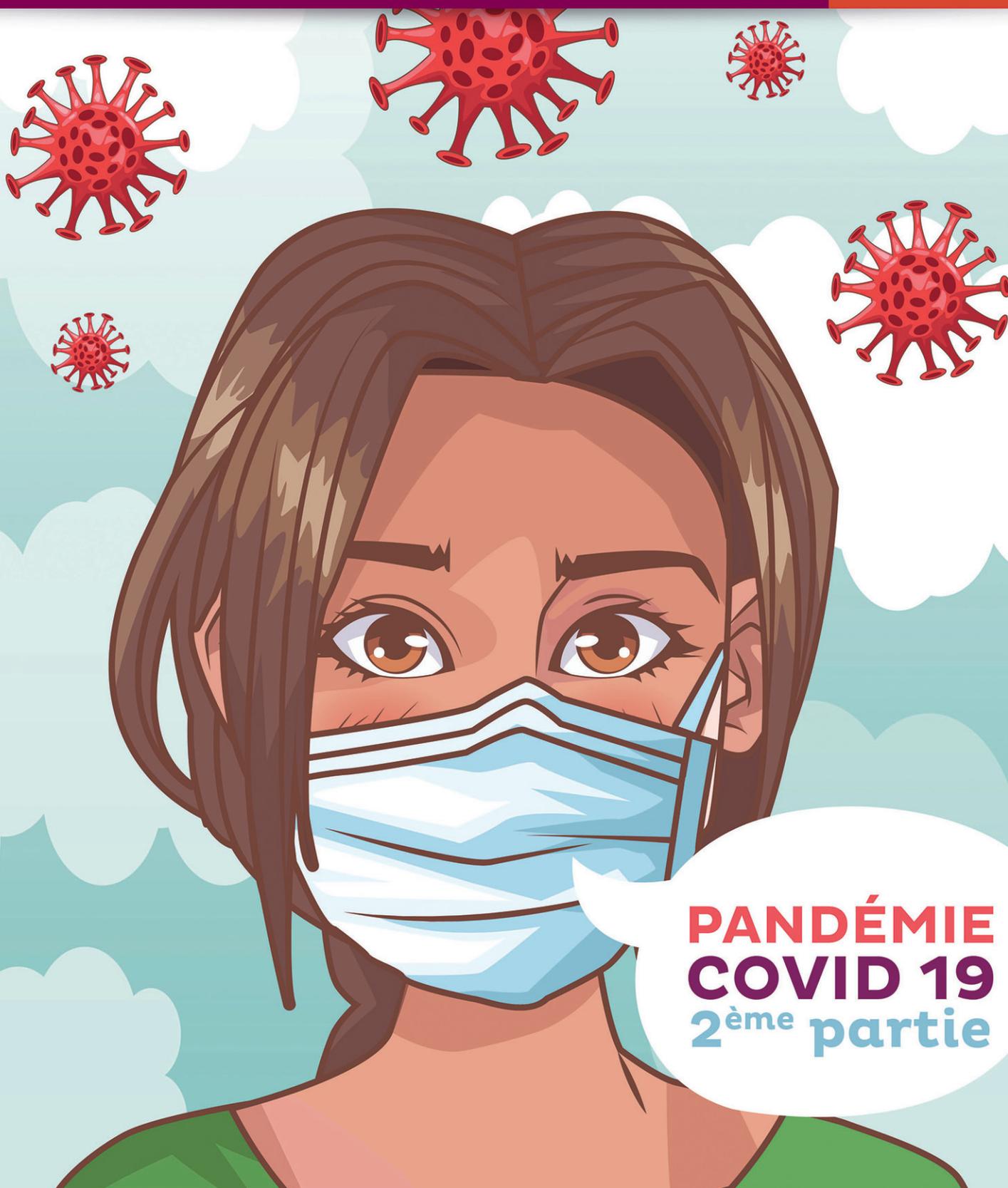


JEUNE!MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°28
Décembre 2020



**PANDÉMIE
COVID 19**
2^{ème} partie

JEUNES DIPLÔMÉS : SI LA RÉUSSITE EST UNE QUESTION D'ASSURANCE, SAISISSEZ NOS OFFRES

- 1** -25% sur vos contrats de prévoyance et de complémentaire santé pendant 2 ans pour votre 1^{re} activité libérale
- 2** Chef de clinique : votre **Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique privée et professionnelle à 20 €* par an.**
- 3** **Remplaçant, collaborateur, installé,** pour partir du bon pied, suivez le guide sur le site lamedicale.fr
- 4** Un **rendez-vous conseil** pour bien démarrer votre activité professionnelle
- 5** Votre Agent Général La Médicale est **toujours proche de vous**

Contactez vite votre Agent Général

 **0 969 32 4000** Service gratuit + prix appel

APPEL NON SURTAXE

*Tarif exclusif réservé aux adhérents jeunesmedecins.fr. 40 € par an pour les clients non-adhérents.

La Médicale de France : Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme d'assurances au capital de 2 783 532 euros entièrement libéré - Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris, 582 068 696 RCS Paris - Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. Les contrats d'assurance sont assurés par La Médicale de France et commercialisés par les Agents Généraux de La Médicale.

Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en février 2019. APJD 4956

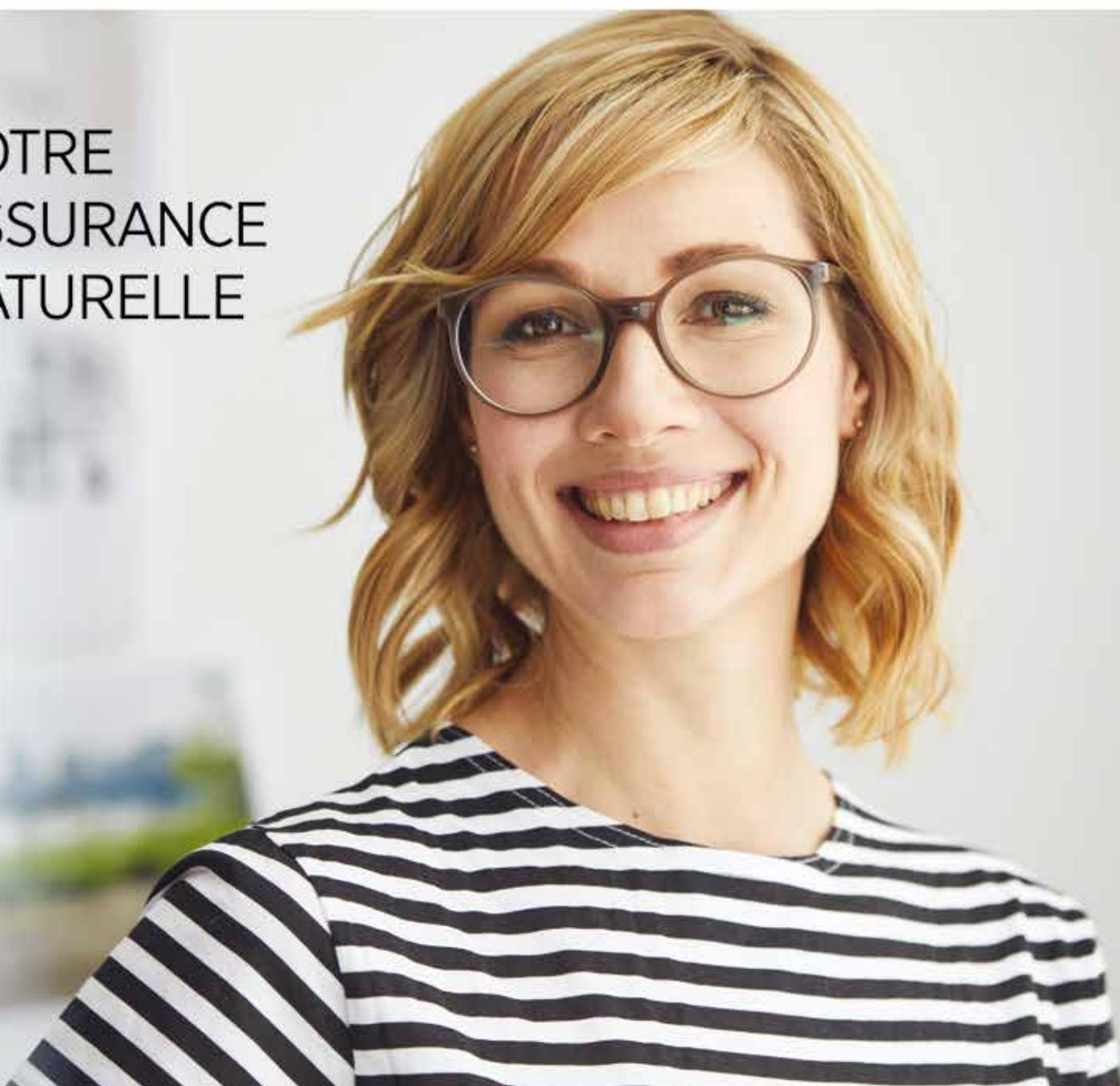


lamedicale.fr

La médicale

assure les professionnels de santé

VOTRE ASSURANCE NATURELLE



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

P. 05

ACTUALITÉS : ECN ET INTERNAT

P. 06/09

Internat de médecine 2020 : Les spécialités et les villes préférées des jeunes médecins (et celles qui sont boudées)

Infos pratiques de rentrée pour les internes de Médecine Générale

Masques de protection pour les internes de Médecine Générale en stages ambulatoires

DOSSIER : PANDÉMIE COVID 19 2^{ème} PARTIE

P. 10/21

2^e partie de notre dossier COVID-19 : Présentation

Le virus du racisme est bien plus répandu que le nouveau coronavirus

Confusion et rattrapages de début d'épidémie

Mars/avril 2020, le moment de vérité !

Informier et accompagner plutôt que surveiller et punir

INFORMATIONS MÉDICALES

P. 22/41

Le counselling interpersonnel en médecine générale « Exemple du deuil »

Le choix citoyen pour une mort choisie

L'alcool au féminin

Prise en charge des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire

L'échographie pour tous

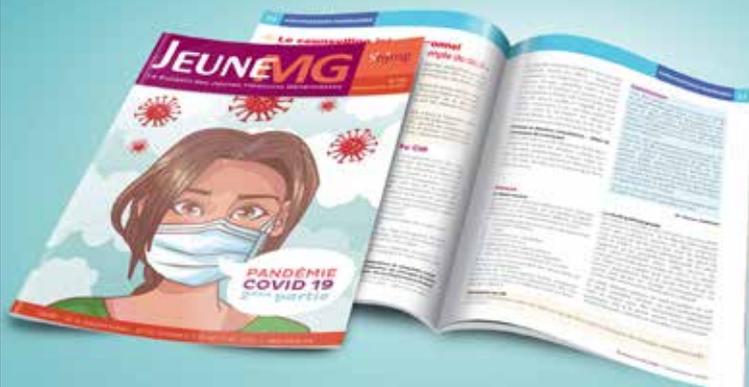
ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 43/51

JEUNEMIG

N°28

Déc 2020





Hello !

Nous venons de publier le premier numéro de la newsletter du SNJMG, pour parler des actualités du syndicat et proposer des informations alternatives en santé. Le syndicat qui apporte une information médicale alternative dans votre boîte aux lettres.

Un point sur nos dernières actions :

- ☒ **Communiqué commun avec le CRAN.**
- ☒ **Réunion d'accueil du SNJMG.**
- ☒ **Contact avec l'association Chrysalide, Outrans et le Collectif Intersexe et Alliés.**
- ☒ **Renforcement du droit à l'IVG.**

En conclusion

La logique marchande en santé continue sa lutte contre nos droits. Les gouvernement souhaite désormais faire payer les usager.ères des urgences lorsque les consultations ne sont pas suivies d'hospitalisation.

C'est idiot (beaucoup de soins urgents ne requièrent pas d'hospitalisations), c'est injuste (ce reste à charge va peser plus lourdement sur les personnes précaires ou ayant des pathologies chroniques) et c'est inutile.

Les urgences ne sont pas « encombrées » par des patients qui consulteraient pour rien, les urgences sont débordées parce que le nombre de lits d'aval n'a cessé de diminuer, parce que les personnes sont en sous-effectif et que nous ne répondons pas encore correctement aux demandes de soins urgents en médecine générale.

Rejoignez nous sur discord, demandez le lien au secrétariat (info@snjmg.org et 07.71.05.13.81).

Organigramme du
SNJMG

Président : Benoît BLAES

Secrétaire Générale / Chargée de missions « Internes » : Francesca STELLA

Trésorière : Sayaka OGUCHI

Chargé de mission « Internet et Outils numériques » : David AZERAD

Chargé de missions réseaux sociaux et communiqués de presse :
Pierre MARTIN (membre associé)

Chargée de missions Formation Thèses : Aurélie TOMEZZOLI

Indépendance professionnelle & Réseaux sociaux : Emmanuelle LEBHAR

Chargé de mission « Privés de Thèse » : Arnaud DELOIRE

Chargée de mission « remplaçant-e-s » : Thomas LE BERRE

Chargé de mission « santé mentale » : Florian PORTA BONETE (membre associé)

Chargé de mission en Discriminations en Santé & Réseaux sociaux : Julien ARON (membre Associé)
Leïla BOUDARI (membre associée, chargée de mission en discriminations en santé et réseaux sociaux)

Chargé de missions « Partenariats » : Procope PANAGOULIAS

Secrétaire Administrative et Commerciale : Frédérique JACQUART

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr

6, avenue de Choisy | 75013 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur

Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseauprosante.fr | reseauprosante.fr

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

→ ECN et Internat

Internat de médecine 2020 : Les spécialités et les villes préférées des jeunes médecins (et celles qui sont boudées)

Les choix 2020 de spécialité et de lieu d'internat en Médecine (après les ECN) se sont achevés le 18 septembre ; le bilan de ces choix s'avère très révélateur.

Première constatation : la stabilité globale des résultats d'une année sur l'autre.

5 spécialités occupent systématiquement les 6 premières places ces dernières années : Chirurgie plastique et reconstructrice, maladies infectieuses et tropicales, ophtalmologie, dermatologie, cardiovasculaire (NB : cette année, la chirurgie maxillo-faciale remplace la néphrologie dans les 6 premières places).

Est-ce par hasard ? Ce sont des spécialités soit réputées rémunératrices soit auréolées d'un prestige mandarin (NB : le fait que les trois spécialités chirurgicales citées sont celles présentant les volumes horaires les moins lourds parmi les spécialités chirurgicales est également à signaler, notamment, en faisant le rapprochement avec la dermatologie).

Et ce sont les mêmes spécialités qui occupent les 7 dernières places : Médecine d'urgence, Médecine Générale, Gériatrie, Psychiatrie, Biologie médicale, Santé publique et Santé au travail (NB : parmi les nouvelles spécialités apparues depuis les ECN 2017, deux spécialités à la peine connaissent une petite amélioration : la médecine d'urgence voit enfin tous ces postes pourvus et la gériatrie améliore son taux de postes non pourvus - 3.1 % contre 13 % l'année dernière).

Est-ce par hasard ? Ce sont des spécialités soit moins rémunératrices soit dénigrées dans le cursus universitaire soit en situation de crise.

Cette stabilité globale des choix se retrouve également dans la répartition homme/femme et les régions d'internat.

Toujours plus majoritaires d'une promotion à l'autre, les femmes sont sur-représentées en gynécologie médicale, allergologie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, endocrino, dermato, psychiatrie et Médecine Générale. A l'inverse, elles sont largement sous-représentées dans la majorité des spécialités chirurgicales (la pire sous-représentation étant en neurochirurgie).

La répartition genrée (« care » pour les femmes, « technicité » pour les hommes) est toujours vivace.

Pour les régions d'internat, les choix 2020 confirment l'attractivité, certes de Paris, mais surtout des regroupements géographiques suivants : Lyon / Grenoble, Nantes / Rennes (NB : cette année Rennes prend le dessus sur Nantes) et Montpellier / Bordeaux / Toulouse. De même, il y a confirmation des mauvais résultats des subdivisions du centre du pays (surtout : Poitiers et Saint Etienne, et à un degré moindre : Clermont et Dijon) et du duo Reims / Amiens. Notons aussi que la région Antilles / Guyane reste pour la deuxième année consécutive en fin de classement, alors que la région de Limoges, habituée à cette fin de classement, enregistre cette année une amélioration sensible.

Seconde constatation : les résultats contrastés de la Médecine Générale et la problématique de l'accès aux soins.

Cette année, la Médecine Générale manque de peu (0.2 % de postes non pourvus) de rééditer l'exploit de l'année dernière où tous les postes hors CESP avaient été pourvus. Et même s'il faut signaler le premier poste pris dans le top 14 (meilleur résultat depuis la création des ECN en 2004) et l'augmentation confirmée du nombre de postes pris dans le premier tiers de classement, il convient de constater que le nombre de futurs internes affectés en MG continue de baisser d'année en année : 3254 en 2018, 3213 en 2019 et 3168 en 2020.

Comme l'année dernière, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) se réjouit des évolutions favorables pour la discipline mais reste inquiet sur l'accès aux soins. La diminution régulière du nombre de médecins généralistes

et l'enracinement des mauvais résultats de spécialités importantes en pratique quotidienne pour la Médecine Générale (notamment : la gériatrie, la biologie médicale, la psychiatrie et la santé au travail) n'incitent pas à l'optimisme pour la santé communautaire (sans compter, sur le plan plus théorique, les difficultés chroniques de la spécialité de santé publique).

Aussi critiquable soit-il par différents aspects, le système des ECN agit comme un révélateur des problèmes d'aménagement du territoire et d'organisation du système de santé (englobant problèmes sanitaires et socio-économiques). La réforme annoncée des ECN corrigera-t-elle les aspects critiquables du système actuel tout en conservant cette vertu révélatrice ?

Communiqué de presse du SNJMG le 28.09.20

Infos pratiques de rentrée pour les internes de Médecine Générale

Temps de travail

Il est limité à 48 heures par semaine (moyenne calculée sur une période de 3 mois) sur la base de 10 demi-journées de travail par semaine dont 8 demi-journées en stage, et 2 en formation.

Rappel : La réduction du temps de travail de 11 à 10 demi-journées par semaine a été obtenue à la suite d'une grève nationale à l'appel de FNSIP, ISNI, SNIO et SNJMG.

Rémunération fixe (Arrêté du 11 septembre 2020 actant les résultats du « Ségur de la Santé » de cet été).

Rémunération brute annuelle de base

- ⊗ Internes de 3^{ème} année : 27 042 € (25 653,56 € avant le 1^{er} novembre 2020) ;
- ⊗ Internes de 2^{ème} année : 20 450 € (18 493,76 € avant le 1^{er} novembre 2020) ;
- ⊗ Internes de 1^{ère} année : 18 473 € (16 704,76 € avant le 1^{er} novembre 2020).

Majorations compensatrices brutes annuelles

- ⊗ Non logé-e-s et non nourri-e-s : 1 010,64 € (sans changement en 2020) ;
- ⊗ Non logé-e-s mais nourri-e-s : 336,32 € (sans changement en 2020) ;
- ⊗ Non nourri-e-s mais logé-e-s : 674,31 € (sans changement en 2020).

Indemnité de sujétion mensuelle brute pour les 4 premiers semestres (et FFI) : 435,18 € (sans changement en 2020).

Rappel : C'est le SNJMG qui, à la fin des années 1990, a obtenu des ministères concernés (Santé et Enseignement supérieur) le versement de l'indemnité de sujétion pour les IMG 1^{er} semestre (ils en étaient privés auparavant).

NB : Rémunérations particulières :

- ⊗ FFI : 16 892 € (15 287,69 € avant le 1^{er} novembre 2020) ;
- ⊗ Année recherche : 24 684,71 € (sans changement en 2020).

Rémunération supplémentaires

→ (Demi) gardes (Arrêté du 30 octobre 2020) :

149 € pour les gardes de nuit en semaine, (119.02 € avant le 1^{er} novembre 2020) et 74,5 € pour la demi-garde,

163 € pour les gardes de nuit de WE/F et les gardes supplémentaires - gardes en sus du service de garde normal : 4 gardes de semaine et une garde de weekend (130.02 € avant le 1^{er} novembre 2020) et 81,5 € pour la demi-garde,

→ Astreintes (Arrêté du 30 octobre 2020) :

Pour chaque période d'astreinte déplacée ou non, l'interne perçoit une indemnité forfaitaire de base d'un montant de : 20, 24€ (20€ avant le 1^{er} novembre 2020).

Comptabilisation et indemnisation des déplacements survenant pendant des périodes d'astreintes :

Chaque plage de cinq heures cumulées fait l'objet du versement d'une demi-indemnité de sujétion d'un montant de : 74,5 €.

Par dérogation au précédent alinéa, les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place font l'objet d'un décompte du temps à hauteur d'une demi-journée et du versement d'une demi-indemnité de sujétion d'un montant de : 74,5 €.

Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de trajet réalisés pendant une période d'astreinte ne peut dépasser l'équivalent de la comptabilisation de deux demi-journées et le versement d'une indemnité de sujétion d'un montant de : 149 €.

→ Prime SASPAS (Arrêté du 4 mars 2014)

125 € mensuel de prime de responsabilité.

→ Indemnité transport pour stage ambulatoire (Arrêté du 4 mars 2014)

130 € mensuel pour les « internes qui accomplissent un stage ambulatoire dont le lieu est situé à une distance de plus de quinze kilomètres,

tant du centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés administrativement que de leur domicile ».

Pour percevoir l'indemnité, il convient de compléter un formulaire de demande, à remettre au CHU de rattachement.

→ Indemnité logement pour stage ambulatoire dans une zone médicalement sous-dotée

300 € mensuel (au lieu de 200 avant le 1^{er} novembre 2020) pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire en zone médicalement sous-dotée et « dont le lieu est situé à une distance de plus de trente kilomètres, tant du centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés administrativement que de leur domicile ».

Pour percevoir l'indemnité, il faut en faire la demande auprès de la direction des affaires médicales de votre CHU de rattachement.

Référents administratifs

Les internes sont soumis à une triple tutelle :

L'ARS est compétente pour :

- ⊗ Vos choix de stages (formation pratique) hospitaliers et extra-hospitaliers ;
- ⊗ Votre classement ;
- ⊗ L'attribution d'une année-recherche ;
- ⊗ Le droit au remords.

Le C.H.U. de rattachement est compétent pour :

- ⊗ Votre nomination en qualité d'interne ;
- ⊗ La mise en disponibilité ;
- ⊗ Le régime disciplinaire ;
- ⊗ Le suivi des congés.

La faculté est compétente pour :

- ⊗ Votre inscription universitaire ;
- ⊗ Votre formation théorique ;
- ⊗ La validation de vos stages.

Le SNJMG

Masques de protection pour les internes de Médecine Générale en stages ambulatoires

02 novembre 2020

C'est le changement de stage pour les internes de médecine et aussi le premier jour d'internat pour les nouveaux internes de la promotion 2020 : le SNJMG leur souhaite la bienvenue !

En ce qui concerne les internes de Médecine Générale en stages ambulatoires, le SNJMG s'inquiète qu'ils ne soient plus fournis en masques de protection, **du fait de l'arrêt le 5 octobre 2020 de la dotation de l'Etat pour les étudiants professionnels de santé en stage extra-hospitalier.**

En attendant d'organiser la fourniture en masques par le CHU ou l'université de rattachement, le SNJMG appelle les maîtres de stages universitaires à mettre à la disposition de leurs internes des masques de protection, si possible FFP2, chirurgicaux à la rigueur.

Si les moyens ne sont pas disponibles pour assurer la protection des internes (et des patients) qu'ils seront amenés à rencontrer, nous demandons aux maîtres de stage de ne pas les accueillir. Dans ce cas, nous proposons aux maîtres de stages de le notifier officiellement aux internes et d'avertir par courriel sans délai les responsables des stages en médecine générale de la faculté.

Par ailleurs, le SNJMG demande à tous les maîtres de stages accueillant des internes présentant des facteurs de risque personnels de leur conseiller de consulter rapidement leur médecin traitant afin qu'ils soient arrêtés si nécessaire.

03 novembre 2020

Dans la journée de ce mardi, des informations ont circulé selon lesquelles des masques de protection seraient à nouveau disponibles gratuitement dans les pharmacies pour les internes et les étudiants en santé. Cela veut-il dire que depuis notre message, le gouvernement a publié un texte réglementaire en ce sens ? Non, ce n'est pas le cas... En revanche, et c'est peut-être l'explication de cette "info" qui n'en est pas une, un arrêté du 26 octobre 2020 avait modifié l'arrêté du 3 octobre 2020 pour supprimer la

date limite du 30 octobre 2020 et permettre aux pharmaciens de répondre à toute sollicitation de professionnels de santé libéraux et étudiants en stage extra-hospitalier jusqu'à épuisement de leur stock de dotation de l'Etat. Nous avons expliqué tout ceci dans **notre fiche pratique sur les masques de protection...** fiche auquel renvoie un lien dans notre message aux internes et maîtres de stage.

La situation pour les internes de Médecine Générale en stage ambulatoire est donc la suivante : ils peuvent toujours se fournir en masques auprès de pharmaciens tant que ceux-ci disposent de stock sur leur dotation de l'Etat mais par définition, ça ne durera pas éternellement. C'est pourquoi, le SNJMG a anticipé en demandant aux maîtres de stage de fournir leurs internes en masques de protection.

Par ailleurs, lors de la première vague de la pandémie CoVID-19, certaines universités avaient devancé la dotation de l'Etat en fournissant des masques à leurs internes. Parmi celles-ci, l'université Sorbonne Médecine à Paris a confirmé ce jour qu'elle allait reprendre la fourniture de masques pour ses internes.

04 novembre 2020

Le DMG de l'Université de Paris (fusion des DMG des Universités Paris-Descartes et Paris-Diderot) informe ce jour que les internes en stage ambulatoire seront contactés pour recevoir des masques à Cochin pour les SN1 et à Bichat pour les SN2 et SAFE.

20 novembre 2020

Le ministère de la Santé publie une mise à jour de la FAQ « Coronavirus » pour les étudiants des filières médicales.

Il y est précisé que : « les internes qui réalisent un stage extra-hospitalier sont dotés en masques par leur CHU. Des solutions de proximité peuvent être recherchées ».

NB : le ministère a fait savoir dans les jours suivants que des masques pourraient être délivrés par les établissements proches des internes de Médecine Générale en ambulatoire.

Le SNJMG

➔ **Pandémie CoVID 19 2^{ème} partie**

2^e partie de notre dossier COVID-19 : Présentation

La première partie de notre dossier COVID-19 publiée dans le précédent numéro de Jeune MG était consacrée à une présentation générale de la ligne de conduite du syndicat pendant la pandémie et à la chronologie des événements de Novembre 2019 à Avril 2020.

Dans cette deuxième partie, nous présentons les prises de positions du syndicat sur la pandémie de Janvier 2020 à l'été 2020.

NB : Nous avons définitivement abandonné toute idée de présentation dans Jeune MG de nos recommandations pratiques de prise en charge de la COVID-19 en Médecine Générale : les modifications de ces recommandations sont tellement régulières que nous vous renvoyons à notre site internet pour consulter celles que nous actualisons en ligne en temps réel.

Le SNJMG

Le virus du racisme est bien plus répandu que le nouveau coronavirus

Dans ce premier communiqué de presse sur la pandémie, le 31 janvier 2020, le SNJMG rappelait son engagement pour l'EBM, mettait en garde contre les théories du complot et dénonçait toute discrimination en médecine, à commencer par le racisme anti-asiatique.

En adhérant au Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), les internes, remplaçants et jeunes installés ou salariés en Médecine Générale, s'engagent dans une organisation qui soutient une médecine par les preuves (Evidence Based Medicine - EBM) et combat toutes formes de discrimination en médecine.

C'est donc en toute logique que le SNJMG condamne fermement tous les actes et propos scientifiquement infondés et éthiquement inacceptables qui se répandent ces derniers jours, à l'occasion d'une menace épidémique originaire de Chine.



En 1347, la grande peste débarque en Europe et décime, en 5 ans, un tiers de la population. Dans l'ignorance des bases biologiques du phénomène (1), ce que nous appelons aujourd'hui des « théories du complot » prospèrent, en précédant le plus souvent l'arrivée de l'épidémie. Elles sont génératrices de biens des drames comme différents pogroms dans certains territoires situés actuellement en Savoie, Suisse, Alsace et Allemagne (2).

Fin 2019, une maladie apparaît dans la ville chinoise de Wuhan. En quelques jours, il a été possible d'établir le séquençage de l'agent infectieux responsable, un nouveau variant de la famille des coronavirus, dénommé 2019-nCoV. En cette fin janvier 2020, il est encore trop tôt pour évaluer la dangerosité exacte de cette maladie qui ne concernerait pour l'instant que moins de 10 000 personnes sur une population de 1,386 milliard et qui, à quatre exceptions près, ne présente, en dehors de la Chine, que des cas importés de Chine.

Autant dire que le risque de contamination des populations en France (hors personnel soignant) est quasiment nul à ce jour...

Pourtant, depuis la médiatisation de la maladie, des discours et des comportements de défiance voire stigmatisants à l'égard des personnes d'origine asiatique ou perçues comme telles se répandent dangereusement (3). Et souvent, ils accompagnent des discours pseudo scientifiques... qui n'ont rien de scientifique !

Au-delà d'une condamnation ferme de ces faits, le SNJMG agit concrètement en actualisant régulièrement depuis le 15 janvier 2020 une fiche d'information (4) à l'attention des (jeunes) médecins généralistes : le SNJMG souhaite leur fournir tous les éléments utiles disponibles pour savoir réagir face à un éventuel cas suspect, répondre aux légitimes interrogations des patients et réfuter les fausses allégations, des plus farfelues aux plus horribles.

1. La peste était due à un bacille (identifié au XIX^{ème} siècle par Alexandre Yersin) véhiculé par la puce du rat.
2. Comme, par exemple, le Program de Strasbourg (Wikipedia).
3. « Garde ton virus, sale Chinoise ! » (Le Monde, 29.01.20).
4. Infection à nouveau Coronavirus (Blog SNJMG).

Confusion et rattrapages de début d'épidémie

Dans ces deux communiqués de presse avant la première vague de la pandémie en France, le SNJMG pointait les problèmes pratiques dans l'organisation de la réponse à la crise sanitaire.

Communiqué du 27 février 2020 du SNJMG

La situation épidémiologique pour le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a connu une évolution importante la semaine dernière. Alors que les chiffres officiels chinois suggéraient que le pic épidémique avait été dépassé dans le pays berceau de la maladie, la multiplication de foyers hors de Chine et l'apparition de cas sans relation clairement établie avec la Chine a changé « la donne » : le risque pandémique est désormais réel.

C'est dans ce contexte que les autorités françaises ont médiatisé, jeudi 20 février 2020, un plan de préparation au risque épidémique et actualisé, le vendredi 21 février 2020, les recommandations pour les retours des zones à risques et la prise en charge des cas suspects/possibles. Ainsi, le nouveau ministre de la Santé, Olivier Véran, a pu annoncer le mardi 25 février 2020 : « Nous nous préparons, nous préparons l'ensemble des dispositifs de veille sanitaire et d'intervention, en ville comme à l'hôpital, dans l'hypothèse où l'épidémie viendrait ».

Sur le papier, tout est prévu et cohérent... Mais en pratique quotidienne, les médecins généralistes sont les premiers à expérimenter le « gap » entre la théorie et la pratique.

Déjà, le mois dernier, le premier médecin français contaminé par le SARS-CoV-2, l'avait été après avoir consulté un patient chinois (malheureusement décédé depuis) à la demande du SAMU-Centre 15... en contradiction totale avec les recommandations officielles déjà en place !

Mais avec l'extension vendredi 21 février 2020 des zones considérées à risques (notamment à la Lombardie et à la Vénétie), la cohérence du plan gouvernemental est déjà mise à mal.

En effet, les recommandations officielles demandent à toute personne de retour de ces zones d'éviter pendant 14 jours « tout contact avec des personnes fragiles (femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées...) et la fréquentation des lieux où se trouvent des personnes fragiles (hôpitaux, maternités, structures d'hébergement pour personnes âgées...) ainsi

que toute sortie non indispensable (grands rassemblements, restaurants, cinéma...) » ; les adultes étant incités à privilégier le télétravail et les enfants à ne pas fréquenter les crèches et établissements scolaires.

Pourtant, il aura fallu attendre lundi 24 février 2020 pour que le ministère de l'Éducation Nationale demande en début d'après-midi aux chefs d'établissements d'appliquer ces mesures pour les enfants scolarisés (alors que la rentrée avait eu lieu dans la matinée pour les régions Ile-de-France et Occitanie)... sans se prononcer sur le cas des professeurs et des personnels techniques (ex : cantines scolaires).

Concernant l'activité professionnelle des adultes, le gouvernement avait anticipé les situations de « quarantaine » en publiant un décret le 1 février 2020 ouvrant droit exceptionnellement à une indemnité journalière pour "les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement du fait d'avoir été en contact avec une personne malade du coronavirus ou d'avoir séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus et dans des conditions d'exposition de nature à transmettre cette maladie » : les indemnités sont ouvertes pour les salariés mais aussi les travailleurs indépendants et elles sont versées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dès le premier jour d'arrêt et jusqu'à 20 jours d'affilée.

Mais dans la pratique quotidienne, c'est plus compliqué... En effet, les ARS ont un discours qui varie d'une région à l'autre (selon que la profession est considérée à risque ou non) avec qui plus est une prise en charge différente d'une ARS à l'autre : certaines gèrent l'indemnisation de l'arrêt de travail de tout cas suspect/possible et de tout retour de zone à risque, d'autres ne veulent prendre en charge que les cas confirmés, renvoyant les cas suspects/possibles à leur médecin traitant pour un arrêt de travail de 2 semaines et les retours de zone à risque à leur médecin du travail pour une adaptation de leur poste pendant 2 semaines (une ARS aurait même demandé aux patients de retour de zone à risque de poser 2 semaines de congés !)... Et à notre connaissance, aucune ARS n'a mis en place de numéro téléphonique dédié pour renseigner les médecins sur l'application de ces mesures...

Autre exemple de difficultés pratiques, les recommandations officielles prévoient depuis la mi-janvier 2020 pour tout cas suspect rencontré par un médecin généraliste que celui-ci impose le lavage des mains et le port du masque chirurgical au patient et que lui-même s'équipe de dispositifs d'équipement de protection (EPI). Mais, les autorités sanitaires n'ont jamais proposé aux médecins généralistes (et encore moins aux autres professionnels de santé) de filière dédiée d'approvisionnement, les renvoyant à leurs fournisseurs habituels d'équipement - comme l'ARS Ile-de-France le faisait encore, il y a deux jours seulement. Or, tous ces équipements sont en situation de (quasi) pénurie... situation propice à toutes les dérives commerciales.

Certes, le ministre de la Santé a annoncé le 23 février 2020 (rappel : les recommandations datent de mi-janvier 2020) une commande massive de plusieurs dizaines de millions de masques de protection FFP2 destinés aux professionnels en contact étroit avec des malades... mais aucune communication n'a été faite aux médecins sur les modalités pratiques de mise à disposition de ces masques...

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) est particulièrement attentif à ce problème de santé publique et il entretient, depuis le 15 janvier 2020, une veille informative et pratique à destination des (jeunes) médecins généralistes.

Devant les difficultés pratiques actuelles et la menace de risque pandémique, le SNJMG estime nécessaire d'organiser, dès à présent et en répondant au mieux aux besoins de la médecine ambulatoire, une prochaine étape de la réponse sanitaire où il ne serait plus possible de gérer les cas avec un recours systématique au secteur hospitalier qui fonctionne déjà en flux tendu en période d'épidémie d'états grippaux et avec des conflits sociaux qui perdurent depuis 1 an...

Communiqué du 05 mars 2020

Depuis la semaine dernière, le nouveau coronavirus commence à circuler en France et le pays est logiquement passé samedi 29 février 2020 au stade 2 de l'épidémie.

Malgré l'application des protocoles issus du plan pandémie grippale de 2011, les pouvoirs publics éprouvent, comme la semaine dernière, quelques difficultés à maîtriser la gestion pratique de la maladie covid-19 en France.

Il y a bien heureusement des évolutions positives : Le ministère de l'Éducation Nationale a défini le 1^{er} mars 2020 (la veille de la rentrée de la deuxième zone) une position claire pour tous les élèves et tous ses personnels à l'occasion du passage au stade 2 de l'épidémie : suspension de tout voyage scolaire à l'étranger ou dans un cluster en France, abandon de toute quatorzaine pour un retour de zone à risque (pour les élèves comme pour tous les personnels de l'Éducation Nationale) mais maintien de celle-ci dans les autres situations prévues par le ministère de la Santé (avec fermeture d'établissements dans les clusters).

Le même jour, la Direction Générale de la Santé (DGS) a levé l'obligation de confinement des médecins asymptomatiques contact de sujet malades du CoViD-19 et, le 3 mars, c'est l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a pris une décision similaire pour ses personnels.

Depuis le 28 février 2020, les Agences Régionales de Santé (ARS) commencent à communiquer sur les prises en charge d'arrêts de travail en cas de « quatorzaine » et, le 04 mars, le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie ont ouvert un dispositif unique en ligne pour la prise en charge des arrêts de travail des personnes dont les enfants de moins de 16 ans sont concernés par des mesures de maintien à domicile.

Toutefois, cette prise en charge ne concerne qu'un seul des deux parents et qu'en l'absence de solution d'aménagement des conditions de travail lui permettant de poursuivre son activité à domicile (partant du principe qu'en télétravail, il n'y a aucune difficulté à garder seul son/ses enfant-s à domicile...).

De plus, il n'y a toujours pas de communication officielle sur les modalités pratiques des arrêts pour « quatorzaine » concernant les commerçants, artisans, professions libérales (dont professionnels de santé) et personnels hospitaliers intérimaires...

Ensuite, il y a plusieurs décisions administratives en apparence contradictoires : pourquoi annuler le semi-marathon de Paris et autoriser les grands rassemblements de supporters lors de matches de football le même weekend ? pourquoi interdire le marché en plein vent de Creil et autoriser l'ouverture des supermarchés dans la même zone ?

Ces décisions d'interdiction de réunions à géométrie variable arrivent dans un contexte politique critique (contestation de la réforme des retraites et élections municipales) et pourraient interroger sur leur utilisation à des fins politiquement intéressées.

Mais, c'est bien la question des masques de protection qui confine (sans mauvais jeu de mots) à l'improvisation.

D'abord, il y a eu à l'occasion du signalement des premiers cas de maladie Covid-19 en France une demande massive et imprévue de masques anti-projections, dits chirurgicaux, aboutissant rapidement à une situation de pénurie. A son arrivée au ministère de la Santé, M. Olivier Véran, a décidé la mise en circulation de 15 millions de masques chirurgicaux issus de la réserve nationale (évaluée à 160 millions de masques) : 5 millions fournis aux établissements prenant en charge les cas confirmés de CoViD-19, aux EHPAD et aux ARS et 10 millions remis par les pharmacies (théoriquement cette semaine) aux médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux (le ministre précisant que 15 à 20 millions supplémentaires arriveront en fonction de l'évolution de la situation)...

Mais ces masques chirurgicaux ne concernent que les patients (dans certaines conditions, ndlr).



Concernant les médecins (et autres professionnels de santé) en présence de cas suspects, les recommandations établies en Janvier 2020 prévoient l'utilisation d'appareils de protection, au moins de catégorie FFP2. Le 23 février 2020, M. Olivier Véran, constatant l'absence de stock de FFP2 dans la réserve nationale, annonce la commande massive et régulière de 35 millions de FFP2 par mois. Ce chiffre correspond aux capacités maximales de production mais les fournisseurs font savoir au ministère le 27 février 2020 que les premières livraisons ne se feront pas avant 3 à 4 semaines. Suite à un avis de l'OMS autorisant le recours au masque chirurgical à la place du FFP2, la DGS modifie, le 28 février 2020, ses recommandations pour proposer aux médecins généralistes d'utiliser 1 voire 2 masques chirurgicaux superposés au contact d'un patient suspect... alors que les recommandations officielles COREB maintiennent le recours aux FFP2 dans leur mise à jour du 29 février 2020 (6)...

Finalement, le président de la République annonce le 3 mars 2020 la réquisition de tous les stocks et de la production de masques de protection (masques anti-projections et appareils de protection FFP).

A l'image de la part congrue réservée à l'ambulatoire dans le guide méthodologique (très technocratique) publié le 17 février 2020, il semble que le ministère de la Santé n'a pris conscience que tardivement des défis pratiques de la gestion de la maladie dans ce secteur, pourtant prédominant en stade 3 de l'épidémie.

Aussi, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) demande une réunion de concertation au ministère de la Santé avec toutes les organisations nationales (pas seulement les représentatives) de professionnels de santé (pas seulement celles de médecins) du secteur ambulatoire afin d'organiser au plus vite ce nouveau temps de la réponse sanitaire à l'évolution de la maladie.

A cette occasion, le SNJMG rappellera la nécessité pour les pouvoirs publics de ne pas laisser perdurer dans la société des manifestations de peurs ni de racisme.

Mars/avril 2020, le moment de vérité !

Dans ces communiqués de presse publiés lors de la première vague de la pandémie en France, le SNJMG a émis plusieurs propositions pour accompagner le confinement.

Communiqué du 13 mars 2020

Comme il fallait le craindre, l'épidémie s'accélère en France, dans le sillage de l'évolution internationale : l'OMS a reconnu officiellement la pandémie mondiale et plusieurs pays européens prennent des mesures drastiques.

Même s'il n'a pas annoncé officiellement le stade 3 de l'épidémie, le Président de la République a enfin rompu avec le discours attentiste de ces derniers jours.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) soutient les pouvoirs publics dans leur gestion de cette crise sanitaire et salue les mesures prises.

Parmi les éléments bienvenus, le syndicat se réjouit de la prolongation de 2 mois de la trêve hivernale, comme le demandaient les associations d'aide aux personnes mal logées et espère que la priorité donnée aux soins s'applique à tous les patients notamment les personnes exilées dont l'accès au droit était remis en question dans la Loi Asile Immigration.

Concernant la fermeture logique des établissements scolaires, décidé en France comme dans 10 autres pays européens, le SNJMG s'interroge sur l'organisation de la garde des enfants, notamment des plus jeunes. Nous demandons qu'un des parents concernés par la mesure bénéficie de la procédure mise en place pour les familles dont les enfants de moins de 16 ans étaient contraints à « quatorzaine » et que cette procédure soit applicable sans condition relative au télétravail.

Le SNJMG apprécie également l'attention portée par le Président aux personnels de santé et au service public hospitalier. Reste à répondre concrètement aux attentes exprimées depuis 1 an par les hospitaliers alors que le gouvernement espagnol vient d'annoncer le déblocage immédiat de 3 milliards d'euros pour ses hôpitaux.

Concernant les personnels médicaux (du secteur hospitalier et ambulatoire), le SNJMG encourage une mobilisation volontaire des actuels médecins

remplaçants et médecins ayant cessé leur activité de soin en privilégiant pour leur affectation, dans un objectif d'efficacité, les fonctions et lieux d'exercices antérieurs. Il reste vigilant sur l'adaptation des postes des étudiants (externes) et internes de médecine à cette mobilisation.

Pour tous les soignants, le syndicat appelle à une attention particulière car « un soignant utile est un soignant vivant et en bonne santé ».

Le SNJMG, qui assure une veille informative depuis le 15 janvier 2020, est disponible pour une actualisation et une clarification indispensables de la prise en charge des patients en ambulatoire, pour le renforcement et la sécurisation des services d'aides à la personne, pour la bonne prise en charge médicale et sociale des patients en situation précaire et/ou en défaut de protection sociale (SDF, personnes en lieux de privation de liberté...), pour les arrêts de travail des personnes à risques (et des personnes vivant dans le même foyer) et pour la lutte contre toute discrimination dans la gestion de l'épidémie.

Nous sommes surpris de partager le constat du Président : « Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché » et nous espérons que chacun.e s'en souviendra passé la crise. Pour l'heure, nous renouvelons nos mises en gardes concernant le respect des libertés publiques déjà « écornées » par la lutte contre le terrorisme et possiblement menacées par la gestion de la menace sanitaire.

Si la concertation sur le secteur ambulatoire qu'il avait demandée n'est plus d'actualité, le SNJMG est satisfait d'avoir été entendu ce midi au ministère de la Santé suite à l'intervention du Président de la République.

Le SNJMG souscrit à l'effort de solidarité nationale, « quoiqu'il en coûte » : c'est le moment pour tous de le démontrer !

Communiqué du 23 mars 2020

La situation en France et en Europe est préoccupante : le COVID-19 n'est pas une simple grippe et les soignant.es comme les épidémiologistes appellent à la plus grande prudence et au respect strict du confinement.

Cela est légitime et bienvenu. Pour autant, les moyens pour y parvenir ne relèvent pas de la seule autorité médicale : la restriction des libertés individuelles, la mobilisation policière, la pénalisation des infractions, la culpabilisation des citoyen.nes ne sont pas des outils de santé publique. Ces mesures doivent être débattues, expliquées, encadrées et leur effets secondaires doivent être anticipés.

Si le confinement général apparaît désormais comme une évidence, il est important de rappeler qu'il s'inscrit dans un contexte de pénurie de masques et de solutions hydro-alcooliques ainsi que de tests PCR et avec un retard dans la mise en place d'autres mesures de distanciation sociale (télé-travail, distances de sécurité, etc.) qui, instituées plus tôt, auraient pu contribuer à ralentir la propagation du virus (cf. : Taïwan, pourtant à moins de 200 km de la Chine).

Culpabiliser et criminaliser des citoyens et des citoyennes qui commencent seulement à comprendre la gravité de la situation après des semaines de flou nous semble donc inadapté et contreproductif. Et en tant que médecins, nous refusons de tenir un tel discours qui ne relève pas de notre rôle de soignant.es.

Les mesures prises par les autorités publiques pour permettre de ralentir la progression pèsent plus particulièrement sur certaines populations : augmentation des contrôles et du risque de violence avec la police dans les quartiers populaires, risques encourus dans la rue pour les SDF et les migrants, dans les logements insalubres pour les plus précaires, en prison ou en centre de rétention administratif, limitation dans l'accès aux soins hors-COVID (en particulier en santé mentale) ou dans l'accès aux IVG, sur-exposition des femmes et des enfants victimes de violences familiales, etc.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) renouvelle son soutien à tous les soignant.es dans leur implication professionnelle et, sans amoindrir l'urgence de la situation, les encourage à garder un regard critique sur la situation.

NB : D'autres mesures que le seul durcissement policier voire militaire du confinement peuvent être pertinentes, entre autres :

- Proposer à grande échelle certains modes d'organisation aux citoyens et citoyennes comme par exemple des horaires de courses réservés aux personnes fragiles ou aux professionnels de santé, la mise en place généralisée d'un service de livraison à domicile, etc.
- Valoriser l'auto-organisation des populations et promouvoir des initiatives de solidarité comme covid-entraide (cf. : la tribune dont nous sommes signataires).
- Mobiliser les moyens de productions nécessaires à la fabrication et la distribution de masques, de solution hydro-alcooliques et des autres équipements de protection.
- Exiger des entreprises la mise en place maximale du télétravail, la libération des travailleur.euses sans crainte de représailles, aider à la mise en place effective de toutes les mesures de protection nécessaires.
- Prendre en charge les déplacements réguliers et les logements exceptionnels (pour les internes notamment) des professionnels de santé et proposer des logements pour l'isolement des personnes affectées par la maladie.
- Protéger les détenu-es et les personnels pénitentiaires en réduisant le nombre de personnes incarcérées comme demandé par un collectif de chercheur.euses, de magistrat.es et d'avocat.es.
- Proposer des contenus vidéos synthétiques et accessibles pour aider les citoyens et citoyennes à comprendre les enjeux et à respecter les mesures de distanciation sociale.

Communiqué du 10 avril 2020

Dans la gestion actuelle de la pandémie du Covid-19, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle alors que les conditions nécessaires à un confinement en toute sécurité ne sont pas réunies pour de nombreuses personnes. Plutôt que de punir, il faut apporter des moyens de protection.

Il est probable que des mesures prises en urgence perdurent après cette période de crise. Faisons en sorte que ce soient des mesures qui vont dans le sens de la protection de la santé du plus grand nombre et non des mesures sécuritaires et liberticides.

Les personnes sans domicile fixe ont été oubliées dans l'injonction au confinement. Elles peuvent être logées dans les hôtels et logements de tourisme actuellement vides, qui peuvent être réquisitionnés à cet effet comme c'est déjà le cas dans quelques villes.

Les personnes sans papiers ne sont pas non plus immunisés contre le Covid-19 et sont particulièrement vulnérables. Ces personnes doivent avoir un accès à notre système de soins immédiat et gratuit, comme l'a recommandé l'**Académie Nationale de Médecine**. La régularisation de tous les sans-papiers apporterait une réponse immédiate à ce problème. C'est la solution qu'a choisi le **Portugal**.

Les travailleurs du sexe sont également dans une situation d'urgence et de grande vulnérabilité, expulsées de leur logement, et sans revenu. Elles et ils doivent également avoir accès à un hébergement sécurisé et un accès facilité aux soins.

L'arrêt des activités économiques prive de nombreuses personnes de tout revenu et les met en danger. Prendre en compte la santé des personnes, c'est aussi prendre en compte leur capacité à vivre décemment. C'est l'occasion de mettre en place un revenu universel pour apporter une réponse à ce problème comme

cela a été proposé (pour une durée limitée) au **Canada** ou (à titre permanent) en **Espagne**.

L'accès à l'IVG est devenu plus difficile avec les mesures du plan blanc, avec pour preuve un nombre d'IVG **diminué** par rapport à d'habitude. La réponse urgente à apporter est l'allongement du **délai légal pour l'IVG**.

La pénurie d'équipements de protection pour la population et les personnels soignants joue une part majeure dans la dissémination du virus. Des mesures d'urgence doivent être prises pour les fournir. Il est possible de mobiliser des entreprises pour qu'elles redirigent leur production vers la production de ces matériels. Certaines initiatives individuelles existent déjà (particuliers qui produisent des masques, industriels qui produisent des visières) mais la crise sanitaire ne nous permet pas d'attendre.

La pénurie de certains médicaments et des réactifs utilisés pour les dépistages est inacceptable et alerte sur le manque de résilience d'une gestion uniquement libérale et marchande des produits de santé. Une relocalisation et une nationalisation de la production des médicaments et dispositifs de santé essentiels doit être envisagée pour éviter qu'une pénurie aussi grave ne se reproduise.

Les appels aux dons, au bénévolat et les sollicitations des associations humanitaires sont nombreuses. La Santé ne devrait pas reposer sur des dons : les contributions collectives peuvent servir d'appoint dans des situations où aucun financement ne peut être prévu mais elles ne doivent pas remplacer des mesures de base de justice sociale et de répartition. Faisons d'abord participer chacun (à commencer par les grandes entreprises) à la hauteur de ses moyens, en luttant contre l'évasion fiscale et en limitant "l'optimisation" fiscale, arrêtons les exonérations à outrance et mettons les plus fortunés à une juste contribution.

Cette crise illustre douloureusement que la santé n'est pas une marchandise et doit nous amener à des changements structurels pour que la santé soit effectivement un bien commun garanti à tous.

Informer et accompagner plutôt que surveiller et punir

Dans ses communiqués de presse sur les technique de traçage des chaînes de contamination, le SNJMG s'est mobilisé pour limiter les atteintes aux libertés fondamentales.

Communiqué du 28 avril 2020

« Non, cette pandémie n'est pas une guerre (...) C'est un test de notre humanité », a déclaré le 11 avril 2020 le président allemand Frank-Walter Steinmeier.

C'est un test à plusieurs enjeux. Bien évidemment, sanitaires mais aussi socio-économiques et, ne l'oublions pas, démocratiques.

A ce titre, le confinement de la population française, inéluctable du fait du contexte, a constitué de facto une assignation globale à résidence. Une fois correctement informée de la situation, la population française a admis cette entorse aux libertés fondamentales.

Maintenant qu'il s'agit d'organiser un début de sortie de confinement, la proposition de suivi numérique des patients porteurs du virus interroge sur la poursuite de l'entorse aux libertés par d'autres moyens.

La mise en place d'une application de traçage des patients infectés est soutenue par de nombreux intervenants prenant prétexte des bons résultats des pays asiatiques ayant utilisé ce moyen pour combattre la pandémie CoVID-19.

Pourtant, la communauté scientifique ne dispose d'aucune étude « robuste » validant l'efficacité de cette méthode.

Et dans son dernier rapport en date du 25 avril 2020, le conseil scientifique chargé d'éclairer les décisions du gouvernement en matière de CoVID-19 n'en fait pas la pierre angulaire de ses recommandations de sortie du confinement : cela « peut considérablement renforcer l'efficacité du contrôle sanitaire », si cela se fait en osmose avec les équipes participant au « service professionnalisé de santé publique de détection, de suivi, d'isolement des cas et de leurs contacts » (qui constitue, lui, la condition de réussite de l'opération pour le conseil).

Si les avantages de cette application sont donc hypothétiques et non déterminants, les inconvénients sont eux bien évidents tant d'un point de vue symbolique que pratique. La Quadrature du Net les a clairement explicités il y a deux semaines.



Certes, le gouvernement se voudrait rassurant sur l'option volontaire du téléchargement de l'application et sur le respect des procédures de privacy-by-design. Par ailleurs, la CNIL vient de définir des garde-fous intéressants à destination du gouvernement. Mais tout ceci ne sont que des mesures de moindre mal, l'atteinte aux libertés publiques et la remise en cause du secret médical restent en germe dans cet outil. D'ailleurs, la volonté du gouvernement de grouper la discussion parlementaire de StopCovid avec le plan de déconfinement pour soumettre le tout à un vote express et la révélation dimanche soir que seule une partie du code source de l'application sera publiée ne peuvent qu'accréditer les multiples craintes démocratiques sur ce projet.

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) et la Quadrature Du Net se rejoignent donc pour estimer que la balance bénéfices/risques de cet outil n'est pas favorable et qu'il vaut mieux utiliser des moyens matériels et humains pour mettre en place le « service professionnalisé de santé publique de détection, de suivi, d'isolement des cas et de leurs contacts » recommandé par le Conseil scientifique.

Le SNJMG

Communiqué du 07 mai 2020

Depuis le début de la pandémie, Amnesty International tout comme Human Rights Watch dénoncent les attaques contre les droits de l'homme sous couvert de sécurité sanitaire.

En France, il semble bien loin ce mois de Janvier 2020 où tous les responsables politiques étaient justement choqués par le recours systématique de la Chine à tout ce que les nouvelles technologies offrent comme possibilités pour assurer une surveillance de masse de sa population : drones, vidéo contrôle, reconnaissance faciale, cameras thermiques, application de tracking... Le tout couplé avec des amendes, des enfermements à domicile, des incarcérations, des déportations en camps voire des disparitions...

En ce printemps 2020, la préfecture des Alpes-Maritimes surveille les Niçois par des drones qui survolent la ville avec un haut-parleur diffusant des messages à 100 décibels, des dirigeants de start up profitent de leur statut de commentateurs sur les chaînes radio/TV d'info continue (y compris publiques !) pour faire la publicité de leur programme de contrôle de l'utilisation de masques dans la ville de Cannes, la préfecture de police de Paris reconnaît utiliser les images de drones de surveillance sans disposer d'autorisation spécifique pour capter ces images, la gendarmerie nationale poursuit en hélicoptère le moindre randonneur en balade sur une plage déserte et le gouvernement français multiplie les entorses à l'Etat de droit.

Il y eu d'abord l'introduction de peines de prison pour non-respect des règles de confinement dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire... alors que gouvernement prenait, à bon escient, des mesures pour lutter contre la surpopulation carcérale et diminuer ainsi le risque de propagation de l'épidémie dans les lieux de privation de liberté !

Il y a ensuite la mise en « sommeil » des juridictions administratives, judiciaires et constitutionnelle puis le projet d'application StopCovid contre le quel se mobilise le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), aux cotés de la Quadrature du Net.

Et depuis la semaine dernière, il y a le projet de traçage des patients infectés et des sujets contact avec constitution de deux fichiers centralisés, d'une durée d'un an maximum, alimentés de données personnelles (de santé ou non), nominatives, fournies essentiellement par les médecins généralistes, « le cas échéant sans le consentement des personnes » et gérés par des personnels administratifs initialement non assermentés. Le même projet de loi accorde, selon la Ligue des Droits de l'Homme (LDH), « des prérogatives préoccupantes aux préfets concernant des mesures individuelles de privation de liberté des personnes entrant sur le territoire ».

Ce projet a été annoncé aux médecins généralistes par un simple courriel du directeur de l'Assurance Maladie le jeudi 30 avril 2020 pour une mise en application à compter du 11 mai 2020 et présenté par le gouvernement aux parlementaires quelques jours seulement avant la discussion de la loi afférente, sans avoir consulté les associations de patients ni demandé l'avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) et en l'absence de tout contrôle du Conseil Constitutionnel.

Le SNJMG n'ignore pas qu'il existe des résultats encourageants sur des expériences à l'étranger d'identification systématique et de prise en charge des personnes infectées et de leurs contacts, et le SNJMG apprécie, une nouvelle fois, les gardes-fous proposés par la CNIL comme certaines améliorations apportées par le débat parlementaire en cours (ex : encadrement par du dispositif par un comité de suivi) mais il n'en reste pas moins que le projet repose toujours sur des atteintes aux droits des personnes et sur une remise en cause du secret médical, alors que la pathologie CoViD-19 évolue majoritairement vers la guérison spontanée.

Aussi, tout en regrettant que patients et médecins généralistes n'aient pas été impliqués dans un programme éthiquement bien plus acceptable, le SNJMG tient à exprimer son opposition à un projet gouvernemental de traçage qualifié de « police sanitaire » par Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale et président du Conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique de l'Université Paris-Saclay.

Le SNJMG

Communiqué du 13 mai 2020

Après le couac gouvernemental sur la publication de la loi encadrant la sortie du confinement et la décision rapide du Conseil Constitutionnel, c'est ce matin que l'Assurance maladie ouvre son service Contact Covid sur son service internet pour professionnels de santé : ameli pro.

Avec plus de 2 mois de retard sur les recommandations de l'OMS, la France organise enfin une campagne massive de tests RT-PCR.

A l'option de ciblage sur les personnes à risques et sur les lieux à risques, la France a fait le choix de tester les patients symptomatiques et les personnes contact des patients infectés. Avec ce choix, il était logique de faire de la maladie CoViD-19 une nouvelle maladie à déclaration obligatoire, au besoin en adaptant ce système éprouvé aux conditions exceptionnelles de la situation.

A cette solution évidente, le gouvernement a préféré le recours à un dispositif exceptionnel dérogeant au droit au respect de la vie privée et portant atteinte aux libertés publiques.

Suite à la mobilisation de différentes organisations non gouvernementales et médicales, dont le SNJMG (5), les parlementaires ont pu faire évoluer le projet du gouvernement en instaurant différents garde-fous : durée de conservation des données limitée à trois mois, droit d'opposition ou de rectification des intéressés, impossibilité de mentionner d'autres éléments médicaux que ceux liés au coronavirus.

De plus, le Conseil Constitutionnel a imposé l'intervention du juge judiciaire dans les mesures de placement en isolement et de mise en quarantaine, émis plusieurs réserves d'interprétation sur la collecte de données du contact-tracing destinées à mieux l'encadrer, concernant notamment le décret d'application (sur les modalités de collecte, de traitement et de partage des informations) ou le recours à des sous-traitants et il a exclu des organismes ayant accès à ces informations, ceux qui assurent « l'accompagnement social » des malades, notamment les centres communaux d'action sociale (CCAS).

Si le gouvernement reconnaît enfin l'implication des médecins généralistes dans la gestion de la

pandémie, le SNJMG renouvelle sa désapprobation d'une procédure sans concertation avec les patients ni les organisations impliquées dans le respect des droits de l'homme.

Par ailleurs, si le dispositif concret est plus acceptable que ce que prévoyait initialement le gouvernement, le SNJMG enjoint les médecins généralistes à demander systématiquement le consentement des personnes avant leur inscription sur Contact Covid, et leur propose de limiter la recherche de personnes contact aux personnes résidant avec le patient infecté voire aux personnes contact à risques dont ils seraient le médecin traitant.

D'un point de vue pratique, en tant que syndicat de remplaçant-e-s, le SNJMG constate que la solution de passer par ameli pro exclue de fait les médecins remplaçants de la procédure : encore une fois, les remplaçants sont complètement oubliés par le gouvernement et l'Assurance Maladie !

Pour répondre aux difficultés des remplaçants mais aussi aux interrogations des tous les médecins généralistes perdus dans les méandres d'une lourde et complexe procédure, le SNJMG met à leur disposition une fiche pratique pour être en mesure de prendre en charge correctement tout patient suspect de CoViD-19.

D'ailleurs, le SNJMG se réjouit que la rémunération de l'annonce du diagnostic, de la mise en place des mesures personnelles et d'éventuelles recherches de personnes contact se fasse sous une forme forfaitaire fixe et non, comme prévu initialement, sous forme d'un montant de base abondé d'une mini prime au nombre de signalements. Toutefois, il déplore, que seuls les actes réalisés en téléconsultation soient pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, permettant ainsi un tiers payant intégral, et demande donc instamment à l'Assurance Maladie que tout acte incluant la majoration « MIS » puisse relever d'une prise en charge à 100 % permettant un tiers payant intégral dans tous les cas de figure.

NB : Deux jours après ce communiqué de presse, l'Assurance Maladie annonçait que tout acte incluant la majoration MIS serait pris en 100 % que se soit en téléconsultation ou en présentiel.

Le SNJMG

Communiqué du 26 mai 2020

Début avril 2020, après avoir dit quelques jours plus tôt qu'un tel outil n'était pas dans la culture de notre pays, le gouvernement annonçait la mise en route d'un projet d'application de traçage dans le cadre de la pandémie CoViD-19.

Aussitôt alléchées et/ou incitées par le gouvernement, toutes les entreprises technologiques françaises se sont rapidement mobilisées sur ce projet, de la plus récente start-up du numérique aux plus grosses industries de télécommunications ou de l'armement.

Face à ce rouleau compresseur industriel, le milieu médical a fait preuve d'apathie. D'une part, l'Académie de médecine puis l'Ordre des médecins ont donné un avis favorable, sous conditions, à l'utilisation de smartphones pour le suivi du déconfinement et le traçage des patients. D'autre part, les syndicats médicaux, à l'exception notable du Syndicat de la Médecine Générale (SMG), sont restés soit discrets soit indifférents.

C'est dans ce contexte que le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a pris ouvertement position contre l'application stopcovid en publiant un communiqué de presse avec la Quadrature du Net, démontrant la balance bénéfiques/risques défavorable de cet outil.

Devant l'opposition de plusieurs parlementaires et de la quasi-unanimité des organisations de défense des libertés et des droits de l'homme et devant les difficultés techniques empêchant de disposer de cet outil pour le début de sortie de confinement le 11 mai 2020, le Premier Ministre prenait la décision le 28 avril 2020 de reporter le débat parlementaire sur l'utilisation de l'application.

Hier soir, le Premier Ministre a fait savoir que l'application était opérationnelle et ce matin, la CNIL a donné son accord à son utilisation : le débat parlementaire est prévu pour demain.

Or en 1 mois, si des difficultés techniques ont pu être surmontées, l'intérêt du recours à un tel outil a encore décliné.

En effet, il est désormais clairement établi que le recours à une telle application s'est soldée par un échec à Singapour : l'application, peu utilisée, a eu peu d'effet dans la maîtrise de la première vague de la maladie et s'est avérée sans aucune utilité face à la deuxième vague... au point de se voir remplacée par un nouvel outil obligatoire et ouvertement attentatoire aux libertés fondamentales. Par ailleurs, dans le pays, l'Islande, où elle a connu le plus grand succès d'utilisation (environ 40 % de la population a téléchargé l'application), elle n'a eu que peu (voire pas) d'intérêt dans la maîtrise de la pandémie...

Le SNJMG rappelle donc les deux faits importants suivants :

- ⊗ Stopcovid représente un réel risque d'atteinte aux libertés fondamentales.
- ⊗ Aucun outil du type de stopcovid n'a scientifiquement démontré un intérêt significatif dans la maîtrise de la pandémie.



Pour ces deux raisons, le SNJMG réaffirme ce jour son opposition à l'application stopcovid et demande, conformément aux recommandations de la CNIL dans son premier avis d'Avril 2020, que le recours à cette application ne soit pas proposé au Parlement en l'absence d'intérêt démontré.

→ Le counselling interpersonnel en médecine générale

« Exemple du deuil »

De plus en plus de patients consultent pour des problèmes relationnels associés à des troubles psychiatriques. La thérapie interpersonnelle (TIP) est la seule thérapie à se focaliser exclusivement et de manière précise sur ces dysfonctions interpersonnelles.

C'est une thérapie limitée dans le temps qui a été élaborée entre 1969 et 1974. Elle a ensuite, été codifiée dans un manuel en 1984. Elle est basée sur l'analyse et la correction des modes relationnels interpersonnels de la personne souffrant de dépression et elle ne se concentre pas sur les aspects intrapsychiques ou cognitifs de ce trouble psychiatrique.

Issu de la TIP, le counselling interpersonnel (CIP) a été conçu à l'attention des médecins généralistes, confrontés au quotidien à ce type de population.

Il s'agit d'une approche moins contraignante que la TIP, du fait de consultations plus courtes dans la durée et moins nombreuses dans le temps. Il consiste en un traitement relativement court de six consultations, chacune d'entre elles ayant un but très explicite et précis.

Structure organisationnelle du CIP

Première consultation – Evaluation symptomatique

A la première consultation, le médecin généraliste pose le diagnostic de la dépression, propose une psycho-éducation et évoque les possibilités thérapeutiques.

Deuxième consultation – Détermination du domaine spécifique de la problématique interpersonnelle

Cette étape sera consacrée à « l'inventaire interpersonnel » où il s'agit de passer en revue le fonctionnement social du sujet, ses relations passées et actuelles, les aspects satisfaisants et non satisfaisants de ses relations, ses attentes et ses déceptions envers ses relations.



De plus, tout changement récent dans l'environnement immédiat du patient ayant coïncidé avec l'émergence des symptômes dépressifs sera systématiquement scruté car il va constituer le centre du traitement thérapeutique. Les symptômes dépressifs sont alors liés aux expériences problématiques interpersonnelles actuelles décrites par le patient et les objectifs sont définis dans un des 3 domaines problématiques interpersonnels identifiés comme fortement corrélés à la dépression, à savoir :

- Deuil pathologique ;
- Conflits interpersonnels (de couple ou professionnel) ;
- Transitions de rôle (changement de statut social : mariage, divorce, licenciement, promotion, naissance d'un enfant...).

Enfin, le MG évalue l'aptitude du patient à accepter le CIP et explique en quoi consiste cette approche.

Troisième, quatrième et cinquième consultations – Résolution du principal domaine problématique. Nous choisissons ici le deuil.

« Pour qu'un deuil ait une issue favorable, il faut que la personne – tôt ou tard – exprime ses émotions » (Bowlby, 1988).

Les objectifs consistent à faciliter le deuil par une expression ajustée des affects - envahissants ou réprimés - en rapport avec la perte telle que tristesse, manque, culpabilité, colère et autre. Pour se faire, le praticien est amené à réaliser une évaluation à double sens visant tantôt, l'examen des aspects positifs et négatifs de cette relation aboutissant à une vue plus réaliste du défunt, tantôt la description des séquences chronologiques qui ont entouré la fin de vie, c'est-à-dire, avant, pendant et après le décès.

Sixième et dernière consultation – Bilan et conclusion du traitement

Dans cette séance, le MG devrait revoir les développements durant les semaines passées dans le domaine problématique, évaluer l'état actuel du patient et explicitement discuter la fin du CIP. Cette dernière est le focus majeur dans cette rencontre.

Annexe

Le deuil normal

La réaction de deuil est différente d'un individu à un autre. En revanche, elle se manifeste généralement, par des symptômes affectifs, cognitifs, physiologiques et comportementaux divers :

- ☒ Incrédulité, état de choc, engourdissement et sentiment d'irréalité ;
- ☒ Colère ;
- ☒ Sentiments de culpabilité ;
- ☒ Tristesse et larmes ;
- ☒ Esprit préoccupé par le défunt ;
- ☒ Troubles du sommeil et de l'appétit ;
- ☒ Vision du défunt ou audition de sa voix.

Tous les sujets ne présentent pas l'ensemble de ces signes hétérogènes.

L'intensité de la perturbation baisse progressivement et les symptômes disparaissent les uns après les autres selon un ordre qui varie en fonction des individus.

Conclusion

Pour être simple à mettre en place en raison d'une méthodologie claire et précise, le CIP constitue une approche thérapeutique pratique et efficace pour le traitement de certains troubles psychiques bénins (dépressions légères à modérées) en lien avec des difficultés relationnelles. Le Burn-out en est une autre bonne indication.

Les MG sont généralement familiers avec le cadre de vie de leurs patients et ont très souvent une bonne connaissance de leurs problèmes sociaux et interpersonnels, ce qui permet d'aller directement à l'essentiel. En outre, la fréquence et la durée des consultations nécessaires en CIP associées à la participation active du patient en dehors des séances vont encourager le praticien à s'engager dans ce type de prise en charge.

Ainsi, le CIP peut être facilement intégré dans le cadre de soins de premiers recours

Dr Hassan RAHIOUI

Le deuil pathologique

En utilisant le DSM-4, les cliniciens ne pouvaient pas poser le diagnostic de la dépression majeure chez des individus durant les deux premiers mois suivant le décès d'un être cher. En revanche, dans le DSM-5, ce critère d'exclusion du deuil est supprimé et les symptômes dépressifs du deuil sont ainsi réintégrés dans cette version du manuel psychiatrique publié en 2013. Ce retrait est basé sur la crainte que des personnes réellement déprimées dans le cadre d'un deuil ne soient pas prises en charge correctement. Ce choix a été néanmoins, fortement critiqué.

En effet, d'autres auteurs se sont inquiétés de voir le deuil considéré comme un état pathologique, avec le risque que des symptômes dépressifs passagers liés à la perte soient incorrectement diagnostiqués comme un trouble mental avéré.

Formation au CIP

Pour plus d'information, merci de visiter le site de l'association française de thérapie interpersonnelle : www.aftip.fr

→ **Le Choix - Citoyens pour une mort choisie**



A l'invitation de l'association "Le Choix - Citoyens pour une mort choisie", le Professeur J. L. Touraine s'est exprimé lors d'une conférence à Grenoble, et a dédié son livre : "Donner la vie, choisir sa mort".

Le 5 octobre 2019, l'association LE CHOIX, Citoyens pour une mort choisie, accueillait le Professeur Jean Louis TOURAINE, député LREM du Rhône, auteur d'une proposition de loi sur la fin de vie pour qu'il nous explique comment il envisage l'avenir. La conférence s'est tenue dans les locaux de la faculté de médecine de Grenoble, en présence des membres du Collège Décisionnel du Choix, du Docteur Denis Labayle et d'un public nombreux. Le professeur Touraine est l'auteur du livre « Donner la vie, choisir sa mort ».

Pouvoir choisir la façon dont nous mourrons, c'est ce que notre association réclame à travers ses pétitions sur Change.org et ses nombreuses actions auprès des politiques, des médias et des soignants. Nous voulons obtenir enfin une loi qui permettra à chaque français de bénéficier d'une fin de vie paisible et sans souffrance. C'est le cas actuellement pour les habitants du Benelux, de la Suisse, du Canada et de certains états d'Amérique du nord, où se pratiquent légalement l'euthanasie, le suicide assisté, ou les deux. Nos concitoyens, dans l'impossibilité de mettre fin à leurs souffrances en France, ont souvent recours aux pays voisins, Suisse et Belgique, pour obtenir ce soin ultime auquel nous devrions tous avoir droit. Ceux qui n'en ont pas les moyens recourent au suicide, souvent violent (pendaison, coup de fusil, saut dans le vide...), suicides extrêmement traumatisants pour leur entourage. Cela concerne annuellement quelque 3000 personnes âgées de plus de 65 ans.

Résumé de la conférence du professeur TOURAINE

Erik Orsenna : « Il ne sert à rien d'accroître l'espérance de vie si c'est pour offrir une vie sans espérance. ».

On meurt mal en France et le dernier sondage IPSOS indique que 96 % des Français souhaitent pouvoir choisir leurs modalités de fin de vie et avoir éventuellement un accès possible à une aide active à mourir.

On ne meurt pas aujourd'hui comme hier. Dans le passé, la mort nous surprenait au domicile, alors que nous étions souvent entourés de nos proches et que nous n'étions soumis à aucun acharnement thérapeutique. Maintenant nous mourons habituellement à l'hôpital dans un service de réanimation, seul(e), au cœur de la nuit. Surtout, si nous vivons heureusement plus longtemps, et notre fin de vie est fréquemment très ralentie. La maladie précédente a été prolongée grâce aux traitements modernes et l'agonie s'éternise.

Dans la plupart des pays où une aide active à mourir est accessible pour les patients en fin de vie qui le désirent, la complémentarité avec les soins palliatifs s'effectue sans difficulté.

En France, non seulement les soins palliatifs sont très largement insuffisants (1/4 à 1/3 seulement : des patients qui les réclament qui relèvent de cet accompagnement y ont effectivement accès). mais encore, ils se sont développés contre toute idée d'accompagnement actif à la mort.

Selon la loi Claeys-Léonetti, un malade en fin de vie ne peut légalement demander qu'à « bénéficier » d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Cette procédure consiste à plonger le malade dans l'inconscience, en le coupant de son entourage et en le privant d'alimentation et d'hydratation. Cette déshydratation, provoque une insuffisance rénale qui entraîne la mort en 2 ou 3 semaines. Pendant ce temps, un délitement progressif de l'organisme s'opère et cette évolution représente une épreuve terrible pour l'entourage. Le mourant, sous l'effet des sédatifs et antalgiques ne souffre pas mais personne ne sait ce qu'il ressent précisément.

Cette procédure ne répond pas aux souhaits des patients qui veulent une fin digne tout en restant conscients jusqu'au bout. Corinne Van Oost, médecin française qui exerce maintenant

en Belgique, dirige un service de soins palliatifs. Elle a écrit un livre remarquable : « Médecin catholique, pourquoi je pratique l'euthanasie ». « *Un malade qui souffre, écrit-elle, en appelle à la mort, mais rarement au sommeil. Il sait qu'il ne serait plus alors en mesure de communiquer avec son entourage.* »

De plus, cette procédure est extrêmement rigide, et rares sont les équipes médicales et infirmières qui acceptent de l'appliquer, car, pour certains, c'est une euthanasie qui ne dit pas son nom, et pour d'autres, c'est un processus beaucoup trop long, et hypocrite. Elle est en outre inapplicable pour les médecins de ville qui n'ont ni les produits nécessaires, ni la possibilité de suivre leur malade tout au long de cette sédation.

Les soins palliatifs doivent, quantitativement et qualitativement, être améliorés :

En quantité : Nous en sommes au 4^{ème} plan « Soins palliatifs » et il existe un droit pour en principe, chaque Français de pouvoir bénéficier de ce type de prise en charge. Or, en pratique, plus de 2 malades sur 3 ne peuvent y avoir accès.

En qualité : Pourquoi quitter le service où l'on se trouve pour aller mourir ailleurs...

Qualité : cela voudrait aussi dire que les équipes en charge des malades, dont la compétence professionnelle et le dévouement sont remarquables, n'aient par ailleurs pas une attitude paternaliste envers les malades, l'arrogance ni le paternalisme de penser « Je sais ce qui est bon pour vous ». Le premier devoir d'un médecin, c'est d'écouter ses malades.

En Belgique même, ou dans les autres pays où l'euthanasie et le suicide assisté sont pratiqués légalement, seuls 2,8 % des malades en fin de vie recourent à une euthanasie. Contrairement aux rumeurs propagées, il n'y a pas de dérives car les garanties légales et judiciaires sont très strictes.

C'est en France qu'il existe des dérapages : Chaque année, selon une étude de l'INED, entre 1.200 et 4.800 personnes recevraient une injection létale, souvent non demandée par le malade, parfois justifiée par le besoin de récupérer un lit d'hôpital. Ainsi, celui qui demande à mourir ne peut obtenir cette délivrance, et celui qui ne l'a pas demandé risque d'être euthanasié dans la plus totale illégalité...

Les médecins français sont réticents à « donner la mort », de par la formation qu'ils ont reçue, et les politiques ont refusé jusqu'à présent de légaliser une pratique adoptée par les pays voisins de la France, par le Canada, plusieurs états américains et bientôt, espère-t-on, le Portugal.

Or, ce ne sont pas les médecins qui « tuent », c'est la maladie. Donner à un malade ce qu'il demande pour mettre fin à son agonie, ce n'est pas le « tuer », c'est mettre fin à ses souffrances et l'accompagner en un geste de profonde humanité.

Dans les pays où l'euthanasie en fin de vie est légale, aucun médecin n'est contraint à la pratiquer mais quand il souhaite s'y soustraire, il est dans l'obligation de faire appel à un confrère pour effectuer ce geste.



Actuellement, il est clair que la loi est notablement insuffisante. D'ailleurs elle est souvent jugée inapplicable – et donc inappliquée – par les personnes concernées comme par les professionnels.

- ⊕ C'est ainsi que de très nombreux Français partent à l'étranger, en Belgique ou en Suisse pour obtenir un accompagnement à mourir. L'éloignement de la France et de leur famille, et les frais que cela représente aggravent la douleur de la séparation, et viennent alourdir le fonctionnement des institutions médicales de ces pays.
- ⊕ Que penser des directives anticipées ? Elles sont utiles pour anticiper sur la période où nous risquons d'être incapables de nous exprimer. Elles sont « opposables », mais non contraignantes, car le médecin peut refuser d'en appliquer les recommandations s'il les juge « inappropriées », ce qui entretient un flou très préjudiciable et laisse la décision à la seule équipe médicale.

Pourquoi notre pays est-il à la traîne ?
Les obstacles à un changement de législation sont de trois ordres :

- Les hiérarchies religieuses qui sont farouchement contre « le droit à tuer » alors que parmi les fidèles, nombreux sont ceux qui réclament la liberté de mourir dans les conditions de leur choix.
- Une partie du corps médical dont la formation traditionnelle peut parfois les rendre rétifs à toute évolution, même humaniste.
- Certains responsables qui regardent à tort cette question comme essentiellement médicale, alors que c'est une question concernant chaque humain, très directement dans son corps, sa réflexion, sa philosophie personnelle.

Stephen Hawking, un savant atteint d'une forme rare, inhabituellement lente de la maladie de Charcot considère que « *garder quelqu'un en vie contre sa volonté constitue l'affront ultime* ».

Le changement de loi interviendra sans aucun doute en France, bien qu'on ne puisse prévoir quand.

Tous les problèmes ne seront pas résolus pour autant. Qu'en sera-t-il dans les cas des personnes très âgées mais ne souffrant pas de maladies incurables ?

De celles atteintes de maladies neuro-dégénératives ? Et des très grands prématurés ?

En attendant, nos associations doivent rester actives et vigilantes.

Il importe de faire reconnaître une liberté, un droit à la personne en fin de vie, celui de pouvoir choisir comment mettre un terme à une maladie incurable évoluée ou à des souffrances insupportables.

La conclusion est que l'État doit restituer à chacun de nous sa liberté. Et la liberté la plus importante, la plus emblématique, c'est bien cette « ultime liberté » qu'évoquait Anne Bert, la liberté de choisir sa fin de vie.



LE CHOIX, Citoyens pour une mort choisie a ensuite donné la parole à l'assistance et même si Monsieur Touraine a longuement expliqué les contraintes qui entourent son projet de loi, notamment de la nécessité de réunir une majorité de députés et donc de devoir accepter des compromis qui se traduiront par des termes plutôt vagues pour être acceptables. Il a bien entendu les attentes de la salle d'aboutir à une loi qui autorisera le suicide médicalement assisté et l'euthanasie, bien entendu dans un cadre précis à définir.

Le projet de loi qui sera déposé n'est plus celui qui est sur le bureau de la commission des affaires sociales depuis février 2017 ; il va être actualisé et nous attendons donc sa nouvelle rédaction, en sachant qu'il ne s'agira que d'une étape vers une loi plus aboutie qui permettra à tous de choisir les modalités de sa fin de vie.

Le groupe Le Choix Isère

→ Des femmes et de l'alcool

L'alcool au féminin

Après plus de quarante-quatre ans d'expérience clinique de ce qu'il est convenu d'appeler « l'alcoolisme féminin », j'ai nommé « **femmalcool** » certaines femmes qui ont maille à partir avec l'alcool – pas toutes donc –, et pour lesquelles la rencontre avec l'alcool révèle et les précipite dans le même mouvement dans la fracture qui existe, pour elles, entre la **féminité** et le **féminin**. Ces quelques propos qui vont suivre sont destinés à attirer l'attention des jeunes médecins généralistes qui pourront se retrouver dans ceux-ci, je crois, grâce à leur écoute, aujourd'hui, de ces cas de femmes qui cherchent leur aide.

Ces « *femmalcool* » expliquent et font entendre, à qui les écoute, que si la féminité est de l'ordre du phallique, du fantasme masculin, de l'imaginaire auxquels elles ont parfois longtemps cherché à s'identifier en y participant, voire en étant elles-mêmes animées, l'échec de cette féminité, de construction culturelle, et la rencontre avec l'alcool ont mis douloureusement en évidence une autre part, plus énigmatique, d'elles-mêmes, plutôt du côté du corps, du réel, du non-phallique.

Une autre part qui s'avère à peu près insupportable en tant que telle et qui se trouve « tamponnée » par la prise itérative d'alcool, tout en restant quasiment indicible.

Dire cette part les incline d'emblée à se confier au Généraliste qui est à l'écoute et les engage parfois à une psychanalyse, quelquefois couronnée de succès, car pouvant se boucler par une ouverture sur ce dire de l'indicible *féminin*.

Cette question de l'alcoolisme au féminin est une question dans la question : il y a la question de l'alcoolisme et puis, dans la question de l'alcoolisme, il y a une question qui s'appelle l'alcoolisme..., on ne sait pas comment dire d'ailleurs..., féminin...? de la femme...? des femmes...? chez la femme...? Toutes ces expressions se rencontrent et à chaque fois qu'il y a une expression différente d'une autre, à chaque fois on est sûr de trouver derrière des positions différentes de la part des alcooliques, positions théoriques et positions dans la pratique.

L'expérience que j'ai de l'alcoolisme au féminin est celle d'un chercheur et d'un clinicien ;

effectivement, j'ai pu mener avec des femmes des cures analytiques, des cures qui peuvent prendre ce nom de cures analytiques, jusque parfois une quinzaine d'années d'analyse... Une quinzaine d'années, ce n'est pas un critère mais souvent, ce qui caractérise l'alcoolisme, ça le classe même tout de suite, c'est que la cure ne se poursuit pas. Je peux vous dire que dans certains cas, la cure s'est poursuivie.

Cette question, j'y travaille depuis plus de quarante-quatre ans, du côté recherche et du côté champ alcoolique, et ça fait aussi quarante-quatre années que j'ai une pratique analytique, et une pratique analytique avec des personnes dites alcooliques. et donc aussi avec des femmes, à mon cabinet et à l'association Gynépsy.

Le premier élément qu'on évoque tout de suite est généralement la clandestinité dans un alcoolisme culpabilisé, honteux. Je ne crois pas que ce soit aujourd'hui majoritaire ; c'est certainement référer cette conduite à certaines classes sociales, ou classes socio-professionnelles, mais on ne peut pas dire cela aujourd'hui comme généralité sur l'alcoolisme au féminin : il n'est plus si clandestin que cela. Pour développer ce point, la littérature affirme classiquement qu'il y a toujours de la dissimulation, elle parla même, entre guillemets, de "son vice". La femme alcoolique userait de ce terme pour parler de son alcoolisme et pas l'homme.

Le deuxième caractère qu'on évoque ensuite est la gravité de l'alcoolisme au féminin. Après cette gravité viennent évidemment la plus grande fréquence des troubles organiques puis la prédominance des facteurs psychonévrotiques chez la femme alcoolique et leur plus grande intensité,

enfin, une plus grande difficulté pour les professionnels à traiter l'alcoolisme au féminin — on va voir pourquoi. L'important ici est d'apercevoir que toutes ces affirmations sont posées comparativement à l'homme.

Très vite pour les auteurs se repose, dans une visée plus universitaire, la question qui m'a fait ouvrir cette intervention : comment doit-on appeler ce problème ? Est-ce qu'on doit l'appeler l'alcoolisme au féminin comme le titre un inévitable chapitre de ces académiques ouvrages ? Doit-on plutôt parler de la femme et l'alcool ? D'autres encore disent que l'on doit parler de l'alcoolisme chez les femmes, d'autres enfin disent que l'on doit plutôt parler de l'alcoolisme de la femme. Il faut quand même résumer, alors, on dit au fond que deux courants semblent se dessiner :

- ☒ L'un estime que féminin n'est qu'un simple qualificatif, un adjectif, qui ne fait qu'ajouter une variable, un paramètre à tous les autres ;
- ☒ L'autre, c'est au contraire la femme alcoolique que l'on aborde avec tout un vécu fantasmatique peu accessible chez l'homme, et à ce moment-là, l'alcoolisme devient une façon d'aborder la fantasmatique féminine.

La question de cet alcoolisme féminin pourrait donc se résumer ainsi : doit-on parler d'alcoolisme chez la femme ou d'alcoolisme de la femme ?

Ainsi, de résumé en résumé, la plupart des auteurs en reviennent toujours, peu ou prou, au fondateur de l'Alcoologie française, le psychiatre Pierre Fouquet, qui avait tranché la question sur le mode suivant : est-ce qu'il y a véritablement une différence ou est-ce que l'alcoolisme des femmes est la même chose que l'alcoolisme masculin ? Il répondait : il y a différence apparemment mais non fondamentalement. Voilà ! C'est presque ce qu'en littérature on appelle un oxymore : c'est clair-obscur, quelque chose qui est une contradiction intérieure, interne. Quelles sont les différences apparentes, se demande-t-on ? Apparentes : on voit la position, les différences vont être qualifiées d'apparentes, ce qui soutient la thèse qu'il n'y a qu'un alcoolisme, que masculin ou féminin, c'est en fait la même chose. Les différences dites apparentes, c'est qu'il y a une inégalité physiologique, et effectivement les complications somatiques sont plus rapides chez la femme

qui est plus fragile ; il y a aussi une injustice sociologique. Voici les deux sources des différences apparentes.

Avec l'injustice sociologique on revient à la phrase du départ : il y a une opprobre plus appuyée du côté des femmes alors que pour les hommes, la question de la virilité soutient culturellement quelque chose alors que chez une femme, aussitôt c'est perçu comme une espèce de déchéance, comme femme, comme fille et surtout comme mère.

L'épidémiologie fait apparaître qu'il y aurait selon les auteurs un million de buveuses, un million de femmes dépendantes, ce qui représenterait 30 % des alcoolismes en France. Il y aurait aussi un accroissement tout à fait net : le ratio, qui était de 1 à 10 en 1960, c'est-à-dire 1 femme pour 10 hommes, serait parvenu à 1 femme pour 4 hommes en 1980. On peut dire qu'aujourd'hui le ratio est au moins d'1 pour 3.

Il y a aussi une autre caractéristique féminine, c'est l'âge d'installation qui selon quelques auteurs serait plus précoce chez une femme. On peut cependant en observer à des âges plus avancés que chez l'homme. Qu'est-ce que ça veut dire en clair ?

Ce qu'on repère avec les statistiques, c'est que l'intoxication alcoolique chez les hommes est comprise en général entre 45 et 60 ans — et là c'est connu et ça dure depuis un sacré temps, alors que chez une femme, c'est dès 25 ans mais aussi à 70 ans, c'est-à-dire que l'écart est beaucoup large dans la vie. Une autre caractéristique, c'est que 66 % des femmes consultent tardivement, au bout de cinq ans d'alcoolisme, alors qu'il n'y aurait que 24 % des hommes qui consultent après cinq ans d'alcoolisme. Autre caractéristique encore : les femmes boivent des alcools forts, le whisky plutôt que le vins ou la bière, la littérature répète ça tout le temps.

Il faudrait à mon avis modérer toutes ces affirmations qu'on répète parce que c'est vrai et... ce n'est pas vrai non plus. Certes, l'alcoolisation chez les femmes est souvent plus rapide et est utilisée pour ses effets psychotropes sédatifs, tout au moins au départ. Bien sûr, quantitativement, quand on a affaire aux femmes, c'est quand même des quantités d'alcool moindres que chez les hommes.

Pour finir, la littérature académique, classique, historique, va insister sur cette fréquence de la dépression névrotique qu'on ne rencontre pas paraît-il chez les hommes, tout au moins qui ne se présenterait pas de la même manière, car ce serait plus massif chez une femme. On a plutôt l'impression quand on accueille une femme et qu'il s'agit d'un problème d'alcoolisme, qu'on ne sait plus ce que ça veut dire, ici, « alcoolisme » : c'est d'ailleurs ce qui est intéressant, le fait que très rapidement c'est sur fond dépressif que se colore cet alcoolisme féminin. Chez une femme, on rencontre moins, dans les anciens termes de P. Fouquet, une alcoolite, c'est-à-dire un alcoolisme d'entraînement, une habitude, qu'une alcoolose, c'est-à-dire tout de suite un fond névrotique.

Le médecin est en face, tout de suite, d'une personnalité névrotique, des anomalies très primaires ou très archaïques de la vie dite psycho-affective sont cliniquement repérables ; des expressions un peu triviales parlent de "névrose arrosée", de "névrose compensée", de "névrose tamponnée par l'alcool" : tout ça est un peu brutal comme tableau mais fait sens pour tout clinicien et c'est dit depuis longtemps.

On retiendra donc chez la femme une fragilité plus marquée et des facteurs divers dont certains sont dits "faibles", comme les facteurs socioprofessionnels et d'autres plus "importants" comme les facteurs psychonévrotiques qui feraient la différence avec les hommes. Pour le reste — et les articles se terminent généralement comme ça — les auteurs pensent que cet alcoolisme est, néanmoins, pareil que celui des hommes.

Une dernière différence serait qu'il y a peut-être une plus grande difficulté qui entoure les projets thérapeutiques chez les femmes alcooliques qui sont plus difficiles à traiter : une femme alcoolique, c'est plus lent, c'est plus long et c'est moins évident parce que, quand on a sevré une femme qui boit, elle dit : "Eh bien ! Je me suis fait soigner et tous les problèmes restent !". C'est plus net que chez l'homme car souvent, en restant abstinent, un homme devient un objet de valorisation auprès des autres hommes : il s'en est sorti, il s'abstient, c'est un bon père, un bon mari, c'est un homme qui se relève, il est réhabilité. Un homme souvent se contente d'avoir acquis l'abstinence.

En revanche, pour une femme, tout commence à partir du moment où elle est sevrée parce que le problème névrotique est alors mis à nu ; et c'est bien de cela dont il va s'agir.

Je voudrais encore vous amener ce que je crois avoir un peu contribué à souligner, ce qu'on a appelé alcoologos, c'est-à-dire un discours. Ce champ épistémologique, ce champ de l'alcoolologie qui veut devenir scientifique, qui l'est devenu en partie, est producteur d'un discours et ce discours permet donc une démarche de recherche dont la Société Française d'Alcoolologie est peut-être ce qui se fait à la fois de mieux et de moins bien. Je m'explique.

De mieux, parce que la visée est de mettre en forme les connaissances alcoolologiques sur un mode scientifique et universitaire et dans un langage international par l'entremise de la publication de la revue « Alcoolologie et Addictologie » et ses abstracts en anglais, avec soumission aux normes internationales des publications médicales.

De moins bien aussi, hélas, à mon avis, parce que souvent on ne sait plus de quoi l'on traite, si l'on traite de la cellule, des membranes, des neuromédiateurs, des gènes ou si l'on traite d'un phénomène qui a quand même une forte composante sociale et psycho-sociale au niveau de la pratique et qui concerne des questions humaines importantes comme celle du désir, de la mort et de la vie, ou celle de la sexualité et du rapport à l'autre. Bref, on ne sait plus si l'on doit poursuivre le développement d'une alcoolologie ou parler des alcoolologies multiples. Il y a certainement des travaux remarquables qui se hissent au niveau des travaux des autres disciplines médicales mais ça me cause personnellement un problème, car je dis toujours que "l'alcoolique n'a jamais bu d'alcool", au sens où il n'a jamais bu la molécule que les chimistes écrivent $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$: on ne boit pas une molécule d'alcool mais on boit un liquide, on boit une boisson alcoolisée qui est flaconnée, qui est dans un flacon — le flacon a autant d'importance en tant que contenant qu'en tant que contenu — avec la couleur, l'odeur et la présence, on est alors très loin de $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$. Il faut prendre tout, bien sûr, mais pour ma part j'ai plutôt affaire à une dimension clinique qu'à une dimension biochimique.

Tout ça pour dire que ces travaux, cette forme de discours dont je vais parler, produisent des textes sur un mode universitaire, c'est-à-dire des travaux sur des travaux.

J'ai été formé au lacanisme mais aussi aux travaux de Michel Foucault qui a produit sa théorie du discours (cf. sa Leçon inaugurale au Collège de France). Lacan y répond l'année suivante, en 1969, par un séminaire qui s'appelle "Les quatre discours" et où il repère justement 4 discours : celui du maître, de l'universitaire, de l'hystérique et du psychanalyste. J'avais l'habitude de dire depuis vingt ans que l'alcoolisme est un discours du maître, mais aujourd'hui ce n'est plus le discours du maître, c'est le discours de l'université : c'est un discours qui commence à parler sur son propre discours, c'est un discours où les auteurs parlent sur des auteurs. Alors, "alcoolisme des femmes", "alcoolisme féminin", je n'en sais rien mais à chaque fois que j'ai rencontré l'alcoolisme — si alcoolisme il y a — c'est l'alcoolisme d'une femme. Et une femme par une femme. C'est tout à fait différent.

Le champ de la psychanalyse est ainsi convoqué, puisque c'est aussi le champ du sujet. Et ce que l'on appelle le fantasme, autrement dit la construction par représentation imaginaire majeure que l'on a, est absolument déterminante. Elle oriente sa boussole, dans ce champ comme ailleurs, et particulièrement peut être chez les femmes. Ce que Freud rencontre avec elles, c'est la naissance tout simplement de la psychanalyse au siècle d'avant le dernier. Freud emploie alors pour la première fois le terme de *psychoanalyse*.

Ce qu'il rencontre avec les hystériques viennoises — dans un premier temps il y croit — c'est ce qu'il appelle sa *neurotica*. Il croit véritablement que toutes ces jeunes filles, ces jeunes femmes ont subi des attouchements, ont été violentées par leur frère ou par des adultes, le père principalement — on sait aujourd'hui que ça arrive quand même, on nie l'évidence que ça arrive peut-être plus souvent que l'on croit et qu'on ne le dit, mais ça n'arrive pas autant qu'elles le disent à Freud. Les jeunes femmes le disent et Freud rencontre un peu plus tard que ce qui est majeur, c'est le fantasme, c'est-à-dire ce qu'on s'imagine avoir été. Il y a eu des fois des frôlements, il y a eu des fois des attouchements, et puis vingt ans après une jeune femme dit qu'elle a été violée, violentée.

Ce qui est le moteur derrière ça, c'est ce qu'en psychanalyse on appelle le fantasme. Alors les femmes, dans la plupart des études dites scientifiques, répondent beaucoup plus que les hommes à partir du fantasme. Elles répondent qu'elles s'imaginent... Le fantasme, c'est très puissant, ça suffit à provoquer l'excitation sexuelle beaucoup plus que la dose d'alcool. Il suffit que l'excitation dans la tête soit liée au fantasme et on dérègle complètement notre étude scientifique !

Mais, la question préoccupante, c'est celle de l'alcoolisme au sens où des sujets souffrent de leur rapport à l'alcool.

Je voulais relever ça. On pourrait également dire que toutes les études à vocation scientifique en ce domaine sont des études qui font d'une pierre deux coups : d'une part, elles valident le discours expérimental de la science, au sens où il y a des appareils qui mesurent que ceci et que cela, et puis en même temps, elles confirment ou réaffirment les préjugés, l'éternel féminin des femmes qui sont plus suggestives, plus influençables, etc. : on arrive à les faire s'exciter simplement avec l'idée qu'on leur fait boire de l'alcool ! C'est merveilleux des études pareilles — si j'ose dire !

Il existe depuis toujours des difficultés à faire entendre cette approche de la psychanalyse. Vous passez la porte d'à côté, c'est-à-dire du côté de la toxicomanie, jusqu'à encore ces dernières années, et c'est différent : il y a pratiquement une école française de l'approche psychanalytique dans les toxicomanies. Il faudrait parler de P. Fouquet, il faudrait parler de comment s'est constituée ce que j'appelle aujourd'hui l'"école française d'alcoolisme"; je ne vais pas développer ça maintenant, parce que ce n'est pas vraiment l'alcoolisme au féminin, mais il y a des points d'histoire qu'il faut connaître et on a étrangement une alcoolie qui, en France, est restée quasiment — on est dans le domaine — vierge de la théorisation psychanalytique. On répète toujours les mêmes histoires, comme on répète toujours que pour les femmes c'est clandestin, c'est des alcools forts... Ce n'est pas vrai, il n'y a en fait pas d'études, pas d'études récentes d'ailleurs, on répète depuis trente-cinq ans ces choses-là, et on n'en sait rien exactement, au fond. Bien sûr qu'il y a des femmes qui boivent clandestinement ! Bien sûr que dans certains milieux ouvriers c'est traditionnel !

Ça continue bien sûr, mais maintenant, la majorité des femmes sont au travail et, si elles boivent, ce n'est pas forcément toute la journée en dehors du regard masculin et des enfants à l'école... ça ne se passe pas forcément dans la cuisine. Ce sont des clichés, et il y a des clichés qui ont valeur scientifique mais qui n'ont en fait rien de scientifique et qu'on pourrait critiquer de ce point de vue.

Du côté clinique, je peux témoigner que je ne peux pas aujourd'hui dire si j'ai rencontré — c'est un peu provoquant ce que je dis — si j'ai rencontré des femmes alcooliques ! Je ne sais pas ! J'ai rencontré des femmes qui n'allaient pas bien, c'est sûr, dont l'alcool servait à quelque chose, servait à maintenir, servait à éviter de s'effondrer tout en s'effondrant en même temps. J'ai certes écrit quelques articles : en 1994 j'ai fait une petite note qui s'appelait « Petite note sur la notion de phallus dans l'alcoolisme au féminin ». Le phallus est un concept dans la psychanalyse qu'on trouve développé chez Freud d'une certaine manière quand il dit qu'il n'y a qu'une libido à partir de la représentation imaginaire qu'il n'y a qu'un sexe, le masculin. Et puis surtout à partir du concept de phallus qui va devenir un concept plus fondamental encore dans sa théorisation.

Un deuxième article, la même année, intitulé « Philomèle ou de l'alcoolisme féminin » ; c'est la mythologie qui m'avait intéressé. Philomèle est une femme à qui un homme a coupé la langue pour qu'elle ne parle pas ; cet homme était son beau-frère et l'avait violée, et pour ne pas qu'elle dise qu'il l'a violée, il lui coupe la langue. D'une certaine manière, elle doit trouver que les travaux féminins, ça sert aussi à quelque chose : elle a brodé son histoire puisqu'elle ne peut plus parler, et elle a fait découvrir en brodant, donc en écrivant, ce qu'elle ne peut pas dire. Ce qu'on ne peut pas dire on peut l'écrire, et ça peut communiquer quelque chose quand même.

Donc deux articles personnels à l'origine ; ont-ils eu un écho dans la Société Française d'Alcoolologie qui les a pourtant publiés dans sa revue *Alcoolologie* ? Sans doute, un peu, du côté de certains jeunes médecins généralistes, de quelques psychiatres et des psychanalystes.

D'autres écrits et interventions ont suivi.

Maintenant, je pourrais faire ici une revue de la littérature de la littérature, ou une revue de la revue de la littérature par rapport à ces deux articles-là, on peut le faire au premier ou au second degré. Mais maintenant, au troisième degré, on peut aussi reprendre ce qui est dit : dans la critique énoncée tout à l'heure — critique plutôt de logique, critique épistémologique, critique des résultats, critique des termes, aussi critique de vocabulaire, comme l'expression "buveuse sociale" — c'est une erreur monumentale de dire que la consommation d'alcool a été pendant longtemps une pratique masculine ! Mais on n'en sait rien en fait, concernant les femmes, ou plutôt on sait qu'un type (Euripide) au V^{ème} siècle avant J.-C. parle des Bacchantes et on peut aussi supposer que l'alcoolisation des femmes, ça fait longtemps que ça dure. Ce n'était pas le même mode, ce n'était pas la même discipline, ce n'était peut-être pas les mêmes alcools et ça ne servait peut-être pas tout à fait à la même chose...

Ce que j'essayais de dire dans ces deux premiers articles, c'était qu'au centre de la question de l'alcoolisme au féminin, la question n'est pas l'alcoolisme au féminin mais c'est celle de la **féminité**. Je dirais aujourd'hui plus, la question du **féminin**. Là, je suis un peu freudien parce que pour la féminité, et encore plus pour le féminin — je parle à la fois subjectivement et culturellement — il faut savoir qu'il est traditionnellement plus aisé pour un homme de devenir un homme que de devenir une femme pour une femme. Je vais m'expliquer : c'est plus aisé pour un homme parce que l'homme s'appuie culturellement - il suffit des fois de montrer, de bander ses muscles, il suffit de faire un peu de sport, il suffit justement d'aller au bistrot, il suffit de supporter l'alcool, il suffit de ne pas trop pleurer, il suffit d'être un homme ("Soit un homme mon fils"), il suffit de correspondre à ces stéréotypes même si au fond c'est parfois un peu mou, ce n'est pas aussi dur qu'en surface — il suffit d'être dans l'adhésion aux valeurs de la virilité. L'adhésion suffit, ce n'est même pas la peine de le démontrer. Il suffisait d'accepter de faire son service militaire même si l'on pouvait y trembler de trouille ou d'ennui : "C'est un homme maintenant !

Il a fait son service militaire, il peut se marier..."

Il suffisait d'avoir un travail, le travail faisait l'homme, le travail, le service militaire, le corps, pas pleurer, trancher, décider, etc. Pour la société, qu'un homme soit à peu près un homme, à peu près, ça suffit, pas besoin de trop fouiller, « faut pas trop gratter ».

Pour une femme, la question ne se pose pas de la même manière. Les modèles culturels viennent évidemment du fantasme masculin qui est toujours entre deux pôles, la mère et la putain, comme vous le savez, et l'idéal des deux à la fois en une, mais pas aux mêmes heures, pas au même moment, pas dans la même journée, mais les deux ! La putain sans la mère, ça ne va pas, il va chercher la mère ailleurs ; la mère sans la putain, ça ne va pas non plus, mais c'est plus courant. Alors une femme qui est face au fantasme masculin rencontre parfois — c'est chez Freud le cas de "la jeune homosexuelle" — qu'elle va au contraire pouvoir construire sa féminité en rencontrant une autre femme, et non pas en rencontrant le fantasme au masculin de la mère et la putain. Ça fait parfois des homosexuelles, ça fait surtout entre les deux, entre celle qui adhère directement et celle qui devient homosexuelle, ça fait tout le champ de l'hystérie.

Il y a une façon hystérique de prendre le chemin de la féminité, et cette façon hystérique est très mal vue ; certes, on ne les brûle plus sous forme de sorcières comme au Moyen-Age, elles ont rencontré Freud au XIX^{ème} siècle, et aujourd'hui dans les hôpitaux généraux, je vois des chefs de clinique qui ont la trentaine et pour qui tout est à recommencer, car non seulement ils ne savent plus reconnaître un cas d'hystérie mais surtout, ils ne savent plus comment l'aborder, comment aborder une femme qui relève de la structure hystérique.

Avec le profil psycho-névrotique de ces femmes, qui boivent et qu'on qualifie si souvent d'hystériques, émerge la question de savoir si la "maladie alcool" ne remplace pas autre chose. C'est la question de savoir si l'alcool peut être un trait d'hystérie.

Du point de vue de la structure de la personnalité, on rencontre différents types d'organisation et l'alcoolisme des femmes ne saurait être imputé systématiquement à une structure hystérique. Le recours à l'alcool n'est manifestement pas l'apanage d'une seule structure.

Cependant, il reste que chez les femmes la fonction de l'alcoolisation paraît devoir être abordée dans son rapport au problème de la construction de la **féminité** dans la rencontre avec le **réel du féminin**. Les choix offerts aux femmes pour le devenir les renvoient, on l'a dit, soit aux fantasmes masculins de "la femme", soit à certaines femmes qui s'offrent comme modèles (dans les magazines féminins, les réseaux sociaux...). Une femme a toujours besoin de trouver sa propre voie pour construire sa féminité et celle-ci peut être compliquée, si le socle sur lequel se fonde cette construction n'est pas assez solide. Cette fragilité peut procéder d'un père absent, ou d'un père qui ne répond pas ou répond trop, mais aussi d'une mère pas ou au contraire trop présente, ou encore là et pas là à la fois, une mère inerte, dépressive par exemple.

Il faut donc accueillir ce que l'alcool **masque** et **bouche**. Une sorte de **trou**... Un trou n'existe que par ses bords... L'alcoolologie a voulu bien souvent boucher le trou, par exemple par les médicaments, les cures, et tout un discours scientifique, etc., alors qu'il convient de commencer par lui mettre des bords. Concrètement, il s'agit de donner des éléments symboliques par la parole, par le langage, et ça prend du temps. Alors que dans les pratiques médico-alcoolologiques habituelles, on est entré trop souvent dans l'alternance vider/remplir, on engage un système qui va se répéter... La psychanalyse propose un autre dispositif...

Il faut donc faire un pas de côté par rapport à la question de savoir s'il y a un alcoolisme féminin. D'ailleurs, d'une manière générale, il conviendrait plutôt de dire qu'il y a des hommes et des femmes qui boivent, bref qu'il y a un sujet et sa conduite, son sexe — au sens de genre — n'en étant qu'un élément de détermination parmi d'autres. Il convient donc de se placer de la bonne façon pour accueillir une femme, puis une femme, puis une femme, etc., chaque « une » dans sa singularité, même et surtout si elle est prise, cette singularité en souffrance, dans les rêts de l'alcool. C'est ce que je voulais vous dire aujourd'hui, à vous, Généralistes, qui êtes en première ligne de recueillir par votre écoute le dire des ces femmes en souffrance psychique, avant tout autre considération.

Jean-Michel LOUKA

Psychanalyste, Paris, Président de Gynépsy,
président de « Demain La Psychanalyse »
<http://www.louka.eu>

➔ Prise en charge des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire : Mise au point

Les dysfonctionnements temporo-mandibulaires (DTM) sont fréquents, avec environ 60 % de la population qui présentera au cours de sa vie un symptôme en rapport avec cette zone anatomique. Ces patients sont amenés à consulter plusieurs praticiens compte tenu de la multiplicité des symptômes : médecins généralistes, dentistes, ORL, orthodontistes, stomatologues. Or, il n'existe pas à ce jour de prise en charge standardisée de ces dysfonctionnements.

Epidémiologie

Environ 60-70 % de la population générale présentera au cours de sa vie un symptôme en rapport avec la région temporo-mandibulaire et l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). Parmi ceux-ci, environ 5 % cherchera un traitement.

La population est essentiellement féminine, avec environ 4 femmes pour 1 homme.

Bien que les DTM puissent être présents à tout âge, ils apparaissent davantage au début de l'âge adulte.

Environ 90-95 % de la stratégie thérapeutique débute avec un traitement non chirurgical, et moins de 10 % des patients vus en consultation seront éligibles pour un traitement chirurgical.

Etiologies

Les 3 causes les plus courantes de dysfonctionnement temporo-mandibulaire sont les **douleurs myo-faciales**, les **dérangements internes** en rapport avec le disque articulaire, et l'**arthrose**. (Tableau 1).

Les douleurs myo-faciales découlent principalement de para-fonctions, telles que le bruxisme, le serrage dentaire, et peuvent être associés à d'autres pathologies telles que des maux de tête, la fibromyalgie, des douleurs dorsales chroniques, le syndrome de l'intestin irritable, etc. Ces douleurs sont souvent associées avec du stress et de la dépression.

Les dérangements internes correspondent à une anomalie du positionnement du disque articulaire, réalisant des conflits mécaniques (claquements) et pouvant limiter l'amplitude articulaire, voire dans certains cas entraîner une hyper laxité articulaire avec luxation.

L'arthrose correspond à une destruction du cartilage articulaire, et est souvent observée chez des patients âgés. Cependant, concernant l'ATM, l'arthrose peut atteindre des patients plus jeunes. En effet, l'âge moyen du remplacement prothétique de l'ATM est de 44 ans. (Figure 2).

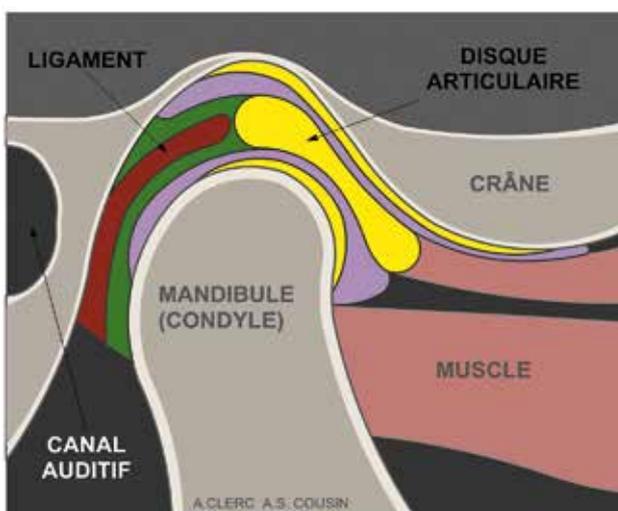


Figure 1 : Articulation temporo mandibulaire bouche fermée.

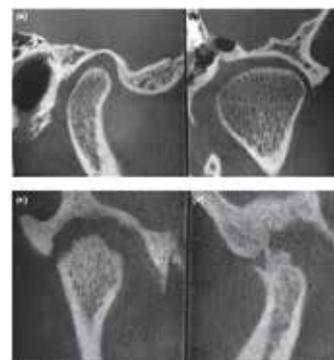


Figure 2 : Tomodensitométrie des ATM. Les images a et b montrent un condyle normal en coupe sagittale (a) et coronale (b). Les images c et d montrent un condyle arthrosique, avec rupture de la corticale, géodes sous-chondrales.

Plusieurs facteurs sont pointés du doigt, comme les causes psychogènes, les traumatismes, ou les troubles de l'occlusion dentaire. Cependant ils sont davantage des facteurs aggravant que vraiment déclenchant de ces pathologies.

Tableau 1. Les principaux dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire

1. Douleur myofaciale et dysfonction
 - a) Myosite
 - b) Fibromyalgie
 - c) Douleur neuropathique
 - d) Douleur chronique
2. Trouble du fonctionnement de l'ATM
 - a) Dérangement interne, déplacement discal
 - b) Hypermobilité, luxation
 - c) Hypomobilité, ankylose, post-traumatique
3. Dégénérescence de l'ATM, maladies inflammatoires
 - a) Ostéoarthrose/arthritis
 - b) Polyarthrite rhumatoïde
 - c) Rhumatisme psoriasique
 - d) Arthrite juvénile

Interrogatoire

Les symptômes s'articulent autour de 3 points cardinaux : les **douleurs**, les **bruits articulaires**, et la **limitation de l'ouverture buccale**.

La douleur est le symptôme le plus fréquent et souvent le plus difficile à évaluer.

Elle doit être finement analysée, en termes de début, nature, intensité, localisation, durée, aggravation, facteurs associés, et surtout si la douleur apparaît en même temps que les bruits articulaires ou la limitation d'ouverture buccale. Une échelle visuelle analogique est très utile pour évaluer la douleur de ces patients. Elle peut aussi être utilisée en tant qu'échelle de mastication. Plus spécifiquement, les douleurs localisées en avant du tragus, projetées à l'oreille, la tempe, la joue et le long de la mandibule, sont typiques de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire. La douleur peut être accompagnée d'un bruit articulaire tel qu'un claquement ou crissement.

Les bruits articulaires sont fréquents dans la population générale, et en l'absence de douleurs, ne doivent pas être pris en compte.

Les limitations d'amplitude articulaire peuvent exister dans tous les mouvements, et sont souvent anxigènes, comme la douleur.

L'historique de la limitation de l'ouverture de bouche, qui peut être brutale ou progressive est également important.

De plus, il est important d'aborder durant la consultation d'autres sujets : stress, anxiété, dépression, ou événements de vie significatifs.

De manière générale, plus la douleur est chronique, plus le patient a reçu de traitements différents qui n'ont pas marché, moins le patient sera à même de répondre à un traitement supplémentaire à moins qu'une cause psychogénique soit trouvée.

Examen clinique

Il est nécessaire de palper différentes zones pour évaluer la sensibilité du patient.

Les doigts sont placés en avant du tragus, au niveau de l'ATM, et il est demandé au patient d'ouvrir et fermer la bouche. Une douleur déclenchée à ce niveau est un bon signe de pathologie articulaire. La palpation des muscles masticatoires est également informative. Les zones de sensibilité, les zones gâchettes doivent être notées sur un schéma. (Figure 3)

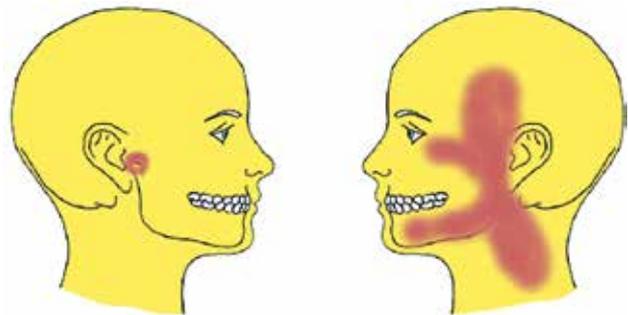


Figure 3 : A gauche, douleur élektive lors de la palpation de l'ATM, signe d'une pathologie articulaire. A droite, douleurs diffuses orientant davantage sur une pathologie musculaire.

Les bruits articulaires à l'ouverture, à la fermeture de la bouche, les déviations mandibulaires doivent être repérées. Les claquements sont signes d'un dérangement interne (problème discal), tandis que les crissements/crépitations sont signe d'arthrose.

Les mouvements mandibulaires peuvent répertorier le trajet d'ouverture buccale, soit droit et constant, ou dévié avec des ressauts, signe de pathologie articulaire. L'ouverture buccale maximale doit également être notée, la norme étant

de 40 à 55 mm, mesurée en inter-incisif. Une ouverture buccale inférieure à 40 mm est considérée comme limitée, et en-dessous de 30 mm comme critique et nécessite une prise en charge spécifique.

Examens complémentaires

Une orthopantomographie est nécessaire pour tout patient se plaignant des ATM.

L'IRM est l'examen de référence afin de déterminer s'il existe une pathologie discale, ainsi que pour détecter des épanchements articulaires et les signes précoces d'arthrose. Elle doit être prescrite pour toute suspicion de pathologie discale ou inflammatoire de l'ATM.

Le CBCT (Cone Beam Computed Tomography) et le scanner sont utiles principalement pour montrer les lésions d'arthrose. Le CBCT a l'avantage d'être souvent accessible au cabinet dentaire, et permet de détecter rapidement les lésions osseuses. Ce sont les examens de choix lors de forte suspicion d'arthrose ou de lésion osseuse.

Diagnostic

Les douleurs myofaciales sont souvent cycliques, avec des douleurs diffuses au niveau de la face et du cou, principalement dans les muscles masticateurs. Les douleurs sont souvent matinales, associées à des sensibilités dentaires en rapport avec un bruxisme ou un serrage nocturne. Il y a souvent une histoire de stress ou de trouble du sommeil associée. Le patient présente des douleurs diffuses musculaires avec des limitations de l'amplitude de mouvement mandibulaire variables, avec des facettes d'usure dentaires.

Les dérangements internes, ou pathologies discales, sont les principales causes de bruits articulaires et de blocage, et est souvent dû à un disque qui « a glissé ». Celui-ci peut ne plus être en rapport avec sa position physiologique entre le condyle et la fosse articulaire. Ce déplacement discal peut être réductible ou non réductible. (Figure 4)

Le déplacement discal réductible est lorsque le disque se repositionne dans sa position physiologique lors de l'ouverture buccale. Ainsi le claquement entendu survient lors de cette recapture discale, à l'ouverture ou fermeture buccale.

Le déplacement discal non réductible correspond à un disque déplacé de manière permanente et parfois déformé. Ainsi, la course du condyle mandibulaire est entravée, et certains patients peuvent présenter une limitation d'ouverture buccale chronique.

Les patients présentant un dérangement interne ont une douleur continue qui est localisée à l'articulation temporo-mandibulaire et est exacerbée lors de la fonction manducatoire.

Les interférences mécaniques dans l'articulation dues au déplacement discal, comme les claquements et les blocages, réalisent souvent des limitations d'ouverture buccale ou des trajets d'ouverture mandibulaire déviés vers le côté atteint.

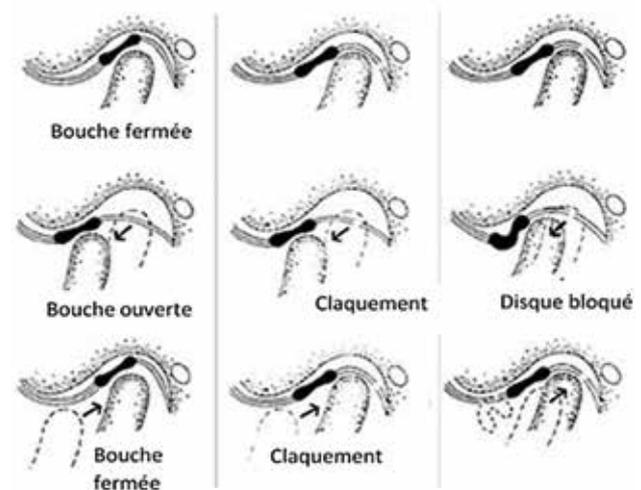


Figure 4 : Colonne de gauche, fonctionnement condylo-discal normal. Colonne du milieu, luxation discale réductible. Colonne de droite, luxation discale irréductible

Les bruits comme les crépitements ou gratterment émanant de l'articulation lors de ses mouvements est pathognomonique d'une **arthrose**. Le panoramique dentaire montrera souvent un aspect irrégulier voire déformé des condyles mandibulaires, avec un aplatissement. Certains patients se plaindront de douleurs fluctuantes et de limitation d'ouverture buccale, tandis que d'autres n'auront aucun symptôme. Lorsque des lésions d'arthrose chez des patients jeunes (< 25 ans) sont détectées à la panoramique dentaire, il est utile de référer le patient à un rhumatologue, afin de ne pas négliger une potentiellement affection immunologique (polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, arthrite juvénile).

Diagnostic différentiel

Il est essentiel que le praticien examinant un patient souffrant des ATM ne passe pas à côté d'un diagnostic différentiel : douleurs dentaires, pathologies de l'oreille, nez, sinus, névralgies, maux de tête, pathologies des glandes salivaires qui peuvent mimer des douleurs temporo-mandibulaires.

Il est souvent utile d'orienter le patient chez un confrère ORL ou dentiste afin d'éliminer une autre pathologie.

Traitement

Le but du traitement est de réduire ou d'éliminer les douleurs, et de restaurer la fonction mandibulaire. Ceci est d'autant plus réussi que les facteurs aggravants tels que le stress, la dépression, les parafunctions, sont pris en charge de manière conjointe. Il est essentiel de déterminer si la cause est physique ou psychogène, et d'orienter le traitement en fonction.

La plupart des origines psychogènes sont reliées aux syndromes myofaciaux, ainsi qu'aux parafunctions, qui peuvent nécessiter certains traitements médicamenteux, ainsi qu'une psychothérapie.

Prise en charge médicale

Environ 90 % des patients vus en consultation ne nécessiteront qu'un traitement médical. Il y a plusieurs traitements possibles, englobant plusieurs spécialistes. Ceux-ci sont souvent utilisés en combinaison.

Explication et réassurance

La première étape est de rassurer le patient, et de lui expliquer la cause de ses troubles de l'ATM. Beaucoup de patients seront soulagés d'apprendre qu'il ne s'agit pas d'une pathologie grave.

Éducation thérapeutique

Il est essentiel d'expliquer au patient qu'il doit prendre soin de ses articulations et les mettre au repos : limiter les mouvements mandibulaires, exercices de kinésithérapie à la maison, éviter les situations stressantes. Il est essentiel de limiter la mastication et la parole. Une adaptation de la texture alimentaire est nécessaire, en évitant les aliments durs à mâcher.

De plus, le patient doit éviter de bailler, chanter, manger des chewing gum et d'autres activités sollicitant trop la mâchoire.

Le massage des muscles avec application de chaleur peut aider à leur relaxation.

L'identification des sources de stress est également importante.

Traitements médicamenteux

Aucun traitement n'a spécifiquement prouvé son efficacité sur les douleurs d'ATM, ainsi, il est essentiel d'être à l'aise avec plusieurs classes d'anti-douleurs : AINS, opiacés, anxiolytiques, myorelaxants, anti-dépresseurs.

Les AINS sont très efficaces sur les douleurs articulaires, lors d'un dérangement interne, avec une inflammation intra-articulaire.

Les opiacées sont plutôt prescrits pour les douleurs modérées à sévères, sur une très courte période. Aux doses habituelles, les opiacées sont plus efficaces pour atténuer la réponse émotionnelle du patient à la douleur que d'éliminer la sensation de douleur elle-même.

Si un stress important est associé, des benzodiazépines peuvent être utilisées, ou des phénothiazines, pour aider le patient à gérer son stress, en diminuant la perception ou la réaction au stress.

A faible dose, les antidépresseurs tricycliques à faible dose ont aussi fait leur preuve dans le traitement des douleurs chroniques oro-faciales.

Pour la gestion du bruxisme, une association d'amitriptyline 10 mg le soir avec du meloxicam 7,5 mg deux fois par jour peut être efficace.

Gouttières d'occlusion

C'est l'un des traitements les plus communs. L'idée est de protéger les dents en premier lieu de la surcharge imposée par les parafunctions, particulièrement chez les patients bruxeurs. Ainsi, en augmentant la hauteur d'occlusion, la contraction maximale des muscles masticateurs est évitée avec une réduction théorique de la douleur musculaire.

Bien que l'usage des gouttières d'occlusion a montré une efficacité chez environ 70 % des patients, son mécanisme physiologique n'a jamais été réellement montré.

Plusieurs design de gouttières sont possibles. Les plus efficaces sont ceux réalisés sur mesure, confortables à porter et qui ne causent pas de changement occlusal.

Kinésithérapie

Le but de la kinésithérapie est de restaurer la fonction manducatoire normale par différentes techniques, réduisant les douleurs musculo-squelettiques et favoriser la guérison des tissus. Les kinésithérapeutes peuvent utiliser d'autres techniques, telles que le TENS, les ultrasons.

Elle est très utile dans le management des douleurs myo-faciales, des ATM bloquées (closed lock dans la littérature anglo-saxonne), et est essentielle après une chirurgie de l'ATM.

Une coopération avec un kinésithérapeute formé aux techniques maxillo-faciales est fondamentale. La liste des kinésithérapeutes spécialisés est disponible sur <https://siklomf.fr/>.

Thérapie comportementale (TCC)

Quand certaines habitudes persistent et exacerbent les douleurs de l'ATM, une TCC peut être utile. Elle consiste à soumettre le patient à des situations de plus en plus stressantes afin qu'il puisse s'auto-contrôler.

Psychothérapie

Occasionnellement, les troubles de l'ATM peuvent être l'expression somatique d'un trouble psychiatrique ou psychologique. Ceci peut être en rapport avec un comportement anormal, ou que les plaintes apparaissent excessives ou persistent, malgré un traitement bien conduit. Cela peut aussi se traduire par des attentes démesurées du traitement conservateur ou chirurgical.

Toxine botulique

La toxine botulique peut être utilisée par certains praticiens afin d'affaiblir les muscles masticateurs (temporal et masséter) notamment chez les patients bruxeurs. La fréquence des épisodes de bruxisme n'est pas diminuée, mais l'amplitude, la force de contraction musculaire sont réduits à 4 semaines après l'injection. Elle permet également de réduire la friction dentaire, la raideur matinale de la mâchoire, et les douleurs liées au bruxisme nocturne. Concernant les pathologies articulaires, il n'est pas clairement montré que les injections de botox réduisent les douleurs.

Autres

Acupuncture, chiropracteur, ostéopathie peuvent être inclus dans le traitement.

Tableau 2 – Stratégie de traitement des désordres de l'ATM

1. Explication et réassurance
 - a) Ce n'est pas grave
 - b) Ce n'est pas un cancer
 - c) Cela peut évoluer sur une situation chronique
 - d) Des traitements existent

2. Education et auto-traitement
 - a) Alimentation molle
 - b) Repos mandibulaire
 - c) Éviter les mouvements mandibulaires extrêmes
 - d) Application de chaleur locale
 - e) Protéger la face et les mâchoires du froid
 - f) Éviter le stress et l'anxiété

3. Traitements médicamenteux
 - a) Anti-inflammatoires
 - b) Anxiolitiques
 - c) Myorelaxants
 - d) Anti-dépresseurs

4. Kinésithérapie
 - a) Massage, stretching
 - b) Aiguilles sèches
 - c) TENS
 - d) Ultrasons

5. Gouttières d'occlusion

6. Thérapie comportementale
 - a) Conseils de vie
 - b) Relaxation
 - c) Hypnose
 - d) biofeedback

7. Psychothérapie

9. Autre
 - a) Acupuncture
 - b) Botox
 - c) Ostéopathie

10. Chirurgie de l'ATM
 - a) Procédures fermées : arthrocentèse, arthroscopie
 - b) Procédures ouvertes : arthrotomie, prothèse totale d'ATM

Prise en charge chirurgicale

Il existe plusieurs procédures chirurgicales pour réparer ou retirer les tissus endommagés de l'articulation. Tous les chirurgiens maxillo-faciaux ne sont pas entraînés à la chirurgie de l'ATM. Il est important ainsi de référer les patients à un chirurgien entraîné.

Les chirurgies peuvent être divisées en 2 groupes : les procédures fermées, regroupant arthrocentèse et arthroscopie, et les procédures ouvertes, comme les arthroplasties et les prothèses totales d'ATM.

Procédures fermées – mini invasives

L'arthrocentèse et l'arthroscopies sont les chirurgies les plus efficaces pour gérer les articulations bloquées (closed lock), par une action de lubrification de l'articulation de l'espace articulaire supérieur, et permettant la mobilisation du disque articulaire.

Tandis que l'arthrocentèse est utilisée pour les cas aigus de blocage articulaire, l'arthroscopie permet une gestion des cas chroniques de blocage.

L'arthrocentèse a été développée dans les années 90, et est une technique simple et peu coûteuse, utilisant 2 aiguilles 19 Gauge dans l'espace articulaire supérieur. (Figure 5)

L'arthroscopie est une technique plus sophistiquée, impliquant l'usage de matériel chirurgical spécifique. Elle est technique sur le plan chirurgical et nécessite une formation spécifique pour les chirurgiens. Elle permet d'avoir une vue directe de l'articulation et permet d'affiner le diagnostic de l'IRM.



Figure 5 : arthrocentèse de l'ATM

Procédures ouvertes

Les arthrotomies impliquent toutes les chirurgies réalisées par une incision en avant de l'oreille (Figure 6). Elles permettent une grande variété de chirurgies, de la réparation discale, au repositionnement, ainsi que la discectomie.



Figure 6 : Incision pré-auriculaire

La réparation ou l'ablation des tissus endommagés est facilitée par une exposition de l'ATM faite par voie pré-auriculaire, conservatrice du nerf facial. La chirurgie dure environ 1 à 2h, et des greffes peuvent être réalisées pour remplacer certains composants. Les patients restent 1 nuit à l'hôpital, et peuvent retourner travailler au bout

de 2 semaines. Il est essentiel que le patient suive de la rééducation chez le kinésithérapeute.

Dans les cas extrêmes, où le condyle ne peut pas être sauvé, une condylectomie peut être réalisée, en particuliers chez les patients édentés. Autrement, une prothèse totale d'ATM pour remplacer l'articulation est utilisée (Figure 7). Les prothèses actuelles utilisent des métaux bio-compatibles (titane) et une fosse en polyéthylène, maintenus par des mini vis. Dans la littérature orthopédique, 90 % des prothèses ont une durée de vie de 10 ans en moyenne, cependant, étant donné que l'ATM est une articulation suspendue avec peu de charges, il est montré que les prothèses ont une durée de vie plus longue. La récupération après prothèse dure environ 3-4 semaines, avec de la kinésithérapie, des antalgiques. Les prothèses permettent pour l'instant des mouvements d'ouverture et fermeture buccale, mais peut de mouvements latéraux et de propulsion, particulièrement lorsque les prothèses sont posées de manière bilatérale.



Figure 7 : Prothèse totale d'ATM (Biomet)

Bénéfice – risque

Les bénéfices chirurgicaux sont effectifs si les cas sont bien sélectionnés.

Un chirurgien expérimenté avec un bon examen clinique sera à même d'identifier les patients comprenant bien leur pathologie, suivant les règles hygiéno-diététiques, et n'ayant pas d'attentes inconsidérées de leur chirurgie.

Conclusion

Une approche multidisciplinaire du traitement des désordres de l'ATM est essentielle pour le traitement de base des patients. Les dentistes et médecins traitants doivent adresser les patients aux personnes formées au traitement de l'ATM.

Chaque traitement doit être réalisé sur mesure pour chaque patient.

Anne-Sabine COUSIN

Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et plastique de la face, CHU Lyon Sud, Pierre-Bénite, France

→ L'échographie pour tous

Introduction et présentation de l'auteur



Dr Pierre Mestoudjian

L'échographie, autrefois réservée exclusivement aux médecins radiologues, est en plein essor dans tous les domaines de la médecine.

Le Dr Pierre Mestoudjian a 38 ans, est médecin généraliste et échographiste à Avignon. Il exerce 2 activités distinctes : une activité d'échographie générale dans un cabinet de radiologie libérale et une activité de médecine générale à SOS Médecins.

Il est l'auteur du livre « l'échographie pour tous : apprentissage accéléré » publié chez Elsevier-Masson en 2020.

Il nous dévoile selon lui les bonnes raisons de se mettre à l'échographie et les erreurs à ne pas commettre pour débiter cette activité.

7 bonnes raisons de se mettre à l'échographie

L'échographie est utile à tous

Chaque spécialité médicale a un intérêt précis pour faire de l'échographie. Il faut rappeler que tout médecin peut faire de l'échographie.

Le médecin généraliste et l'urgentiste peuvent faire de l'échographie dans de multiples situations : confirmer un globe vésical, rechercher une thrombose veineuse profonde ou une dilatation des cavités pyélo-calicielles, confirmer la présence d'une lithiase de la vésicule biliaire, d'une adénopathie ou d'un nodule thyroïdien, etc.

Le médecin du sport peut faire des échographies musculo-squelettique pour rechercher les tendinopathies de la coiffe de rotateurs, un épanchement articulaire, une aponévrosite plantaire superficielle, une tendinopathie d'Achille, une épicondylite... ou encore pour réaliser une infiltration sous guidage échographique.

L'endocrinologue peut faire lui-même des échographies thyroïdiennes et ses ponctions de nodule thyroïdien à l'aiguille fine.

Le gynécologue (ou médecin généraliste ou sage-femme) peut faire des échographies pelviennes à la recherche de kystes ovariens, de fibromes utérins, pour contrôler la pose d'un stérilet...

L'urologue peut faire les échographies rénales, vésicales et prostatiques pour rechercher les masses rénales ou kystes, mesurer un résidu-post mictionnel, évaluer le poids de la prostate, etc.

Le gastro-entérologue peut faire des échographies hépatiques et des voies biliaires pour rechercher de la stéatose, une lésion focale hépatique chez un patient cirrhotique, recherche de l'ascite...

Les indications sont innombrables et à la portée de tous les médecins.

Le prix des machines à été réduit par 50

Finis les temps des appareils d'échographie à 150000€, on peut maintenant avoir des appareils à 1500-2000 € pour les formes ultra-portables (une sonde polyvalente connecté au smartphone), un échographe avec tablette et plusieurs sondes pour 7000-8000 € environ, un échographe sur roulette et plusieurs sondes pour 10000 à 15000 €, et un échographe dernier cri « version radiologue » pour 60000 €. Les prix sont indicatifs, pour donner un ordre de grandeur et il existe un marché important d'occasion (sous garantie, vendus par les constructeurs, donc sans risque). Le prix n'est donc plus un frein infranchissable. Pour le prix d'un bel ordinateur, vous pouvez avoir un

échographe. Cela était impossible il y a 10 ans. Et ce n'est que le début. Il faut donc prendre le train en marche !

Il existe des échographes légers et ultraportables

Tous les formats existent :

- Les formats ultra-portables : il existe des sondes d'échographies qu'on peut brancher sur des smartphones et faire de l'échographie au chevet du malade en visite à domicile, en sortie SAMU, au lit du malade dans le service hospitalier ou encore au cabinet.
- Des formats portables « tablettes + sondes » qui tiennent dans une sacoche transportable.
- Des formats « ordinateurs sur roulette + sondes » déplaçables d'une pièce à l'autre sur pied à roulette.
- Des formats « tour + sondes » : encombrantes, peu déplaçables. Ce sont les formats qu'on voit dans les cabinets de radiologie.

Des formations multiples adaptées à votre objectif existant

Actuellement, il existe plusieurs types de formations pour les étudiants ou médecins :

- Des **formations publiques universitaires** avec quelques particularités dans chaque région :
 - ➔ DESU d'échoscopie et d'échographie appliquée à la médecine générale (1 an, initiation à tous les domaines de l'échographie).
 - ➔ DIU d'échographie générale (sur 2 ans, très complet, stages à faire) : vous pouvez remplacer les radiologues en échographie.
- Des **formations privées** d'initiation ou de perfectionnement à l'échographie sur différents thèmes :

Pour les débutants, vous avez des formations courtes possibles (Prep, Fast, EDU) pour avoir quelques bases théoriques et pratiques.

Il y a encore des formations courtes plus spécifiques : urgences, échographie cervicale, échographie ostéo-articulaire, etc. On peut en trouver sur tous les thèmes de l'échographie. Cela dure entre 48h et 5 jours et vous approfondissez un thème.

Cela dépend de votre besoin et de votre objectif.

Tout le monde peut faire de l'échographie y compris le personnel non médical

Dans de nombreux pays, l'échographie est pratiquée dans certains cas par des infirmières, ou manipulateurs en échographie. Il n'y a donc pas besoin de 10 ans de formation pour faire de l'échographie, c'est à la portée de tous.

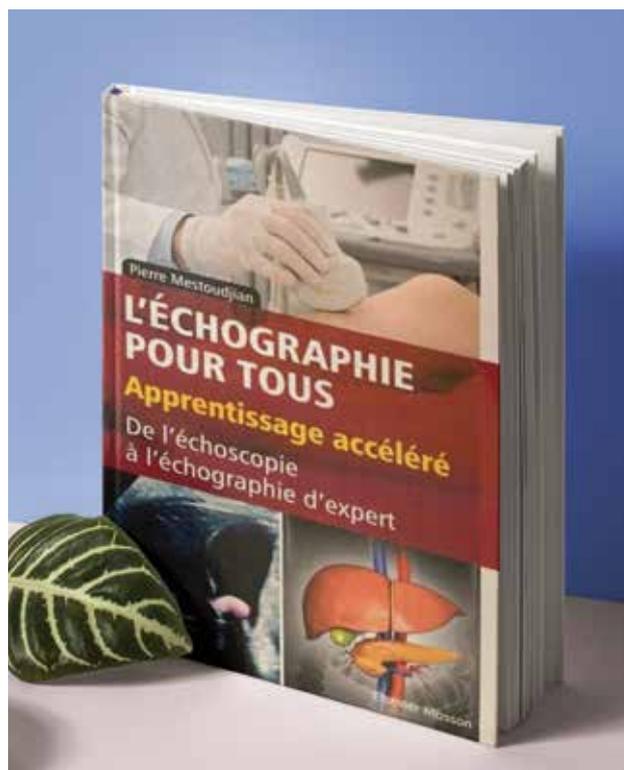
Avoir une compétence en plus

L'échographie permet d'aller plus loin dans la démarche diagnostique : vous interrogez le patient, vous réalisez votre examen clinique et vous répondez à vos hypothèses diagnostiques immédiatement en faisant une échographie. Intellectuellement, c'est très intéressant et cela permet de varier votre activité médicale : activité clinique, activité d'échographie, activité de ponction ou d'infiltration sous guidage échographique... tout est possible.

A vous de choisir l'activité qui vous correspond le mieux.

Les actes d'échoscopie ou d'échographie sont rémunérés

L'acte d'échoscopie peut être coté c'est-à-dire donner droit à une rémunération et l'acte d'échographie avec réalisation d'un compte-rendu écrit avec images peut aussi donner droit à une rémunération.



6 erreurs à ne pas commettre quand on débute en échographie

Croire qu'il faut 10 ans pour se former en échographie

Après une ou 2 courtes formations pratiques, et un livre on peut débiter l'échographie.

Se noyer dans des livres trop complexes et trop théoriques

Le piège est de commencer par des livres trop complets et d'acheter des livres de 300 pages sur l'échographie testiculaire alors qu'on est débutant en échographie.

Dans mon livre, j'ai voulu ne garder que l'utile pour la pratique : le livre est inspiré du principe de Pareto (80/20) : donner au lecteur les 20 % d'informations qui lui permettent de faire 80 % des échographies.

Abandonner après avoir lu 300 pages de physique des ultrasons

On y a droit dans toutes les formations d'échographie pour les débutants. Sauf exception, la physique des ultra-sons est un enfer pour 95 % des gens qui démarrent l'échographie. C'est nécessaire d'en comprendre les bases, mais il est inutile d'être physicien pour être échographiste. J'ai donc voulu résumer ce chapitre « bases physiques » difficilement digeste à 5 pages dans mon livre.

Par exemple dans les cours du DIU d'échographie générale, il y a un diaporama de 2000 diapositives sur le sujet.

L'échographie ne se résume pas à la physique des ultrasons. Ouf !

Penser qu'il faut tout connaître pour démarrer l'échographie

Il y a toujours des choses qu'on ignore en médecine. Personne ne connaît tout sur tout. Bien connaître l'écho-anatomie normale représente 50 % du travail de l'échographiste. C'est comme pour l'analyse d'un ECG, vous ne savez pas tout et vous en interprétez tous les jours. Lorsque vous faites votre première garde aux urgences ou votre premier remplacement en libéral, vous exercez alors que vous ne connaissez pas tout. Pour la première échographie c'est le même principe !

Croire que la machine d'échographie est d'une grande complexité

Le fonctionnement de votre smartphone est cent fois plus complexe qu'un appareil d'échographie. Il y a 7 « boutons » ou touches de l'appareil à connaître pour faire 99 % des échographies.

Le chapitre 2 du livre intitulé « les 7 boutons indispensables ou boutonologie » vous guidera pas à pas dans l'utilisation d'un échographe. C'est en réalité très simple.

Apprendre les choses rares pour démarrer l'échographie

Apprendre la tumeur testiculaire que vous verrez une fois dans votre vie n'a aucun intérêt alors que connaître les 7 pathologies les plus fréquentes en échographie scrotale me semble pertinent pour débiter.

J'ai rassemblé dans mon livre les informations les plus utiles pour la pratique et les pathologies les plus fréquentes.

Apprendre des notions d'échographie et ne pas pratiquer

C'est une erreur fréquente : faire une formation d'échographie et ne plus pratiquer pendant quelques mois. Si vous faites ça, vous oubliez tout. Il faut donc rapidement soit faire un stage où il y a un échographe, soit investir dans un appareil d'occasion ou louer, ou faire régulièrement des journées dans le public ou le privé pour se former, etc.

Plus vous utiliserez la sonde d'échographie plus vous progresserez rapidement.

Conclusion

L'échographie une activité dans la parfaite continuité de l'examen clinique, à la portée de tous, de plus en plus abordable financièrement, passionnante, touchant tous les domaines de la médecine, donnant droit à une rémunération. Son développement est en train de s'accélérer dans toutes les branches de la médecine : le médecin de demain sera échographiste et l'échographie pour tous !

Dr Pierre MESTOUDJIAN

Snjmg

GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

Tél. 07 71 05 13 81

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



Retrouvez toutes
nos actualités et
communiqués sur le site

snjmg.org

ANNONCES DE RECRUTEMENT

Le Service de Santé des Armées RECRUTE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES MILITAIRES



PROFIL

Médecin généraliste

Thèse de médecine générale
Nationalité française
Être médicalement apte
Disposer d'un casier judiciaire vierge
Avoir effectué sa journée d'appel (JAPD/JDC)
ou service national
Adhésion aux valeurs militaires

STATUT

Officier sous contrat
Officier commissionné

Contrat initial de **3 ans renouvelable**

Possibilité de passer de carrière

Le Service de Santé des Armées représente
près de **15 000** militaires et civils

PLUS DE 200 ANTENNES
MÉDICALES DANS
TOUTE LA FRANCE



- Travail en équipe
- Prise en charge d'une population jeune et sportive
- Coordination du parcours de soins des blessés



www.defense.gouv.fr/sante



sante-armees.recrutement.fct@intradef.gouv.fr

REJOIGNEZ-NOUS !



Complétez votre activité par la téléconsultation en rejoignant **livi**

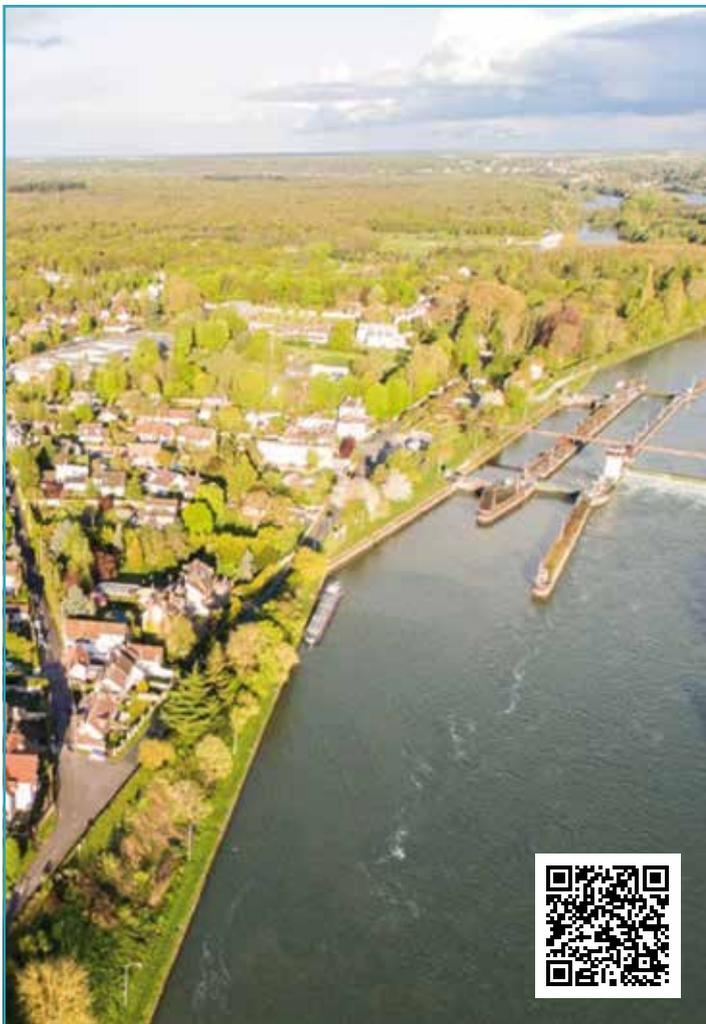
Le nombre de patients en manque d'un accès aux soins rapide est plus que jamais élevé en cette période de crise sanitaire.

Rejoindre notre équipe médicale soudée vous permettra d'être formé à la téléconsultation et de ne jamais être seul face aux cas cliniques compliqués.



Contactez SARA : praticiens@livi.fr ou 06 31 75 06 20

Nous assurons toujours aux médecins un nombre important de patients :
Vous êtes certain de compléter votre revenu.



Recherche un médecin généraliste pour une installation libérale

BOIS-LE-ROI & CHARTRETTES

- Deux communes au cœur de la forêt de Fontainebleau à 33 minutes de Paris (Transilien ligne R)
- Un bassin de vie dynamique avec un projet de maison de santé pluridisciplinaire à court terme mené conjointement par les deux communes
- Une équipe de professionnels de santé mobilisée autour d'un projet de soins partagé
- Des facilités d'installations : aide financière, gratuité de loyers la 1^{ère} année, accompagnement dans les démarches administratives



Pour plus d'informations

Mairie de Bois-le-Roi : contacts@ville-boisleroi.fr

LA VILLE DE MOUROUX

offre des locaux gratuits pour

2 généralistes

jusqu'à la construction d'une maison médicale pour 4 professionnels de santé. (Compter environ 1 an et demi à 2 ans) Celle-ci sera adaptable à votre projet. Appartement disponible pour logement si besoin.

Commune de presque 6 000 habitants en pleine expansion, dans grosse agglomération de 96 000 habitants, **sans médecin**.



Environnement semi-rural, à 15 mn de l'A4 en voiture, avec gare et bus pour Chessy Marne-la-Vallée.

Crèche, halte-garderie, micro crèche tilio et nourrices, écoles de la maternelle au collège, et à moins de 10 mn : Lycée, équipements sportifs (tennis, judo, badminton, football, rugby, tir à l'arc, natation, canoë, équitation et nombreux autres) et culturels (cinéma, 2 théâtres un municipal et un privé, salle de spectacle, belle bibliothèque, conservatoire de musique).

À 20 mn en voiture du centre commercial Val d'Europe.

À Mouroux, l'environnement est préservé. Vous êtes encore à la campagne mais avec les équipements de la ville. Projet territorial en cours de Parc Naturel Régional.

Mouroux est en Zone d'Action Complémentaire. La population est très variée, allant des purs ruraux aux citadins venus chercher la tranquillité et la verdure. Les pathologies rencontrées sont riches et diverses et vous n'êtes pas isolé professionnellement : Le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) est à 10 mn. Possibilité de s'intégrer à une CPTS avec le Pôle Pluriprofessionnel Universitaire de Coulommiers, possibilité d'exercice partagé ville hôpital avec le GHEF.



CONTACTER : Dr Veragen Catherine 06 87 25 31 60

Le CMPP & SESSD de Saint-Ouen l'Aumône (95)

RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Type d'emploi : Temps plein,
Temps partiel, CDI

Nombre d'heures : 35 par semaine
Statut : Cadre

Souhaitant travailler auprès d'enfants en difficulté ou handicapés scolarisés en milieu ordinaire et leurs familles (annexes XXIV). Poste ouvert à tout médecin (inscrit à l'Ordre des médecins) ayant une expérience auprès des enfants (PMI, CAMSP, médecin scolaire...) ou/et souhaitant se former au travail de consultation auprès de publics en difficulté ou en situation de handicap.

Travail en équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la convention 66 (35h/semaine, 10 semaines de congés annuels).

Les médecins assurent un travail de consultation auprès des familles et plus particulièrement :

- Participent aux réunions institutionnelles.
- Coordonnent le travail de synthèse (4h/semaine).
- Garantissent la liberté des pratiques et le respect du secret médical.
- Assurent la coordination des soins.
- Participent à la politique de formation (plan de formation, formations internes).



Pour toute information, contacter M. BILLOTTE Gilles, Directeur administratif et pédagogique au 01 34 64 32 98
Pour s'informer : cmpp95.fr - Site de l'association des CMPP du Val d'Oise.

LA MAIRIE DES PAVILLONS-SOUS-BOIS (93320)

Commune résidentielle située à 10 kms de Paris.
23 836 habitants.



RECRUTE POUR SON CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F)

CANDIDATURE + CV À ADRESSER À

Madame le Maire de la Ville des Pavillons-sous-Bois
Place Charles de Gaulle - 93320 Les Pavillons-sous-Bois
ou par courriel à l'adresse recrutement@lespavillonssousbois.fr

La commune des Pavillons-sous-Bois, ville dynamique et attractive, située dans un bassin de population regroupant près de 23 836 habitants, à une dizaine de kilomètres de Paris offre des services scolaires (garderies, écoles, collèges), un bassin d'emploi important et de nombreux commerces de proximité.

Le Centre Municipal de Santé, de dimension humaine développe l'offre de soins en médecine générale et spécialisée et en chirurgie dentaire. Afin de compléter l'équipe pluridisciplinaire en place, le centre municipal de santé recherche un médecin généraliste à temps plein.

MISSIONS

Le Centre Municipal de Santé propose un poste de salariat, vous aurez en charge des activités de soins auprès des patients du centre. Vous participez à l'élaboration du projet de santé en lien avec les autres acteurs de santé du territoire et à des actions de promotion et de prévention de santé.

ACTIVITÉ

- Assurer les consultations de médecine générale courante et les bilans de santé.
- Repérer les situations à risque et orienter le patient vers d'autres professionnels et ou informer les services concernés.
- Actualiser le dossier médical informatisé et compléter les documents médico-administratifs.
- Participer à la mise en œuvre, dans un cadre collaboratif, d'actions de prévention et de santé publique.
- Apporter des conseils et être un appui technique auprès des équipes pluridisciplinaires.
- Participation dans le cadre de l'accord national à la mise en œuvre de la coordination pluriprofessionnelle (Réunions de concertation, élaboration des protocoles pluriprofessionnels).

PROFIL

- Diplôme d'État de Docteur en médecine.
- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Bon relationnel et sens du service public.
- Sens des relations humaines et avoir l'esprit d'équipe.
- Autonomie, rigueur, réactivité et sens de l'organisation.
- Discrétion et déontologie dévolues à la fonction.



RÉMUNÉRATION STATUTAIRE.

POSTE À TEMPS COMPLET À POURVOIR IMMÉDIATEMENT.



2 MÉDECINS CONSULTANTS dont 1 MÉDECIN COORDINATEUR (H/F - CDI)

RECRUTE

Le médecin consultant assure les missions suivantes :

- Il est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance.
- Il s'appuie de façon efficiente sur les ressources du système de santé, notamment avec le médecin traitant et les autres spécialités.
- Il participe aux réunions de travail de l'équipe.
- Il participe avec l'équipe au processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prestations de l'établissement et à la rédaction du rapport d'évaluation interne.
- Il propose différents protocoles de prise en charge, incluant le traitement des états de manque inhérents à la dépendance.
- Il assure la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés. Proposition d'un sevrage thérapeutique. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le CSAPA, le CSAPA devra accompagner l'usager.



Postes à pourvoir
à **BEAUVAIS** et à **CREIL**,
dès que possible.

Profil

Doctorat en médecine. Expérience en addictologie souhaitée.

Envoyer lettre de candidature + CV :

A.N.P.A.A. Hauts-de-France - Mme **CAMASTRO** - Directrice
24 rue Buzanval - 60000 Beauvais
Tél. : 03 44 45 81 13 - Courriel : anpaa60@anpaa.asso.fr

EXERCEZ EN MORVAN SOMMETS ET GRANDS LACS

Une vie personnelle équilibrée, un environnement sanitaire riche et diversifié au cœur de la Bourgogne



Nous recherchons des MÉDECINS GÉNÉRALISTES
libéral - salarié - libéral en maison de santé - bi-appartenant (activité hospitalière)

Contact : medecin@ccmorvan.fr

Retrouvez nos offres sur : <https://reseauprosante.fr/groupe/ccmorvan>



RECRUTE

DES URGENTISTES

Inscription impérative au Tableau de l'Ordre des Médecins.

RENSEIGNEMENTS

Mme Bénédicte SIMON

Directrice des Affaires Médicales
du CHRU de Brest-Carhaix
CH Landerneau
sec.affairesmedicales@chu-brest.fr
Secrétariat : 02 98 22 37 80

Mme Josette KERNEIS

Directrice des Affaires Médicales
du CH des Pays de Morlaix
jkerneis@ch-morlaix.fr
Secrétariat : 02 98 62 60 02

Les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire de Bretagne Occidentale disposant d'un plateau technique d'urgence.

- Praticiens à temps plein recrutés sous statut de praticien hospitalier - Praticien contractuel.
- Spécialité médecine d'urgence ou généralistes ayant une capacité en médecine d'urgence (DESC).
- Le GHT de Bretagne Occidentale compte 4 sites d'accueil des Urgences (CHRU BREST-CARHAIX, CH MORLAIX, CH LANDERNEAU), 3 sites de SMUR, un SMUR maritime et le siège du SAMU 29.
- Activité polyvalente de médecine d'urgence adulte et/ou pédiatrique (filiale courte ; filiale longue ; salle d'accueil des urgences vitales ; filiale gériatrique).
- Possibilité de temps partagés entre les établissements du GHT.
- Possibilité de temps partagé entre le SAU, le SMUR et le SAMU.
- Hélicoptère sanitaire disponible H24.



CANDIDATURES À ADRESSER À :

sec.affairesmedicales@chu-brest.fr et secaffmed-com-ssr@ch-morlaix.fr

Sorède, commune de 3300 habitants, Pyrénées-Orientales

recherche un médecin généraliste

Cabinet médical neuf, climatisé, de 100 m² aux normes PMR avec parking, salle d'attente, 2 cabinets de consultation de 30 m² chacun, entièrement équipés.

- ➔ Situé au centre du village dans un pôle médical inauguré en 2019 comprenant un médecin, une pharmacie, un dentiste, des infirmiers et un cabinet de kinésithérapeute.
- ➔ Possibilité d'extension pour accueillir d'autres praticiens.
- ➔ Sorède est un village doté de nombreux services : crèche, écoles, EHPAD, ESAT les Micocouliers, différents commerces, collège à 2 km, lycée à 5 km.
- ➔ Logements inclusifs en projet, à proximité du pôle médical, en partenariat avec les acteurs médico-sociaux du territoire.
- ➔ La commune est située dans un environnement privilégié au pied des Albères, à 15 mn de la plage, à 25mn de l'Espagne et 1h 30 de Font Romeu et des pistes de ski.
- ➔ Qualité de vie assurée : un climat exceptionnel, nombreuses activités liées à la montagne et à la mer et de multiples animations culturelles et touristiques.
- ➔ L'environnement médical est performant : Hôpitaux à Perpignan, Prades et Céret, cabinets de spécialistes aux alentours.
- ➔ La venue d'un autre médecin est attendue par les Sorédiens qui garantissent une patientèle fidèle et accueillante.

Pour plus de renseignement : www.mairie-sorede.fr

Yves PORTEIX, Maire - Tél. : 04 68 89 22 06 / mairie@mairie-sorede.fr



LA POLYCLINIQUE DU SIDOBRE,

seul établissement privé du Tarn Sud.



RECHERCHE
**UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
INTERNISTE - GÉRIATRE**
Pour son service de médecine polyvalente.

170 lits et places.
Médecine - Chirurgie - Urgences.
Plateau technique complet.
Disposant d'une zone d'attraction
de 170 000 habitants.
Fort potentiel d'activité.

**POUR TOUT
RENSEIGNEMENT,**

contacter Monsieur Jean FABRE
Téléphone : 05 63 71 88 30
06 07 13 30 95
Mail : jean.fabre@elsan.care

Recherche pour compléter son équipe, un deuxième médecin salarié.

Le candidat peut consulter le site internet de la clinique :
www.sidobre.groupe-elsan.com



CENTRE HOSPITALIER NOGARO RECRUTE

Un MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F) à temps partiel

Praticien hospitalier contractuel 4^e échelon +10 %.

Selon votre convenance vous pourrez effectuer de 5 à 7 demi-journées par semaine au Centre Hospitalier. Un temps complémentaire pourra être fait au sein de la maison de santé pluri-professionnelle de Nogaro en tant que médecin libéral au sein d'une équipe médicale et paramédicale diversifiée.

Futur cadre de vie

Nogaro est situé à 1h30 de Toulouse, Bordeaux, de la côte atlantique et des Pyrénées.

Les missions du futur médecin, plutôt ciblées sur le secteur sanitaire, au sein d'une équipe pluri-professionnelle étoffée, seront les suivantes :

- Activité clinique en médecine et en SSR.
- Participation à la permanence des soins en établissement.
- Participation à la Commission Médicale d'Établissement (et/ou sous-commissions de la CME).
- Participation aux différents projets médicaux en lien avec le projet médical du GHT et avec la communauté professionnelle de santé du Bas-Armagnac (CPTS).

Les locaux du Centre Hospitalier sont en cours de restructuration complète (ouverture des nouveaux bâtiments en 2021).

En lien avec le Centre Hospitalier et dans le cadre d'une CPTS existante, la MSP de Nogaro pourra accueillir au sein de son équipe un praticien libéral à mi-temps.

Rémunération

Rémunération afférente à la grille de praticien hospitalier contractuel 4^e échelon + 10 %. Les astreintes dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé feront l'objet d'une rémunération complémentaire.

CONTACT

Madame Thomas Nadine

05 62 08 85 00 - directeur@hopital-nogaro.fr



ASSOCIATION / CESSION MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Dès que possible à Tigy (45510)



Le Médecin exercera dans un cabinet médical entièrement équipé, doté d'un secrétariat, permettant l'accueil de 3 praticiens. Le médecin généraliste collaborera avec le praticien en place.

Une offre structurée de soins dans un rayon de moins d'1 km :

Un dentiste, une pharmacie, trois kinésithérapeutes, deux cabinets d'infirmières, un ostéopathe, qui œuvrent aux côtés de services à la personne très bien implantés.

LA COMMUNE DE TIGY

Ville de 2 400 habitants dotée d'un esprit village, offre tous les services et équipements.



<http://www.tigy.fr/>

Nous recherchons

Un Médecin Généraliste libéral H/F

pour notre commune située entre Loire et Sologne, à 30 minutes d'Orléans.

De nombreux commerces alimentaires, supérette, restaurants, coiffeurs, esthéticienne, bureau de poste, banque, office notarial, garages, fleuriste, artisans et petites entreprises (tous corps de métiers).

Une offre de scolarité complète : Écoles maternelle et élémentaire avec restaurant et accueil périscolaire, association de jeunes, collège 600 places, lycées à Orléans (Bientôt un lycée à 8 km à Châteauneuf sur Loire), université multidisciplinaire à Orléans.

CONTACTER :

Maximilien Degeorge

m.degeorge@one-sante.fr – 07 66 60 56 42



recherche MÉDECIN

REJOIGNEZ

UN PÔLE SANTÉ MODERNE ET ADAPTÉ

DANS UNE COMMUNE DYNAMIQUE QUI CULTIVE LA QUALITÉ DE VIE

Pour répondre aux besoins d'une population familiale en croissance, la commune de Chouzy-sur-Cisse complète son offre de santé :

Sur place, un pôle santé pluridisciplinaire performant accueillant d'ores et déjà : Médecin, dentiste, kinésithérapeutes, ostéopathe, infirmiers, psychologue, diététicienne, pédicure-podologue, pharmacie ...

À partir du 2^e semestre 2020 : 4 cabinets médicaux entièrement neufs seront mis à votre disposition.

INSTALLEZ VOUS EN TOUTE SÉRÉNITÉ :

NOS ATOUTS

- Des locaux clés en mains, pensés et adaptés pour les professionnels de santé.
- Répondant aux normes d'accessibilité pour tous les patients.
- Au cœur du Centre-Bourg, sur une place commerçante et totalement rénovée.
- Équipés de la 4G.
- Une population familiale, active et diversifiée (2 500 habitants).
- Équipés de la fibre (à partir de 2022).



CONTACT

Catherine LHERITIER, Maire
de Valloire-sur-Cisse (41150)

02 54 33 55 45

06 27 83 18 71

02 54 33 55 43

dgs@valloire-sur-cisse.fr



HÔPITAL DE CHÂTEAU-SALINS
RECRUTE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
 Pour sa future maison de Santé Pluridisciplinaire

REJOIGNEZ NOTRE ÉTABLISSEMENT !

Vous aimez les nouveaux projets et souhaitez les développer

Vous aimez la proximité

Vous voulez travailler avec des spécialistes reconnus

MISSIONS

- Vous pratiquerez votre activité libérale et/ou salariale au sein de la maison de santé et vous participerez à la prise en charge de patients et résidents admis à l'Hôpital.
- Vous pourrez disposer des équipements de l'Hôpital et des consultations de spécialité : cardiologie, radiologie...
- Vous travaillerez avec une équipe pluridisciplinaire (kiné, ergo, diet, ass. sociale...).
- Vous contribuerez au développement de l'activité et à la mise en place des projets initiés.

Diplôme exigé :
 Doctorat en médecine générale et/ou diplôme de gériatrie.

POUR EN SAVOIR PLUS, SCANNEZ-MOI !

Hôpital de Château-Salins - 40, rue de Metz - 57170 Château-Salins - Tél. 03.87.05.54.54

www.groupe-sos.org/sante
nadine.rouyer-ftiah@groupe-sos.org

GRUPE SOS santé

L'Établissement public de Santé Mentale (EPSM BELAIR)

situé dans les Ardennes (08) à 50 minutes de Reims et à 1h45 de Paris.



RECHERCHE

1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE

(H/F - Temps plein)
 avec ou sans spécialité addictologie

1 MÉDECIN DU TRAVAIL (H/F)

ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE + CV À : Mme la Directrice-Adjointe - E.P.S.M Bélaïr

1 rue Pierre Hallali - 08013 Charleville-Mézières Cedex - Tél. : 03 24 56 88 01 - Courriel : direction@ch-belair.fr



Envie de rejoindre une **équipe pluriprofessionnelle** et **pluridisciplinaire**, autour d'un projet de santé partagé ?



Postes de médecin généraliste

Temps plein/temps partiel, multi-statuts possible (salaré, PH, et/ou libéral) à pourvoir au **1^{er} avril 2021 à Sainte-Menehould et Sézanne** (Marne, à 2h et 1h30 de Paris, 50' de Reims) et à **Nouzonville** (Ardennes, 15' de Charleville Mézières, 1h de Charleroi et Reims). Possibilité de bénéficier des aides à l'installation ou CESP.

Autonomie dans le soin, secrétariat, dossier médical informatisé, agenda partagé, formations, pas de loyer, ni d'investissement, ni de charges locatives !



N'hésitez pas à contacter **Marielle TRABANT**, Directrice des Centres de santé Champagne-Ardenne pour tout renseignement
07 62 27 27 13 | mtrabant@utrca.fr

POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER
 Temps plein (ou temps partiel 80 %)
Médecine interne / Médecine polyvalente

SITE DE GAP

Activité d'hospitalisation partagée sur 2 sites du CHICAS (Gap et Sisteron).
 Service de médecine interne sur Gap composé de 30 lits. Activité de Médecine interne et infectiologie + Médecine polyvalente.

Service de médecine polyvalente sur Sisteron composé de 15 lits. Médecine polyvalente. Équipe médicale en cours de mutualisation entre les 2 sites / Projet médical en cours.

Activité de consultations (médecine interne ou médecine polyvalente) et HDJ.
 Astreintes sur Gap partagées entre 4 à 6 PH.
 Les services de médecine interne et de médecine polyvalente sont au sein du pôle de médecine.

Le CHICAS est doté de nombreux services de spécialités médicales et chirurgicales, d'une réanimation et d'un plateau technique riche (TEP scan, IRM ...).

SITE DE SISTERON

Le CHICAS est l'établissement support du GHT 05 avec de nombreux projets territoriaux ambitieux qui sont en cours de réalisation.
 Il est situé au sein d'un territoire offrant une excellente qualité de vie.

Nous recrutons un médecin, **généraliste ou interniste**, qui viendra renforcer une équipe médicale dynamique.

Inscription à l'Ordre obligatoire.

ADRESSEZ-NOUS VOTRE CANDIDATURE
drh@chicas-gap.fr

Groupement Hospitalier du Territoire Alpes du Sud



MAIRIE DE LAURAC-EN-VIVARAIS

La commune cherche et favorisera l'installation

D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin actuel ne peut plus prendre de nouveaux patients. L'activité est assurée et la patientèle diversifiée.

CONTACT

Mairie - 110 Rue Frère Serdieu - 07110 Laurac-en-Vivaraix
04 75 36 83 19 / mairie.laurac@wanadoo.fr

LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE

Commune située dans le Parc Naturel Régional des Monts d'Ardèche, situé à 37 km au Sud-Ouest de Montélimar, à 20 km du site de la caverne du Pont d'Arc (Grotte Chauvet), région touristique, secteur d'activité de 9 000 habitants en zone rurale, commune rurale de 1 000 habitants et ce chiffre ne cesse d'augmenter. Commerces et infrastructures de loisirs sont présents sur place. La scolarisation jusqu'en primaire est possible, les collèges sont à 5 km et les lycées sont à 21 km. Le réseau ferroviaire est à 50 km, le réseau autoroutier est à 50 km. L'aéroport est à 220 km.

ENVIRONNEMENT MÉDICAL ET PARAMÉDICAL

1 médecin généraliste, 1 dentiste, 2 infirmières ainsi qu'un ostéopathe sont présents dans le pôle médical. Une pharmacie ainsi qu'un cabinet de kinésithérapeutes sont présents dans le centre du village.

LES LOCAUX

Le local professionnel, appartenant à la commune, est un local neuf, aux normes handicapées. Le montant du loyer est de 232.46 € charges comprises. La situation immobilière permettra au candidat de se loger facilement. Le Centre Communale d'Action Sociale de Laurac-en-Vivaraix est prêt à étudier la possibilité de salarier un médecin.



LE CH DU FOREZ

RECHERCHE UN.E MÉDECIN GÉNÉRALISTE POLYVALENT

Sous statut de Praticien Hospitalier
(ou Praticien Hospitalier Contractuel).

À PROPOS DU CENTRE HOSPITALIER DU FOREZ

Il regroupe les hôpitaux des sites de Feurs et Montrbrison (Loire, Auvergne-Rhône-Alpes). Il est situé à 35 km de St Étienne, à 100 kms de Lyon, dans un environnement agréable.

L'établissement dispose de 614 lits et 164 places pour 1365 agents.

CONTEXTE DE L'ACTIVITÉ

Le Centre Hospitalier du Forez recherche pour son plateau technique de médecine à Montrbrison un médecin polyvalent qui souhaiterait s'investir dans le service et dans l'organisation de l'établissement.

Le plateau totalise actuellement 28 lits et trois praticiens à temps plein.

Des effectifs et des spécialités médicales en soutien : endocrinologues, angiologues, pneumologue, gastro-entérologue.

Une présence est souhaitée les samedis à tour de rôle (récupération ou paiement en TIA sur demande).

Force de proposition vous participerez à l'organisation du service et développerez les projets en cours. Le recrutement d'un nouveau médecin permettrait l'ouverture de lits supplémentaires.

Activités annexes

Un service d'urgence sur le site de Montrbrison comptabilisant 25 000 passages et 400 sorties SMUR / Un plateau d'imagerie complet dont IRM / Un Laboratoire de biologie polyvalente / Une maternité de niveau 1 / Une service de pédiatrie / Un service de chirurgie polyvalente (viscérale et orthopédique) + unité médicale et chirurgicale ambulatoire (UMCA)

La permanence des soins est assurée sur les autres services de la manière suivante :

Astreintes : un chirurgien orthopédique ; un chirurgien viscéral ; un pédiatre ; un radiologue ; un psychiatre.
Gardes : deux urgentistes ; un anesthésiste ; un réanimateur ; un gynécologue obstétricien.

LES MISSIONS

Vous serez amené.e à :

- Participer pleinement aux organisations du CH du FOREZ.
- Être force de proposition dans votre discipline en lien avec le chef de service et le chef de pôle.
- Assurer un service qui comprend des consultations.

PROFIL REQUIS

DES de médecine générale ou médecine interne.
Inscription à l'Ordre des Médecins obligatoire.



POUR ADRESSER VOTRE CANDIDATURE :

Veillez envoyer votre CV ainsi que votre lettre de motivation à
Docteur Luc Millot : luc.millot@ch-forez.fr - 04 77 96 72 50
Attaché d'Administration Hospitalière aux Affaires Médicales,
Madame Camille GRANJEON : dam@ch-forez.fr - 04 77 96 73 73



LE GROUPE HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE RECHERCHE GERIATRES H/F A TEMPS PLEIN pour le court séjour et l'EHPAD

1 poste sur le Court Séjour Gériatrique et 1 poste sur les lits d'hébergement et de Soins de Suite et de Réadaptation. Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte : • 30 lits de Court Séjour Gériatrique, • 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité cognitivo-comportementale) et 6 EVC, • 40 lits d'USLD, • 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites, • Equipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière, • Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique). Compétences gériatriques souhaitées : capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire.

Ces postes sont à pourvoir par mutation ou contrat (statut en fonction du candidat). Montélimar est une ville agréable, dynamique, située à 1h30 de Lyon, Montpellier, Grenoble et Marseille en Drôme Provençale (accès autoroutier et TGV). Située au carrefour de 3 régions (Auvergne-Rhône-Alpes / Provence-Alpes Côte d'Azur / Midi-Pyrénées) et de 4 départements (Drôme / Ardèche / Vaucluse / Gard), elle bénéficie d'une activité économique développée qui saura vous séduire. Les Gorges de l'Ardèche, le Vercors et les Hautes-Alpes sont un plus. Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.

RENSEIGNEMENTS : DR LAFENETRE : annie.lafenetre@gh-portesdeprovence.fr • secretariat.drh@gh-portesdeprovence.fr

www.gh-portesdeprovence.fr



LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE

1
POSTE DE :

Praticien Hospitalier de Médecine Générale

Temps Plein, H/F
CDD à compter du 1^{er} janvier 2021
Du Lundi au vendredi
Pas d'astreintes

SONT PRIS EN CHARGE :

- Transport aérien, aéroport Orly/aéroport Pôle Caraïbes.
- Transport terrestre (Taxi aéroport pôle caraïbe à la gare Maritime A/R.
- Hébergement.
- Voiture.
- Transport maritime (billet de bateau).

MISSIONS PRINCIPALES :

- Prendre en charge les patients en assurant le suivi médical et les visites.
 - Tenir et mettre à jour le dossier médical du patient.
 - Assurer la prise en charge clinique des patients de l'admission à la sortie.
 - Rencontrer et accompagner les familles.
 - Rédiger les courriers médicaux.
 - Travailler en collaboration avec le Directeur d'établissement, le cadre de santé et les équipes soignantes.
 - Participer à la certification de l'établissement.
- DES ou diplôme de spécialités en Médecine Générale.
DE Doctorat de Médecine.

Inscription à l'Ordre des médecins et N° RPPS obligatoire.

Salaires : En fonction de l'ancienneté du diplôme et la grille de la Fonction publique.



CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE
Morne Ducos - 97112 GRAND-BOURG
05 90 97 69 61
Mr MAURICE Charles
charles.maurice@ch-mgalante.com





VENDEE (85) - LA VILLE DE SAINT-GILLES-CROIX-DE-VIE RECHERCHE pour son futur Centre Municipal de Santé.

- **1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE COORDINATEUR**
- **2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Compétences/qualités requises, Généralistes

- Docteur en médecine générale, l'exercice complémentaire des disciplines suivantes sera apprécié : Addictologie, médecine de l'adolescent pédiatrie, gynécologie et gériatrie.
- Engagement dans la Maîtrise de stage.
- Grand sens de l'organisation et du travail en équipe pluridisciplinaire.

Cadre d'emplois

- Cadre A (CDD 3 ans renouvelable 1 fois, puis CDI) 38 heures hebdomadaires + RTT Temps complet. Possibilité de mi-temps pour les généralistes.

Service d'affectation

- Direction des Finances et des Ressources Humaines.
- Service du Centre Municipal de Santé.

Missions Coordinateur

Il coordonnera l'équipe de soins (2 médecins généralistes, 2 secrétaires), les partenaires extérieurs, assurera des consultations de médecine générale au Centre de Santé et au domicile et participera à la permanence des soins.

Missions Généralistes

- Prise en charge des consultations de médecine générale au Centre Municipal de Santé et au domicile des patients et ponctuellement participation à la permanence des soins.
- Mise en œuvre du projet de santé et participation à des actions de prévention et de promotion de la santé.
- Maîtrise de stage.

Plus de détails sur les missions, tâches principales, relations fonctionnelles en scannant le QR Code ou sur <https://reseauprosante.fr/groupe/mairie-de-saint-gilles-croix-de-vie-15216>.

Compétences/qualités requises, Coordinateur

- Docteur en médecine générale, des compétences complémentaires dans les disciplines suivantes seront appréciées : Addictologie, médecine de l'adolescent, pédiatrie, gynécologie et gériatrie.
- Capacité à l'encadrement et à faire émerger un consensus.
- Aptitude à la conduite de projet, à travailler en réseau et en transversalité.
- Bonnes capacités de communication et d'écoute.
- Maître de stage des universités (formation possible).
- Grand sens de l'organisation et du travail en équipe.
- Autonomie.
- Capacité à appréhender des situations complexes.
- Maîtrise de l'outil informatique, des logiciels généraux et spécifiques.
- Respect du secret professionnel.

Compétences/qualités requises, Généralistes

- Autonomie.
- Capacité à appréhender des situations complexes.
- Maîtrise de l'outil informatique, des logiciels généraux et spécifiques.
- Respect strict du secret professionnel.

Horaires

- 38 heures hebdomadaires + RTT Temps complet (possibilité mi-temps pour les généralistes).
- Horaires variables et modulables en fonction des besoins du CMS (au maximum ouverture du centre de santé de 8h à 20 h du lundi au vendredi et le samedi matin de 9 h à 13 h) et dans le respect du protocole sur l'aménagement du temps de travail.

Avantages liés au poste

- Régime indemnitaire de grade
- Locaux et matériel médical
- Participation de l'employeur au maintien de salaire.
- CNAS.

Le poste est à pourvoir à compter du 1^{er} mars 2021. Le CMS ouvrira le 8 mars 2021.



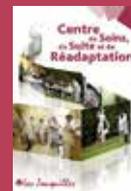
Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à

Monsieur le Maire de Saint Gilles Croix de Vie - 86 quai de la République - BP 639 - 85800 Saint-Gilles-Croix-de-Vie.
Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Monsieur AUSSANT, Directeur des Finances et des Ressources Humaines au 02 51 55 79 79 ou oaussant@saintgillescroixdevie.fr

Centre de Convalescence et Nutrition les Jonquilles

RECHERCHE H/F

MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU MÉDECIN GÉRIATRE



Poste temps plein en CDI.
Possibilité de logement temporaire.
Participation au roulement des astreintes.

74 lits SSR dont 20 lits en hospitalisation complète « Affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ».

10 Lits d'Hôpital de Jour « Affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ».

CENTRE DE CONVALESCENCE ET NUTRITION LES JONQUILLES

À proximité du Havre - 76600 Bord de Mer
Tél. : 02 32 79 66 25 / Fax : 02 32 79 60 96

Pour plus de renseignements,
merci de prendre contact avec
Mme DONNET Directrice
au 02 32 79 66 29 ou
par mail : pdonnet@roseraie.fr



Les futures Jonquilles en JUIN 2022



COMMUNE D'ISIGNY-LE-BUAT MANCHE



CHERCHE

2 MÉDECINS généralistes

MISSIONS

Au sein du Centre Municipal de Santé vous devrez :

- Réaliser les consultations programmées et non programmées ainsi que les visites à domicile.
- Mettre en place un suivi médical personnalisé.
- Effectuer la coordination des soins avec les autres professionnels présents sur le territoire.
- Assurer des missions de santé publique (éducation à la santé, prévention, etc.) en s'appuyant sur les partenaires locaux.
- Participer, sur la base du volontariat, à la permanence des soins ambulatoires.
- Participer à l'accueil de stagiaires internes en médecine générale dans les conditions prévues par la faculté de médecine.

Missions particulières du médecin coordinateur de la structure (comprises dans le temps de travail) :

- Participation à la mise en œuvre et à l'actualisation du projet de santé en tenant compte des améliorations à apporter sur la qualité des prises en charge des patients etc.
- Organisation des réunions interprofessionnelles du Centre de Santé.
- Gestion du planning de l'activité médicale.
- Élaboration des protocoles médicaux.
- Suivi des projets menés conformément aux missions de santé publique.

PROFIL

Prérequis : Diplôme de médecine générale et inscription à l'Ordre des Médecins.

Compétences techniques : Connaissance du Code de déontologie médicale et maîtrise de l'outil informatique et des logiciels métiers.

Savoir être : Sens du travail en équipe, aptitudes relationnelles, capacité d'écoute et discrétion.

Temps de travail et conditions d'emploi :

Poste à temps complet (possibilité de temps partiel), à pourvoir dès le mois de janvier 2021. Contrat à durée déterminée, possibilité d'un contrat à durée indéterminée sous conditions. Rémunération négociable en fonction de l'expérience.

Congés payés : 25 jours par an.

Avantages : CNAS, participation employeur pour la prévoyance et la mutuelle santé.

La commune vous assure contre le risque en souscrivant à une assurance responsabilité civile professionnelle.

Pour les visites à domicile : Véhicule mis à disposition par la collectivité ou remboursement des frais kilométriques selon le tarif en vigueur.

La commune d'Isigny-le-Buat recrute 2 médecins généralistes pour son Centre de Santé.

Isigny-le-Buat (sud-Manche), commune dynamique de 3 315 habitants située au cœur de l'axe Rennes-Caen, a conçu un centre municipal de santé. Ce dernier est localisé à proximité immédiate de la maison de santé où exercent des professionnels libéraux (médecine générale, kinésithérapie, cabinet infirmier). Une pharmacie, un cabinet d'étiopathie et un cabinet de chirurgie-dentaire complètent l'offre de santé présente. La commune dispose de nombreux équipements publics (deux écoles, un collège, une médiathèque, trois salles de sports...) et va créer une résidence autonomie pouvant accueillir jusqu'à 24 personnes âgées.

Le Centre de Santé ouvrira ses portes prochainement. Il se composera d'une équipe de 2 puis 4 médecins généralistes salariés, dont un exerçant en partie en tant que médecin coordinateur de la structure. Ce Centre de Santé bénéficiera d'un secrétariat médical avancé assurant, entre autres, la création du dossier administratif du patient, les encaissements, le suivi des paiements. La gestion administrative et comptable sera assurée par les services municipaux.

Le salariat et le travail en équipe offrent les conditions d'un exercice professionnel de qualité dans le meilleur respect de la vie privée : Optimisation du temps médical, cadre horaire, investissement dans les missions de santé publique, droits sociaux, formations, assistance administrative...

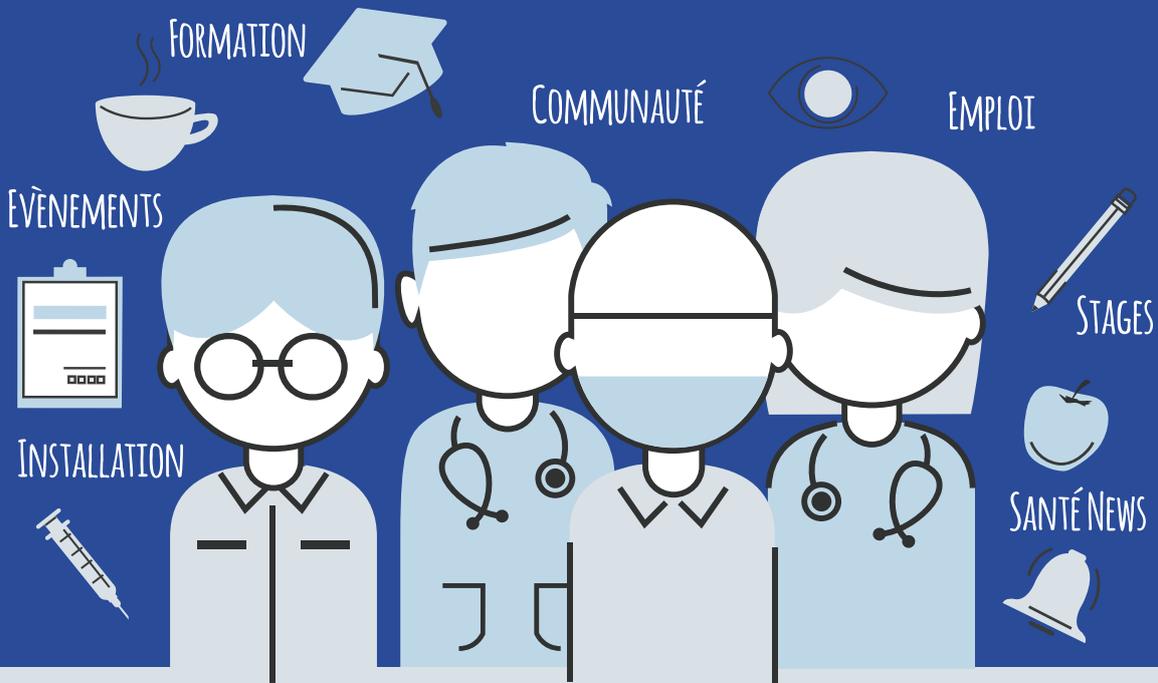
Vous êtes jeune diplômé ou bien médecin expérimenté inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins, rejoignez-nous.

CONTACT

Pour plus de renseignements : Mairie d'Isigny-le-Buat, Madame Louisa LOPEZ, *Coordinatrice du Centre municipal de Santé* (02.33.89.20.30 ou louisa.lopez@isigny-le-buat.com).

Pour candidater : Lettre de motivation, C.V., copie des diplômes et attestation d'inscription à l'Ordre des médecins, adressés à **Madame le Maire**, 26 rue de Pain d'Avaine, 50540 ISIGNY-LE-BUAT.





RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France

pôle emploi

UniHA
Union Hospitalière de l'Île-de-France

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

