart des personnes (80 %) de finir leur vie à domicile et leur en donner la possibilité. Aujourd'hui, 25 % seulement sont exaucées. (Cour des comptes février 2015)

3- Inciter à désigner une personne de confiance susceptible de dire les souhaits d'un patient lorsqu'il ne peut plus s'exprimer, personne qui sera entendue en priorité lorsque les circonstances le nécessiteront. Inciter à rédiger des directives anticipées valides et accessibles qui puissent être entendues. L'Ordre s'est nettement prononcé pour envisager deux situations : celle de la personne en bonne santé et celle de la personne en fin de vie, ou après l'annonce d'un pronostic fâcheux, et qui souhaitent écrire ce qu'elles voudraient qu'il soit fait pour elles en cas d'impossibilité de s'exprimer. La Loi actuelle le prévoit, des décrets d'application suivront. Des recommandations pratiques seront diffusées. L'Ordre pourra en être le relais.

4- En toutes circonstances, développer une écoute attentive et empathique de la personne, de ses souhaits, l'informer de ses droits, répondre à ses questions, lui dire la vérité d'une façon claire, loyale et surtout appropriée ; appropriée aux situations, appropriées à la capacité de recevoir une certaine vérité et comme le disait le Pr Jean BERNARD leur dire : « la vérité... rien que la vérité... mais pas tout et pas tout de suite... ». Le médecin devra toujours laisser un peu d'espoir à celui ou à celle qui s'est confié à lui.

5- Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la procédure collégiale devrait pouvoir être mise en œuvre même à la demande d'un membre de l'équipe de soins. La chronologie des événements doit, dans la plus grande transparence, être tracée impérativement au dossier. La composition du collège et sa mise en place doivent tenir compte des difficultés à organiser la procédure et en particulier dans des situations critiques ou hors d'un établissement.

6- La décision doit rester médicale. Mais, voyez combien cela devient difficile lorsqu'une famille se déchire au chevet d'un patient au sujet duquel on est certain d'être passé du maintien artificiel de la vie à une obstination déraisonnable et que cette personne n'a ni désigné de personne de confiance ni écrit de directives anticipées.

7- La « sédation profonde » proposée par l'Ordre et entérinée dans la Loi n'est pas une « euthanasie ». Ce concept mérite quelques explications.

Dans cette phase terminale où aucun espoir n'est plus permis compte tenu des données acquises de la science, constat éventuellement confirmé par une expertise complémentaire, les soins d'hygiène et de nursing sont évidemment poursuivis dans le respect dû à la personne et à sa dignité.

Sous sédation la personne décèdera de la cause et de l'évolution de sa pathologie dans un climat plus serein et apaisé en lui évitant les affres d'une agonie inutile, prolongée et insupportable, sans oublier la souffrance des proches et celle de l'équipe de soins.

Pour cette sédation le médecin n'utilise pas de produits susceptibles de mettre fin brutalement à une vie. Il n'utilise ni curare, ni chlorure de potassium, ni barbituriques à haute doses. Des protocoles déjà établis par des sociétés savantes, conformes à cette position, pourraient être proposés à toutes les équipes en charge de ces fins de vie, en institution comme à domicile. Il s'agit bien de soulager en faisant dormir et en attendant que la mort survienne. On est loin de l'injection d'un produit létal à effet immédiat provoquant délibérément la mort.

Cette sédation médicamenteuse profonde par mesure d'humanité et principe de bienfaisance, ne se décide que dans des situations particulières, en phase ultime de la maladie à la demande de la personne consciente qui réitère son désir de ne plus souffrir, ou lorsqu'il ne s'agit plus que d'un maintien

artificiel de la vie confinant à l'obstination déraisonnable de la prolongation d'une vie végétative sans aucun espoir de retour et que les directives sont explicites.

Bien évidemment, il n'est nullement question d'envisager une sédation profonde à la demande d'un patient qui ne serait pas reconnu comme étant dans une situation telle qu'exprimée ci-dessus.

On peut conclure que la sédation n'est pas une euthanasie, ni dans l'intentionnalité, ni dans l'utilisation de la pharmacopée, ni dans la brutalité du résultat, que c'est l'affection en cause qui sera à l'origine de la mort mais dans un climat apaisé et plus serein pour le mourant, pour les proches, pour l'équipe... On ne peut rester les bras ballants devant des douleurs insupportables et réfractaires à toute thérapeutique usuelle. L'image présentée par M. LOHMAN de cet homme recroquevillé sur lui-même l'illustre fort bien.

Un collègue chargé d'une unité de soins palliatifs me racontait certaines fins auxquelles il assiste... et comme exemple, celle d'un patient de 40 ans, cancer terminal poumon-larynx, dans un tableau de détresse intense, devant une hémorragie cataclysmique liée à l'effraction d'un gros vaisseau par une tumeur envahissante, il me disait le regard du patient, terrorisé, les yeux grand ouverts, parfaitement conscient... avec la famille dans le couloir qui entend et assiste derrière la vitre à cet épouvantable tableau... mais comment pourrait-on se retrancher alors derrière une clause de conscience et laisser le malheureux face à la mort... en lui refuser une sédation adaptée qu'il avait peut-être demandée ?

Ne pensez-vous pas que ce sont ces situations qui perdurent qui incitent la société à demander plus... ?

8- Partant du principe que la sédation n'est pas une euthanasie, l'Ordre estime donc aujourd'hui que la question de la clause de conscience peut être écartée, car le devoir de soulager la souffrance est, pour le médecin, une obligation déontologique. Néanmoins, tout médecin pourrait évoquer l'article 47 en choisissant de confier à un confrère le patient pour lequel il estime ne pas devoir mettre en route le protocole envisagé. De même d'ailleurs que le médecin pourrait tout à fait refuser une sédation s'il estimait que les conditions pour y souscrire ne sont pas remplies. Dans ce cas, un avis serait demandé de façon collégiale et tracé au dossier afin de pouvoir en répondre ultérieurement.

9- Est aussi un devoir déontologique l'accompagnement par le médecin du patient jusqu'à son dernier souffle. Le soutien à ses proches fait partie du même devoir. Accompagner c'est être disponible, à l'écoute, sachant répondre aux questions, comprendre la personne, deviner même ce qu'elle ne peut exprimer, l'assurer de sa présence et de son soutien.

10- Enfin, l'Ordre réitère qu'il est opposé à toute forme d'euthanasie contraire aux principes déontologiques de la profession. Il ne peut non plus admettre le principe du suicide assisté et a fortiori « médicalement assisté ». Il est écrit dans le code de déontologie que le médecin ne peut donner délibérément la mort. Le médecin ne saurait s'affranchir de cette obligation.

En conclusion, l'euthanasie ne peut être LA réponse aux difficultés de la fin de vie. La réponse est en amont. Le corps médical ne peut néanmoins rester insensible et immobile devant cette ultime détresse d'un patient face aux affres de la mort, sous le regard des proches et de l'équipe de soins, situation qui laisse dans le cœur, la mémoire et les esprits de ceux qui soignent un difficile sentiment de malaise, voire de culpabilité.

L'Ordre renouvelle néanmoins son attachement au principe absolu du refus de délivrer délibérément — et brutalement — la mort, ou de la permettre par le biais du suicide assisté, à plus forte raison lorsque le patient ne se trouve pas en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et qu'il considère la demande d'euthanasie comme une réponse à l'angoisse qu'il ressent face à l'inéluctable ou aux circonstances hypothétiques qui entoureront son passage vers l'au-delà.

Dans le « laisser mourir », et non dans le « faire mourir », à condition d'un parfait contrôle de la situation, y compris par le biais de la sédation, le médecin retiendra de cette épreuve le sentiment d'une mission accomplie et en adéquation avec les principes déontologiques dont il ne saurait s'écarter. Il gardera dans sa mémoire le regard de son patient, de celui qui s'est confié à lui. À ce propos, M. Claude LANZMANN écrivait récemment à propos d'une éventuelle dépénalisation : «... je n'oserai pas les regarder en face [les médecins] et je ne m'empêcherai pas de lire dans leur sourire la méditation d'un mauvais coup... »

Cette mission d'accompagner les fins de vie est lourde et difficile à assumer... mais, depuis la nuit des temps, elle fait partie des valeurs que nous partageons.

L'Ordre reste persuadé que si le patient sait que tout sera fait pour le soulager de ses souffrances, — tel que déjà prévu par la loi -, qu'en aucun cas il ne sera abandonné par son médecin, la demande d'euthanasie sera encore plus exceptionnelle. Car, comme le disait Épictète « *ce n'est pas la mort qui fait peur, mais la crainte de la mort* ».

Le vécu de chacun, aussi pénible qu'il ait pu être à travers ses expériences personnelles, ne doit pas guider le législateur vers des solutions qui seraient contraires à la déontologie et à l'éthique médicale.

De la mission qu'il reçoit de l'État, des principes déontologiques et éthiques dont il se porte garant, l'Ordre doit veiller à ce que les patients puissent se confier à leurs médecins sans craindre de voir un jour l'un d'entre eux attenter à leur vie ou à celle de leurs proches.

Enfin, il serait impensable d'accorder à un médecin le pouvoir exorbitant de disposer librement de la vie d'autrui. Sinon, qu'en serait-il alors et désormais de la confiance que les patients accordent encore et toujours aux médecins ?

Finalement, soulager efficacement la douleur et accompagner, voilà ce qui est susceptible d'empêcher le patient de réclamer la mort.

Nous sommes aujourd'hui persuadés que si, en France, les médecins ne s'approprient pas la toute nouvelle Loi, il y en aura une autre bientôt qui risquera de faire basculer le pays vers des solutions que nous réprouvons.

Je vous remercie.

*(Applaudissements.)*

#### **Dr DEAU**

Merci pour cet exposé. Nous comprenons bien qu'il n'est pas question d'obstination déraisonnable et qu'il faut des directives anticipées. Enfin, il est du devoir de chaque médecin d'accompagner son patient jusqu'à la fin de sa vie. La thérapeutique peut être sédative au risque d'être létale, il s'agit d'une décision collégiale. À titre personnel, je retiens le mot d'espoir, que ce soit dans les soins palliatifs ou la fin de vie, nous ne sommes pas là pour casser l'espoir de nos patients.

Je cède la parole à M. KERZMANN avant d'engager la discussion en commençant par le Maroc et la Tunisie qui ont eu la parole en dernier sur le premier sujet.

- **Les soins palliatifs : quelques informations relatives à la situation en Belgique, Dr KERZMANN, Membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins Belge chargé des affaires Internationales**

Je ne m'engagerai pas dans une discussion renouvelée sur la fin de vie et la façon de la terminer, mais me concentrer sur les soins palliatifs pour parler, à l'inverse de M. LOHMAN, de ce vous pourriez envisager dans un pays qui a une culture palliative de longue date comme la Belgique.

Je rappelle rapidement que les soins palliatifs sont des soins actifs complets destinés aux patients dont l'affection ne répond plus aux traitements curatifs.

La lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux.

Les soins palliatifs ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.

Le soin palliatif est donc avant tout une pratique pas uniquement médicale, mais pluridisciplinaire. Elle est mobilisable et mobilisée par des choix éthiques qui la traversent, les principes de bienfaisance ou du respect de l'autonomie des patients, le droit à l'information et à la communication et bien sûr le respect des familles.

Cette pratique confronte les soignants aux limites de leur « pouvoir » médical (pouvoir de guérir).

C'est donc une notion à la fois très ancienne puisqu'elle remonte à l'antiquité, songez que sous Hippocrate il n'y avait que les soins palliatifs, mais aussi résolument moderne parce qu'elle s'érige à présent à un moment bien particulier où la science médicale dans ses progrès les plus actuels est en échec.

En ce qui concerne la Belgique, nous avons une culture des soins palliatifs déjà très ancienne à l'échelle de la vie de l'homme puisqu'elle remonte au début des années 1980.

Plus spécifiquement en 1991 nous avons eu les premières subventions limitées pour financer des premières expériences tant en ambulatoire qu'en résidentiel et en 1997 les pouvoirs publics ont été enfin sensibilisés à cette dynamique et ont accepté de sponsoriser et financer des expériences.

En 2002 la loi relative aux soins palliatifs a été promulguée. Ce fut une année importante sur le plan des soins de santé en Belgique parce qu'une fois eu en même temps une loi relative aux droits des patients et une autre pour dépénaliser l'euthanasie sous des conditions strictes. Cette loi de 2002 crée une cellule d'évaluation.

En 2008, cette cellule a sollicité du KCE (*Federaal Kenniscentrum*, Centre fédéral d'expertise, organisme financé par l'état et chargé des grandes enquêtes toujours en rapport avec les soins médicaux ou l'utilisation de substances médicamenteuses, la formation continue, etc.) une étude pour savoir ce qui est fait, comment, ce qu'il faudrait adapter, ce qu'est le patient palliatif et les questions de coûts. Si ce n'est pas une question de couts, lorsque l'on envisage les coûts des soins de santé, les soins de fin de vie sont les plus élevés de toute une période de vie.

La loi du 16 octobre 2002 consacre dans son article 2 le droit de tous les patients à pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie.

Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, dans l'ensemble de l'offre de soins.

Cette même loi dans son article 6 dispose que « *Le Roi prend les mesures nécessaires pour que les professionnels de la santé confrontés dans l'exercice de leur activité à la problématique de fin de vie puissent bénéficier de l'appui d'une équipe de soins palliatifs, de supervision, de temps et de lieux de parole organisés au sein des structures de soins.* »

L'article 8 de cette loi traite de la cellule d'évaluation qui doit remettre au pouvoir public belge tous les deux ans un rapport d'évaluation aux chambres législatives. Le Roi veille à ce que les organisations de professionnels de la santé assurant les soins palliatifs soient associées à cette évaluation.

C'est dans son deuxième rapport en 2008 que cette cellule a sollicité le KCE pour l'étude dont je parlais.

Le principe de cette loi correspond bien à la définition de l'OMS qui est d'améliorer la qualité de vie des patients mais aussi de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, surtout :

- Par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision ;
- Par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Je ne reprendrais pas l'étude du KCE, mais reprendre 6 de ses conclusions les plus importantes parce que rejoignant notre thème :

1. Définition suffisamment large du patient palliatif ;
2. Identification nécessaire de tous les patients ;
3. Différencier ceux relevant du statut palliatif ou du stade terminal ;
4. Importance de la formation des professionnels ;
5. Organisation « solide » nécessaire ;
6. Recherche de l'instrument le plus adéquat pour l'évaluation des besoins.

Sur le terrain en Belgique, les soins palliatifs sont distribués à domicile (ou un domicile alternatif comme les maisons de repos et de soins ou centre de jour) ou dans les hôpitaux et unités palliatives dédiées, les hôpitaux ayant une fonction palliative et des unités palliatives.

En termes de chiffres les patients à domicile ou domicile alternatif représentent en Belgique près de 80 % des patients nécessitant des soins palliatifs. Les 20 % restants sont catégorisés en hôpital bien

qu'il soit très difficile d'avoir des données précises à l'hôpital puisque les patients sont temporairement dehors, à l'hôpital, puis rentrent chez eux.

Tout cela est coordonné par des plateformes de soins palliatifs avec au minimum une plateforme pour 200 000 habitants et au maximum une pour 1 million d'habitants. Il y a ainsi en Belgique 25 plateformes de soins palliatifs qui coordonne les soins au niveau de tous les endroits et sont rassemblées en 3 fédérations comme les 3 langues de Belgique qui sont en contact avec les pouvoirs publics.

Sur le terrain il y a essentiellement deux statuts :

- Statut palliatif avec pour conséquence que tous les soins attribués à ces patients sont entièrement gratuits, il n'y a donc plus d'intervention personnelle dans les soins ;
- Forfait palliatif pour les patients en stade terminal. Ils ont la possibilité d'obtenir, surtout les familles, une indemnité mensuelle qui est actuellement de l'ordre de 647 € pour faire face à d'autres soins qui pourraient surgir dans cette phase terminale (équipements ou médicaments inaccessibles en termes de coûts). Ce forfait ne couvre que deux fois au maximum une période de trois mois puisque l'on estime qu'en phase terminale, les patients ne survivent pas ces délais. C'est la différence entre les soins terminaux et le *supportive care* (lutte contre les nausées, la fatigue, les saignements, etc.)

Le forfait comme le statut passent par un document qui doit être remis au médecin-conseil. Je pourrais vous faire parvenir un exemple si vous le souhaitez.

Pour terminer avec la prescription des morphiniques, autre thème aborder, les règles générales dépendent de deux lois. Une très ancienne du 31 décembre 1930 relative à la détention et au trafic des stupéfiants et l'autre du 2 décembre 1988 relative aux substances psychotropes.

En Belgique, Les pharmaciens ainsi que les médecins ou les médecins vétérinaires sont autorisés de plein droit à détenir ou à acquérir des substances psychotropes dans la limite de leurs besoins professionnels.

Les modalités de prescription sont finalement très simples, il n'y a pas de formulaire spécial. La seule contrainte est de libeller sur l'ordonnance la substance que l'on met en toutes lettres, mais aussi la posologie en toutes lettres et la quantité aussi bien milligrammes pour la substance que le nombre d'ampoules ou de bouteilles ainsi que la durée.

La délivrance des médicaments par le pharmacien est automatique. Il a obligation bien sûr d'inscrire dans un registre à qui et quand il a délivré et en quelle quantité.

Les contrôles concernent tant les prescripteurs que les pharmaciens au travers de la Commission médicale provinciale.

À l'Ordre nous recevons très régulièrement des signaux de l'inspecteur des pharmaciens indiquant que tel médecin a une consommation assez élevée de... et nous demandant de procéder à des vérifications.

Par voie de conséquence, nous avons pour les morphiniques des règles peu contraignantes et qui par opposition sont très favorables à la prise en charge de la douleur comme c'est nécessaire dans les soins palliatifs que nous préférons de plus en plus souvent appeler en Belgique les soins continus pour rejoindre sémantiquement ce qui a été dit tout à l'heure : le palliatif dans l'esprit de beaucoup est assimilé à une fin de vie plus ou moins proche, le soin continu fait référence à un autre aspect.

Selon l'Organisme international de contrôle des substances stupéfiantes à visée médicale (OICS), il n'y a pas de surconsommation en Belgique.

La Belgique participe bien sûr à la Fédération francophone des soins palliatifs dont font partie entre autres le Maroc, la Tunisie, la France, le Québec et la Suisse.

Pour le futur, la Belgique a le projet spinoza — Pro Spinoza (PROjet – Soins Palliatifs en InNOvative Zorg-Anvers) – projet pilote de l'université d'Anvers qui envisage l'implémentation d'un trajet de soins palliatifs personnalisé. Cette étude a commencé en 2013 et sera terminée en 2016 et peut-être que je vous en parlerai à une prochaine réunion.

Je vous remercie.

(Applaudissements.)

## Dr DEAU

Nous avons bien compris, comme en France, qu'il fallait essentiellement des ordonnances non falsifiables. Il n'y a plus de bons pour les morphines mais un carnet d'ordonnances qu'on ne peut pas photocopier. On est obligé d'indiquer où est la pharmacie, quelle pharmacie peut délivrer et d'écrire en toutes lettres et non en chiffres. Nous avons compris aussi grâce à M. LOHMAN qu'il fallait aussi des circuits commerciaux et une législation adaptée et une formation des médecins aussi adaptée.

Il serait maintenant intéressant de recueillir vos témoignages, pour ce faire je vous rappelle que nous vous avons adressé des questions en amont de la réunion pour préparer un état des lieux sur les carences éventuelles dans vos pays, la disponibilité des morphiniques, les circuits commerciaux et la législation, entre autres.

## Dr MAAOUNI

Pour le Maroc, je partirai du cas du cancer et d'une grande association qui est devenue une fondation, la Fondation de lutte contre le cancer. C'est un cas très similaire du sida et les autres prises en charge.

Je partirai surtout du plan cancer qui a été fait à l'image du plan Chirac. Le plan cancer marocain est donc inspiré des valeurs d'équité, de solidarité, de qualité et d'excellence. Ce plan cancer comprend 78 mesures regroupées en 5 thèmes de propositions dont un qui met en exergue les soins palliatifs.

L'état des lieux en matière de soins palliatifs au Maroc relève de grandes problématiques :

1. Insuffisance de la formation des professionnels dans le domaine des soins palliatifs, de l'approche globale de la personne malade ;
2. L'insuffisance d'articulation entre les champs psychologique et éthique et cloisonnement très marqué entre les champs sanitaire et médico-social, la ville et l'hôpital, le court et le long séjour, etc. ;
3. Le manque de moyens en personnels : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc. ;
4. L'absence de lieux de séjours de répit adaptés aux soins palliatifs généraux et soins palliatifs terminaux ;
5. L'insuffisance des suivis des soins palliatifs après le retour à domicile ;
6. L'absence d'accompagnement régulier des patients ;
7. L'absence de soins de support et de culture citoyenne sur le sujet de la fin de vie et de la mort ;
8. La promotion des soins palliatifs dans les politiques de santé.

Ainsi, 4 axes ont été déclinés en 13 mesures :

### A. Développer la prise en charge de la douleur en :

1. Institutionnaliser la prise en charge de la douleur à tous les niveaux,
2. Lutter contre la « morphinophobie » sur la population. J'en profite pour indiquer qu'il existe un tableau B des stupéfiants au Maroc, spécifiant les modalités de prescription-dispensation des substances vénéneuses qui intéresse le corps médical et la médecine vétérinaire aussi. La politique est bien ancrée en matière d'approvisionnement et détention, de prescription, de modalités, durée et support de la prescription, en matière de comptabilité avec un registre spécial, etc. C'est donc très vaste et je ne donne donc que les grands axes,
3. Développer législation,
4. Développer la référence de prise en charge de la douleur,
5. Décentraliser la prise en charge de la douleur,

### B. Assurer l'accompagnement familial et social en :

6. Assurer l'accompagnement familial,





7. Assurer l'accompagnement social,
  8. Assurer l'accompagnement en phase d'agonie,
- C. Assurer le développement et l'extension des soins palliatifs en réseau en :
9. Définir les missions des structures de prise en charge des soins palliatifs,
  10. Organiser les réseaux de prise en charge en soins palliatifs ;
  11. Définir les standards et les normes des structures des soins palliatifs,
  12. Mettre en place un système d'information en soins palliatifs, c'est très important cela manque beaucoup,
- D. Développer la recherche en soins palliatifs en :
13. Développer la recherche en matière de soins palliatifs.

Comme vous le savez tous, nous avons tous les outils et il revient aux instances ordinales d'encourager la promotion des soins en matière de santé et saisir le ministère de la Santé. Si l'Ordre participe aux pratiques de santé et cette assemblée pourrait faire une recommandation aux nouvelles instances sanitaires en ce sens.

#### **Dr DEAU**

Merci on se rend bien compte que le Maroc a une certaine avance. Il serait intéressant d'entendre aussi les pays qui étaient dans le « rouge » sur la carte.

#### **Dr BEN ZINEB**

En Tunisie, les soins palliatifs sont intégrés dans le secteur public. Nous avons un secteur médical public avec les hôpitaux publics et le secteur privé avec les cliniques privées et les médecins installés pour leur propre compte. Dans le secteur public, les soins palliatifs sont intégrés, mais uniquement en pratique dans le 3<sup>e</sup> niveau qui est les CHU et les hôpitaux de référence. Nous avons 3 niveaux d'établissements publics : le premier, ce sont les dispensaires et petites unités de proximité de consultation essentiellement ; le deuxième est régional ; le troisième porte sur les hôpitaux de référence.

Ces soins sont intégrés soit dans des services hospitaliers dédiés aux soins palliatifs et la lutte contre la douleur, à défaut cette activité est confiée au service de carcinologie médicale et aussi certains départements d'anesthésie-réanimation qui ont réalisé un important travail de sensibilisation dans ce domaine sur l'utilité de ces soins.

Le système n'intéresse donc ni le premier ni le deuxième niveau. Les freins sont essentiellement d'ordre législatif parce que les textes se référant à la prescription et gestion des stupéfiants sont très répressifs. Nous avons en Tunisie une expérience – qui n'a pas encore été évaluée et sur laquelle les avis sont mitigés –, que nous appelons les ordonnances bleues, carnets à souches numérotés où la prescription est faite et contrôlée tant au niveau des produits que de la dose, des chevauchements et avec des sanctions pénales assez sévères aussi bien vis-à-vis du prescripteur que du pharmacien délivreur du médicament.

Le système de santé en Tunisie par l'intermédiaire de ses différents intervenants est très sensible à ce sujet des soins palliatifs. Un programme national de lutte contre la douleur a été mis en place il y a 2 ans et nous n'en voyons pas encore concrètement le résultat de ces efforts, mais nous avons beaucoup d'espoir pour qu'à l'occasion de ce programme une meilleure sensibilisation des médecins à l'utilité tant au niveau de la formation des étudiants en médecine qu'ensuite dans le cadre DPC.

#### **Dr SANDJON**

Les pays dans le « rouge » sur la carte concernent principalement l'Afrique noire au Sud du Sahara parce que nous avons un programme encore embryonnaire. Il faut savoir que 70 à 80 % d'Africains consultent encore des guérisseurs pour de multiples raisons de la précarité à la culture. Ainsi, lorsqu'un tel diagnostic est posé, la famille demande elle-même à ramener le patient en famille au village pour terminer ou pour se laver c'est-à-dire conjurer le mauvais sort. Très souvent, dans nos tribus le décès

provient toujours du fait du voisin, de l'oncle ou de l'épouse qui aurait jeté un mauvais sort. On pense très souvent qu'il faut ramener le malade pour exorciser ce mauvais sort. Cela crée parfois des drames parce que lorsqu'un guérisseur n'a pas d'explications, il trouve un oncle ou autre un peu au hasard, imaginez alors la famille qui va s'en prendre à cet oncle. Nous avons encore ce genre de situation même si les choses évoluent grâce à la mondialisation.

Dans l'immense majorité de nos pays, nous avons encore ces problèmes au point où près de 80 % des médecins n'ont pas l'habitude de prescrire et manipuler ces produits. Pour ce qui me concerne, en tant que gynécologue, je ne manipule les morphiniques que dans les douleurs chirurgicales. Nous sommes surpris de savoir que vous êtes passés de services de soins palliatifs à des hôpitaux de soins palliatifs en France alors que ce n'est même pas encore dans nos programmes de santé.

C'est donc un apprentissage pour nous ce matin et nous avons tout à apprendre de vous. Le pharmacien ne veut plus commander de morphiniques parce que cela se périmé parce que personne ne les prescrit.

Nous avons d'autres problèmes terre à terre qui n'ont rien à voir ces questions et dans les villages tout le monde connaît l'herbe qui soulage le yamba ou l'opium par exemple. Ainsi les plus dégourdis savent se débrouiller avec la culture et même avec la religion qui « aide » à accompagner ces personnes. Pour dire les choses telles qu'elles sont la morphine est encore un luxe.

### **Dr OGANDAGA**

Le Gabon fait également partie des pays dans le « rouge » et tous les problèmes ont été suffisamment évoqués sur les conditions à la mise en place les soins palliatifs. Je crois également que le fait de se rendre compte ici que nous faisons partie des pays en difficulté permet de mettre de porter une attention particulière sur cet aspect. En tant que praticien, je sors d'un système un peu en marge parce que j'étais hospitalier dans un système de sécurité sociale où l'approvisionnement en morphinique étant bien organisé et standardisé avec un carnet et des règles de prescription, etc. Mais c'était un peu plus compliqué au niveau étatique parce que l'organisation n'était pas là même dans les hôpitaux. Or, les hôpitaux de la Caisse nationale de Sécurité sociale ont disparu et ont laissé place aux CHU qui sont en voie d'organisation et il y a également maintenant l'arrivée de l'Assurance maladie qui a une liste de médicaments avec de nouvelles règles sur l'accessibilité qui sera facilitée.

Je pense donc que le Gabon va sortir des pays en difficulté. Nous avons là toutes les informations pour en discuter avec le ministère de la Santé mais aussi la Sécurité sociale qui a mis en place un système d'accès aux médicaments afin d'organiser le service. Nous avons suffisamment d'éléments pour nous permettre de faire en sorte que les soins palliatifs soient pris en charge, d'autant plus que nous avons un institut du cancer qui a été créé.

Les conditions sont réunies au Gabon pour pousser à l'information et la mise en place de moyens.

### **Pr NIAKARA**

Il n'y a pas d'organisation des soins palliatifs au Burkina Faso ni au plan institutionnel ni au plan périphérique, ce sont les médecins qui en prennent l'initiative dans leur propre formation s'ils sont proches de maladies nécessitant des soins palliatifs comme en oncologie. Je suis cardiologue et on connaît la morphine uniquement dans certaines douleurs atroces, l'infarctus par exemple.

Pour être concret, je souhaiterais que l'on puisse aider via nos Ordres à inclure la formation sur les soins palliatifs dans nos pays. Les médecins ne sont pas informés, ils ont même peur de prescrire ces molécules. Il faut donc d'abord les rassurer avant qu'ils rassurent les patients.

D'autre part il y a un vide législatif, je ne connais aucun texte document parlant de soins palliatifs ou de soins de vie au Burkina Faso.

Nous verrons ensuite pour les moyens, mais nous avons les morphines, c'est centralisé et commandé par le ministère de la Santé qui demande à chaque formation d'exprimer ses besoins en début d'exercice, mais personne ne le fait n'en trouvant pas le besoin.



## Dr GANONE

Au Tchad, les soins palliatifs sont beaucoup plus destinés aux maladies cancéreuses en phase avancée. Le pays vient de créer un programme national de prise en charge des maladies cancéreuses, mais qui n'a véritablement pas de moyens. Deux médecins oncologues ont été nommés sans aucuns moyens.

Je sais que ces soins se font dans les différents hôpitaux centraux et régionaux du pays. Les commandes sont groupées sur la base d'estimations et mis à la disposition des différents hôpitaux des régions. Nous assistons souvent à des ruptures de stock de ces molécules, je ne sais pas si c'est lié à de mauvaises estimations.

Nous n'avons pas encore de législation en la matière, mais des réunions et ateliers vont bientôt avoir lieu me semble-t-il. Nous n'avons pas non de programmes de formation destinés aux médecins sur la prescription de ces médicaments.

## Dr BAH

La Guinée fait également aux pays dans le « rouge ». En Guinée, il y a une absence de politique nationale des soins palliatifs. Les soins palliatifs sont intégrés dans un « paquet » d'activités médicales données par tous les médecins.

Il y a une indisponibilité totale des produits morphiniques dans les hôpitaux. Les quelques rares cas de gestion de la douleur gérée dans les hôpitaux sont intégrés dans le service de réanimation, mais cela a un coût. Malheureusement, seul 3 % du budget national est alloué à la santé et cela explique beaucoup de choses. Non seulement ce n'est pas pris en compte par le gouvernement parce que le budget est très faible, mais les patients atteints de ces maladies incurables sont aussi très pauvres. Il y a donc déjà une barrière à l'accès au peu de soins palliatifs qui existent.

Par ailleurs, les médecins ne sont pas formés à l'utilisation de ces produits morphiniques. La formation continue est une « prescription » déontologique, il revient donc à l'Ordre d'essayer de soutenir, encourager et impulser cette formation, mais nous n'avons pas de DPC dans nos hôpitaux, c'est donc au cas par cas.

La législation est également inexistante en Guinée sur les soins palliatifs.

## Dr DEAU

Cela souligne une fois plus le problème de la formation.

## Dr NSADI FLUENE

Je confirme les données fournies par l'OMS. Avant de venir à cette réunion, j'ai interrogé la structure chargée d'organiser les soins palliatifs en République démocratique du Congo (RDC). Si cette situation est bien réelle, il y a de l'espoir parce que les choses évoluent en RDC.

Actuellement, l'unité chargée de faire la promotion des soins palliatifs est l'École de santé publique.

La structure chargée d'organiser les soins palliatifs m'a fourni une communication de 2013 sur les premières journées de soins palliatifs qui ont été organisées qui relève une :

- Insuffisance de l'offre de services en soins palliatifs à tous les niveaux contrastant avec l'augmentation de la demande ;
- Insuffisance en personnels formés en soins palliatifs ;
- Faible accès aux médicaments pour soulager la douleur, la morphine est difficile à trouver et il n'existe presque pas de morphine en comprimés ou patchs. Les médecins ont effectivement très peur de la prescrire, ce sont les grands hôpitaux universitaires qui commencent à les prescrire ;
- Insuffisance du financement en rapport avec les soins palliatifs, le budget de notre pays est insuffisant et en dessous des 5 % encore l'an passé ;

- Faible régulation et manque de politique nationale et de plans stratégiques.

Je parlais d'espoir parce qu'il y a une réelle volonté politique. Les médecins de la santé publique qui ont organisé ces premières journées sont vraiment engagés dans l'organisation et intégration des palliatifs dans le système de santé.

Les soins palliatifs sont intégrés depuis 2012, c'est un projet, reste donc à passer à l'application et donc au financement. Une association nationale des soins palliatifs a été créée en RDC, sous l'égide de l'École de santé publique et les soins palliatifs collaborent avec plusieurs autres associations.

Enfin, l'Association africaine des soins palliatifs appuie le ministère de la Santé publique dans la visite d'une étude d'intégration en soins palliatifs. Une dizaine de personnes se sont donc rendues en visite en Ouganda, une dizaine de cadres et membres des ONG ont été formés aux soins palliatifs en 2013 qui ont commencé à former le personnel en RDC. Cette analyse des soins palliatifs en RDC avait bénéficié d'un financement de l'OMS.

Pour résumer, le problème est réel et est actuellement mis en exergue, mais tout un dispositif est mis en place pour promouvoir les soins palliatifs.

### **Dr ANDRIANASOLO**

Nous sommes à peu près dans la même situation qu'en Tunisie pour les centres hospitaliers universitaires. Nous avons déjà une bonne organisation et des comités de lutte contre la douleur soutenue par l'Association française Douleurs sans frontière. En revanche pour ce qui est du traitement en ambulatoire nous n'avons absolument rien. Normalement, c'est l'Ordre des médecins qui délivre les carnets à souches. Or, cela fait deux ans que je suis en poste et personne ne m'en a jamais demandé.

### **Dr KABA DIAKITE**

Avant de venir, je me suis entretenu avec les anesthésistes et réanimateurs qui sont en général en charge des soins palliatifs au Mali.

Le Mali répond effectivement à la réglementation internationale qui consiste à avoir une bonne traçabilité de l'utilisation de ces produits. Nous avons une ordonnance type et un seul fournisseur, la pharmacie populaire du Mali ou tout le monde peut s'approvisionner. Nous exigeons par ailleurs de faire retourner les ampoules utilisées.

En général, ces dérivés morphiniques sont utilisés dans les cas de cancérologie et en chirurgie traumatologique et en postopératoire. J'ai pris l'exemple d'un grand CHU (Gabriel Touré) pour connaître l'ampleur de l'utilisation et de janvier à fin octobre ce CHU a seulement utilisé 1 962 ampoules de morphiniques.

Les morphiniques sont certes utilisés, la réglementation est respectée, mais comme l'indiquait M. SANDJON notre ministère de la Santé publique n'a pas de programme sur leur utilisation.

### **Pr MBELESSO**

La situation en Centrafrique est difficile parce qu'il n'existe pas de structure de prise en charge dans ce domaine. Il y a un problème de ressource humaine. Au plan institutionnel, le ministère avait prévu d'ouvrir ce service, mais malheureusement le médecin anesthésiste-réanimateur qui devait en avoir la charge est décédé et nous n'avons personne pour le remplacer. Trois jeunes collègues qui sont en train de se former ne sont pas encore rentrés aux pays. Une cancérologue formée à Brazzaville vient, elle, de rentrée et est en train d'organiser le service, mais il n'y a pas vraiment de structure en place.

Je me suis donc renseigné auprès des pharmaciens. Étant donné qu'il n'y a pas de prescription de morphiniques, ils n'ont pratiquement plus fait de commandes depuis 3 ans. En tant que neurologue, confronté surtout à ces problèmes pour les douleurs post-zostériennes et j'utilise plus amitriptyline, mais j'ai essayé de mettre en place avec une pharmacie de la place des commandes de morphinique pour gérer ces douleurs. C'est vraiment embryonnaire en République centrafricaine.



## Pr AYADI

Nous avons lancé en Algérie, en association avec la Société d'oncologie et le ministère de la Santé, la formation des médecins généralistes afin qu'ils puissent prendre en charge un malade qui habiterait loin en toute commodité. La formation continue des médecins généralistes est donc le premier point.

D'autre part, le ministre vient de signer un décret il y a 10 jours instaurant l'hospitalisation à domicile en impliquant le médecin privé pour qu'il puisse prendre en charge un malade autour de sa famille ce qui est très important pour nous musulmans. Le patient sera mieux traité chez lui et pris en charge par l'entourage et avec le médecin privé qui vient lui donner les soins.

## Pr ALAOUI

Nous avons entendu les constats analytiques des situations des différents pays concernant les soins palliatifs. Nous pouvons globalement considérer que si ce n'était pas un « problème » de santé publique dans beaucoup de pays africains, la transition épidémiologique qui s'accélère de plus en plus va nous imposer de prendre en charge ce problème tout comme avec le vieillissement de la population, les maladies non transmissibles, les maladies dégénératives.

Les approches sont à des niveaux différents d'approche. J'ai entendu la stratégie adoptée par la RDC, nous avons l'obligation d'avoir une vision et la sensibilisation des autorités sanitaires pour entrer dans une approche politique de santé pour ce qui concerne les soins palliatifs pour au moins poser les conditions nécessaires et obligatoires pour parvenir à ce que nous a montré notre confrère belge, aboutissement auquel nous aspirons.

Je proposerais que l'on crée éventuellement un groupe de travail pour identifier les niveaux de développement ou sous-développement afin de nous organiser pour proposer des stratégies aux différents pays selon leur situation et ce qu'ils devraient mettre en place. Nous n'y arriverons pas si nous n'avons pas une approche holistique globale avec des législations qui supportent la chose. Par exemple, il y a 10 ans, nous nous battions pour la durée de prescription des morphiniques, les médecins avaient le droit de prescrire, mais pour une semaine. Il nous a fallu beaucoup de temps avec le ministère de la Santé pour élargir cette limite de temps. Le Dr MAAOUNI a parlé de la Fondation de lutte contre le cancer et nous avons profité de ce plan d'action dans lequel faisait partie intégrante le plan d'action de soins palliatifs pour faire un plaidoyer auprès des autorités qui ont accepté la démarche et qui nous ont soutenus dans cette affaire. Il est donc nécessaire d'avoir une approche programmatique, nous ne pouvons pas prendre les choses par petits bouts. Chaque pays a des étapes différentes à franchir et il nous faudrait utiliser les différents modèles qui ont donné des résultats afin que les autres, chacun à leur niveau, puissent les utiliser.

## Mme BOUËSSEAU, Responsable du secteur "Éthique et Santé" à l'OMS à Genève

Permettez-moi tout d'abord un mot à titre personnel, j'arrivais ce matin dans cette maison en me disant que ma vie professionnelle avait commencé il y a 30 ans en m'inscrivant ici. J'ai quitté le cher pays de mon enfance il y a 20 ans et je l'ai retrouvé hier soir dans l'Est parisien, saisie d'effroi. Ce matin, j'étais heureuse d'être accueillie dans cette belle famille de la francophonie. Vous avez sans doute entendu que dans la nuit, le Président des États-Unis en portant son message au peuple français n'a pas traduit ce qui est un des plus beaux de la langue française « fraternité ». C'est un peu dans cette perspective que malheureusement cette réunion se tient et nous invite probablement à encore plus de responsabilités.

J'ai rejoint l'OMS il y a maintenant 13 ans pour la création du département d'éthique et il y a 2 ans on m'a demandé de travailler sur la mise en œuvre des programmes de soins palliatifs dans l'ensemble de nos 194 états membres, et ce en étroite collaboration avec les différents départements concernés au siège de l'OMS à Genève avec les 6 bureaux régionaux et les pays bien sûr.

Je voudrais insister sur les partenariats, mentionnés par M. LOHMAN, partenariats avec les différents acteurs. Bien sûr, les premiers partenaires de l'OMS sont les ministères de la Santé, mais il y a aussi les ONG comme *Human Rights Watch*, des organisations professionnelles et l'Association médicale mondiale qui est en relation officielle avec l'OMS a inscrit les soins palliatifs dans son plan de collaboration avec l'OMS.

Il est donc très important que nous puissions compter sur la collaboration active des organisations professionnelles, et en particulier médicales, pour mettre en œuvre ces politiques de santé. En effet, il existe un certain nombre d'obstacles, très bien décrits dans la résolution adoptée par l'assemblée qui ont à voir avec des aspects législatifs qui bloquent l'accès aux médicaments, mais aussi des aspects culturels et des aspects de formation où les professionnels peuvent opérer un changement notable.

Certains pays ont fait d'importants progrès comme cela a été dit. Je crois que pour accélérer ces progrès, les professionnels doivent être attentifs à l'aspect transversal des soins palliatifs. Historiquement, les soins palliatifs se sont développés dans le cadre des politiques de santé concernant le cancer, mais c'est loin de se limiter à ces programmes de santé. J'ai encore hier avec mes collègues à une réunion sur la tuberculose multirésistante et qui développe maintenant un chapitre sur les soins palliatifs dans les lignes directrices de l'OMS. C'est aussi vrai du sida et beaucoup d'autres pathologies notamment celles qui touchent les enfants. C'est donc un effort pour faire en sorte que les soins palliatifs soient inclus dans l'ensemble des politiques de santé.

Pour ce qui est de la formation, nous avons réalisé une petite évaluation pendant l'été concernant les cours qui sont disponibles gratuitement en ligne : 99 % sont en anglais. Il y a donc un effort à faire. Nous n'avons regardé que les cours gratuits, ceux qui vont vraiment faire une différence dans la plupart des pays. Nous avons déjà dans un partenariat pour le moment informel demandé à la Fédération francophone des soins palliatifs de travailler avec nous dans le développement de type d'outil. Ce serait très important de pouvoir avoir aussi une collaboration technique d'organisations professionnelles.

À l'OMS, nous développons bien sûr aussi des outils. M. LOHMAN a mentionné une réunion qui s'est tenue à Lomé avec la participation de 24 pays francophones durant laquelle nous avons demandé des commentaires sur un manuel opérationnel qui est déjà dans les deux langues. Pour une fois l'OMS traduit à temps ses documents, ce qui est rarement le cas. Ce sera donc un manuel à disposition des décideurs pour la mise en place de programmes de soins palliatifs. Nous allons aussi en discuter dans deux semaines avec l'ensemble des états membres de la région méditerranéenne.

Au-delà de ces outils, nous discutons du développement de lignes directrices concernant le traitement de la douleur. Une actualisation de ces lignes a eu lieu il y a 2 ans pour le traitement de la douleur chez l'enfant, mais les recommandations de l'OMS concernant la douleur chez l'adulte sont très anciennes. Nous essayons donc aussi de donner ce type de recommandations afin que les professionnels puissent avoir des outils très concrets pour utiliser ce type de traitement avec plus de sérénité.

Nous avons aussi le projet de développer un certain nombre de publications spécifiques. Vous avez mentionné, c'est très important, l'aspect holistique des soins palliatifs. La prise en charge des aspects psychosociaux, spirituels ou religieux est aussi très importante. Nous essaierons avec l'ensemble des partenaires de développer les outils nécessaires pour cela.

Il y a aussi des choses presque plus simples, mais toutes aussi importantes et qui consistent à partager les expériences. Certains pays, par exemple, ont décidé de créer un comité national pour les soins palliatifs comme le Liban. En fonction des situations, il peut y avoir des initiatives intéressantes à partager et pour les partager nous allons ouvrir en janvier prochain une plate-forme internet afin de permettre aux pays d'échanger leurs expériences, des documents et de discuter des études de cas. Si certains parmi vous sont intéressés, cette plate-forme se situe dans le cadre plus large d'une initiative de l'OMS pour promouvoir les soins intégrés et centrés sur la personne, initiative qui intéressera peut-être aussi l'ensemble des Conseils de l'Ordre francophones.

Je vous remercie et suis à votre disposition pour plus d'informations.

*(Applaudissements.)*

## **M. LOHMAN**

Pour essayer de résumer, il est nécessaire de faire face à cette nouvelle situation comme le Pr ALAOUI l'a indiqué. Nous ne pouvons pas échapper à la vague des patients qui auront besoin des soins palliatifs dans le futur. Notre collègue belge a mentionné les coûts du service de la santé en fin de vie, il est vrai qu'aux États-Unis par exemple on dépense beaucoup plus d'argent sur les derniers jours de la vie que dans toute une vie. C'est souvent parce qu'il y a une obstination thérapeutique et donc des interventions

médicales qui n'apportent aux patients. Aux États-Unis, des études montrent que l'on peut faire des économies sur les investissements en soins palliatifs.

D'autre part, il faut une vision sur les soins palliatifs. Il est évident que les pays ont différent stade de développement, mais il est important d'avoir une vision sur la façon dont on va organiser ces soins sinon on ne peut pas planifier les actions

Il existe des ressources, des organisations et associations professionnelles de soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur qui sont prêts à aider dans le développement de ces services dans les pays francophones.

Il existe des programmes de formation en soins palliatifs en français et des programmes de fellowship pour le développement des leaders en soins palliatifs. Il n'y avait pas beaucoup de participation des pays francophones. Ces programmes existent et je crois qu'il y a des possibilités pour travailler ensemble à améliorer la situation et peut-être dans quelques années publier une nouvelle carte un peu moins noire et beaucoup plus verte.

### **Dr DEAU**

Avant de nous retrouver pour le déjeuner, je voudrais que le Canada, représenté par Mme BENSIMON, s'exprime. Les soins palliatifs sont très clairement au point au Canada, ce n'est pas la question, ils en sont aux discussions législatives comme en France sur la fin de vie.

### **Mme BENSIMON**

C'est un sujet très complexe, mais je peux dire que l'Association médicale canadienne met beaucoup d'emphasis sur l'importance des soins palliatifs et d'avoir accès aux soins palliatifs, de pouvoir avoir des standards adéquats.

L'Association médicale canadienne fait face à la décision de la Cour suprême du Canada par rapport à l'euthanasie et au suicide assisté, et il est important de préciser que l'Association médicale canadienne veut soutenir autant les médecins qui choisissent d'y participer que ceux qui choisissent de ne pas y participer et a donc une position neutre.

Je vous remercie de vos interventions et témoignages.

**13 H 15 — 15 H 15** : Déjeuner.

### **Dr DEAU**

Avant de reprendre nos travaux, nous proposons à l'initiative du Pr DEGOS, Délégué général aux affaires européennes et internationales par intérim du Conseil national de l'Ordre des médecins français, de faire un communiqué de presse au nom de la CFOM parce que vous avez tous manifesté votre soutien à l'occasion des événements dramatiques survenus hier soir et il semblait intéressant de le manifester par un communiqué de presse. Je cède la parole au Pr DEGOS pour vous faire la lecture d'un projet de communiqué avant de procéder au vote sur son adoption.

### **Pr DEGOS**

Il ne s'agit bien sûr que d'un premier jet qui pourrait être modifié selon la volonté de la CFOM dont il donne lecture. Il pourrait être transmis à l'Agence France Presse.

### **Dr DEAU**

J'ajouterai à la dernière phrase « pour donner les soins en toute indépendance ».

### **Dr SANDJON**

Il faut indiquer que nous présentons nos condoléances aux familles des victimes.

### Dr KABA DIAKITE

Je propose de féliciter les forces de l'ordre.

### Dr SANDJON

Nous voudrions que cela puisse parvenir à nos pays respectifs.

### Dr MAAOUNI

Dans le 3<sup>e</sup> paragraphe il est écrit que la CFOM, profondément choquée et horrifiée s'indigne (...) des responsables, mais il ne s'agit pas des responsables, mais des forces du mal et il faut le dire haut et fort. Et préciser d'idéologie extrémiste. Par ailleurs, dans le dernier paragraphe les membres de la CFOM s'inclinent avec compassion, il faudrait ajouter « devant la mémoire » des innocentes victimes et témoigne le soutien aux familles.

### M. DEGOS

Je remercie MM. ALAOUI et VORHAUER d'avoir allégé le texte.

### Dr DEAU

Etes-vous d'accord pour l'adopter ? (À l'unanimité.)

Compte tenu des diverses remarques qui ont été faites, le communiqué suivant est ainsi adopté :



La Conférence francophone des Ordres médicaux (CFOM) a tenu son Assemblée générale le samedi 14 novembre 2015 au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins à Paris. Elle regroupait les représentants de 19 pays.

Les sujets éthiques et déontologiques traités lors de cette conférence intéressant les différents pays membres ont été assombrés par les événements barbares qui, dans la nuit précédente, ont frappé le peuple français et plus largement, à travers lui, la communauté internationale.

La CFOM, profondément choquée et horrifiée, s'indigne avec force qu'une fois de plus des responsables de courants de pensée et d'idéologies intolérantes aient choisi l'exploitation du fanatisme religieux et les méthodes inhumaines du terrorisme.

Elle réproouve toutes les atteintes à l'intégrité physique, psychique, intellectuelle ou religieuse d'autrui.

Elle rend hommage au corps médical ainsi qu'à tous ceux qui se sont engagés en cette occasion et qui auront affronté des dangers parfois mortels pour donner les soins urgents aux personnes.

Les membres de la CFOM s'inclinent avec compassion sur les innocentes victimes et devant la douleur de leurs familles.



**15 H 30 : « LE ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LORS DES BOULEVERSEMENTS CLIMATIQUES »** dans le cadre de la préparation du sommet COP 21 de décembre 2015 à Paris**Dr DEAU**

La COP21 a été annoncée par l'OMS et nos différents gouvernements. Depuis 6 mois dans les médias il est dit que c'est sans doute un des derniers sommets où l'on pourrait avoir un accord pour que la température n'augmente pas trop durant le siècle à venir c'est-à-dire le limiter à 2 degrés, ce qui est déjà important compte tenu des bouleversements géographiques – les côtes françaises sont rognées – et climatiques – sécheresse dans certains territoires africains et fonte des glaciers dans le Nord. Tout cela par une augmentation des gaz à effet de serre.

Il est apparu au mois aux différentes associations de santé publique européennes, la CFOM, HEALTH, la CEOM, le CPME, l'EFMA et le CNOM français, que dans tous les préliminaires à cette COP21 la santé des populations était complètement oublié, voire occultée. Or, ces bouleversements climatiques peuvent avoir un impact sur la santé d'une population. Nous avons publié une *Joint Action* qui vous a été remise indiquant que les signataires s'inquiètent du faible focus de la COP21 sur les mesures sanitaires nécessaires pour prendre en compte les événements liés au climat et à sa modification et souhaitent qu'à l'occasion de ce sommet mondial soit rappelé le rôle de la place légitime des professionnels de santé qui participent à plusieurs niveaux à la prise en charge des populations victimes, présentes ou à venir des conséquences des dégradations climatiques :

- Dans les rôles de prévention des pathologies induites par les désordres climatiques et la promotion d'une politique de santé publique au service des patients ;
- Dans une action de soignant auprès des populations en cas de situation d'urgence lors des cataclysmes nécessitant des soins primaires immédiats ;
- Dans la prise en charge des pathologies ou maladies chroniques résultant du changement climatique.

Il est important que le monde de la santé, les professionnels de santé, et en particulier les médecins, soient des acteurs impliqués dans la préparation des sociétés à ces enjeux autant qu'ils participent à la prise en charge de ses conséquences. C'est-à-dire que non seulement nous sommes des acteurs du soin dans les soins primaires, les soins chroniques et dans la prévention, mais nous devons aussi être des vecteurs d'initiatives auprès de nos politiques. En particulier, lorsque l'on sait que 90 % des effets de gaz de serre se concentrent dans les villes. Le médecin se doit d'être un acteur auprès du maire de sa ville ou village pour faire des choses simples, avoir des pistes cyclables dignes de ce nom, des transports en commun qui respectent l'environnement, avoir une politique de l'énergie, comme la ville de Fribourg en Allemagne.

À un des premiers colloques que nous avons eu au ministère de la Santé à ce sujet, on a vu une carte du monde en proportion des plus grands pollueurs, les États-Unis et la Chine sont surdimensionnés, l'Europe est à peu près normale et l'Afrique est toute petite. En revanche, la carte des effets négatifs sur la santé humaine, on voit une Amérique, une petite Chine, mais une énorme Afrique. M. AMEISEN, éthicien français connu, suggère que les effets négatifs des désordres climatiques impactent inévitablement et prioritairement les populations les plus vulnérables et les plus pauvres.

Nous sommes donc tous concernés, en Afrique et en Europe, sur tous les continents et on ne peut imaginer un progrès dans ces désordres climatiques que si chacun s'investit. Je pense qu'il est du devoir de chaque médecin de s'investir dans des initiatives appropriées.

Que pouvons-nous faire ? En Afrique, nous savons que beaucoup se chauffent encore au charbon de bois il y a peut-être des initiatives à prendre. Dans certaines villes africaines, il y a tout de même des pollutions extrêmes avec les gaz d'échappement. Chacun peut à son niveau de médecin avoir des initiatives citoyennes au sein d'une société dont nous sommes tous responsables pour l'avenir de nos enfants et de l'humanité.

Sachez que le Conseil national de l'Ordre des médecins français est agréé COP21 c'est-à-dire que nous aurons le 4 décembre ici même une réunion avec HEAL et différents organismes et le lendemain une réunion avec l'OMS à l'hôtel Marriott dans un but médiatique afin de sensibiliser parallèlement nos

gouvernements et nos administrations au fait que ce problème de désordre climatique est essentiellement et avant tout un problème de santé publique qui concerne tous les médecins.

### **Mme BENSIMON**

C'est une question également importante au Canada. D'ailleurs le thème du congrès annuel de l'Association médicale canadienne l'été prochain porte justement sur le changement climatique.

### **Dr DEAU**

Un pays d'Afrique a-t-il un témoignage à apporter ? J'ai croisé la semaine dernière des Éthiopiens qui ont de bonnes initiatives tout comme le Maroc en matière d'énergie solaire.

### **Dr MAAOUNI**

Il y a eu un appel de Tanger en septembre dernier lors de la visite du Président Hollande avec Sa Majesté Mohammed VI et Marrakech recevra le prochain congrès, après la France. Le Maroc a initié ce que l'on appelle le Maroc vert, en matière d'agriculture, avec des plantations arboricoles qui contribuent à la réduction du carbone.

J'émet le vœu qu'il y ait un communiqué de cette assemblée pour sensibiliser et saisir les autorités sanitaires de chacun dans nos pays et aller dans le sens de la réunion de Paris à la fin du mois.

### **Dr. DEAU**

Ce communiqué réalisé au mois de juin est signé de la CFOM, de M. SANDJON et a été largement distribué. La semaine dernière à Taïwan des personnes des Philippines en avaient connaissance. Il faut peut-être vous prévaloir de ce communiqué, relativement bien rédigé, auprès de vos gouvernements. Ce sont 9 associations médicales qui sensibilisent aux problèmes des effets négatifs sur la santé humaine des bouleversements climatiques.

### **Dr SANDJON**

L'état des lieux de la pollution par gaz à effet de serre montre que les conséquences sont inversement proportionnelles aux pollueurs. Il est vrai que les pollutions se passent en occident. Il y a eu des « grincements de dents » en Afrique quand les responsables français sont passés pour préparer la COP21. Les Africains, notamment au Congo, avaient l'impression où moment ils voulaient polluer aussi un petit peu pour se développer, on bloquait tout. Le Congo a exigé plusieurs milliards en compensation, mais je n'ai pas suivi.

Je pense que la ménagère qui braise son poisson au charbon ne doit pas avoir beaucoup de conséquences sur la couche d'ozone, mais il est bon de ne pas prendre les mauvaises habitudes. C'est toute la difficulté des pays jeunes, ne pas reproduire les erreurs des pays industrialisés.

Je souligne que lorsque la température augmente de 1 degré, il faut pratiquement 100 ans pour revenir en arrière. Nous sommes aujourd'hui à la limite de pouvoir rattraper les choses. Nous sommes donc très engagés et l'Afrique sera présente j'en suis sûr dans 15 jours à Paris et signera pour des mesures que nous voulons même coercitives. Jusqu'à il y a encore 15 jours en Chine, j'avais l'impression que le Président Hollande avait réussi à obtenir que les conclusions soient coercitives, mais j'ai l'impression que les Américains sont un peu moins engagés dans cette voie.

Tout le monde doit s'engager pour l'avenir de nos enfants et petits-enfants. Nous ne pouvons pas laisser une poubelle aux générations futures.

### **Dr DEAU**

Effectivement, vos pays sont-ils sensibilisés à cette problématique ou non ? Quel est le message que vous souhaitez faire porter à la COP21 ?

### **Dr BEKKAT-BERKANI**

Je pense que nous avons notre place en tant qu'organisme professionnel médical pour faire un communiqué attirant l'attention sur l'effet de la santé. Pour notre part, nous sommes bien sûr participants à cette conférence où pour une fois les politiques rassemblés, mais en attirant l'attention de façon groupée sur toute cette conférence. C'est une réalité que nous connaissons tous les jours, je suis

pneumologue à la capitale et je vois le changement dû ne serait-ce qu'au changement du mode de consommation et dont nous ne sommes pas vraisemblablement responsables.

Je pense aussi qu'il faudrait attirer l'attention avec ce communiqué, qui est excellent, en disant que cela devient déjà un problème de santé publique. Maintenant sur les phénomènes de montée ou de descente des eaux, ils sont conscients que la banquise est en train de fondre, mais nous en tant que médecin nous ne pouvons plus assumer une charge supplémentaire pour les générations futures. Nous parlions des difficultés à gérer la fin de vie, mais ces difficultés seront encore plus difficile à gérer et je parle d'expérience, en 30 ans d'exercice le nombre d'asthmatiques par exemple a été multiplié par 3 ou par 4. C'est bien plus prégnant dans les pays en voie de développement

Ce communiqué est excellent et il faudrait le porter. En tant que pays, nous participerons à cette conférence.

### Dr DEAU

Nous avons eu ici à Paris au ministère de la Santé, la grande spécialiste du climat au niveau de l'OMS, qui disait que chacun d'entre nous a une action immédiate à avoir au niveau de la politique de la ville. Je crois qu'elle a raison car c'est la ville qui pollue et nous pouvons avoir une action immédiate au niveau de la politique de la ville auprès de nos maires et nos administratifs pour les sensibiliser fort de ce communiqué.

### Mme BOUËSSEAU

Il y a effectivement un appel tout à fait institutionnel de l'OMS pour faire ce que communiqué demande, c'est-à-dire attirer l'attention sur les conséquences en matière de santé publique dès aujourd'hui. C'est le message essentiel.

### 15H30 – 16H 00 : QUESTIONS DIVERSES

- **Retour d'expérience sur le virus EBOLA, Pr Hassane BAH, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Guinée**

Je voudrais d'abord exprimer au nom du peuple de Guinée et du corps médical toute notre solidarité et compassion au peuple français à la suite des événements barbares survenus hier. Je suis certain que peuple français pourra dans les jours à venir sortir de sa torpeur.

Je voudrais également remercier nos amis les Drs SANDJON et DEAU pour cette invitation et pour la qualité de l'organisation et de l'accueil qui nous a été réservé.

La Guinée, a connu une épidémie de la maladie à virus Ébola, autrement appelée fièvre hémorragique à virus Ébola, qui est maladie due à un filovirus. Les souches Ebola Zaïre et Ebola Soudan sont particulièrement réputées pour leur virulence et leur taux de létalité pouvant atteindre 50 à 90 %.

Ce virus a été découvert en 1976 près de la rivière Ébola dans l'actuelle RDC. Le réservoir naturel du virus reste à ce jour inconnu.

Certaines preuves et la nature de virus similaires, ont permis aux chercheurs de penser que le virus est d'origine animale. Le réservoir le plus probable étant les chauves-souris.

Le premier cas de fièvre hémorragique causé par un filovirus a été rapporté en 1976 à Marburg en Allemagne. Les employés de laboratoires ont été infectés en manipulant les organes de singe provenant de l'Ouganda.

À cette époque 10 % du personnel infecté étaient des agents de santé.

En Afrique de l'Ouest, la maladie à virus Ebola a débuté au sud-est de la Guinée en décembre 2013, avant de s'étendre au Liberia et à la Sierra Leone. Ont été respectivement aussi touchées par l'épidémie, mais dans une bien moindre mesure :

- Le Nigeria ;
- Le Mali,



- Les États-Unis ;
- Le Sénégal ;
- L'Espagne ;
- Le Royaume-Uni ;
- L'Italie.

La première infection reconnue a touché un petit garçon de deux ans décédé le 28 décembre 2013 à Méliandou, un village reculé de la préfecture de Guéckédou, au sud-est de la Guinée, au carrefour des frontières libérienne et sierra léonaise. L'enfant aurait été contaminé après avoir consommé de la viande infectée et a infecté sa sœur qui elle-même a infecté sa mère, sa grand-mère et une amie léonaise en visite. La mère et l'enfant ont été évacués à Guéckédou et reçus dans la famille du Médecin chef.

Au mois de janvier 2014 (quelques semaines plus tard), l'enfant a infecté l'enfant du médecin chef, l'épouse du médecin chef, le Médecin chef lui-même.

Jusque-là on ignorait qu'il s'agissait d'une épidémie.

C'est seulement le 21 mars 2014 que le laboratoire d'analyses de Lyon confirme pour la première fois que la maladie qui sévit en Guinée est la Fièvre Ebola de souche Zaïre. Le gouvernement guinéen reconnaîtra alors être confronté à une épidémie de maladie à virus Ebola.

L'OMS publie son premier bilan de 29 décès pour 49 cas dans le pays, révisé à 59 décès pour 86 cas deux jours plus tard.

Au 6 Septembre 2015, selon l'OMS 9 pas étaient touchés par le virus Ébola, recouvrant 24 701 cas, 10 194 décès, c'est-à-dire un taux de mortalité de 40,27 %.

Les mois d'octobre, novembre et décembre enregistrent les pics les plus élevés de la maladie, soit au 4 octobre un total cumulé de 3 344 cas avec 62 % de décès et 453 cas de maladie. Le corps médical faisait partie de ces malades.

- 69 médecins ;
- 60 Infirmiers (res) ;
- 50 ATS ;
- 04 Sages-femmes ;
- 04 Matrones ;
- 03 Aides de santé ;
- 11 Laborantins ;
- 06 Ambulanciers ;
- 03 Filles et Garçons de salle ;
- 10 Étudiants en médecine.

C'est une maladie qui a surpris le corps médical.

Conakry a deux grands CHU, Donka, le plus grand, qui a eu 69,8 % de cas et Ignace Deen, 27 %. Parmi les services on compte la chirurgie de toute spécialité, l'anesthésie, radiologie, etc.

Les caractéristiques cliniques étaient :

- Fatigue intense ;
- Apparition soudaine de la fièvre (supérieur à 38.6°C ou 101.5°F) ;
- Douleurs musculaires ;
- Céphalées ;
- Douleurs articulaires ;
- Hoquet ;
- Conjonctivite ;
- Nausées ;
- Pertes d'appétit ;
- Maux de gorge et difficulté à avaler ;
- Douleurs abdominales ;
- Diarrhée (avec ou sans la présence de sang).

Parmi les problèmes rencontrés par le personnel de santé :



- Les difficultés d'identifications des patients porteurs de virus ;
- Les difficultés d'applications des précautions standards dans la gestion de l'épidémie ;
- Le manque de fonds de soutien aux personnels infectés, le manque d'assurance santé et vie des personnels de santé en première ligne.

Le personnel soignant était confronté au stress de la mort, à la compassion pour la souffrance des patients, à la chaleur due aux combinaisons de protection, à l'hostilité et à l'incompréhension de la population.

En avril 2014, des membres de MSF Belgique ont été molestés par la population, ce qui a entraîné l'interruption des activités de lutte contre l'épidémie les médecins égorgés et jetés dans une fosse commune à Womey.

La pénurie d'équipements de protection individuelle (masques et gants), leur mauvaise utilisation, le nombre largement insuffisant de médecins et leur surcharge de travail.

Absence de motivation et de reconnaissance de la part des autorités locales.

L'Ordre des médecins a émis des recommandations :

- Élaboration des dépliants (mode de transmission, signes de la maladie) ;
- Séminaires de sensibilisations et de formations (Programme JHPIEGO, CDC, WAHA, UNICEF,...) ;
- Déclarations radiotélévisées ;
- Indemnisation du personnel médical atteint de la maladie d'Ébola ;
- Prise en charge des séquelles ;
- Formation continue du personnel.

Je vous remercie.

*(Applaudissements.)*

### **Dr DEAU**

Nous avons tous compris à travers cet exposé et ceux de l'an passé que l'organisation avec une telle maladie est fondamentale faisant fi des habitudes culturelles vis-à-vis de la dépouille mortelle en particulier. Nous sommes tous heureux que cette maladie en soit enfin à son stade terminal en Afrique.

### **Dr BAH**

La situation était très difficile pour les médecins soupçonnés de beaucoup de choses. Il s'agit d'une région de la forêt qui sa culture. Nous sommes en Afrique, la Guinée a 4 régions naturelles, la basse côte la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière. Cette dernière est en majorité animiste qui ne croit pas à grand-chose. Et lorsque les médecins sont venus pour sensibiliser la population sur les méfaits de la maladie et ses modes de contamination tout en pulvérisant les lieux, les villageois s'en sont pris à eux parce qu'ils les pensaient vecteurs de la maladie et que c'était de leur faute et qu'il fallait donc se débarrasser d'eux et leur ont tranché la gorge.

### **Dr TAIBATA BALDE, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins de Guinée**

Il y a en effet eu une suspicion de la population, pour plus de la moitié analphabète, qui ne croyait pas à cette maladie. Ils allaient même jusqu'à accuser le gouvernement d'avoir importé ce virus d'autant plus que la politique à ce moment-là était très agitée. Par ailleurs, cette région de la forêt est celle où les gens mangent le plus d'animaux et que le premier est venu de cette région, ils se sont sentis accusés. Ils pensaient que les médecins venaient répandre le virus pour les accuser ensuite, justifiant ainsi l'assassinat de médecins et d'autres.

### **Dr KABA DIAKITE**

Qu'en est-il des rumeurs disant que les personnes déclarées définitivement guéries de la maladie et qui auraient rechuté ?



### **Dr BAH**

Il existe une étude bien documentée sur le sujet, les Libériens ont récemment publié une étude cas dans un journal américain bien quotté. Un malade avait été considéré comme guéri d'Ébola, mais un an plus tard on avait retrouvé le virus Ebola dans son sperme. On s'était donc posé la question. Nous recommandions l'abstinence des personnes guéries pendant 3 mois, mais on s'est rendu compte que le virus avait vécu encore plus d'un an après. On peut donc dire que les connaissances sur Ébola se font au jour le jour, on découvre tous les jours de nouvelles choses. En Guinée, les cas que nous avons eus de personnes sorties des centres de traitement après un test négatif n'ont pas rechuté, mais il existe effectivement des cas ailleurs.

### **Dr SANDJON**

S'agissant du sperme, c'est normal puisque la spermatogenèse dure de 72 jours à 3 mois, mais cela dépend du stade auquel les cellules sont attaquées. Est-ce les spermatogonies ou les cellules-souches ? C'est ce qui peut expliquer des contaminations à un terme plus beaucoup éloigné. Très souvent c'est au stade de début de la spermatogenèse qui dure 3 mois. Il faut impérativement faire des contrôles.

### **Pr DEGOS**

Qu'en est-il des résurgences 6 mois ou 8 mois après, comme le cas de l'infirmière anglaise, qui a d'ailleurs guéri ?

### **Dr BAH**

C'est la même réponse, il y a beaucoup de choses que l'on ne connaît pas sur cette maladie, on en découvre tous les jours.

### **Dr OGANDAGA**

On a annoncé que le virus était éradiqué en Sierra Léone, et pratiquement en Guinée.

### **Dr BAH**

Nous avons 2 cas au CTO et 49 contacts.

### **Dr OGANDAGA**

L'OMS annonçait que c'était terminé et en arrivant à l'aéroport à Paris, je n'ai pas trouvé le même décor que nous avons à Libreville. Au départ, il y a toujours une cellule de vigilance sur Ebola 24 heures sur 24 à l'aéroport. Donc maintenant que l'OMS a dit que c'était terminé, il faudrait que le ministère de la Santé ait moins cette information officielle pour arrêter la vigilance. Si vous allez à Libreville vous aurez toujours le même dispositif avec le thermoflash à l'aéroport et même à l'intérieur du pays quand vous venez de la capitale économique ou que vous en partez.

Il y a donc lieu que tout le monde soit fixé afin que les états puissent lever la vigilance. Au Gabon, on continue tant que nous n'avons pas de déclaration de l'OMS.

### **Dr BAH**

En Guinée, ce n'est pas terminé parce que l'OMS souligne qu'après le dernier cas il faut attendre encore 3 semaines. Nous avons les 2 derniers cas, cela se terminera donc dans quelques jours.

*(Applaudissements.)*

### **Dr SANDJON**

Merci pour cette présentation et débat.



## 16 H 00 – 17 H 00 : ASSEMBLEE GENERALE ADMINISTRATIVE

### Dr SANDJON

Avant de commencer et comme il est de coutume, le Bureau que j'ai eu l'honneur de présider pendant 3 ans, avec le soutien de tous ses membres, vous remercie d'avoir accepté d'être présidé. Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont épaulé dans cette tâche lourde mais exaltante et plus particulièrement Mme Frédérique DARMON, Directrice des services administratif du Conseil national de l'Ordre des médecins de France, qui au gré des années nous a prêté main-forte. D'ailleurs, dans nos discussions nous verrons comment faire autrement parce que c'est beaucoup de travail pour elle, ce qui peut d'ailleurs que la communication puisse parfois faire défaut.

J'annonce donc symboliquement la démission du Bureau, mais cela ne signifie pas abandon, nous sommes toujours parmi vous et prêt à servir. M. le Secrétaire général garde ses fonctions. En revanche, tous autres postes sont en jeu. D'après nos statuts, celui de Président doit être suite repris pour ne pas qu'il y ait de vacances.

- **Accueil des nouveaux adhérents**

#### Dr DEAU

Nous avons de nouveaux adhérents, pays déjà existants, mais ce ne sont pas les mêmes membres qu'à Douala, qu'à Bamako ou même à Paris il y a trois ans. Nous les remercions d'être présents et espérons qu'ils seront les vecteurs auprès des pays absents pour témoigner de l'intérêt de la CFOM en particulier dans leur rôle de conseil, d'autorisation d'exercer, de garant de la formation médicale auprès de leur gouvernement.

- **Fixation du montant de la cotisation**

#### M. DEAU

La cotisation ne change pas et reste à 500 €. Merci à ceux qui ont déjà réglé leur cotisation et au Canada qui va bientôt le faire.

#### Dr KABA DIAKITE

Concernant le règlement des cotisations par de transfert, il y a dû avoir un souci avec celui du Mali parce que vous avez reçu un peu moins et je suis prêt à payer le supplément ici.

#### Dr DEAU

La difficulté avec les transferts, c'est que les frais de transfert et bancaires sont importants. Nous nous étions déjà renseignés auprès d'autres banques et je pense qu'il faut continuer ce travail auprès d'autres banques peut-être plus spécialisées dans le domaine de la santé, en particulier des banques mutualistes pour tenter d'avoir des frais moins importants. Nous nous y engageons et le Trésorier du prochain bureau verra ce qu'il peut faire.

- **Rapport moral**

#### Dr DEAU

Nous avons déjà parlé de beaucoup de choses, il y a eu le 1<sup>er</sup> Congrès de l'Ordre des médecins français à Paris avec l'inauguration par le Président de la République François Hollande auquel ont pu assister les membres de la CFOM, placés juste derrière le Président de la République.

Nous devons présenter nos excuses au Mali parce qu'effectivement la réunion de Bureau la veille était impromptue et le Président du Mali n'était pas directement joignable. Si nous avons pu le faire nous l'aurions prévenu auparavant, vous lui transmettez nos excuses.

Il y a eu des réunions intéressantes avec la diaspora en particulier la diaspora camerounaise. Il s'agit d'une manière relativement simple de faire participer des médecins originaires de vos pays mais travaillant en France, avec les diplômes équivalents au diplôme français, par le biais de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE). Ces médecins sont reconnus dans leur plein exercice en France au même titre que les médecins français, mais ont parfois quelques regrets et disent que ce serait sympa s'ils pouvaient retourner 1 mois ou 2 au pays soit pour faire de l'enseignement soit de l'apprentissage de nouvelles techniques, voire pour aider des endroits plus ou moins déserts.

Il y a ensuite des missions d'enseignement, comme on en a parlé ce matin. Vous êtes tous demandeurs d'enseignements postuniversitaires. Il est vrai que celui qui a acquis des techniques bien précises pourrait aller l'enseigner avec le matériel, apporter du matériel sans mode d'utilisation humaine ne sert à rien. Il m'est arrivé d'aller en Afrique et voir des appareils de dialyse restés dans les cartons parce que personne ne savait les faire fonctionner, c'est du gâchis.

La diaspora camerounaise s'est portée preneuse et il ne faut pas le faire n'importe comment. Je pense que ce doivent être vos ordres qui doivent dire quels sont les besoins précis (enseignement, en soin, en DPC) à quel endroit. Les membres du Bureau valideraient cette indication et il nous reviendrait de recenser des médecins de la diaspora ivoirienne, congolaise ou camerounaise pour leur dire qu'il y a une mission bien précise à faire à tel ou tel endroit. Ce n'est pas une aide type ONG, mais dans un retour du savoir vers le pays d'origine. Ces médecins aimeraient pouvoir le faire, mais ne savent pas comment.

La difficulté porte aussi sur la reconnaissance des diplômes. Votre Ordre peut-il se porter garant vis-à-vis de vos gouvernements pour qu'il vienne avec un diplôme français, on reconnaît la validité du diplôme français pour l'exercice à Madagascar, au Congo ou autres. Cette autorisation d'exercer n'est pas automatique. Dans vos pays, comme en France, vous voudriez exercer à partir de demain à Paris, ce ne serait pas possible.

### **Dr SANDJON**

Pour ce qui concerne le Cameroun, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Togo et le Bénin nous donnons une autorisation d'exercer la médecine de manière provisoire. Nous le faisons actuellement pour la Belgique parce que nous avons une mission avec des médecins belges. Nul, mieux que l'Ordre, ne peut savoir qu'elle est la qualité d'exercer dans son pays. La seule précaution est que diplôme détenu par le médecin doit lui donner la possibilité d'exercer dans le pays où il l'a obtenu, moyennant quoi on lui donne une autorisation provisoire.

Il est très important que la CFOM accompagne ces médecins et qu'on ne le laisse pas dans les mains des ONG qui font de plus en plus de « trafic » en Afrique. Beaucoup d'ONG s'improvisent et embauchent des médecins pour obtenir des financements d'organismes internationaux.

### **Dr DEAU**

Tout à fait, c'est dans le projet et il nous revient de le mettre en œuvre. Il y a 2 ans j'avais recensé le nombre de médecins camerounais en France : 693 médecins camerounais exercent en France, c'est impressionnant.

Dernier point, êtes-vous tous d'accord pour que nous fassions partie du réseau des associations professionnelles francophones auprès de l'OIF sans pour autant dénaturer nos missions et notre nom. Nous restons CFOM, mais nous adhérerions au réseau des associations de professionnelle francophone afin d'avoir une expertise et une logistique en particulier pour des missions en terre étrangère.





## Dr SANDJON

N'ayons pas honte d'avoir le soutien de ceux qui pourraient nous aider et notamment l'OIF. Nous avons un niveau de développement inégal, nous n'avons pas de complexe à cela et pour le compenser nous avons besoin non pas simplement du soutien d'un pays comme la France, mais d'un organisme international qui nous accompagnerait dans les petites défaillances que nous pouvons avoir pour essayer d'approcher le niveau acceptable qui est le vôtre.

Cela se voit dans tous les organismes internationaux, à l'OMS, etc., tendez-nous la main et aidez-nous à pêcher plutôt que nous donner du poisson. Je pense que ce forum peut aider des pays qui n'ont vraiment pas de besoin, je pense notamment à la Centrafrique qui n'a de pays que le nom pour l'instant et il est extrêmement difficile de se déplacer. Si on veut qu'il reste parmi nous, il faut tendre la main par le biais de ces organismes qui eux-mêmes nous tendent la main.

## Dr DEAU

Avant de procéder au rapport financier, je tiens à saluer tout le travail réalisé par Mme Frédérique DARMON à cet égard. Nous ne pouvons pas vous montrer en direct le site de la CFOM, mais il suffit de saisir Conférence francophone des ordres médecins sur internet pour avoir l'accueil, les statuts, le Bureau, les pays membres, les comptes rendus de chaque réunion, les liens et tous les contacts, c'est-à-dire les adresses de chacun d'entre nous. En allant sur le site, vous ne vous demanderez plus comment joindre untel ni ce que permettent les statuts, etc.

Notre trésorier de Côte d'Ivoire est membre assidu de l'AMM (Association médicale mondiale). Cette dernière vous attend et il est important que l'Afrique francophone soit présente, le Luxembourg, la Belgique, la Côte d'Ivoire sont est partenaires, mais malheureusement nous avons très peu de pays francophones africains. Sur le site de l'AMM écrit en français, vous avez sur la droite une ligne « adhérer » soit en tant que constituant ou associé. Vous choisissez constituant et vous avez la liste de tous les membres qui constituent d'ores et déjà l'AMM et un formulaire par lequel vous pouvez immédiatement adhérer. Vous allez me demander le coût. Pour ne pas limiter le nombre d'adhésion à l'AMM, le montant de la cotisation est d'abord proportionnelle au PIB et ensuite au nombre de médecins que vous déclarez. Par exemple, le Cameroun en a déclaré 100 et il ne paie que 100 €. Cela vous permet de faire partie de l'AMM, d'avoir accès à leur manuel d'éthique. Par exemple, à Moscou plus d'une vingtaines de résolutions prises ont été discutées avec l'assemblée dans des groupes de travail, qui sont ensuite votées au conseil et revotées à l'assemblée générale pour que cela fasse loi. Une des premières motions que j'ai votée et qui peut en choquer certain, est que l'homosexualité est une tendance naturelle de la sexualité humaine, et je ne dis pas normal. À l'époque, l'Ouganda étant en train de faire voter une loi pénalisant l'homosexualité et de ce fait est revenu en arrière. Il y a aussi eu les soins de santé en danger, les enfants des rues motion portée à Tokyo, Oslo et Moscou, la COP21 et d'autres sujets.

Il me ferait très plaisir si lors de notre prochaine réunion du conseil à Buenos Aires en avril de présenter un nombre conséquent de pays francophones africains. En effet, vous avez bien compris ce matin que la langue française nous permet d'avoir des subtilités que Congo a amenées, par exemple, à Washington de manière totalement inattendue sur le consentement et l'assentiment. Nous avons besoin de la langue française pour exprimer au mieux les subtilités de l'éthique médicale et se faire écraser de manière quasi systématique par les anglophones est parfois difficile. J'ai présenté une motion à Prague qui m'était demandée par la Côte d'Ivoire, nous la défendons et nous défendons toutes les motions présentées par des pays francophones.

## Dr BEKKAT-BERKANI

Merci beaucoup, c'est une information que nous n'avions pas.

## Pr ALAOUI

Je voudrais d'abord personnellement remercier le Professeur BAH pour l'exposé poignant et très informatif sur le rôle très important des médecins et l'Ordre de Guinée dans cette maladie d'Ébola. Il faudrait peut-être le mentionner parce que l'an dernier nous étions dans la spéculation.

Je souhaite également remercier le Bureau pour le travail réalisé ces 3 dernières années.

Par ailleurs, comme nous l'avons dit dès le début, il faut que la CFOM participe à toutes les instances en tant qu'entité qui apporte quelque chose à la santé francophone dans ce panorama de langues. Notre force fait que nous ne demandions pas à participer, mais que nous sommes recherchés par les instances internationales.

Enfin, pour l'AMM, il était prévu qu'il fallait payer au prorata au nombre d'inscription des médecins que l'on a. Nous en avons 22 000, nous ne pouvions donc pas payer la cotisation, j'en avais parlé au Dr DEAU qui allait se présenter aux élections et il nous a expliqué comment faire comme cela vient d'être dit.

### **Dr DEAU**

C'est mon fer de lance depuis 3 ans, essayer de modifier cette cotisation au prorata des médecins déclarés. Grâce aux Canadiens nous avons un groupe de réflexion de réforme des statuts et au Dr VORHAUER s'est inscrit à ce groupe parce que ce problème à l'anglo-saxonne qui manque de subtilité ne nous convient pas.

### **Pr ALAOUI**

J'insiste pour que chacun d'entre nous puisse adhérer la conscience tranquille. C'est quelque chose d'institutionnel, structurant et qui nous permettra d'apporter une contribution dont nous pouvons être fiers afin que le « bloc » francophone puisse faire entendre sa voix.

Enfin, je suis convaincu que nous allons dans les prochaines années encore affermir notre position pour le travail que nous accomplissons dans les différents Ordres et surtout pour le bien de la population que nous servons. Nous sommes tous convaincus en ce jour de deuil que le médecin ne demande ni la religion ni la race, mais quelle est la souffrance pour qu'il puisse la soulager.

Je vous remercie de m'avoir permis de participer à cette assemblée générale.

### **• Rapport financier**

#### **M. AKA KROO**

Pour ceux qui étaient à Douala, l'ancienne Trésorière, Mme le Dr Marie-Fidèle SAMISON s'est retirée, et en tant que Trésorier adjoint, j'ai hérité de cette charge et ai l'honneur de vous présenter les comptes pour le mandat, allant du 31 octobre 2013 au 31 octobre 2015, conformément aux dispositions de notre Règlement Intérieur adopté à Rabat (Maroc) en 2009.

Lors de notre dernière Assemblée générale de Douala, le solde bancaire au 31 octobre 2013 était de 40 224,05 €

La comptabilité adoptée pour ce rapport financier est une comptabilité simplifiée tenue selon la méthode dite de caisse. Le rapport évoque successivement :

- La présentation des recettes et des dépenses ;
- Le compte des résultats.

Le total des recettes au 31 décembre 2013 a été de 2 000 €

Le total des recettes au 31 décembre 2014 a été de 8 923.90 €

Le total des recettes au 31 décembre 2015 a été de 6 962,60 €

Des recettes récentes n'ont pas encore été déposées en banque : 1 500 € en espèces ALGERIE (cotisations 2012, 2013, 2014), 500 € chèque CAMEROUN (cotisation 2015), 1500 € SENEGAL (cotisations 2013,2014,2015 ) et 500 € CAMEROUN (anticipation 2016).

Les frais bancaires s'élèvent à :

- 47,84 € du 31 Octobre au 31 Décembre 2013,
- à 303,78 € du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2014.
- 251,40 € du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Octobre 2015
- 1 992,70 € de dépenses diverses (remboursements frais voyages) en 2014 et 256,50 € de dépenses diverses (restaurations) en 2014.

Les comptes de résultats sont du 31 Octobre 2013 au 31 Octobre 2015

- Recettes : 17 886.50 €
- Dépenses : 603,02 € Frais bancaires + 2 249,20 € = 2 852,22 €
- Solde au 31 Octobre 2015 : 55 258.33 €

En conclusion, le Dr AKA KROO indique que le budget 2016 est basé sur les cotisations régulières des mêmes pays qui sont les premiers à s'acquitter de leur cotisation. Il convient qu'un effort particulier soit fait pour la régularité des cotisations annuelles. Il faudrait également obtenir l'adhésion effective des Pays membres signataires de la Charte et enfin rechercher d'autres sources de financement.

#### **Dr KABA DIAKITE**

On a l'impression que le Cameroun n'a pas payé 2015.

#### **Dr AKA KROO**

Il y a eu quiproquo, un relevé ne nous était pas parvenu au moment de la préparation de cette présentation. Nous l'avons reçu bien le paiement et l'avons compté pour 2016.

#### **Dr KABA DIAKITE**

Concernant notre reliquat, je suis prêt à payer aujourd'hui.

#### **Dr AKA KROO**

Les chèques sont particulièrement difficiles, mais vous pouvez remettre des espèces à Mme DARMON qui pourra les déposer en banque.

#### **Dr DEAU**

Votons-nous positivement ce rapport financier ? (*À l'unanimité.*)

Au sujet de l'utilisation des fonds, il a été dit hier soir en réunion de Bureau que lorsqu'il y a des missions d'appui installées pour asseoir votre autorité dans votre pays, ces missions pourraient être prises en charge par la CFOM. De même, on pourrait prévoir une aide ponctuelle si des personnes de votre diaspora iraient aider votre Ordre au sein de missions médicales ou d'enseignements dans vos pays.

#### **Dr SANDJON**

La mission d'appui, d'accord pour le transport, mais le régional de l'étape doit faire l'effort, d'accueillir, d'héberger et nourrir la mission qui vient, c'est un minimum. Cette mission d'appui doit consister, j'imagine, au transport pour nos Assemblées générales. Nos pays ont besoin de ce label CFOM notamment pour combattre les écoles privées de formation ou asseoir notre autorité nos pays ont besoin d'un missionnaire de la CFOM. Il faudrait que chaque pays qui en exprime le besoin puisse avoir l'appui de ce label. C'est une mission tellement délicate.

*Départ du Dr KERZMANN.*



### Dr NSADI FLUENE

Je pense qu'il serait important de préciser si c'est possible le cadre ou les conditions d'intervention d'appui de la CFOM.

### Dr DEAU

Il faut que ce soit sur demande d'un Ordre membre de la CFOM. Par exemple, si l'Ordre des médecins du Congo le Président ou le Secrétaire général pour dire qu'il a besoin dans son pays soit d'une mission d'expertise sur leur travail ou d'appui auprès de son gouvernement pour renforcer son rôle au niveau de la reconnaissance des qualifications, de l'exercice médicale ou même de l'autorisation d'exercice, nous sommes présents en fonction de nos statuts et de nos législations qui sont très proches des unes des autres. En revanche, si vous avez besoin d'une mission type aide aux soins ou d'une mission d'enseignement, nous devons voir quels sont les médecins de votre diaspora en France qui peuvent éventuellement venir dans le pays.

Je me suis occupé pendant de longues années des FPS (médecins étrangers à Paris) et j'avais proposé ce système il y a 4 ans parce qu'ils sont demandeurs, ils ont bien souvent reçu des formations spécialisées en France où ils sont restés parce qu'ils ont tissé des liens familiaux – et nous étions bien contents de les avoir, il faut le dire – mais ils ont un certain remords ou nostalgie et disent qu'ils aimeraient bien retourner travailler dans leurs pays mais ne savent pas comment faire, leurs diplômes ne sont pas vraiment reconnus dans leur pays et c'est là que votre Ordre puisse s'assurer que les diplômes acquis en territoire étrangers puissent être reconnus dans vos pays pour des missions. Nous après, on peut par le syndicat FPS ou vos diasporas demander les médecins disponibles pour une aide bien précise.

### Dr KABA DIAKITE

Est-ce que dans les missions de la CFOM, il y a l'implication dans le règlement des conflits de ses pays membres par exemple dans certains pays certains sont présidents de l'Ordre *ad vitam aeternam* et ne veulent pas partir.

### Dr DEAU

La CFOM peut donner des conseils. Par exemple, j'ai le souvenir d'avoir donné des conseils au Dr OGANDAGA sur un conflit bien précis et même au ministre du Sénégal, mais nous n'avons pas autorité à intervenir. On ne peut que fortement recommander, nous n'avons pas d'autorité valide au niveau des gouvernements.

### Dr SANDJON

C'est la non-ingérence dans les pays tiers et intangibilité des frontières. Nous ne pouvons pas régler ces problèmes après chacun voudra se prévaloir de la CFOM est le rôle d'arbitre est compliqué. En revanche, on peut apporter des conseils.

### • Élections

#### M. DEAU

Les postes de Président, Vice-président, Secrétaire général, Secrétaire général adjoint, Trésorier et Trésorier adjoint sont ouverts.

#### Dr OGANDAGA

Pour l'ensemble des membres présents, les statuts de la CFOM sont clairs (articles 13 et 14). Il en donne lecture.

**Article 13 :**

L'Assemblée générale est valablement constituée si la majorité absolue des membres est présente.

Les votes sont acquis à la majorité absolue des membres présents. Les délégations disposent d'une seule voix par pays.

Les résolutions de l'Assemblée Générale sont inscrites dans un procès-verbal, adressé à l'ensemble des membres.

**Article 14 :**

Un Bureau est élu au sein et par l'Assemblée Générale.

Les membres du Bureau sont élus par un scrutin à deux tours et à bulletin secret.

Il comprend:

- Un Président
- Un Vice-président
- Un Secrétaire général
- Un Secrétaire Général Adjoint
- Un Trésorier
- Un Trésorier adjoint

Le Président sortant est d'office membre du Bureau.

Le Vice-président est le prochain Président du Bureau, chargé de l'organisation de la future Assemblée générale.

Chaque Institution membre peut nommer un secrétaire délégué qui sera le correspondant de son institution auprès du Bureau.

A la diligence du Président, le Bureau peut être élargi à titre consultatif.

Le Bureau est renouvelable à chaque Assemblée Générale.

Sa composition reflète équitablement la répartition géographique des membres de l'Assemblée Générale.

Les attributions et la répartition géographique des différents membres du Bureau sont précisées par le Règlement Intérieur.

Le représentant d'une institution reste en fonction jusqu'à l'Assemblée générale ordinaire suivante, sauf s'il démissionne ou si son institution d'appartenance avise le secrétaire général de son remplacement.

Conformément aux articles précités, le Pr AYADI, ancien Vice-pdt est désigné Président de la CFOM.

Y-a-t-il des candidats au poste de Vice-président ?

**Dr SANDJON**

Le Bureau, lors de sa réunion hier soir, a pensé au membre le plus ancien, le Dr AKA KROO, actuel Trésorier, s'il le veut bien, et parce qu'il est aussi un des membres fondateurs.

**Dr BEKKAT-BERKANI**

Dans la méthode, vous avez parlé de répartition géographique. J'aurais souhaité qu'il y ait un consensus entre nous en fonction des recommandations du Bureau sortant bien sûr. À l'usage, le Dr AKA KROO a parfaitement représenté le poste de Trésorier et il est important d'avoir des personnes d'expérience au Bureau.

**Dr DEAU**

Effectivement, nous avons pensé exactement la même chose quand on y a réfléchi hier, chaque territoire ou région francophone doit être clairement représenté. Y-a-t-il d'autres candidats au poste de



Vice-président ? Je vous propose de voter par acclamation. Êtes-vous pour élire le Dr AKA KROO au poste de Vice-président ? (*Applaudissements.*)

Qui se porte candidat au poste de Secrétaire général ?

Je souhaite me représenter. (*Applaudissements.*)

Qui se porte candidat au poste de Secrétaire général adjoint ?

Le Dr SY se porte candidat. (*Applaudissements.*)

Qui se porte candidat au poste de Trésorier ? Nous avons effectivement pensé à la répartition géographique.

Le Dr KERZMANN s'était porté candidat avant de partir. (*Applaudissements.*)

Qui se porte candidat au poste de Trésorier adjoint ?

Le Dr MAAOUNI se porte candidat. (*Applaudissements.*)

### M. MAAOUNI

Ce n'était pas ma proposition, je souhaitais juste être membre du Bureau tout court.

### M. DEAU

Le Bureau est donc élu :

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| Président                  | Pr AYADI     |
| Vice-Président             | Dr AKA-KROO  |
| Secrétaire Général         | Dr DEAU      |
| Secrétaire général adjoint | Dr SY        |
| Trésorier                  | Dr KERTZMANN |
| Trésorier adjoint          | Dr BAH       |
| Past-Président             | Dr SANDJON   |
| Président d'Honneur        | Dr OGANDAGA  |

(*Applaudissements.*)

#### • Allocution du nouveau Président, Dr AYADI

Merci mes chers collègues, Mesdames et Messieurs, je vous remercie de la confiance que vous m'accordez pour cette présidence. Avant de faire mon discours, je voudrais inviter en tant que membre observateur le Canada, représenté par Mme BENSIMON, parce que nous ne sommes pas à part entière dans cette conférence. Je lui propose donc d'être membre observateur. (*Applaudissements.*)

(*Mme BENSIMON donne son accord.*)

Je prends donc aujourd'hui la présidence en un triste jour puisque cette réunion devait se tenir en Algérie, et pour des raisons de sécurité, nous l'avait fait à Paris où malheureusement aussi des attentats ont eu lieu et comme dans d'autres pays. C'est triste, beaucoup de personnes ont perdu la vie hier. Nous avons tout de même tenu de notre réunion aujourd'hui, mais nous avons dû annuler notre dîner de gala.

Je voudrais remercier le Dr SANDJON, que nous avons proposé à l'époque au Gabon et qui a réalisé un travail sérieux et nous a bien accueillis à Douala. Il a su initier des échanges avec une grande organisation, l'OIF, et c'est très important, il sera donc chargé par le Bureau de continuer ce travail en tant que Président d'honneur. (*Applaudissements.*)

Je n'oublie pas nos présidents d'honneur qui sont parmi nous et qui seront toujours nos conseillers au sein de l'Assemblée générale. Nos aînés ont réalisé un travail important et notamment le Pr ALAOUI qui a fait énorme travail pour que les statuts soient à la mesure de notre réunion d'aujourd'hui.

Je remercie également le Dr VORHAUER ainsi que le Dr OGANDAGA qui a réalisé un travail important à Libreville qu'il nous a d'ailleurs permis de visiter.

Bien sûr, je n'oublie pas le Dr DEAU, pilier de la CFOM, que je souhaite retrouver à Annaba. Être Président de l'AMM, est une charge lourde et je lui promets que nous ferons un travail de fond pour que chaque membre de la CFOM puisse adhérer à l'AMM. (*Applaudissements.*)

Je ne saurais terminer mon discours sans remercier mon Président le Dr BEKKAT-BERKANI grâce à qui je suis là.

Je félicite notre nouveau Vice-président, l'ancien Trésorier, le Dr AKA KROO, qui a parfaitement géré la trésorerie de la CFOM et a réalisé un travail de fonds.

J'en profite pour remercier le Dr LOHMAN qui nous a fait une belle présentation et Mme BOUËSSEAU que je vais solliciter pour que l'on puisse la rencontrer à l'OMS afin d'essayer de nous rattacher à cette grande organisation qui travaille avec les ministères.

Enfin, je remercie la cheville ouvrière de cette CFOM, Mme Frédérique DARMON, pour tout le travail qu'elle réalise. (*Applaudissements.*)

Je suis enchanté de recevoir les nouveaux membres et espère que nous allons travailler main dans la main.

Je remercie encore une fois, les membres du Conseil national de l'Ordre des médecins de France, les Drs DEAU, DEGOS, FAROUDJA et VORHAUER et le Président qui nous a accueillis ce matin et ouvert leurs portes afin que nous puissions travailler ensemble. Le Dr SY devenu Secrétaire général adjoint nous a fait de sa grande préoccupation au Sénégal et je pense que nous allons l'aider pour qu'il y ait un Ordre fort au Sénégal. Dans deux ans, nous serons reçus par le futur Président AKA KROO à Abidjan, mais je ferai en sorte de tenir une réunion de Bureau parce qu'il me tient à cœur de vous recevoir chaleureusement à Annaba ou à Alger.

Merci et bonne chance.

## • Synthèse des débats et conclusion

### M. DEAU

Nous avons rappelé qu'il fallait :

- Asseoir l'autorité de nos Ordres médicaux au travers de la CFOM ;
- Assurer une formation médicale et continue de qualité grâce à la CIDMEF et la CAMES ;
- Asseoir vos autorités respectives auprès de vos gouvernements.

Nous remercions M. LOHMAN venu nous sensibiliser à cette problématique de l'absence des soins palliatifs en pays francophones. Nous savons que les produits ne sont pas toujours disponibles dans certains de nos pays, que la formation des médecins à l'utilisation de ces produits est déficiente et, grâce au Dr FAROUDJA, que la fin de vie est étroitement liée à la problématique des soins palliatifs. La position française est qu'il n'y ait pas d'obstination déraisonnable et la possibilité de donner selon les directives anticipées du patient, la famille et la personne de confiance, etc., des produits potentiellement létaux dans des conditions bien précises assurées en collégialité.

Quant à la COP21, notre action doit se faire dans les maladies aiguës et chroniques, mais aussi au travers d'une politique de la ville concertée.

Résolutions :

- faire partie des membres professionnels associés de l'OIF ;
- partenariat avec les diasporas pour avoir des missions précises à la demande de vos Ordres.

Nous saluons cette nouvelle mandature. (*Applaudissements.*)



## Dr VORHAUER

Je vous prie d'abord d'excuser que ce ne soit pas le Président qui fasse la clôture, mais il est encore retenu en visite dans les différents centres d'urgences d'Ile-de-France.

Je m'exprime donc en son nom pour vous remercier de vous être déplacés pour échanger, débattre et initialement faire la fête. Cette dernière partie n'a pas eu lieu en raison des circonstances actuelles, ne doutez pas que ce soit remis à une date ultérieure pour retrouver un moment de convivialité, qui n'a d'ailleurs pas manqué aujourd'hui. Nous vous avons une pochette contenant une clé USB avec le message audiovisuel diffusé sur le réseau de la télévision française pour valoriser le métier de médecins, il est également disponible sur le site internet du Conseil national. Nous n'avons pas cru utile de le diffuser ce matin comme nous l'avions initialement prévu compte tenu des circonstances.

Je vous souhaite de rentrer chez vous en toute tranquillité.

Merci à tous.

*La séance est levée à 17 heures 10.*