

JEUNE **JM**MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°33
Juin 2022



**SNJMG
REBORN**

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 SURTAXÉ

*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, 582 068 698 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



VOTRE ASSURANCE NATURELLE



SOMMAIRE

ÉDITORIAL	P. 05
ACTUALITÉS	P. 06
Troubles du DFC ou du TDC	P. 06
Rôle du préparateur mental médical en Biologie sportive et Traumatique	P. 09
L'Homme Machine	P. 13
COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU SNJMG	P. 16
Printemps des services publics	P.18
Les Présidentielles	P.20
Déserts médicaux et accès aux soins	P.21
Santé planétaire	P.23
Santé et guerre : Des bombardements à l'effondrement des systèmes de santé	P.25
Sur la fin de l'obligation du port du masque dans les transports et la politique pandémique	P.27
SNJMG Reborn	P.28
Mon Espace Santé	P.30
INTERVIEWS DU SNJMG	P. 31
Racisme dans le monde de la santé : Interview de Leila	P.31
Discriminations dans le milieu médical : Interview de Myriam interne en MG et Rodolphe MG	P.33
Usager-es de drogues et discriminations en santé : Interview de Suzanne B	P.35
Sexisme dans le milieu médical : Interview du collectif Héroïnes 95	P.37
Travailleur.ses du sexe et santé : Interview du coordinateur national pour le STRASS	P.40
Santé des exilé-es : Interview d'une des membres du Comede	P.42
Transphobie dans le milieu médical : Interview de membres de Chrysalide	P.46
Sérophobie : Interview de Coco	P.49
ANNONCES DE RECRUTEMENT	P. 55

JEUNE MG | N°33 | Juin 2022

Troubles du DFC ou du TDC



Début mars 2022, une plaquette issue des recommandations de l'expertise collective de l'Inserm sur le Trouble Développementale de la Coordination (TDC) ou dyspraxie a vu le jour. Intitulée « Diagnostic et rééducation du Trouble Développementale de la Coordination (TDC) ou dyspraxie chez l'enfant et l'adolescent », elle a été réalisée par 4 spécialistes reconnues de ce trouble, membres de l'expertise collective : Caroline Huron, Sibylle Gonzalez-Monge, Michèle Mazeau et Laurence Vauvre-Douret. Elle a été initiée par l'association Dyspraxie France Dys (DFD), soucieuse de faire en sorte que les recommandations de l'expertise collective se traduisent en actes concrets.

Que dit cette plaquette et où la trouver ?

Elle donne les bonnes pratiques en matière de diagnostic et de rééducation aux professionnels, mais décrit également le rôle central du médecin qui suit l'enfant. Elle synthétise par conséquent les recommandations de l'expertise collective de l'Inserm.

Elle est téléchargeable sur le site de l'association DFD :

(<https://www.dyspraxies.fr/2022/03/30/diagnostic-et-reeducation-du-tdc-ou-dyspraxie-chez-lenfant-et-ladolescent/>).



Elle a été adressée en version numérique à l'ensemble des associations et syndicats de médecins généralistes, pédiatres, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologues, ainsi qu'à toutes les écoles en psychomotricité et ergothérapie. Elle sera à disposition des familles également lors des rencontres et conférences organisées par l'association.

Reproduction de la plaquette de façon lisible

DFD s'est appuyée sur une expertise poussée pour faire en sorte que les bonnes pratiques soient connues de tous, à savoir :

Dr Caroline Huron : Chargée de recherche Inserm.

Dr Sibylle Gonzalez-Monge : Praticien hospitalier Hospices Civils de Lyon – Centre de référence troubles des apprentissages.

Dr Michèle Mazeau : Médecin MPR, spécialiste en neuropsychologie de l'enfant.

Pr Laurence Vauvre-Douret : Professeur de neuropsychologie, université de Paris, IUF, Inserm U1018 - Neuropsychologue AP-HP Centre, Necker, Paris.

Qu'est-ce que DFD ?

Le 2 novembre 2011, il y a un peu plus de 10 ans, naissait Dyspraxie France Dys (DFD). Composée essentiellement de parents d'enfants dyspraxiques, mais également d'adultes concernés, DFD est rapidement devenue l'association française la plus représentative de ce trouble.

Les objectifs de DFD sont les suivants : repérage (sensibilisation et formation des enseignants), dépistage (formation des médecins généralistes, scolaires et pédiatres, médecins du travail et de prévention), diagnostic (maintien et développement des centres référents, mise en réseau des professionnels paramédicaux, multiplication du diagnostic adulte), inclusion scolaire (sensibilisation et formation des enseignants, formation des Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap), épanouissement extrascolaire (sensibilisation des professionnels des loisirs), accompagnement

médico-social (études de besoin quant à la création de SESSAD, Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile, dédiés à la prise en charge des Troubles Spécifiques des Apprentissages), accès à la formation professionnelle et à l'emploi (sensibilisation des employeurs, accompagnement individuel des adultes dyspraxiques), accès à la vie sociale (permis de conduire).

Concrètement, en 10 ans, DFD a accompagné 10 000 familles. Elle a sensibilisé 90 000 parents, professionnels de l'éducation, de l'insertion, des loisirs, du sport et du permis de conduire à travers 1470 séances de sensibilisations ou conférences. En 10 ans, DFD, c'est 200 000 heures de bénévolat et 400 000 km de déplacements à travers la France pour sensibiliser, former, rencontrer, accompagner. Enfin, DFD est membre du Collectif Handicaps (regroupant les 50 plus grandes associations du secteur du handicap), agréée par le ministère de l'Education nationale, et parrainée par le chanteur Renan Luce et l'écrivain Pierre Lemaitre.

Un colloque sur le TDC ou dyspraxie

DFD a organisé un colloque sur le TDC ou dyspraxie le samedi 12 mars 2022 au ministère des Solidarités et de la Santé. En toute logique, ce colloque a abordé les questions de repérage, diagnostic, rééducation, recherche, scolarité, études supérieures, accès et maintien dans l'emploi, permis de conduire, loisirs et sport, autonomie des adultes. Organisé volontairement un mois avant l'élection présidentielle, il doit permettre de tracer un chemin pour les prochaines années.

Il est possible d'accéder aux vidéos des différentes interventions sur le site web de DFD :

<https://www.dyspraxies.fr/>



Ou sur la chaîne YouTube de l'association :

<https://www.youtube.com/channel/UCcdfU0YJS9ad7CR13meqkuA?app=desktop>



Les constats de DFD en matière de santé

Malgré des recommandations de la Haute Autorité de Santé fin 2017, concernant l'ensemble des troubles Dys, y compris le TDC, les réponses du terrain sont insuffisantes et les familles font part de grandes difficultés pour accéder au diagnostic : Les médecins généralistes et professionnels de la petite enfance sont peu voire pas formés du tout aux troubles, les professionnels manquent cruellement dans certaines zones, les listes d'attente sont trop longues, les bilans d'ergothérapie, de psychomotricité et de neuropsychologie ne sont pas pris en charge en libéral et représentent un coût important (600 € en moyenne pour ces 3 bilans). Si un trouble du langage est associé au TDC ou en cas de dyspraxie bucco-faciale, la carence d'orthophonistes sur le terrain repousse parfois à 18 mois la réalisation d'un bilan pourtant indispensable.

Les familles font également part de leurs difficultés à trouver puis financer les séances de rééducation d'ergothérapie et de psychomotricité car celles-ci ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale, or les critères d'éligibilité aux plateformes de coordination et d'orientation (PCO) susceptibles d'apporter des réponses pour les tranches d'âges concernés, sont extrêmement restrictifs. Du fait de troubles dont les répercussions ne se limitent pas uniquement à la scolarité, un dossier à la MDPH est souvent déposé pour demander l'AEEH (Allocation pour l'Education des Enfants Handicapés) afin de subvenir aux frais d'accompagnement liés au handicap des jeunes.

La carence en rééducateurs spécialisés limite le suivi par les professionnels qui réalisent des bilans, sans être en mesure d'assurer ensuite la rééducation faute de disponibilité.

Les propositions de DFD pour les 5 années à venir en matière de santé (adressées aux candidats à l'élection présidentielle)

Proposition n°1 : Améliorer la connaissance de la dyspraxie ou Trouble Développementale de la Coordination (TDC)

Identifier les personnes avec TDC de façon claire et harmonisée au plan national (ni trouble moteur, ni trouble du langage) afin de pouvoir suivre leur progression tout au long de la vie.

Mener une enquête de prévalence afin de connaître plus précisément le nombre d'enfants et d'adultes concernés par le TDC, et la caractérisation des publics.

Organiser des campagnes de communication grand public et sensibiliser l'ensemble des acteurs autour de l'emploi, des loisirs et du sport, du permis de conduire, etc.

Proposition n°2 : Former les professionnels de santé

Créer un module obligatoire dans les études de médecine et les formations des professionnels paramédicaux et médico-sociaux sur les troubles neurodéveloppementaux (TND) en général, et le TDC en particulier.

S'assurer impérativement que les Centres Médico-Psychopédagogiques (CMP/CMPP) soient pourvus de professionnels formés au TDC et délivrent les bilans aux familles.

Mettre en place un module de formation continue sur le TDC pour tous les médecins du travail.

Proposition n°3 : Accéder aux professionnels de santé

Ouvrir davantage de places dans les formations de professionnels paramédicaux (ergothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologues, orthophonistes).

Financer les bilans pluridisciplinaires afin de donner accès au diagnostic.

Créer davantage de places en Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).

Créer au minimum une structure de diagnostic des TND des adultes par région (nombre à définir en fonction de la population) avec une prise en charge conventionnée, même partielle.

Proposition n°4 : Renforcer les moyens des structures spécialisées

Donner plus de moyens aux Centres Référents des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA) afin de leur permettre d'assurer leur mission d'expertise et de formation.

Renforcer les moyens des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) existantes et créer les PCO pour les adolescents (13-18 ans).

Proposition n°5 : Accompagner les familles et les aidants

Proposer une prise en charge psychologique familiale remboursée.

Proposition n°14 : Définir une stratégie TDC au sein des TND

Donner les moyens à la recherche de mieux comprendre le TDC. Recenser, initier, suivre et coordonner les travaux de recherche concernant le TDC pour les enfants et les adultes.

Représenter et défendre le TDC dans les politiques publiques et la recherche en intégrant DFD dès 2022 au sein du Conseil National de la stratégie Autisme au sein des TND d'une part et des organisations associées du Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) d'autre part.

Monsieur Vincent MARRON
Président de DFD

Pour en savoir plus sur les questions de santé, éducation, emploi, permis de conduire, etc.
<https://www.dyspraxies.fr/>

Rôle du préparateur médical en Biologie sportive et Traumatique

Entretien avec le Docteur Owen-Emmanuel Pruvost Merling Macron né Pruvost



Ancien Joueur du Stade Rochelais Rugby, Ailier Droit 10 formé en 2003, suite à des années étudiantes avec le très célèbre Nicolas Djebaili (Stade Rochelais) et après avoir affronté également Benoit Lasserre (Stade Rochelais), le Dr O. Pruvost-Merling Macron (né Pruvost) est aussi Lauréat Arms Park Rugby Stadium Cardiff Wales. Initialement Lauréat de l'Université de Paris Faculté Paris III La Sorbonne Nouvelle [HDR] D.E Agrégé et Dr d'État (mention ès-lettres d'enseignement), il fut membre du jury des examens en réponse à la remise du très grand prix Nobel Littéraire lors de la session universitaire de mars 2020, organisé par GMF Insurance et Europe 1 (station).

Le Dr O. Pruvost-Merling Macron (Pruvost) est principalement recommandé à l'écrit qui plus est par les très célèbres et médiatisés Prs SFAR Myriam et Robert Kalbach, Maître de conférence Universitaire du département des études de lettres du monde anglophone de l'université de Poitiers. Ancien Conseiller Culturel et Scientifique auprès des Ambassades de France à Vienne (Autriche) et de Berlin (Ex Rda-Rfa), le Dr O. Pruvost-Merling Macron (Pruvost) a bénéficié d'un autographe personnel de la part de la présidence de la république de l'État de l'Estonie, dont l'entretien fut retransmis en direct "live" sur France 3 en présence d'autres médecins.

Lors de sa participation au congrès international sur le thème de la médecine de demain numérique "Doctolib" organisé en novembre 2020 à Paris, le Dr Pruvost-Merling macron est le seul médecin à avoir eu le très grand privilège de recevoir la dédicace présidentiel du chef de l'État de l'Estonie (suite à son entretien et de la remise en conséquence à son attention exclusive).

Médecin de la police nationale française ligue de police rugby et neveu du commissaire J.-C. Pruvost, police 17 et FSPN police 17, il est également le fils du très réputé Pr Claudine Pruvost du Rectorat de l'académie de Poitiers.

Quelle est l'étymologie de la sophrologie ?

Un peu d'histoire ne fait aucun mal : Saviez-vous, que la Sophrologie est issue de sa racine hébreuse "Sophroen" qui signifie relâchement des tensions musculaires par les voies corporelles et spirituelles par la technique de la visualisation mentale ?

Histoire

La sophrologie du sport tient d'écho et de son contexte historique et de son inventeur ABRAZOL, un très grand cycliste de nationalité Suisse, Abrazol Jacky de son prénom légitime, qui inventa la préparation mentale communément aussi nommée la Sophrologie de spécialité Biologique et Sportive. Il s'agit d'une des branches de la Sophrologie générale. Pour rappel, elle se divise en parties sous-jacentes depuis la base soit : Sociale, Prophylactique, et Caycédienne, ce qui nécessite un post-gradué sur le territoire de la communauté de BARCELONA avec à présent le Dr Natalia Caycedo afin de pouvoir obtenir le label donc Sophrologie Caycedienne.

Qui est son concepteur : Mais qui est donc ce grand Génie ?

N'est-ce pas le très réputé et si célèbre Professeur Alfonso Caycedo bien avant les années 1960, point de départ du développement de la Sophrologie qui tire son étymologie (propre) de l'hypnologie médicale donc une autre technique d'état modifié de la conscience (phreben en grec) ?

Et... ?

Ensuite, le Pr Caycedo décida de quitter la région catalane (soulignant au passage qu'il fût né sur la principauté de la ville de Bogotta en Andalousie) de Bogotta 15 ans auparavant et en deçà de l'annuité 1960 et partit en direction de la Chine et de ses territoires asiatiques dont de la Corée Nord et celle du Sud et au cours de son voyage découvrit des méthodes telles que le bouddhisme, le yoga, le tai-chi et qi-jong. À son retour sur Bogotta en 1960, il posa le juste titre, son appellation contrôlée (au tout début jusqu'à la fin de l'année 1996 a priori) donc la Sophrologie.

Mais ? qu'est-ce que cette formidable application thérapeutique ?

Déjà il conviendra de souligner aussi qu'au tout début et jusqu'à la fin (de mémoire années 93 96) la Sophrologie ne fût exercée que par les médecins (seulement) et...

Et ensuite ?

Cela est (seulement) à partir de l'année 96 environ que tout un chacun fût reconnu par la loi autorisé de pouvoir exercer cet art, qui est le seul reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins comme étant une thérapeutique alternative allopathie adjuvante et adjacente à la médecine conventionnelle. Cette allopathie est due aux résultats démontrés et scientifiquement argués par les syndicats de la sophrologie, l'Observatoire, etc. au tout dernier syndicat représentatif de la profession, donc la Sophrologie, la chambre syndicale de la Sophrologie, représentée par sa présidente, la très connue et célèbre Sophrologue et enseignante Alliotta Catherine.

À présent tout un chacun peut exercer librement la sophrologie, mais Pourquoi ?

Pourquoi ?

Car elle appartient aux professions non réglementées par l'État mais qui normalement nécessite 300h de suivi de formation théorie et pratique ainsi que le décernement de son Diplôme que nous nommons Certificat car il ne s'agit pas d'un DE (sauf si)...

Excepté si...

Par exemple, nous entrâmes dans le cadre d'une spécialisation en sophrologie périnatale, gériatrique, sportive, etc à condition que le titre, donc ici le Diplôme soit délivré par un organisme de formation continue reconnu par le ministère du travail, donc par l'État comme l'organisme sophroviennne à Poitiers dirigé par le psychologue (de formation) Mlle Roquet Charlotte.

La sophrologie du sport à présent

Il s'agit d'un diplôme très prisé et convoité uniquement attribué au bout de 4 années supplémentaires (il faut compter de 6 mois à 2 ans pour être sophrologue généraliste). Ensuite, mais c'est facultatif, s'en suivront quatre années supplémentaires de suivi avec le très célèbre Dr Caycedo Natalia, la fille légitime du Neuropsychiatre colombien Dr A. Caycedo (décédé) afin donc de pouvoir obtenir lors des évaluations écrites le très prestigieux Certificat Sophrologue Caycedien, marque déposée à et par l'INPI. Toute autre utilisation s'en voit formellement proscrite et déclencherait des poursuites franco-internationales par la société Alfonso Caycedo, représentée par sa fille Madame le Dr Natalia Caycedo.

Donc la Sophrologie peut se voir et y être approfondie à travers ses différents modules de spécialisation comme : sophrologie pédiatrique, pédopsychiatrique, gériatrique, etc. à sophrologie de médecine sportive

Nous y voilà : Partons aussi sur les terres de Webb Ellis, donc la sophrologie du sport, ou préparation mentale médicale de son autre appellation, s'intéresse surtout à l'art de "Briefer" un sportif par la visualisation mentale en se concentrant sur son souffle respiratoire (la partie la plus déterminante ou MAJEURE du process) et en Mineure, mais qui compte tout autant "sinon plus", par la divination de métaphores sur le champ du sport recherché. Ici, c'est le rugby top14 force XV par voie de sublimation d'images subliminales (comme en politique pour convaincre). Mais là, il faut également amener le sportif à s'en convaincre en utilisant des stéréotypes et divers supports de clichés d'images, etc. : cela se nomme donc la Visualisation Sémantique Hypno-Sophrominale et, il faut suivre la logique de la sophrologie de base ou générale (qui, pour rappel, nécessite a minima 300h de formation d'étude soit en présentiel soit distanciel) mais là attention, certains sophrologues "n'aiment pas trop le mode à distance" ? N'est-ce pas Mme C. Alliotta ?

Donc, dans la préparation mentale, il conviendra d'appliquer et surtout de connaître les enseignements académiques de base et de pratique de 300h. En juxtaposant au monde sportif de Training Coaching et en s'appuyant sur le sport désigné (ici le rugby) toutes les règles de la passe à etc. etc. aux sponta-mêlées ouvertes par opposition à ordos = mêlées fermées et donc en corrélant l'art du savoir et de son savoir-faire rugbystique à celui des enseignements et transversaux de la sophrologie sportive ici adaptée au monde universitaire-professionnel du rugby ; le tournoi des VI Nations du grand Chelem 2022 France-Angleterre fut remporté pour la partie médicale et la préparation mentale médicale seulement grâce au Dr Pruvost-Merling Macron né (Pruvost), Dr en médecine. Ceci est très important car cela constitue la règle de base donc le béaba qu'il convient de savoir respecter et appliquer. Ceci reste le fondement de l'art de l'exercice et renvoie à la préparation mentale, adaptée et perfectionnée en rugby à XV top14 (également) : A = Pré-Visualisation et Ancrage B = Visualisation, C = Mise en Cause, D = Acceptation ; cette règle constitue l'élément moteur et décisif de la (probable) réussite du pratiquant donc face au tournoi des VI Nations du grand chelem 2022.



In fine, il conviendra également de remettre en évidence que le Rugby découle de son Etymologie Rugby College dans la ville de RUGBY au nord de la vieille Angleterre où le très célèbre WEBB ELLIS, qui fût (jadis) le fils légitime d'un des très célèbre officiers de la très spéciale et grande force armée d'Angleterre WE, transforma un essai lors de sa participation à un entraînement de Football Américain, qui donc donna nom à ce magnifique et très réputé sport pratiqué par des Gentlemen. Donc, ce sport porta dès la fin du XVIII^e le nom d'appellation de RUGBY (SPORT).

"The Rugby is a SPORT PRACTISE by GLADIATORS while Football is a game played by any Hooligans" = "le RUGBY est un SPORT PRATIQUÉ par des hommes très bien élevés notion de GLADIATORS = GENTLEMEN alors que, ou tandis que, le Football est un jeu joué par des VOYOUX = Notion retrouvée ici de Hooligans".



Dr Pruvost-Merling Macron Owen

L'homme machine¹

On se départira ici d'un *corps pure machine*. Ce fut pourtant à la mode scientifique, et au XVII^e siècle, Descartes (1596-1650) y croyait fermement. Pour lui, seul le corps se réduisait à une machine, pas l'âme. Ce qui n'était pas le cas, au XVIII^e siècle, pour le médecin et philosophe Julien Offroy de La Mettrie (1709-1751), qui voulut que tout de l'homme soit « machine ». Il en rêva en 1748 en énonçant : « L'âme n'est qu'un vain terme dont on n'a point idée. Concluons donc hardiment que l'homme est une machine »².

La même idéologie est à l'œuvre à l'ère contemporaine où un « homme neuronal » ferait bien l'affaire à réduire ce que nous sommes à nos composants neuro-biologiques³. La même idée préside à la pensée d'une « biologie des passions »⁴.

De facto, un être humain s'avère être tout autre chose.

René Descartes fut à l'origine d'une polémique, qui s'étendit sur un bon siècle, en énonçant que : « Lorsqu'une montre marque les heures par les moyens des roues dont elle est faite, cela ne lui est pas moins naturel qu'il n'est à un arbre de produire des fruits. »

Descartes était le conseiller de la pensée de la reine Christine de Suède. C'est à elle qu'il entreprit d'exposer sa conception de l'homme mécanique sur le modèle mécanique des montres et autres horloges. Mais celle-ci, alors, de lui répondre... : « Je n'ai jamais vu ma pendule faire des bébés ».

Ceci n'empêchera pas le philosophe et mathématicien Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), d'écrire, au début du XVIII^e siècle, en 1704, que : « Tout ce qui se fait dans le corps de l'homme est aussi mécanique que ce qui se fait dans ma montre »⁵.

Le philosophe allemand Immanuel Kant (1724-1804), distingue la machine du vivant. Il explique alors en quoi, dans une montre, un rouage de celle-ci est la cause efficiente d'un autre rouage. C'est-à-dire qu'une partie de la montre n'existe pas par une autre, mais bien pour une autre. Autrement dit, la cause de la production des rouages ne se trouve pas en eux, elle se trouve en dehors d'eux. Elle émerge dans un être capable de mettre ses idées à exécution, soit ce qu'on appelle un « inventeur ».

Par exemple, lorsqu'elle se dérègle, la montre ne saurait en aucun cas se réparer elle-même, ou compenser, ou encore reproduire les éléments qui lui sont soustraits. Et c'est à cet endroit, précisément, qu'un organisme diffère : Il s'autoforme, il s'autorégule. Kant dira : « Les êtres organisés doivent s'organiser eux-mêmes ». Alors qu'une machine, jusqu'à aujourd'hui ne se reproduit pas. Aucune partie de la machine n'est construite par une autre partie, ni par la machine entière, et aucune machine totale, aucun « tout » n'est construit par un « tout » de la même espèce⁶.

À peu près un siècle plus tard, le grand physiologiste français Claude Bernard (1813-1878), armé de la méthode scientifique pour les sciences expérimentales, énonce sa thèse : « Ce qui caractérise la machine vivante, ce n'est pas la nature de ses propriétés physico-chimiques, si complexes qu'elles soient, mais bien la création de cette machine qui se développe sous nos yeux dans des conditions qui lui sont propres et d'après une idée définie qui exprime la nature de l'être vivant et l'essence même de la vie »⁷.

La psychanalyse, en son invention freudienne, n'ajoutera que peu de chose à ceci, avec *la reconnaissance de l'inconscient*. Qu'est-ce que l'inconscient dans tout cela ? Par rapport à la thèse, ci-dessus, de Claude Bernard : Un ajout, un complément. Il faudrait ici, pour tenir compte de l'inconscient, dire que,

concernant l'Homme, s'ajoute cette sorte de moteur infini qui s'appelle l'inconscient. Car l'inconscient, c'est ce qui se met en travers, ce qui ne marche pas et qui s'exprime, précisément, par le symptôme, un symptôme (un « savoir emmerdant », disait Lacan), ...

... Et pourtant ce qui ne marche pas, c'est ce qui permet, paradoxalement, dans le monde humain, que... cela marche, ...même si ce n'est qu'en boitant (Edipe...). Le dysfonctionnement, dû à l'irréductible dimension de l'inconscient, c'est ce qui fait fonctionner l'Homme... !

Il faudrait donc, une fois pour toutes, se départir de l'illusion d'une maîtrise de la « psyché » par l'anatomo-physiologie, voire même d'une réduction du psychique à l'organique. Ce n'est pas la science, mais l'idéologie de la science qui voudrait, et qui s'applique par ce biais scientifique plus que scientifique, à débarrasser le corps, et nous avec, des inconvénients du désir, i.e. des inconvénients de l'existence, chez l'Homme, cet *animal dé-naturé* (par le langage), de l'inconscient.

Cependant, comme l'on distingue la science de l'idéologie de la science et les scientifiques des scientifiques, il ne faut pas confondre le discours médical avec la médecine et les médecins qui se confrontent quotidiennement à la dimension globale de la souffrance du « *parlêtre* » (Lacan) en son corps. Ils savent bien, quand on les interroge, que leurs patients ne se réduisent pas à un ensemble d'organes et de fonctions.

C'est d'ailleurs bien pour fuir l'angoisse d'une dysharmonie plutôt rencontrée quotidiennement dans la pratique de tout un chacun que le rêve machinique est promu avec une telle insistance, une telle puissance, sous couvert de « La Science », ... qui n'en peut mais !

Le rêve de La Mettrie devient ainsi de nos jours une croyance de masse. Ignorant alors, de plus en plus, pourquoi ils vivent, désirent, aiment et meurent, les hommes sont tout disposés à croire que leurs gènes les programment, décident par *avance* pour eux, comme autant de puissances qui, inéluctablement, les dominent et, finalement, les contraignent. Leur vie leur échappe, ils la remettent alors entre les mains des médecins et se font docilement les « enfants sages » des prescriptions de la Santé publique pour un nouvel hygiénisme, au service du contrôle médico-social des corps, c'est-à-dire des vies.

À partir des années 1980, et avec l'effondrement des grandes croyances religieuses et politiques sur lesquelles l'humanité avait jusqu'ici réglé ses conduites, *L'Hommachine*, c'est le rêve-perspective d'un corps de type autiste, c'est-à-dire d'un corps sans parole, mais aussi d'un temps où l'on ne bavarde plus, c'est-à-dire d'un temps exclusivement consacré à *la mesure*, libéré de toute socialité de l'Homme, autrement dit un temps « scientifique ». Impersonnellement, « on » mesure. Plus de sujet parlant, car celui-ci en son existence risquerait assez vite de contredire l'enchaînement purement autarcique des causes et des effets, relancé par un *feed-back* infini et depuis toujours inscrit dans les gènes... Le sujet, enfin objectivé !

Paris, le 15 mai 2022

Jean-Michel LOUKA
Psychanalyste, Paris

1. Ce court texte emprunte aux, et s'appuie sur, les thèses soutenues dans le livre de Pommier G., Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse, Flammarion, Paris, 2004, p.433. Celles-ci demeurent toujours d'actualité.
2. La Mettrie J.O.(de), L'Homme-machine, 1748.
3. Changeux J.P., L'homme neuronal, Paris, Fayard, 1983.
4. Vincent J., Biologie des passions [1986], Paris, Odile Jacob, 1999.
5. Leibniz G. W., Nouveaux essais sur l'entendement humain, [1704], texte inséré dans La Monadologie, Paris, Delagrave, 1983.
6. Kant I., Critique de la faculté de juger (1790), Paris, Vrin, 1986, II^e partie, p.193.
7. Bernard C., Introduction à l'étude de la médecine expérimentale [1865], II^e partie, chap. II, § 2, Paris, Delagrave, 1978.

Atelier burn out

Nous vous invitons à notre atelier burn out en présentiel, dans les locaux de La Médicale, tout près de Gare du Nord le samedi 25/06 de 15h à 17h. Un petit pot sera organisé en fin d'atelier.

L'objectif de l'atelier est de sensibiliser les soignant-es sur le burn-out, les moyens de le reconnaître, les aides possibles, mettre fin au tabou.

Dans une première partie, La Médicale vous fera un bref rappel de vos droits et possibilités d'assistance puis nous vous ferons participer à un atelier.

Nous aurons une invitée de taille, Dr Marra Donata, psychiatre spécialisée dans la qualité de vie des étudiant-es en santé.

Les places étant limitées, les inscriptions sont obligatoires via ce lien avant le 16/06 :
<https://docs.google.com/.../1FAIpQLSdoGLAqJjoweX.../viewform>

Nous vous attendons nombreux-ses!





Le Snjmg recrute!

Qui peut nous rejoindre ?

Tous·tes les soignant·es, malades, personnes handicapées

Pourquoi nous rejoindre ?

Pour faire évoluer notre système de santé, les conditions du soin et de vie pour les professionnel·les de santé et malades /handi-es

Pour une vision politique de la santé.

Lutter contre les inégalités et discriminations
Lutter pour l'accès aux soins pour tous·tes
Défendre le service public de santé
Mettre fin à la tarification à l'activité et du paiement à l'acte
Lutter pour les droits des malades et handi-es
Pour une coopération entre les usager·ères et les professionnel·les de santé dans la pratique et l'enseignement

Améliorer les conditions de soin

Lutter pour le respect du temps de travail et lutter contre le harcèlement
Réduction des risques, abolition de la contention
Développement de la santé communautaire
Soins basés sur les données de la science
Modèle de décision partagée

Contact : info@snjmg.org. Twitter. Instagram. Facebook



Nous rejoindre ? Pourquoi, comment ?

Quelques uns de nos projets :

- mois des discriminations en santé; interviews de personnes concernées sur les discriminations dans la santé
- santé communautaire avec associations de concerné·es
- travail collectif pour la défense du service public en santé
- organisation d'ateliers d'échange, de formation, de réflexion, le premier sur le burn-out des soignant·es en juin
- visioconférences thématiques tous les deux mois, la dernière sur les expositions au plomb
- un projet sur des mesures pour réduire l'impact du secteur de la santé sur l'environnement
- redéveloppement d'une branche dédiée au soutien des internes

Pour toutes questions n'hésitez pas à venir discuter avec nous par messages privés sur les réseaux sociaux ou par mail à info@snjmg.org
Pour adhérer, veuillez remplir et renvoyer par mail à info@snjmg.org le bulletin suivant ou adhérer sur Snjmg.org

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e) souhaite bénéficier de la protection syndicale, des avantages et des services fournis par le SNJMG.

Nom Prénom Date de naissance / /

Adresse Code postal Ville

Téléphone Email 

SITUATION UNIVERSITAIRE ET/OU PROFESSIONNELLE

- Professionnels de la santé et du social : Préciser.....
 Militant·es en santé & Usager·ères : Préciser.....

VOTRE COTISATION

- "Engagement" "notamment pour les professionnel·les de la santé et du social" : 45 €
 "Soutien" "notamment pour les professionnel·les en formation (internes) et les jeunes travailleur·euses" : 24 €
 "Adhésion libre" "selon vos moyens, parce que l'argent ne doit pas être un obstacle à la participation de tous·tes"

Pour régler ma cotisation je choisis le paiement en une fois ou par prélèvements mensuels

Au besoin, j'adresse par ce courrier les documents nécessaires aux prélèvements automatiques. Je recevrai au début de chaque année un justificatif de mon adhésion pour ma déclaration d'impôt. Le renouvellement de l'adhésion se fait par tacite reconduction en cas de paiement par prélèvements mensuels. Les prélèvements tarif réduits (A ou B) passent automatiquement en tarif plein (C) au bout de 3 ans en l'absence de justification du maintien du tarif réduit.

Fait à le / / Signature (et éventuel cachet)

Printemps des Services Publics



Initiée par les collectifs Nos Services Publics, Convergences Services Publics et Vive les Services Publics et que nous avons co-signée, le Printemps des Services Publics s'est tenu le samedi 19 mars de 14h à 19h à Bourse Départementale du Travail de la Seine Saint Denis à Bobigny.

Nous souhaiterions vous informer de notre présence, afin de revenir sur l'initiative et de faire un point d'étapes sur la mobilisation. Vous pouvez vous accrediter par retour de mail à l'adresse suivante :

collectifnosservicespublics@gmail.com

Vous aurez, par ailleurs, le déroulement des ateliers qui se tiendront tout au long de l'après-midi.

Programme du Printemps des Services Publics

14h - Ouverture du Jour du printemps

Mot d'accueil par Willy Pelletier et Arnaud Bontemps, pour le printemps des services publics.

Projection de Nos voix dans le débat, Film-enquête sur les leçons de la crise sanitaire et les perspectives.

Réactions et débat

- Saphia Ait Ouarabi (vice-présidente de SOS Racisme).
- Marie Soubestre (chanteuse lyrique).
- Kim Reuflet (présidente du syndicat de la magistrature).
- Benoit Teste (secrétaire général de la FSU).
- Céline Verzeletti (secrétaire confédérale de la CGT).
- Caroline De Haas (militante féministe).
- Murielle Guilbert (co-déléguée générale de l'Union syndicale Solidaires).
- Michel Jallamion (président de la convergence nationale des services publics).
- Olivier Milleron (porte-parole du collectif Inter-Hôpitaux).

15h30 - Les ateliers printaniers

Toujours plus chaud, et toujours moins de service public ?

Tour d'horizon des enjeux d'interpellation de l'État, d'investissement par la puissance publique et de formation des fonctionnaires à la transition écologique.

- Véronique Balbo Bonneval, DGS d'Université.
- Wandrille Jumeaux, fonctionnaire territorial et fondateur du Lierre.
- Un.e représentant.e de Notre Affaire à Tous.
- Un.e représentant.e du collectif Sens du Service Public.

Enfance en danger : Pourquoi tout le monde s'en fout ?

Comment construire une politique publique de la protection de l'enfance respectueuse des droits des enfants ?

- Pierre Lecorcher, secrétaire général CGT protection judiciaire de la jeunesse.
- Sophie Legrand, Secrétaire générale du Syndicat de la magistrature, vice-présidente Châteauroux et ancienne juge des enfants.
- Carole Sulli, avocate au barreau de Paris, spécialiste du droit des mineurs.
- Un.e représentant.e du département de la Seine-Saint-Denis (sous réserve).
- Un.e militant associatif d'une ADEPAPE (sous réserve).

Argent trop cher : le service public a-t-il un prix ?

Passer de la maîtrise des dépenses à l'évaluation des besoins : facile à dire ?

- Michaël Zemmour, enseignant-chercheur en économie, Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
- Julie Gervais, maîtresse de conférence en science politique, co-autrice de La valeur du service public.
- Céline Dannion, co-autrice de L'État qu'il nous faut (sous réserve).
- David Boilet, Solidaires finances publiques.

16h30 - Les ateliers printaniers

Partir des besoins de la population pour changer le système de santé : on s'y met quand ?

Retour et leçons pour l'avenir de 40 ans de "réformes" et de mobilisation des patient.e.s, agent.e.s et soignant.e.s.

Animé par :

- Stuart Pluen-Calvo, membre d'Acceptess-t, masterant en santé publique.
- Yohan Saynac, Médecin généraliste, Délégué régional MG France, Président CPTS de Pantin.
- François Emery, Chargé de plaidoyer pour Act up Paris.
- Dalila Noomane, représentante des usagers et fondatrice de l'association Les fleurs d'auro.
- Yasmina Kettal, infirmière à l'hôpital Delafontaine.

Les problèmes de l'éducation nationale se réduisent-ils à la taille du "mammoth" ?

En Seine-Saint-Denis comme ailleurs, quels moyens et quel fonctionnement pour l'avenir du service public d'éducation ?

Animé par

- Henriette Zoughebi de la Coopérative des idées du 93.
- Avec des syndicalistes enseignant-es du 93.

De l'e-administration à l'e-usager ?

Diminution de l'emplois public et de l'accès aux droits : de quelle réalité la dématérialisation est-elle le nom ?

- Jean-Michel Delarbre, animateur du collectif Livre Noir, LDH 93.
- Sandra Demarq, Solidaires.
- Stéphane Vincent, délégué général de la 27^e région.

17h30 - Restitution et conclusion

Les Présidentielles

Le Syndicat des Jeunes Médecins Généralistes appelle les candidat-es de gauche à la présidentielle de 2022 à se positionner en faveur de l'accès aux soins pour toutes et tous, pour un système de santé accessible pour toutes et tous, avec moins d'inégalités et de discriminations, pour un hôpital public en meilleure santé et de meilleures conditions d'études et de travail pour les professionnelles de santé, pour un véritable service public de santé.

Nous avons sélectionné dix propositions que vous trouverez ci-dessous qui nous paraissent prioritaires pour relever les défis conséquents auxquels fait face notre système de soin, déjà avant la pandémie et encore plus aujourd'hui.

Les sujets de santé, fondamentaux dans nos sociétés, impactent tous les aspects de nos vies et d'autant plus depuis la pandémie et devraient être au cœur du débat public. Force est de constater qu'ils ne le sont pas. Que nos hôpitaux délaissés et dégradés par les différentes politiques gouvernementales de restriction budgétaire depuis des décennies, continuent de sombrer, les professionnelles de santé de sombrer avec, burn out mais aussi violences sexuelles et sexistes dans un milieu très sexiste comme nous le dénonçons dans une précédente tribune. Pour que les patient-es ne soient plus traité-es comme iels le sont aujourd'hui, mais puissent bénéficier de prise en charge de qualité, sans inégalités ni discriminations, en étant au cœur de leur parcours de soin, co-décisionnaires et non plus dans un rapport de domination, et sans retard de soin.

Nous avons donc sélectionné comme dit plus haut dix mesures prioritaires dont voici le résumé rapide. Vous trouverez le détail de chaque proposition sur notre site internet.

Concernant le système de santé

1. Fin de la politique d'austérité à l'hôpital : abolition de la tarification à l'acte et reprise de la dette hospitalière par l'État, revalorisation salariale des paramédicaux.
2. Extension du corps des PH (praticien-nes hospitalier-es) à l'exercice à temps complet en ville et création de centres de santé publics pour un vrai service public de santé sur tout le territoire.

Concernant les conditions de travail des soignant-e-s

3. Limitation du temps de travail à 12h consécutives y compris pendant les gardes.
4. Réduction des risques psycho-sociaux des étudiant-e-s en médecine : Décompte des horaires des étudiant-e-s, retrait d'agrément des stages en cas de harcèlement.

Concernant l'accès aux soins et la qualité des soins

5. Investir dans l'accessibilité aux soins : gratuité des soins urgents, accessibilité PMR aux lieux de soins, élargissement des actes de l'AME, interprétariat amélioré, interdiction des dépassements d'honoraires.
6. Lutte contre les discriminations en santé : intégration au cursus des étudiant-e-s, intervention de patient-e-s dans la formation aux professionnel-le-s.
7. Abandon des mesures de contention et d'isolement en psychiatrie, suspension voire interdiction d'exercer des soignant-e-s reconnu-es coupables de violence envers les patient-e-s.

Concernant les conditions de vie des malades et handicapé-e-s

8. Améliorer les conditions de vie des malades chroniques et handicapé-e-s : Désindexation AAH des revenus du conjoint, augmentation de toutes les allocations et pensions, exonération complète des ALD 31, suppression du délai de carence des arrêts maladies.

Concernant l'industrie pharmaceutique et la recherche

9. Réinvestissement dans l'industrie pharmaceutique du secteur public : Filières françaises de production, indexation des prix des médicaments sur le coût de fabrication.
10. Reprise en main de la recherche médicale par le secteur public : Financement de la recherche pour toutes les maladies, indépendamment du coût rapporté par les traitements, assurer la recherche sur les maladies rares.

Nous appelons les candidat-es à faire de la santé une priorité dans les débats et prises de positions publiques. Nous souhaitons que ce thème soit enfin mis au centre de la campagne et appelons par ce communiqué de presse les candidat-es de gauche à s'engager concrètement sur des mesures en faveur de la santé pour toutes et tous, pour des politiques ambitieuses pour le système de soins et les malades.

Déserts médicaux et accès aux soins

Un constat en aggravation

Le 31 mars 2022, l'ARS a communiqué la nouvelle carte de zonage des déserts médicaux.

On y observe que 96,3 % de la population francilienne vit dans un territoire sous-dense et seule 3,7 % de cette population a accès à un médecin dans des bonnes conditions.

Parmi ces zones, on distingue 3 rangs :

- ZAC : zone d'action complémentaire qui représente 33,9 % de la population francilienne (contre 39,5 en 2018 lors de la cartographie précédente). Ces zones sont des "pré" déserts médicaux, où des actions doivent être menées pour éviter leur basculement complet.
- ZIP : Zone d'intervention prioritaire, les déserts médicaux, qui représente 62,4 % de la population francilienne (contre 37,6 % en 2018).

On y constate aussi le basculement de nombreuses ZAC en ZIP entre 2018 et 2022.

À titre de comparaison, la cartographie en région Bretagne en 2020 retrouvait :

- 10,9 % de la population en ZIP.
- 32,2 % de la population en ZAC.

Concernant l'Île-de-France, il a cette année été créé une catégorie ZIP +, où la situation et l'accès aux soins sont considérés encore plus difficiles.



Là où les ZIP bénéficient d'aides financières à l'installation et au maintien, les ZIP + sont aidées pour accueillir les étudiants en médecine et créer des structures d'exercices en commun.

La désertification médicale représente un danger pour les soignant-es comme les patient-es. D'un côté, un important risque de surmenage professionnel et une patientèle trop conséquente. De l'autre, une grande difficulté à trouver de nouveau médecin-e traitant-e lorsque le besoin se présente.

La prise en charge morcelée nuit au bon diagnostic comme au suivi des pathologies chroniques et à la coordination entre professionnel-le-s ; la surcharge des praticien-nes entrave leur capacité à réaliser des consultations d'urgence, avec les conséquences que l'on connaît sur les structures hospitalières.

Les pistes que nous soutenons pour améliorer l'accès aux soins

Nous proposons :

- Le développement des dispositifs "infirmier-es de pratique avancée" ou "infirmier-es Asalée", qui accroissent le champ d'action de ces professionnel-les notamment dans l'accompagnement aux modifications thérapeutiques du mode de vie et par la réalisation d'éléments médicaux ne nécessitant pas le recours à un médecin.
- La meilleure répartition des tâches entre professionnel-les de soin, incluant les professionnel-les de santé médicaux et paramédicaux, en réévaluant quels actes doivent rester sous la seule responsabilité du médecin.
- La constitution d'un service public de soins primaires reposant sur la création de centres de santé avec des professionnel-les salarié-es, pour lesquels l'ouverture de nouveaux postes serait basée sur les besoins estimés pour le territoire.
- L'augmentation des capacités d'accueil des facultés formant ces professionnel-les, suppression du numerus apertus, ainsi que la création de la licence santé tant promise. De même, l'ouverture de plus nombreux stages en ambulatoire afin d'offrir une formation pratique diverse et sans surnombre sur les lieux de stage.
- Réduire les inégalités d'accès aux études de médecine en s'attaquant aux déterminants connus de l'abandon avant et pendant les études, ici (mais évidemment pour d'autres raisons aussi) car 60 % des jeunes médecins considèrent la proximité familiale comme un élément majeur de leur choix d'installation. (source : <https://cutt.ly/kJKSONE>).
- La création d'instances incluant soignant-es et soigné-es pour que les concerné-es soient au cœur des prises de décision qui les concernent notamment concernant la réflexion sur que faire vis-à-vis des déserts médicaux.
- Réduire la charge administrative des médecin-es, notamment par la suppression de tâches dont l'objectif principal est celui du contrôle a priori du bien-fondé des dépenses : bons de transport, certificats enfant malade... Et simplification des démarches administratives les plus coûteuses en temps.
- Proposer, comme sur le modèle du CESP proposé aux étudiant-es en médecine, d'assurer une rémunération aux étudiant-es en santé de toutes les filières, aussi bien médicales que paramédicales s'ils s'engagent à assurer une période en zone de désert médical de leur choix.

Nous ne proposons pas :

- De forcer l'installation en zone sous-dotée. Les internes sont en formation et doivent être considérés dans leur qualité d'étudiants avant d'être des employés du service public. L'obligation d'installation sur un temps court précarise les projets de vie de ces soignant-es, et n'offrirait pas une meilleure continuité des soins pour les patient-es qui en bénéficieraient puisqu'il entraînerait un changement de médecins tous les 6 mois. Nous ne voyons, enfin, aucune raison qui justifierait qu'on oblige le déplacement des médecins sur le seul critère d'âge.
- De mesures incitatives sur le modèle existant, qui ne semble pas améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

Santé planétaire



La santé planétaire est la branche de la santé qui s'intéresse aux liens entre santé et environnement ainsi qu'aux pathologies en lien avec l'environnement.

Elle permet d'identifier les situations à risques mais aussi de tenter d'y trouver des solutions. Le rapport du GIEC sonne l'alarme sur ces dangers qui nous guettent à court terme, il est grand temps d'agir !

En quoi l'état de la planète impacte la santé de ses habitants ?

La santé planétaire va donc évidemment s'intéresser aux conséquences de la pollution et du réchauffement climatique mais pas uniquement.

Cela a des conséquences multiples sur la santé dont certaines nous sont évidentes. On pourra prendre pour exemples, les conséquences pulmonaires (cancer, asthme) de la pollution en général et en particulier aux hydrocarbures. Selon une étude publiée en février 2021 par exemple, la combustion des énergies fossiles (charbon, pétrole et gaz naturel) est responsable de 8,7 millions de décès dans le monde en 2018, soit 20 % des décès.

Il y a également des conséquences sur la santé due au réchauffement climatique avec notamment des modifications de la qualité d'eau, la pollution des sols qui vont avoir des conséquences sur l'agriculture et donc sur notre alimentation.

L'impact sur la biodiversité a également un impact sur notre santé, certaines espèces prédatrices vont par exemple disparaître rendant certaines espèces habituellement prédatées dominantes. Si ces espèces sont potentiellement porteuses de maladies transmissibles à l'humain, nous serons donc plus facilement contaminés.

On observe également l'émergence de maladies infectieuses nouvelles du fait de l'augmentation des rencontres entre agents infectieux et population humaine du fait des modifications des eaux, des modifications de température mais aussi de déplacement de populations.

Certaines "rencontres" ne mènent pas à des maladies mais statistiquement, plus on augmente le nombre de rencontres, plus le risque d'émergence de maladies est élevé comme nous le confirme un article de Jean-François Guégan de l'INRAE qu'on vous conseille en bas de page.

Que puis-je y faire en tant que soignant-e ?

En tant que soignant-e, vous allez vite réaliser que vous faites de la santé planétaire dans votre quotidien sans même vous en rendre compte.

Toutefois, pour aller plus loin, il existe de nombreuses formations sur les effets sur la santé notamment des OGM, des perturbateurs endocriniens, des pesticides, des effets sur la pollution.

De façon concrète, votre action auprès des patient-es va passer par de l'information. Cela peut nécessiter plusieurs actions.

Tout d'abord par voie d'affichage, en choisissant d'afficher en salle d'attente des affiches en rapport avec la santé planétaire, l'alimentation, etc.

Des affiches sont disponibles sur le site du Groupe de travail santé planétaire du Collège de Médecine Générale, on vous encourage à aller voir (lien page ci-contre).

Un autre aspect consiste à évoquer en consultation avec les patient-es les aspects environnementaux, les interroger sur ce qu'ils connaissent à ce sujet, aller contre des fausses croyances, leur montrer les impacts au quotidien et l'immédiété des problèmes climatiques.

Enfin, vous pouvez également informer les patient-es sur le bon usage des médicaments, le tri à effectuer, le fait de ne pas les jeter dans des canalisations ou poubelles classiques.

Cela passe également par l'économie de délivrance. Ne pas aller chercher des médicaments pour en stocker.

Les soignant-es peuvent également être vigilant-es sur les prescriptions de certains conditionnements qui sont plus écologiques (boîte de 90 par exemple) ou de limiter certains traitements en spray quand c'est possible qui sont fortement provocateurs de gaz à effet de serre dans leur fabrication.

Que puis-je y faire en tant que citoyen-ne ?

On ne va pas vous répéter les petits gestes du quotidien pour le climat (que vous devez commencer à connaître) et qui doivent être de la responsabilité de chacun bien que responsable de peu d'émissions au final.

On va plutôt vous présenter Alliance Santé Planétaire qui est une association ayant pour but de faire connaître la Santé Planétaire et d'informer sur les actions concrètes qui peuvent être menées par tous-tous au quotidien qu'on soit soignant-es ou citoyen-nes.

Pour aller plus loin

L'article passionnant de Jean-François Guégan de l'INRAE

<https://www.inrae.fr/actualites/proteger-biodiversite-prevenir-nouvelles-maladies-infectieuses-emergentes>

Pollution aux énergies fossiles

https://www.bfmtv.com/amp/environnement/la-pollution-liee-aux-energies-fossiles-responsable-d-un-deces-sur-5-dans-le-monde-selon-une-etude_AD-202102090180.html

Le site du Collège de Médecine Générale

<https://lecmg.fr/sante-planetaire/>

Alliance Santé Planétaire

<https://alliancesanteplanetaire.org/>

Doc Durable

<https://doc-durable.fr/>

Ils ont par exemple produit des plaidoyers auprès du gouvernement, mais aussi des appels aux généralistes à agir pour la santé planétaire. Ils soutiennent également des projets de thèse sur cette thématique.

Et de façon pratique, qu'est-ce qu'on peut faire au sein du cabinet ?

Pour cette partie on va conseiller en bas de page un site : Doc Durable qui vous permet à la fois un état des lieux de votre pratique en terme écologique mais vous donne aussi l'impulsion pour améliorer les choses.

Parmi les principales choses qu'on a retenus il y a :

- Organiser les trajets domicile/cabinet et/ou les visites à domicile en vélo si réalisable ;
- Utiliser du matériel (drap d'examen, essuie main, etc.) éco-labellisés ou encore mieux recyclés ;
- Pratiquer le tri sélectif ;
- Utiliser des ampoules non énergivores ;
- Organiser des achats "groupés" pour limiter les émissions lors des livraisons répétées.

Santé et guerre : Des bombardements à l'effondrement des systèmes de santé

En plus des mort-es et blessé-es sur le front, les guerres modernes conduisent à la destruction de nombreux bâtiments, et à un grand nombre de victimes civiles. Au risque d'enfoncer des portes ouvertes, il paraît nécessaire de rappeler que lors d'un tel conflit, les infrastructures sont rarement laissées indemnes : Bien que ce soit considéré comme un crime de guerre, écoles, universités, hôpitaux, etc. se retrouvent très souvent détruits. Ces derniers jours, cette "banalité" de la guerre nous est rappelée régulièrement par la guerre en Ukraine, très médiatisée. Nombreux sont les tweets et photographies recensant les destructions de lieux de soins.



Cette carte d'Amnesty International recense les crimes de guerre de ces derniers jours en Ukraine : <https://twitter.com/amnestyfrance/status/1498719300689006597>

La destruction est un premier impact de la guerre : Il est maintenant devenu banal pour les hôpitaux ukrainiens de devoir officier en souterrain afin de garantir la sécurité (toute relative) des patient-es. On imagine aisément la dégradation de la qualité des soins que tout ceci engendre.

Cet article illustre la destruction des bâtiments médicaux en Ukraine :

<https://www.bellingcat.com/news/2022/02/27/ukraine-conflict-tracking-use-of-cluster-munitions-in-civilian-areas/>

En plus de ces impacts immédiats, un conflit provoque également un manque de médicaments et de matériel. Non seulement les hôpitaux sont victimes de destruction, mais les systèmes de santé locaux aussi, laissant ainsi les soins aux mains des seules ONG présentes sur place.

<https://twitter.com/antonioguterres/status/1498703073606348809?t=YQVmsOR1KQSIM-pEbD-OfQ&s=19>

https://twitter.com/WHO_Europe/status/1497945584061366276?t=1y56pH-hBrVjqhGgHx6R7A&s=19

Ces conflits provoquent de multiples conséquences sur la santé des populations : famine, épidémies, augmentation de la mortalité notamment maternelle et infantile. Il est très facile de voir ces conséquences terribles en observant le Yémen, où le conflit s'éternise depuis 2014, le Cameroun, l'Afghanistan, la Somalie ou encore la Syrie ou le Nigeria. Elles commencent déjà à devenir un problème en Ukraine, bien que le conflit armé soit autrement plus récent.

À titre d'exemple, au Yémen, il ne reste presque plus rien ni personne à part Médecins sans Frontières et la Croix Rouge. En Ukraine, 35 % du système de santé est déjà détruit.

https://twitter.com/MSF_france/status/1499076583000322052?t=Sm1xm3pk-dNOBJjmt8s7A&s=19

Comme le dit MSF ici concernant le Yémen : "La destruction des structures de santé et les pénuries de personnel médical qualifié, de médicaments ou de matériel médical ont contribué à l'effondrement du système de santé."

<https://www.msf.ch/nos-actions/pays/yemen>

Ces guerres sont la source d'inévitables déplacements de populations. Ces réfugiés, fuyant leur pays bombardé, se trouvent contraints à trouver une terre d'accueil. Ainsi commence un long parcours du combattant, rempli d'obstacles et d'insécurité.

Ils doivent se confronter aux violences et au rejet de certains pays d'accueil. On estime à 82 millions de réfugiés dans le monde aujourd'hui. Parmi eux, notamment 6 millions de syriens, 2 millions du Sud Soudan et déjà plus d'un million de réfugiés ont fui l'Ukraine en moins de deux semaines. Actuellement, la France ouvre des droits aux soins aux réfugiés ukrainiens mais quand est-il des autres réfugiés pour qui ces droits n'ont pas toujours été ouverts aussi rapidement ?

La situation, très peu médiatisée, est dramatique dans des pays tels que le Yémen, le Burkina Faso, le Tchad, le Mali, le Cameroun ou le Nigeria :

https://www.instagram.com/p/CawegKzDRlc/?utm_source=ig_web_copy_link

<https://twitter.com/WHO/status/1499664687599865859?t=dBz8KfdRMYxbwyDy8Wbwag&s=19>

Citons seulement quelques exemples parmi tant d'autres.

Au Yémen, des millions de yéménites sont dénutris. La famine y est installée depuis plusieurs années.

<https://www.oxfam.org/fr/conflit-au-yemen-la-famine-menace-des-millions-de-personnes>

<https://www.unicef.fr/article/yemen-la-famine-menace-la-vie-de-millions-d-enfants?amp>

Toujours au Yémen, en avril 2021, il y avait plus de 5 000 cas de choléra avec plusieurs décès.

<https://reliefweb.int/report/yemen/cholera-situation-yemen-april-2021>

Aujourd'hui, les ONG, derniers acteurs de la santé présents sur les territoires déchirés par la guerre, dépendent presque entièrement de la charité : les dons et les bénévoles sont quasiment la seule source d'aide sanitaire pour l'envoi de médicaments et pour fournir des soins aux populations. Ces guerres entraînent irrémédiablement une précarisation des sociétés, ainsi qu'une pénurie des ressources alimentaires, d'eau potable, de ressources énergétiques, entraînant ainsi famine, épidémie, manque de tout, dont les médicaments les plus élémentaires. Cet ensemble d'effets fragilise encore plus les pays concernés face à d'autres menaces vouées à empirer la situation : changement climatique, désertification, pauvreté sont encore aggravés par les conséquences des conflits armés.

Il paraît indispensable de créer un organisme mondial de la santé résultant des efforts communs des différents gouvernements et instances internationales avec une stratégie commune pour fournir des soins adaptés en fonction des besoins. La propos du président Indonésien de janvier 2022 doivent être étudiés et sont peut être l'occasion d'un changement majeur à ce sujet. En effet, le 20 janvier 2022, l'Indonésie annonçait par la voix de son président Joko Widodo vouloir promouvoir au cours de sa présidence du G20 une nouvelle agence mondiale concernant le système de santé mondial « La présidence indonésienne se battra pour renforcer l'architecture de santé mondiale, qui sera gérée par une agence internationale (...) dont la tâche sera de mobiliser des ressources mondiales dans le secteur de la santé, notamment pour financer les situations d'urgence sanitaire, acheter des vaccins, des médicaments et de l'équipement médical », rajoutant que l'OMS « n'a pas eu la capacité de couvrir de nombreux aspects stratégiques pour le monde » depuis le début de la pandémie.

<https://www.france24.com/en/live-news/20220120-indonesia-to-push-for-new-global-health-agency-president-says>

Il est du devoir de nos gouvernements de ne plus laisser les ONG seules face à ces catastrophes sanitaires et humanitaires.

Nous ne devons plus accepter de laisser perdurer de telles inégalités de santé dans le monde. L'aide aux pays en guerre ne doit plus tenir uniquement sur la charité.

<https://twitter.com/antonioguterres/status/1499197723811229703>

Nous devons agir pour la mise en place d'une agence mondiale forte en matière de santé, ayant les moyens et les pouvoirs d'agir et de lutter contre ces situations, contre les inégalités de santé dans le monde, pour l'accès aux soins pour tous.

LE SNJMG

Sur la fin de l'obligation du port du masque dans les transports et la politique pandémique

Nous condamnons fortement la fin de l'obligation du port du masque dans les transports en commun, qui met tout un chacun, mais particulièrement les personnes à risque en danger. Celles-ci sont déjà contraintes à mettre en place des mesures individuelles de réduction des risques les excluant de nombreux lieux publics et donc de la vie sociale normale. Désormais, elles devront prendre des risques considérables pour leur santé pour se déplacer dans les transports collectifs.



Nous rappelons que la mortalité des personnes immunodéprimées en cas de contamination est considérable, de l'ordre de 15 %. Leur part en réanimation a fortement augmenté, passant de 7 % au deuxième semestre 2021 à 13 % en janvier-avril 2022.

La fin du port du masque dans les transports constitue une mesure validiste excluant plus encore les personnes immunodéprimées et à risque, les obligeant à choisir entre la mise en grave danger de leur santé ou la poursuite de leurs activités hors du domicile, que celles-ci soient de l'ordre du loisir, du travail ou du soin.

D'autres pays d'Europe ont pourtant opté pour le maintien de mesures toujours plus importantes, comme l'Italie ou la Grèce par exemple, notamment par le port obligatoire du masque FFP2 dans de nombreux lieux clos (théâtre, transports...).

Se protéger de manière efficace contre le covid 19 dépend d'une action collective et non individuelle, nous recommandons le port du masque et le recours au principe de la santé communautaire en l'absence de politique de santé publique digne de ce nom : Continuons à porter le masque autant que possible en intérieur, aérons, protégeons-nous et protégeons les autres.

Nous appelons notre gouvernement à revenir sur cette décision et à mettre en place des mesures permettant de protéger la santé de tous et en particulier des personnes à risque, par exemple à l'image de celles en vigueur en Italie.

Nous rappelons de plus que le COVID-19 n'est pas une maladie anodine et que plus de 14 millions de morts y sont associées dans le monde : https://twitter.com/WHO/status/152219597082553488?t=Lielqc_EGm9wepqE9x_-yw&s=19

De plus, le COVID-19 a induit et induit toujours de très nombreux covid longs dont nous maîtrisons mal les conséquences, mais qui a déjà induit une maladie chronique chez de nombreuses personnes précédemment en bonne santé. Vous retrouverez des éléments d'information et d'orientation clinique à ce sujet dans cet article : <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1648.abstract>

Contact presse : webmaster@snjmg.org

SNJMG Reborn

Bonjour à toutes et tous !

Cela faisait un moment qu'il n'y avait pas eu de newsletter, il était temps de corriger cela d'autant que nous avons un certain nombre de choses à vous dire !

SNJMG, reborn

Tout d'abord, un petit mot pour vous dire qu'après une crainte de fermeture, le SNJMG renaît de ses cendres avec l'arrivée d'une nouvelle équipe motivée pour reprendre des projets en commun et, on l'espère, une nouvelle prospérité pour les luttes qui nous animent.

Depuis notre retour, vous avez peut-être vu passer quelques-unes de nos actions :

- Une tribune contre le sexisme dans le milieu médical avec de nombreuses associations consignataires, tribune que vous retrouverez ici : <https://cutt.ly/QJvDAGZ>
- Cosignature d'une tribune d'Heroinas Val d'Oise sur le sujet du GHB #MeTooGHB #balance ton bar. Voici la tribune et la pétition : <https://cutt.ly/eJvDHYj>
- Réactions à l'actualité sur nos comptes Twitter et Instagram. Un nouveau compte Instagram a été créé.
- Propositions et réflexions concernant l'industrie pharmaceutique, un service public de santé et l'hôpital public.
- Dix mesures prioritaires que nous souhaiterions voir aux présidentielles (on vous en dit plus, un peu plus loin).
- Début de partenariat avec des assos.

Et la suite ?

Nous avons aussi des projets pour l'avenir sur lesquels vous êtes bien entendus les bienvenus !

Voici en quelques mots les projets en cours actuellement :

- Nous avons prévu au mois de mars de parler des discriminations en santé. Dans cet objectif, nous sommes en train de réaliser des interviews de différentes personnes concernées. Vous pourrez retrouver ces interviews sur notre site, nos réseaux sociaux et dans le prochain magazine. (Et on vous en reparle plus bas).

- Étude socio : Interrogation de soignant-es et de soigné-es sur le système de soins, les études des soignant-es, les discriminations en santé, la satisfaction des soignant-es et des soigné-es envers le système de soins.
- Santé communautaire : nous sommes très intéressés par ce sujet depuis longtemps. Nous avons réalisé une interview de Stuart, membre d'Acceptess-T et diplômée d'un master de santé publique, interview qui sera bientôt publiée.

Nous souhaitons dans les mois à venir travailler sur ce thème et le mettre en avant.

Par ailleurs, une Assemblée Générale aura lieu en avril 2022 pour acter ce nouveau départ du SNJMG, avec des potentiels changements de statut, noms, l'intégration plus marquée de patient-es au sein des rangs mais aussi des dirigeant-es.

Nous reviendrons vers vous quand nous aurons plus d'informations sur la date exacte de sa tenue ainsi que les différentes modalités. Vous êtes bien sûr là aussi les bienvenus pour participer et contribuer à cette AG.

Pour tous ces changements, nous avons toujours besoin de bras, nous sommes effectivement encore peu nombreux pour mener ces beaux projets, et aussi ceux qui vous animent, alors si l'envie vous dit, même si c'est juste pour participer à un projet, pour proposer des choses qui vous tenteraient de faire dans le cadre du syndicat ou juste de temps en temps, n'hésitez pas à rejoindre notre équipe !

Pour nous contacter, vous pouvez utiliser Discord <https://discord.gg/6KeSAJqwxg>

Ou demander à être inscrit sur une mailing list en cours de création. Concernant la ML, contactez info@snjmg.org si vous souhaitez vous y inscrire.

Nous suivre

Vous pouvez nous suivre sur nos comptes

Twitter  : <https://twitter.com/snjmg>

et Instagram  : [@syndicatjeunesmg](https://www.instagram.com/syndicatjeunesmg)



Interview des adhérent-es

Nous vous proposons également de participer à une interview qui pourra être publiée sur notre site (de façon anonymisée).

Comme nous vous l'avions dit plus haut, nous avons réalisé un certain nombre d'interviews de personnes concernées dans le soin, et souhaiterions si vous le souhaitez réaliser des interviews de certains de nos membres. Cela portera sur votre rapport au soin, les discriminations en santé et les difficultés rencontrées durant les études. Vous pouvez y répondre que vous soyez soignant-e, soigné-e ou même les deux !
Ça se passe ici : <https://cutt.ly/7JK4eLI> →



Dix mesures du SNJMG pour la présidentielle

Nous vous en parlions page 20, nous proposons dix mesures prioritaires concernant la santé pour les présidentielles. Ces mesures sont en cours de diffusion sur nos réseaux sociaux. Vous trouverez bientôt sur notre site les détails de ces mesures. Si cela vous intéresse, que vous souhaitez en parler avec nous, que vous voulez réaliser des actions pour mettre la santé dans le débat des présidentielles, n'hésitez pas.

Rencontre

Nous vous proposons de nous rencontrer, sans doute à l'automne à Paris au cours d'une table ronde thématique avec des intervenant-es qui sera suivie d'un apéro afin de faire plus ample connaissance et pour un moment convivial.

Si vous avez des suggestions de thématiques ou d'intervenant-es que vous aimeriez voir inviter/traiter, que ce soit pour celle-ci ou pour un événement suivant du même type n'hésitez pas.

Comme vous l'aurez compris, le SNJMG est donc bel et bien reparti, nous avons plein de projets et d'objectifs et serions ravis de vous rencontrer si l'envie vous en dit.

Bonne journée à toutes et tous et dans tous les cas à bientôt dans la newsletter.

L'équipe du SNJMG

Mon Espace Santé, discriminations et inégalités

"Mon Espace Santé" sera mis en place en avril 2022. Sur le papier et dans la communication gouvernementale, cela peut sembler une bonne chose, une avancée : mais cela serait se placer dans un monde parfait où les soignant-es seraient toutes bienveillant-es et où il n'y aurait pas de discriminations.



Le système "opt out" mis en place pour Mon espace santé (contrairement au DMP qui était en "opt in") fera que si les assuré-es ne vont pas refuser d'eux-mêmes la création du dossier, il sera créé sans leur accord explicite. En effet, s'il n'y a pas de réponse (accord ou désaccord) dans les 6 semaines envoyée à l'Assurance maladie, cet espace sera automatiquement ouvert, et les soignant-es pourront avoir accès à ces données sans demander l'accord des patient-es.

Cela peut être d'autant plus pénalisant envers les personnes plus exposées aux discriminations, personnes trans, séropositives, ayant eu et ayant un suivi psy, personnes handicapées etc. Cela peut également être pénalisant pour les personnes en errance médicale, car la demande d'un deuxième avis peut être très mal pris par certains médecins, pouvant aller même jusqu'au refus de soin.

Ce dossier renforce les problèmes d'inégalités par différence d'accès à l'information : en effet, encore faut-il savoir qu'il faut refuser explicitement au risque de voir sa création de façon automatique, et encore faut-il savoir que l'on peut masquer certains documents à certain-es praticien-nes... Or, l'information nous le savons n'est pas également distribuée et constitue un facteur d'inégalité important, accroissant les inégalités de santé.

Il constitue un nouvel exemple d'une politique de santé publique qui ne se soucie que peu de l'impact réel sur sa population mais plus de sa communication. Il y a eu très peu de communication concrète sur ce dossier permettant un meilleur accès aux informations nécessaires.

Le SNJMG

Contact : webmaster@snjmg.org

Racisme dans le monde de la santé

Interview de Leila

Dans le cadre de notre mois dédié à la lutte contre les discriminations en santé, nous avons réalisé une interview de Leila (@lesbian_warlock) à propos du racisme dans le monde de la santé.

Leila, 29 ans, égyptienne, handie, est une activiste luttant contre les différents types de discriminations, et fait parti du programme EXPAM http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/fiche_d_identite_pep_13_-_avril_2020.pdf. Elle intervient notamment auprès des étudiant-es en santé pour les sensibiliser aux problématiques auxquelles les patient-es peuvent être confronté-es (grossophobie, classisme, etc.) et les réponses qu'ils peuvent leur apporter, avec des mises en scène, en montrant également l'importance fondamentale d'inclure les patient-es dans les prises en charge. Nous vous invitons à lire ces réponses.

Quels sont les principaux obstacles auxquels sont confrontées les personnes racisées dans le milieu de soin ?

Quelles formes peut prendre le racisme dans le système de santé ?

Il existe plusieurs obstacles. En effet, dès l'enfance les personnes racisées font déjà face à un racisme médical qui ne les prend pas en compte dans les courbes de poids et de tailles ainsi que pour l'âge des premières règles, se basant sur la norme caucasienne de la puberté.

Il y a également des méconnaissances sur des maladies, troubles ou besoins que les personnes racisées ont et que les soignant-es ne prennent pas ou difficilement en charge (exemples de la drépanocytose, les carences en vitamine D, les particularités culturelles et familiales vis-à-vis des pathologies psychiatriques, les symptômes dermatologiques qui diffèrent de la norme caucasienne).

Tout au long de leur parcours dans le milieu médical, les personnes racisées sont stéréotypées et avec une prise en charge bancale ou des délais de diagnostics plus longs.

De plus, ils subissent un mépris de classe car de par le racisme systémique, certains noms de famille sont de facto associés à la CMU. Or on connaît le mauvais traitement réservé aux patient-es « CMU ».

Aussi se pose la question de la barrière de la langue, il y a très peu de moyens voire aucun qui est mis en place pour l'accueil de personnes ne parlant pas le français, ni dans les services hospitaliers ni dans les cabinets.

Quelles sont les différentes conséquences selon toi, que peuvent entraîner ces discriminations dans le monde de la santé ?

Les conséquences pour les personnes racisées sont nombreuses. Elles se retrouvent face à des soignant-es qui de par leurs études ou leurs propres biais racistes prescrivent avec difficulté les examens nécessaires ou vont tout simplement ne rien diagnostiquer et nier les symptômes du patient racisé, comme on l'a vu notamment avec Naomi Musenga, morte car non prise au sérieux par le SAMU.

Par conséquent, les patient-es vont soit prendre sur elleux, soit attendre d'être dans un état avancé ou urgent, puisqu'ils ont l'habitude de ne pas être pris au sérieux même en consultant. Cela entraîne donc un retard important de prise en charge.

Quand un-e patient-e racisé-e consulte et les soignant-es leurs disent que « non les arabes n'ont pas de cancer de la peau » ou bien que « les femmes magrébines exagèrent et pleurnichent », il nous est difficile de réussir à les convaincre que nous sommes malades, puisque le système médical français érige le médecin en maître des consultations, telle une figure d'autorité dont les connaissances sont suffisantes pour nous soigner.



La prise en charge de la douleur des personnes racisées est souvent très mauvaise. Propos non écoutés, non pris au sérieux, le fameux "syndrome méditerranéen", expression du racisme systémique en médecine. Quel impact selon toi sur la prise en charge de la douleur pour les personnes racisées ? Quel impact sur la prise en charge du "syndrome méditerranéen" ?

En effet, il y a aussi moins d'anti-douleurs prescrits aux personnes racisées, certain-es soignant-es ont tendance à les sous-doser aussi bien en cabinet, en ambulatoire qu'à l'hôpital.

En 2019, une médecin française avait écrit un billet de blog raciste où elle avouait « J'ai fini par redouter la femme arabe de cinquante ans. Je la voyais dans la salle d'attente que je la détestais déjà. Elle parle trois mots et demi de français ». Je me rappelle que ma réaction n'était pas la surprise mais la lassitude, car elle disait juste tout haut ce qu'on entendait déjà.

Cependant, un système qui a appris pendant des siècles que les personnes noires ne ressentent pas la douleur, qu'il ne fallait pas donner d'antidouleurs aux personnes asiatiques car « la douleur est une épreuve pour eux », ne peut pas se permettre de continuer à pratiquer la médecine en l'état sans remise en question.

Quelles sont les mesures qui pourraient être mises en place pour lutter contre ces discriminations et notamment en termes de formation des soignant-es ? Par exemple, les peaux noires ne sont pas étudiées ou très peu par les médecins. Aurais-tu d'autres exemples et propositions concernant ce qui pourrait être changé dans la formation des soignant-es ?

Il serait nécessaire que soient abordées les erreurs des enseignements racistes dans les cursus médicaux. Comme pour d'autres discriminations et de façon générale, je suis assez partisane de l'intégration des patient-es dans les études médicales.

Il est aussi nécessaire que les illustrations soient mises à jour et prennent en compte la diversité des corps (voici un article qui explique bien cette nécessité. <https://cutt.ly/0JvLxQH>). (ex projet expame : <https://cutt.ly/ZJvLbor>).

Ces illustrations sont primordiales par exemple en dermatologie, où les symptômes chez les personnes foncées de peau ne correspondent pas aux illustrations et photos de personnes blanches avec les mêmes symptômes.

Je pense également qu'il faudrait une intégration des patient-es dans les hôpitaux, en tant que référent-es vers lequel-les les patient-es pourraient se tourner et pouvant participer aux réunions d'équipes des différents services médicaux par exemple.

On sait que les discriminations peuvent se croiser et s'accumuler. As-tu des exemples ? Voici quelques exemples issus de mon vécu.

Dans mon propre parcours médical, j'ai subi des violences sexuelles assez rapidement, je suis égyptienne et j'étais psychatrisée pendant 10 ans dans un hôpital psychiatrique de jour dès l'âge de 3 ans. À chaque rentrée scolaire après l'été, on vérifiait pendant les visites médicales de la présence de mon clitoris (les femmes égyptiennes étant à 97 % d'entre d'elles excisées).

D'autres moyens et méthodes pouvaient pourtant être employés, et notamment en termes de communication avec un-e enfant avant d'aller m'examiner sans mon accord.

Il y a aussi souvent un refus quand je demande de ne pas avoir de soignant-es hommes pour la réalisation de certains examens (ex : mammographie, écho pelvienne, frottis, etc.). On m'a souvent répondu à cette demande que la France était laïque sauf que la France a des lois et que selon l'article 6 du code de la santé publique « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit ».

Ce droit m'a été refusé alors que je suis une victime de violences sexuelles, ce droit est refusé aux personnes racisées souvent particulièrement si elles portent le voile. Il est de notre droit de choisir nos médecins. Ainsi, il est surprenant l'effort fourni par le milieu médical pour nous empêcher d'accéder à nos droits et donc d'accéder aux soins selon nos droits.

On peut remarquer ici racisme, sexisme, violences.

Aurais-tu des recommandations d'ouvrages, podcasts ou autres, pour sensibiliser les soignant-es ?

Conseils de contenus à suivre :
<https://www.instagram.com/ebereillustre/>
https://www.instagram.com/sante_politique/?hl=fr
<https://www.binge.audio/podcast/kiffetarace/>

Que je conseillerai comme bases aux personnes blanches. C'est un podcast réalisé par Rokhaya Diallo et Grace Ly.

Discriminations dans le milieu médical : Interview de Myriam interne en médecine générale et Rodolphe MG

Rodolphe est médecin généraliste à Saint-Etienne, M2 Inégalité Discrimination Territoire.

Myriam est interne de médecine générale à Saint-Etienne, M2 Enjeux Sociaux et Politiques de Santé Ensemble.

Ils travaillent sur les discriminations en santé, ainsi que sur les risques psycho-sociaux des étudiant-es en médecine. Ils gèrent notamment un DU Accès au soin et lutte contre les discriminations en santé, à Saint-Etienne.

Tu travailles sur le syndrome méditerranéen, les risques psycho-sociaux des étudiants en médecine, l'humour carabin, l'accès au soin des personnes précaires... Chacun de ces aspects paraît très vaste, qu'est-ce qui les fait se rejoindre et t'y intéresser conjointement ?

Les RPS des étudiant-es ont été l'entrée en matière. Les externes subissent leurs lots de contraintes (en apprentissage, mais également "bouche trou" (secrétariat, brancardage) et parfois, d'humiliations (apprentissage par la terreur, sexisme, racisme, grossophobie...). En plus de la maltraitance (individuelle ou institutionnelle), les externes constatent aussi des discriminations envers les patient-es, et parfois les reproduisent.

Existe-t-il des aspects institutionnels (qui dépassent la capacité de contrôle d'un individu dans ses interactions avec les autres) aux discriminations en santé ?

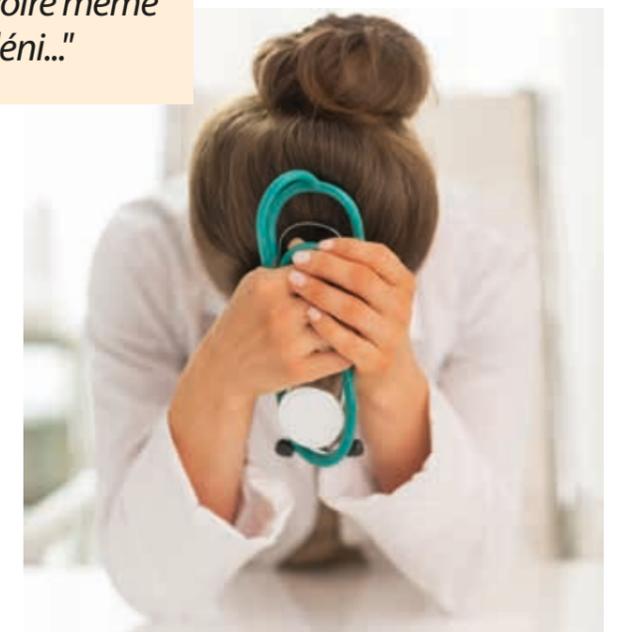
L'hôpital est le reflet de la société. Les discriminations vécues par les individus sont reproduites dans le système de santé, parfois plus violemment du fait de l'omerta, voire même du déni ("on ne peut pas être raciste, on soigne tout le monde") autour de ces problématiques. L'exemple typique est celui des patient-es "CMU" (maintenant C2S) perçues comme précaires et "assistées", et donc

"profitent" du système de santé. Dans les faits, les personnes qui bénéficient de la C2S ou de l'AME (aide médicale d'état) ont un accès au soin plus difficile, et parfois de moins bonne qualité.

Plus encore, ces patient-es ont moins recours au soin devant la difficulté des démarches, et le refus des médecins, qui devient une habitude pour ces patient-es (cf. article Non recours au soin des populations précaires).

On retrouve un phénomène semblable avec les personnes identifiées comme maghrébines, noires, et même des pays de l'est (!) à travers le "syndrome méditerranéen", que l'on justifie au nom du sauvetage de la sécurité sociale (cf. article sur le sd méditerranéen).

"Les discriminations vécues par les individus sont reproduites dans le système de santé, parfois plus violemment du fait de l'omerta, voire même du déni..."



Sur quel type de données travailles-tu ? Comment est-ce que tu les rassembles, et quelles difficultés est-ce que ça pose ?

Nous travaillons sur des entretiens semi-directifs, un questionnaire en ligne (avec commentaires libres possibles), et les données de la littérature. Nous avons interviewé énormément de personnes, et nous avons eu beaucoup de réponses. Nous sommes toujours en train de les analyser. Les témoignages sont parfois profondément déprimants, ce qui nous encourage à continuer! Nous n'avancions malheureusement pas aussi vite que nous le voudrions, du fait de notre travail qui est assez prenant !

Que peux-tu nous proposer pour nous former à reconnaître ces discriminations, les éviter au quotidien, et intégrer la lutte contre celles-ci dans nos pratiques ?

Nous sommes tous parfois discriminatoires, souvent (heureusement) sans nous en rendre compte. La fatigue et le surmenage n'aident pas,

notamment en cette période. Notre empathie peut diminuer. Nous sommes humains après tout ! De plus, nous avons tous notre bagage culturel et social, des biais que nous avons intégrant. Il faut commencer par accepter la critique : ne pas vouloir "se jouer l'avocat du diable" ou avancer "l'expérience personnelle" comme vérité absolue, alors que c'est un biais énorme ! Il faut accepter de se remettre en question, et de faire des erreurs. C'est sans doute le plus difficile. Il faut voir cela comme les RMM : ce ne sont pas des reproches à prendre personnellement mais un moyen d'évoluer ensemble vers des prises en charge non discriminantes.

Cette attitude réflexive s'apprend, ce n'est pas forcément quelque chose de naturel. Ainsi, nous croyons profondément en l'importance de l'enseignement afin de limiter l'intégration de ces biais discriminatoires, avec une attitude réflexive à travers les cours de sciences humaines, les DU, ou les conférences par associatifs concernés.

Nous faisons notre maximum pour intervenir auprès des associations étudiant-es lorsqu'elles le souhaitent, comme la FNEK (kiné), les penseurs de plaie, le CLIT... Nous cherchons à transmettre les résultats de nos recherches afin de faire bouger un peu les choses, sinon cela ne restera que de beaux papiers inutiles qui prendront la poussière sur une étagère!

Usager-es de drogues et discriminations en santé

Interview de Suzanne B.

Dans le cadre de notre mois sur les discriminations en santé, nous avons choisi de parler des usager-es de drogues afin d'évoquer leurs prises en charge et les discriminations auxquelles iels sont confrontés. Voici l'interview de Suzanne B., Usagère de drogue.

Quels sont les soins urgents dont auraient besoin les usagèr-es de drogue à l'heure actuelle ?

J'ai envie de dire : Les mêmes que pour les personnes qui ne font pas usage de drogues. Nous rencontrons les mêmes problèmes de santé que le reste de la population.

En France, le suivi des personnes usagèr-es de drogues repose avant tout sur le sevrage en premier lieu puis la prise en charge des complications éventuelles. Pensez-vous qu'une autre solution soit possible ? Quelles sont les pistes pour pouvoir assurer le suivi d'un usagèr-e qui continuerait sa consommation ?

La meilleure approche me semble être de partir de ce que la personne souhaite (et de ce qu'elle souhaite vraiment, sans pressions extérieures, principalement la pression au sevrage et à l'abstinence). Pour certaines personnes l'abstinence semble être la solution, pour d'autres contrôler leur consommation, la baisser, faire en sorte qu'elle

soit régulière, ou simplement limiter les risques et dommages... La piste principale me semble être le non-jugement (j'ai envie de dire, en matière de drogues aussi : mon corps, mes choix), et aussi ne pas confondre usage de drogues et addiction (on le fait très bien quand il s'agit d'alcool, mais c'est loin d'être acquis concernant la coke ou l'héro).

"Pour parler un peu de moi, j'ai la phobie des actes médicaux, et il faut une sacrée dose de non-jugement, de mise en confiance et de respect absolu de mon consentement pour que je fasse confiance à un-e soignant-e"

Quelles sont les discriminations principales subies par les usagèr-es de drogue ?

Le paternalisme et l'infantilisation ("je sais mieux que toi ce qui est bon pour toi", "vous ne savez pas faire une intraveineuse"), le refus de prendre en compte notre expertise expérientielle sur le sujet, la coercition, le non-respect de notre (non) consentement, le refus de prendre en compte notre parole car nous serions "tou-te-s des menteurs/euses", le rejet, les très nombreux préjugés (sales, voleurs/euses, menteurs/euses, criminel-le-s en puissance, incapables de prendre soin de nous, etc.), la discrimination par la loi (pénalisation de certains usages tandis que d'autres sont légaux)... la liste est longue !

Quelles sont leurs conséquences sur la santé des usagèr-es ?

L'alliance de ces discriminations toxicophobes chez nombre de soignant-e-s et de fréquents psychotraumatismes chez les UD fait qu'on est nombreux/euses à éviter les soins... (Pour

parler un peu de moi, j'ai la phobie des actes médicaux, et il faut une sacrée dose de non-jugement, de mise en confiance et de respect absolu de mon consentement pour que je fasse confiance à un-e soignant-e. Et je sais que mon cas est loin d'être exceptionnel).



Pouvez-vous nous citer des actions de limitation des risques parmi les plus efficaces en termes de santé des usagè-res ?

La distribution de matériel (d'injection, de sniff, de fume) à usage unique, sans limitation en quantité (oui j'ai déjà vu ça, les limitations en quantité, genre "pas plus de dix seringues par jour et par personne" ><). Des informations claires et informées sur les produits, leurs risques, leurs atouts, sans dramatisation des risques, sur les modes de conso, etc.

Des lieux d'accueil inconditionnels, au mieux où il est possible de consommer. La possibilité de tester les produits pour en déterminer les produits de coupe et le pourcentage de produit actif.

Que pensez-vous des salles de consommation à moindre risque ?

Je suis évidemment pour. Dans les petites villes, je suis aussi pour que la possibilité de consommer (à l'intérieur des CSAPA-CAARUD) soit offerte aux usagers/ères.

Quelles mesures vous paraissent importantes à mettre en place pour une meilleure prise en soins des usagè-res de drogue ?

Lutter contre l'ensemble des discriminations (y compris légales) et des préjugés dont sont victimes les usagers/ères, favoriser la réduction des risques et des liens de soins de confiance, sans jugements et avec un respect absolu de la pudeur, de la dignité et du consentement.

Avez-vous des exemples de santé communautaire mis en place par et pour les usagè-res de drogue ?

Oui, et iels font un travail formidable : ASUD, Techno+, Keep Smiling...

L'adelphité vous paraîtrait-elle une piste pour sortir des habituels suivis par des soignant-es ?

Il me semble que les soignant-e-s peuvent aussi être des adelphe-s, en fait. Avoir un diplôme de médecin et consommer des drogues ne sont pas antinomiques.

Plus généralement, je pense qu'il ne s'agit pas tant de sortir des suivis par des soignant-e-s, mais de favoriser les échanges entre soignant-e-s et usagers/ères, favoriser le travail ensemble, se nourrir les un-e-s les autres de nos expériences.

Auriez-vous des ouvrages, podcasts, à conseiller aux soignant-es qui s'intéresseraient à ce sujet ?

Oui ! En livres, je conseille : Pour en finir avec les toxicomanies, Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues, du Docteur Jean-Pierre Jacques, qui me semble incontournable.

Pour aller plus loin et si la sociologie vous intéresse : La Catastrophe invisible, Histoire sociale de l'héroïne (sous la direction de Michel Kokoreff, Anne Coppel, Michel Peraldi).

En podcasts, je conseille vivement Parcours Stups https://www.youtube.com/channel/UC_ntixMtd2sYISoNeBemjAg.

Et bien sûr, vous pouvez lire ASUD-Journal.

Sexisme dans le milieu médical

Interview du collectif Héro·ines 95

Dans le cadre de notre mois dédié à la lutte contre les discriminations en santé, nous avons décidé de réaliser une interview du collectif féministe Héro·ines 95 (@Heroines95). Nous vous invitons à lire leurs réponses.



Héroïnes 95 est un collectif féministe qui milite beaucoup contre le sexisme dans le milieu médical, pouvez-vous en dire plus sur vos actions ?

Nos actions tournent principalement autour de rencontres, actions de solidarité, happenings, collages féministes, et de publications sur les réseaux sociaux (@heroines95).

Notre motivation : lutter contre toutes les discriminations, dont celles faites aux femmes et aux minorités de genre : violences sexistes et sexuelles, racisme, validisme, grossophobie, classisme, LGBTQIA+phobies, etc.

Sous quelles formes peut se manifester le sexisme dans le milieu médical ?

Le sexisme dans le milieu médical apparaît, comme dans la société, à tous les niveaux : dans la formation des soignant-es, dans les inégalités salariales, dans les différences de traitements selon le genre (que le genre soit supposé ou réel) (ex : courbe du poids, erreurs de diagnostic, psychiatrisation des femmes, hypersexualisation, injonctions à la maternité, etc.), dans la prévention (ex : crise cardiaque plus fréquemment dépistée chez les hommes, contraception, autisme, etc.), dans la réception de la parole, dans la recherche scientifique, etc. Il faudrait des jours et des jours pour lister toutes les manifestations possibles de ce sexisme.

Il y a eu ces derniers temps, plusieurs "affaires" médiatisées de violences sexistes et sexuelles en consultation, des gestes non consentis, les touchers vaginaux sans consentement, etc. Ces affaires, extrêmement choquantes, sont pourtant peu rares.

Que pourriez-vous nous dire sur ces sujets ? Quelles sont vos revendications pour permettre d'améliorer la prise en charge des patientes contre le sexisme en santé ? Et notamment dans la formation des futur-es soignant-es ?

La libération de la parole a été encouragée grâce à des associations comme CFCV, StopVOG, et de nombreuses autres et aux appels à témoins qui ont permis aux victimes de se réunir. L'investissement massif des réseaux sociaux pendant le confinement a aussi certainement aidé. Pourtant, il y a toujours un décalage énorme entre tous les témoignages que nous recevons en privé et le nombre de personnes qui témoignent publiquement et qui se lancent dans une procédure. Nous sommes persuadé-es que l'union fait la force, d'autant plus pour ce genre d'affaires où il sera compliqué de prouver les actes inappropriés et où les accusé-es jouissent non seulement d'une certaine aura dans le milieu médical mais aussi d'un statut de notable qui leur apporte toutes sortes de privilèges.

Concernant nos revendications, tout d'abord, nous souhaitons la dissolution de l'Ordre des médecins.

Les programmes de formations en médecine sont également à revoir, avec notamment des formations dans l'écoute des victimes de violences et des formations régulières obligatoires pour la remise à niveau des connaissances et des pratiques pour une meilleure prise en charge, et écoute des patient-es.

La présence quotidienne de médecin-es dans les établissements scolaires serait également nécessaire, ainsi que plus d'investissements financiers et humains dans la médecine scolaire. Des formations à la santé doivent être organisées dès l'école : primaire, collège, lycée.

L'accès à l'information et aux soins doit être disponible pour toutes et tous, notamment des campagnes publiques de prévention régulières sur différents sujets (ex : le consentement, la contraception, les IST/MST, les impacts du validisme, du racisme, du classisme, etc.), et ces campagnes doivent prendre la même ampleur que celle liée au Covid pour s'assurer que tout le monde ait les infos.

La recherche doit se mener via des protocoles de tests égalitaires entre femmes et hommes. Par ailleurs, une meilleure prise en charge des traitements doit être établie, avec la reconnaissance de l'endométriose, par exemple, et de l'arrêt naturel de la grossesse qui devrait donner droit à des soins et à une prise en charge adaptée.

Le choix des soignant-es devrait toujours être possible et non discuté.

Il faudrait enfin faciliter les recours quand il y a maltraitance et/ou des erreurs médicales afin d'aider les victimes dans leurs démarches.

Quelles sont les conséquences de ce sexisme sur la prise en charge des patient-es ? Et donc sur leur santé ?

Il existe de nombreuses conséquences du sexisme sur la prise en charge médicale. Les maltraitements médicaux entraînent des traumatismes et, le refus ou la peur de consulter et/ou de se soigner. Cela risque d'entraîner un retard dans les diagnostics et la prise en charge.

Le sexisme représente aussi un facteur entrant en jeu dans les erreurs de diagnostics (pas uniquement le sexisme, mais aussi le racisme, le validisme, le classisme, les LGBTQIAphobies, etc.).

Vous avez publié une tribune sur le #MeTooGHB, avec entre autres la nécessité d'une formation des professionnel·les de santé pour la prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles. De façon générale, la formation pour l'accompagnement des personnes victimes de violences est très succincte voire inexistante.

Quelles sont les mesures concrètes que vous souhaiteriez pour la formation des soignant-es ?

Pouvez-vous donner quelques éléments de conduite à tenir face à une personne victime de violences sexistes et sexuelles qui consulte aux urgences pour un bon accompagnement ?

La priorité, c'est de croire les personnes quand elles disent que quelque chose ne va pas et qu'elles souhaitent des tests. Concernant la formation pour les services d'urgence, il serait nécessaire d'avoir dans chaque équipe une personne référente formée à la prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles.

Il faut également informer toutes les soignant-es sur la soumission chimique, et sur les prélèvements à réaliser, ainsi que sur les protocoles à respecter de façon générale pour mieux accompagner les victimes.

Les urgentistes devraient également être formés à l'écoute empathique (ex : communication non violente) et informés des numéros d'aide à transmettre, des associations qui peuvent venir en aide aux victimes.

De façon plus générale, il y aurait également un bénéfice pour tout le monde, en termes de violences sexistes et sexuelles, à une augmentation des effectifs, et des moyens pour les hôpitaux.

Auriez-vous des ouvrages, podcasts, à conseiller aux soignant-es qui s'intéresseraient à ce sujet ?

Tout ouvrage, article, podcast, vidéo... qui permet de déconstruire les stéréotypes et de lutter contre toutes les formes de discrimination serait utile. Il est difficile d'en faire une sélection, tant il y en a. On pourrait commencer par l'écoute et recommander de lire des témoignages en suivant des comptes d'autres personnes et associations sensibilisant au validisme, au racisme, à la grossophobie, à la transphobie :

@licegateaux

<https://www.instagram.com/licegateaux/>

@andy_in_the_city

https://www.instagram.com/andy_in_the_city/

@camillemhermaid

<https://www.instagram.com/camillemhermaid/>

@hcommehandipodcast (podcasts)

<https://www.instagram.com/hcommehandipodcast/?hl=fr>

@mulakoze

<https://www.instagram.com/mulakoze/>

@raplapla_et_porte_voix

https://www.instagram.com/raplapla_et_porte_voix/

Ressources : <https://linktr.ee/Raplplaetportevox>

@elisaamaranta (à suivre aussi sur Twitter)

<https://www.instagram.com/elisaamaranta/>

@graspolitique (association)

<https://www.instagram.com/graspolitique/>

Plein de ressources sur leur site :

<https://graspolitique.wordpress.com/>

@stopgrossophobie (et son livre : « T'as un joli visage », Kiwi, 2022)

<https://www.instagram.com/stopgrossophobie/>

@aggressively_trans (et son livre : « Une histoire de genres », Marabout, 2021)

https://www.instagram.com/aggressively_trans/

@xymedia (média transféministe audiovisuel)

<https://www.instagram.com/xymediafr/>

@stop_asiaphobie

https://www.instagram.com/stop_asiaphobie/

@asiattitudes (podcasts et articles)

<https://www.instagram.com/asiattitudes/>

@tetonsmarrons

<https://www.instagram.com/tetonsmarrons/>

Dont <https://www.instagram.com/tetonsmarrons.com/2020/01/18/racisme-dans-le-milieu-hospitalier/>

@decolonisonsnous (podcasts)

<https://www.instagram.com/decolonisonsnous/>

Dont : <http://www.slate.fr/story/191766/universalisme-antiracisme-republique-france-histoire-coloniale>

@tantquejeserainoire

(podcasts et aussi @tantquejeseraiathlete)

<https://www.instagram.com/tantquejeserainoire/>

<https://www.instagram.com/tantquejeseraiathlete/>

@assolallab

<https://www.instagram.com/assolallab/>

@recoudreca (et son livre : « Comment est-ce qu'on va recoudre ça ? – Halte aux violences à l'accouchement ! », Flammarion, 2022).

<https://www.instagram.com/recoudreca/?hl=fr>

@stopvogfr (association : Stop aux violences obstétricales et gynécologiques)

<https://www.instagram.com/stopvogfr/?hl=fr>

@lesdevalideuses

<https://www.instagram.com/lesdevalideuses/>

@espacesantetrans (association en Ile-de-France)

<https://www.instagram.com/espacesantetrans/>

Facebook

@pourunemeuf

<https://www.facebook.com/pourunemeuf>

@gynandco

<https://www.facebook.com/gynandco.be>

Concernant les livres, voici une de nos storys Instagram avec de nombreuses références.

<https://cutt.ly/qJvMcRt>

Mais il y en aurait tellement d'autres, c'est toujours triste et angoissant de ne pas pouvoir citer tout le monde...

Travailleur.ses du sexe et santé

Interview du coordinateur national pour le STRASS

Dans le cadre de notre mois contre les discriminations, nous parlons également des discriminations envers les travailleur.ses du sexe. Pour cela, nous avons interviewé le coordinateur national pour le STRASS, syndicat du Travail Sexuel, qui défend les droits et les intérêts de touTEs les TDS en France depuis 2009.

Quels sont les obstacles à une bonne prise en charge en matière de santé des TDS ?

Il y aurait beaucoup de choses à dire mais les barrières structurelles les plus importantes sont la criminalisation du travail sexuel, les discriminations, l'absence de droits, la précarité, notamment administrative, au regard du séjour et du logement, les barrières culturelles et linguistiques, etc.

Plusieurs oppressions semblent s'entrecroiser : sexisme, transphobie, racisme, putophobie... comment et par quoi constatez-vous sur le terrain les problématiques que soulève le fait d'être à l'intersection de ces différentes formes d'oppression ?

Il ne s'agit pas simplement d'une addition des discriminations mais de leur manifestation par des mécanismes plus forts, plus pernicious comme des renversements des rôles et des responsabilités par rapport aux oppresseurs, l'absence de recours et de possibilité de se défendre, et un enfermement dans des statuts d'incapacité pour confisquer nos paroles, instrumentaliser nos souffrances contre nous mêmes, la disqualification systématique de nos prises de parole, des formes de pathologisation, une non-reconnaissance de nos droits humains, etc.

Comment se manifestent ces oppressions ? Dans la vie quotidienne, le non accès à certains espaces, services, droits ou protections, les accusations systématiques, les punitions, l'intériorisation de la peur et de la non légitimité en tant que sujets citoyens, la précarité et donc la frustration de ne pas accéder aux mêmes loisirs et consommations, l'absence de temps libre, le non accès à la culture et aux savoirs, l'exposition à la violence, notamment la violence dite légitime de l'État, etc.

En quoi les conditions d'exercice du TDS impactent la santé de ces travailleur.ses et leur accès aux structures des soins de santé ?

L'exercice du TDS en soi n'est pas préjudiciable à la santé, mais quand il est criminalisé, stigmatisé, caché, précarisé, exploité, cela engendre des prises de risques, une exposition à la violence, au stress, un endommagement de la santé physique et mentale, à des renoncements aux soins. L'accès aux structures de soins peut être rendu plus compliqué quand la précarité pousse à davantage de mobilité et une perte de temps et d'énergie et donc une moindre attention à sa propre santé et bien-être quand il y a d'autres priorités comme survivre, gagner de l'argent pour se payer à manger ou une chambre d'hôtel où dormir. Certains comportements de professionnels peuvent décourager comme le fait de ne pas vouloir comprendre une personne parler avec un accent, ou appeler "monsieur" une femme trans devant une pleine salle d'attente.

Les politiques de criminalisation de l'exercice et/ou de la clientèle du TDS ont-elles un impact sur la santé des TDS ?

Oui, plusieurs études montrent une dégradation de la santé. L'étude Lebaill-Giametta montre que 38,3 % des TDS ont + de difficulté à imposer le préservatif 2 ans après la loi de 2016 alors que le rapport HAS de janvier 2016 montrait un taux d'usage systématique du préservatif de 95 %. L'étude Shannon 2014 parue dans the Lancet montre que la décriminalisation du travail sexuel pourrait réduire de 33 à 46 % les infections au VIH chez les TDS. De manière générale, toute politique de criminalisation réduit l'accès aux soins et à la santé. L'accroissement de l'exposi-

tion aux violences et à l'insécurité (déplacements vers des lieux plus reculés, perte de pouvoir de négociation et donc prises de risques avec des hommes réputés dangereux, interdiction d'embaucher une partie tierce pour sa protection à cause du proxénétisme, interdiction du travail en intérieur et de travailler à plusieurs pour sa sécurité) ont aussi un impact sur la santé, notamment la santé mentale.

Des profils très variés font le TDS, des problématiques sont-elles constatées également sur des notions telles que des TDS ne parlant pas français, n'ayant pas de service de couverture des soins ?

Oui évidemment, il y a des spécificités pour les migrantes, les personnes trans, les TDS usagères de drogues. En sachant que la précarité et la mobilité sont reconnues par le CNS comme des facteurs de prises de risques, contrairement à l'exercice du TDS en lui-même.

Vous constatez que le fait d'être TDS en soi mène à une moins bonne prise en charge en matière de soins de santé, mène à des comportements discriminants de la part des soignant.es et structures de soins ?

Non au contraire, les TDS ont à cœur d'accéder à une bonne santé, et notre mouvement s'est construit en grande partie via la santé communautaire à partir des années 1980, avec de bons résultats puisque nous avons empêché une épidémie VIH comme celle connue en Afrique sub saharienne, ou d'autres pays, parmi les femmes cisgenres.

En revanche, il existe encore certains comportements discriminants de la part des soignants, notamment dans l'accès aux soins gynécologiques ou en santé mentale, puisque certains cherchent à décourager l'exercice de notre travail considéré comme la cause de nos problèmes de santé, au lieu de nous soigner sans jugements.

Les actions de prévention et d'accompagnement (en matière d'informations comme matérielles) sont-elles portées et soutenues par les structures de santé ou cela repose-t-il essentiellement (sinon uniquement) sur la camaraderie et des associations locales ?

Il y a peu de structures qui osent parler directement et franchement de travail sexuel, à cause de la stigmatisation, mais le tissu associatif communautaire et ou en réduction des risques crée

des partenariats avec des structures de soins, notamment hospitalières pour faciliter l'accompagnement. Malheureusement, cela peut être assez inégal sur le territoire.

Comment améliorer la globalité de la prise en charge en santé des TDS, auriez-vous quelques mesures phares à donner en exemple ?

Oui, il faut avoir une approche de santé globale, qui prenne en compte des questions sociales, comme le logement, le séjour, la précarité, une approche qualitative et pas juste une approche statisticienne d'inonder tout le monde de capotes et de traitements, sans comprendre pourquoi on n'utilise plus de préservatifs ou qu'on a des difficultés d'observance.

Il y a un risque de croire que notre population clé n'est pas responsable, alors qu'en réalité il y a des barrières structurelles qui expliquent nos problèmes. Nous préférons donc parler d'oppressions subies que de "vulnérabilités".

Il faut s'appuyer sur la santé communautaire car c'est ce qui fonctionne le mieux. Il faut une offre de dépistage et de soins complète car cela peut se réduire aux tests sanguins et aux prélèvements muqueuses, il faut du dépistage hors les murs car tout le monde n'a pas le temps de se rendre en centres, maîtrise la langue pour prendre les rendez vous par téléphone,

Il faut favoriser l'accès à la santé mentale par des professionnels non jugeants.

Si un.e professionnel.le de santé ou structure voulait se sensibiliser, s'améliorer, s'engager vis-à-vis des problématiques touchant aux TDS, vers quoi pourrait-iel se tourner ? Ressources, associations, formations ?

Il faudrait travailler avec les assos de santé communautaire. Lire les rapports d'activité des assos et des réseaux. Lire les recommandations internationales notamment les SWIT guides de l'OMS et ONUSIDA. On peut aussi éventuellement créer des rencontres et échanges.

Santé des exilé-es

Interview d'une des membres du Comede



Dans le cadre de notre mois sur les discriminations en santé, nous allons parler des discriminations envers les personnes exilées. Pour cela, nous avons interviewé Océane Gaigeot, médecin généraliste au Comede, comité pour le soutien des exilé-es.

Pouvez-vous présenter le Comede, ses actions, ses objectifs ?

Le Comede est une association qui a pour missions d'agir en faveur de la santé des personnes exilées et de défendre leurs droits. Notre équipe est composée d'une centaine de personnes salariées et bénévoles. L'association propose des lieux d'accueil en Île-de-France (Kremlin-Bicêtre, Pantin et Paris), à Saint-Etienne, Marseille et Cayenne en Guyane. Nous développons également des activités de formation, d'information et de recherche, notamment via nos permanences téléphoniques et des publications, par exemple les livrets de santé bilingue et le Guide du Comede. Nos actions reposent sur l'expérience pluridisciplinaire de l'équipe en matière de soins et d'accompagnement des personnes exilées. Elles sont conduites en partenariat avec d'autres associations, des institutions publiques et un réseau de professionnel-le-s de la santé, du droit et de l'action sociale.

À quelles problématiques sont confrontés les exilé-es pour l'accès aux soins ?

Du fait de leur statut juridique particulier, les personnes étrangères se trouvent confrontées à des difficultés spécifiques, essentiellement dues à des difficultés d'accès aux droits. Plusieurs réformes récentes, dont la dernière en novembre 2019 ont supprimé le droit à la protection maladie pendant les premiers mois de séjour en France, notamment le droit à la sécurité sociale pour les demandeurs d'asile et à l'aide médicale Etat pour les personnes sans titre de séjour. En outre par la suite, les personnes exilées peuvent traverser des périodes longues et récurrentes de rupture de ces droits. De plus, la complexité des procédures, la dématérialisation et des demandes abu-

sives de justificatifs par les caisses d'Assurance maladie rendent souvent nécessaire le recours à un.e professionnel.le dans l'accompagnement de ces démarches. La difficulté d'accès à l'interprétariat professionnel est un obstacle supplémentaire dans l'accès aux droits et aux soins des personnes étrangères allophones. Le coût des transports en commun et la peur des contrôles d'identité sont également des freins, renforcés par la difficulté d'accès au réseau de soins de proximité (médecine générale de ville notamment) du fait de l'absence de protection maladie ou d'accès à l'interprétariat professionnel. À tous ces freins s'ajoute la forte compétitivité des besoins primaires (c'est-à-dire le besoin d'accès à un hébergement digne, à une alimentation quotidienne, à l'hygiène...) qui peut favoriser le non recours ou un renoncement aux soins. Actuellement, l'obligation du passe sanitaire pour accéder aux services hospitaliers et le coût des tests covid pour les personnes sans protections maladies sont des freins supplémentaires qui touchent particulièrement les personnes exilées.

Comment se passe l'accès à l'AME, dont le panier de soin est très réduit et l'accès de ce que nous savons peu aisé ?

Depuis 2020, l'accès à l'AME (Aide Médicale d'État) a été considérablement restreint. Alors qu'il fallait 3 mois de présence pour faire la demande, il faut maintenant 3 mois de situation irrégulière sur le territoire français. Cela prolonge d'autant l'accès aux soins et entraîne des ruptures de suivi et de traitement pour les personnes déboutées d'asile par exemple. Nous constatons de plus en plus de refus d'attribution de l'AME pour des personnes qui remplissent pourtant les critères d'attribution, et doivent alors renouveler leur demande.



De plus, l'accès à l'AME nécessite d'avoir une domiciliation qui est parfois refusée par les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), dont c'est pourtant la mission.

Quelles sont les conséquences pour leur santé des discriminations et barrière à l'accès aux soins auxquels ils font face ? Auriez-vous des éléments à nous apporter pour expliciter cet impact ?

Les violences dans le pays d'origine et sur le trajet ont un impact sur la santé mentale et physique des personnes exilées. À leur arrivée en France, nombreuses sont les personnes s'inquiétant de leur état de santé et l'absence d'accès aux soins devient une source supplémentaire de préoccupation. De plus, il peut y avoir une rupture de prise de médicament pour des maladies chroniques, des ruptures ou des retards de suivi de grossesse, un dépassement du délai légal de recours à l'IVG. Outre les refus de soins documentés par les pouvoirs publics chez certains professionnels de santé libéraux à l'encontre des personnes bénéficiaires de l'AME ou de la CSS, nous sommes également sollicités dans les permanences téléphoniques du Comede pour des restrictions, retards et parfois refus de soins à l'hôpital public pour des étrangers atteints de maladies graves et dans l'attente de leur ouverture de droits à l'AME ou à la sécurité sociale.

Les Maux d'Exil 53 et 66 traitent respectivement des discriminations dans l'accès aux soins des cancers et en néphrologie.

Les exilé-es subissent souvent l'accumulation de multiples oppressions. Retard de soins, mauvaise prise en charge de la douleur, jugements et propos racistes, discriminatoires des soignant-es, comment constatez-vous sur le terrain l'impact sur leurs prises en charge de toutes les discriminations dont ils font l'objet ?

C'est particulièrement auprès des personnes rencontrées dans le cadre de notre activité d'aller vers (nous intervenons dans un bidonville) que l'on observe de manière exacerbée les conséquences de ces multiples oppressions. On les retrouve également auprès des patient.es que nous accompagnons au sein de nos différents dispositifs. On constate une méfiance des lieux de soins et notamment des hôpitaux. Or il s'agit du principal lieu de soin accessible aux personnes sans protection maladie. Cette méfiance fait suite à des expériences négatives, parfois traumatiques, qui jalonnent leurs parcours de soins. Ce peut être un accouchement difficile sans la présence d'un.e proche ou d'un.e interprète, l'infantilisation des patient.es qui rencontrent des difficultés à suivre les conseils des médecins ou bien des refus abusifs d'inscription aux urgences, motivés

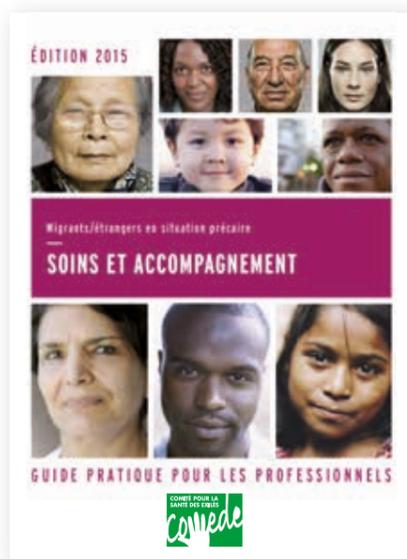
par l'absence de d'adresse ou de pièce d'identité. Cette méfiance porte sur la crainte d'être de nouveau insulté, discriminé ou de se voir imposer des soins. Le recours aux soins est donc reporté au moment où la dégradation de l'état de santé est telle qu'elle ne peut plus être ignorée. L'accès aux soins fait donc dans la précipitation, souvent dans les services d'urgences déjà débordés et vient créer un nouvel événement négatif. L'accès à la prévention est également inexistant dans ces situations.

Avez-vous des idées d'ouvrages, podcasts à conseiller aux soignant-es pour se sensibiliser à la question ? Comment mieux former les soignant-es à la question de la santé des exilé.es ?

Le guide de Migration Santé Alsace, Vers plus d'égalité en santé : guide de prévention et de lutte contre les discriminations, est un outil intéressant de sensibilisation aux discriminations dans les soins. Il propose également des ressources et conseils pratiques à appliquer face à une discrimination.

Le Comede dispose également de plusieurs outils pour aider les professionnel.le.s dans l'accompagnement des personnes exilées :

- Le guide Comede en ligne : Guide.comede.org, en cours de mise à jour, dans le cadre d'un partenariat avec Santé Publique France.
- La revue Maux d'exil, publiée 4 fois par an, qui se consacre à un dossier abordé en regards croisés par différents intervenants du champs du médico-social. Le dernier en date portait sur l'épidémie de VIH/Sida.



La barrière de la langue est un obstacle supplémentaire qui limite l'accès aux soins. Les services d'interprétariat sont peu développés. Avez-vous des idées pour améliorer cela ?

Alors qu'il est possible dans la plupart des hôpitaux publics, le recours à l'interprétariat est souvent sous-utilisé soit par méconnaissance des soignant.es soit par instruction des directions hospitalières par soucis d'économie. Pourtant en 2017, le Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) émet un avis concernant la formation des acteurs et les bonnes pratiques du secteur sur l'interprétariat linguistique. Il y est ainsi précisé que les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) incluent le développement du recours à l'interprétariat professionnel par les structures de santé, l'ancrant ainsi dans les politiques publiques au plus près des territoires de vie des personnes exilées. L'avis précise également que « le Collège considère que le respect des bonnes pratiques énoncées dans ce référentiel nécessitera la reconnaissance et un financement adapté des dispositifs d'interprétariat professionnel ».

Considérant que l'interprétariat professionnel en santé est un déterminant de l'accès aux soins et à la prévention des publics précaires, la question de l'harmonisation au niveau national de ses modalités de financement est un enjeu central pour garantir la généralisation de son utilisation par les structures de santé. Actuellement financé sur programmes régionaux de santé, il est primordial d'en assurer le financement pérenne pour garantir l'égal accès de toutes et tous à la santé ainsi que la qualité des soins prodigués.

Le Maux d'Exil n°49 revient sur l'importance de l'interprétariat professionnel dans les soins.



Quelles sont les actions/mesures qui pourraient améliorer leurs prises en charge ? Si vous deviez proposer trois mesures prioritaires quelles seraient-elles ?

Nous proposerions les mesures suivantes :

- Garantir l'accès à l'interprétariat aux personnes non francophones à toutes les étapes du parcours de soin et l'accès aux droits. Afin qu'elles puissent accéder plus facilement à une protection maladie et à des soins de qualité.
- Inclure l'Aide médicale de l'Etat (AME) dans le régime général de Sécurité sociale. Cela permettrait une simplification des démarches tant pour les usagè.e.s que pour les professionnel.le.s ce qui favoriserait l'accès aux soins. Plus d'infos ici : <https://cutt.ly/CJv0XBb> 
- Rendre accessible les soins primaires de proximité aux personnes sans protection maladie. En effet, pour les personnes sans protection maladie, le suivi de médecine générale n'est possible sans reste à charge uniquement dans les hôpitaux disposant d'un service PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), si on fait exception des rares PASS ambulatoires.

En pratique pour un-e soignant-e, quelles peuvent être ses ressources au niveau local ou national pour contribuer à la prise en soin convenable d'un-e exilé-e ? Y a t il des spécificités selon la tranche d'âge ?

J'en vois trois qui me semblent utiles au quotidien. Tout d'abord les livrets de santé bilingues, coédités par le Comede et Santé Publique France, qui sont un support de dialogue pour les personnes migrantes et les professionnel.le.s de la santé ou du social. Ils sont conçus pour aider à mieux connaître et maîtriser les enjeux de prévention en santé, à comprendre les circuits d'accès aux soins et aux droits. Gratuit, ces livrets sont disponibles en 15 langues et peuvent être commandés auprès de Santé publique France. Aussi, le caractère pluridisciplinaire du Comede nous a conduit à concevoir un guide pratique, conçu comme un pont entre des pratiques professionnelles qui concourent à la promotion de la santé des personnes exilées. Ce Guide tient compte de la complexité croissante des problèmes de santé des personnes : précarisation du statut administratif, transformation épidémiologique et diversification de l'origine géographique.

Une version intégralement en ligne est en cours d'élaboration et des premiers articles consultables à l'adresse Guide.comede.org. Enfin, les permanences téléphoniques (médicales, psychologiques et socio-juridiques) sont également une ressource précieuse en cas de difficulté face à une situation portant sur l'accès aux droits ou aux soins des étrangère.s.

Transphobie dans le milieu médical : Interview de membres de Chrysalide

Dans le cadre de notre mois dédié aux discriminations en santé, nous allons parler de la transphobie. Pour cela, nous avons interviewé Sophie Berthier, co-fondatrice et secrétaire-trésorière, et David Latour, co-fondateur et président de l'association Chrysalide à Lyon dont voici le site internet <https://www.chrysalide-asso.fr>

Quelles sont les attentes spécifiques des personnes trans dans leur prise en soins ?

En 2011, nous avons rédigé une brochure intitulée "Enquête santé Trans 2011". Elle est consultable sur notre site et commandable gratuitement en format papier. Force est de constater que la situation n'a guère évolué depuis les conclusions alarmantes que nous tirions déjà à l'époque.

Avant même de parler des attentes spécifiques des patients trans, il convient d'aborder les besoins élémentaires qui devraient être respectés pour toute personne ayant recours à la médecine. Ce sont d'abord ces besoins-là qui doivent être pris en compte dans les relations entre une personne trans et son/sa praticien.ne de santé. Le premier besoin est celui d'être accepté.e en tant que patient.e chez un.e praticien.ne. Le second est que son intégrité physique soit respectée. Le troisième est d'être considéré.e dans sa totalité en tant que patient, et non uniquement en tant que personne trans. Ces trois points ne forment pas de hiérarchie et devraient être d'une évidence absolue.

Pourtant, depuis 15 ans, nous récoltons des témoignages de personnes nous faisant part de refus de prise de rendez-vous au motif que le/la praticien.ne "ne reçoit pas ce genre de personnes" pour citer un usager. D'autres encore nous alertent sur le fait qu'un médecin leur a demandé de se dévêtir pour regarder des résultats opératoires sans que le motif de la consultation ne soit en lien avec un quelconque suivi post-opératoire, ni que le médecin ait précisé qu'il s'agit de curiosité de sa part et que l'intérêt du/de la patient.e n'est pas ce qui

le motive. D'autres enfin nous rapportent que leur médecin traitant a précisé à un.e confrère spécialiste vers lequel/laquelle elles étaient orientées, qu'elles sont trans alors que le motif de consultation n'a strictement aucun rapport avec leur transition. Nous sommes donc très loin de pouvoir parler d'attentes spécifiques des patients trans à ce stade, mais plutôt de la façon bien trop spécifique dont beaucoup de médecins français conçoivent encore l'accueil des patient.e.s trans. Or, les patient.e.s trans ont le besoin et le droit d'être accueilli.e.s comme tou.te.s les patient.e.s. La transidentité doit absolument être prise en compte, mais seulement lorsque cela est pertinent.

Des résident.e.s en zones frontalières nous ont d'ailleurs fait part de leur stupéfaction face à la différence de traitement dont ils et elles bénéficient auprès de médecins étrangers consultés (suisses, allemands, belges, notamment), avec qui des examens génitaux non consentis sont absolument impensables, contrairement à ce dont ils et elles ont fait l'expérience avec des médecins français.

Nous savons que les suivis des patient-es trans sont parfois jalonnés de refus de soins notamment pour tout ce qui est prescription de traitements hormonaux. Pouvez-vous nous en dire plus sur les principales discriminations subies par les personnes trans ?

"Parfois" est un euphémisme. Dans plusieurs départements, il n'y a absolument aucun endocrinologue qui accepte ne serait-ce que de recevoir des personnes trans. Le refus de soins en terme de suivi hormonal n'est donc pas une exception, mais est devenue la règle. Ce sont les médecins qui acceptent d'effectuer un suivi hormonal qui

font figure d'exception. De ce fait, les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer pour sortir de cette impasse : beaucoup bottent encore en touche lorsqu'ils et elles sont sollicité.e.s, arguant que ce serait aux endocrinologues d'effectuer ce suivi. Pourtant, dans la mesure où la réalité de terrain est qu'un nombre insuffisant d'endocrinologues assument leurs responsabilités vis-à-vis des patients trans, il est vital que les médecins généralistes puissent prendre le relais. N'oublions pas que les œstrogènes prescrits aux femmes trans sont les mêmes (ex. œstrogel, œstrodose) que ceux pris par les femmes ménopausées et prescrits en majorité par des généralistes.

Au-delà des refus de rendez-vous purs et simples, cette pénurie de médecins acceptant de prescrire un traitement hormonal substitutif (ths) induit un rapport totalement déséquilibré entre le/la médecin et le/la patient.e. Par exemple, nombre de praticien.ne.s prescrivent systématiquement de l'acétate de cyprotérone (ex. Androcure) à des femmes trans, y compris lorsque celles-ci n'en veulent pas, notamment si elles souhaitent conserver une certaine libido. Or, quand les patient.e.s expriment leur désaccord avec des traitements prescrits, certains médecins n'hésitent pas à répondre, comme nous l'a rapporté une adhérente : "si vous n'êtes pas content avec ce que je prescris, vous n'avez qu'à aller voir ailleurs !" On est très loin d'une relation saine et d'un consentement éclairé.

Il existe également des praticien.ne.s tout à fait respectueux.ses et à l'écoute des besoins spécifiques de chaque patient.e, quel qu'il ou elle soit. Malheureusement, ils et elles restent trop peu nombreux par rapport au nombre de personnes trans ayant besoin d'un ths.

Au-delà des traitements hormonaux, quels sont les autres soins pour lesquels les personnes trans font face à des limitations dans l'accès à ces soins ?

Dans les faits, l'accès aux soins est restreint par des violences médicales qui diffèrent selon les motifs de consultation et le type d'examen. Il y a, par exemple, extrêmement peu de personnes transmasculines, y compris parmi celles ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres, qui effectuent de suivi gynécologique.

De plus, le simple fait pour une personne trans de se faire ausculter pour une toux chez un généraliste peut s'avérer très embarrassant dès lors qu'il faut se dévêtir et dévoiler un corps qui fait trop souvent l'objet de regards et de commentaires de la part des médecins. Même un rendez-vous chez un dentiste peut être compliqué dès lors que la personne n'a pas encore pu bénéficier du changement de numéro de sécurité sociale (après un changement d'état civil), ce qui lui vaudra d'être automatiquement identifiée comme personne trans, voire désigné.e par sa civilité administrative – et donc mégenrée – au téléphone ou dans la salle d'attente.

Auriez-vous des conseils simples à prodiguer aux soignant-es qui voudraient améliorer leurs pratiques ?

Nous avons rédigé un guide intitulé "L'accueil médical des personnes trans", qui s'adresse spécifiquement au personnel médico-social. Il est consultable sur notre site et commandable gratuitement en format papier. Nous proposons également une 'charte de bonnes pratiques' sur notre site, que tout médecin peut consulter, signer et transmettre à ses collègues.

Par ailleurs, nous proposons régulièrement des formations pour donner aux professionnels les clés pour offrir un accueil de meilleure qualité aux patients trans. Plusieurs autres associations membres de la Fédération Trans et Intersexe proposent ce type de formation. RITA, qui est une association trans grenobloise, propose, par ailleurs et conjointement avec le Planning Familial 38, une formation spécifiquement destinée aux médecins généralistes désirant prescrire des traitements hormonaux.

Nous vous recommandons vivement de consulter le site <https://transidentific.com/>, rédigé par un.e médecin généraliste et destiné aux généralistes désireux.ses de suivre des patient.e.s trans.

Quelles sont les conséquences des violences subies par les personnes trans sur leur suivi ? A-t-on des données chiffrées sur ces points ?

Notre étude "Santé Trans 2011" avait permis de chiffrer à 16 % le nombre de personnes qui s'étaient vu refuser un rendez-vous médical sans

rapport avec leur transition. Les préjugés du personnel soignant avaient fait renoncer 35 % des personnes à des soins. Trois personnes trans sur quatre (75 %) avaient déjà été mal à l'aise avec un médecin pour une raison en rapport avec leur transidentité. Pour plus de la moitié des personnes (57 %) cela provenait de l'attitude du médecin, et pour 21 % de son mépris.

Les conséquences sont graves puisque de nombreux patients trans renoncent à des soins et à des examens, ce qui limite grandement le dépistage précoce de certaines pathologies. De plus, cela encourage le recours à des voies alternatives, telle la commande d'hormones sur Internet en l'absence de tout suivi médical avec les risques que cela comporte. Loin d'être un choix inconsidéré, les personnes qui y ont recours le font à contrecœur, après avoir cherché en vain des médecins acceptant de les suivre. En tant qu'association, nous sensibilisons les personnes trans aux risques inhérents à de telles pratiques.

Quelles mesures proposeriez-vous pour améliorer la prise en soins des patient-es trans ?

Il faut sortir de cette hypocrisie consistant à nier que de trop nombreux médecins choisissent leur patientèle selon des critères éthiquement irrecevables. Soyons clair.e.s : Refuser de recevoir un.e patient.e trans au motif qu'on ne s'estime pas compétent.e et sans vouloir prendre la peine de se renseigner pour mettre à jour sa pratique est un argument inentendable car c'est faire le choix de la laisser en détresse et/ou de lui offrir pour unique alternative de se procurer des hormones sur Internet sans aucun suivi médical.

Il faut que les médecins généralistes prennent ce sujet à bras le corps, qu'ils et elles acceptent non seulement de renouveler des ordonnances établies par des endocrinologues, mais également qu'ils et elles s'informent sur les différentes prescriptions qu'ils et elles sont abilités à faire. Au-delà des traitements hormonaux, il est important de proposer des consultations respectueuses des personnes quelle que soit leur apparence physique, de respecter leur genre indépendamment des informations données par la carte Vitale et de montrer qu'en tant que médecin vous n'êtes pas dans une posture de jugement, mais d'accueil de ce que votre patient.e a à vous dire concernant sa santé.

Auriez-vous des ouvrages, podcasts, à conseiller aux soignant.es qui s'intéresseraient à ce sujet ?

- Sur le plan culturel
 - « Les transidentités racontées par les trans » (4 épisodes) – podcasts de France Culture.
 - Bornstein, Kate. Hello, monde cruel – 101 alternatives au suicide pour les ados, les freaks et autres rebelles, Au Diable Vauvert, La Laune, 2018.
 - Durand, Elodie. Transitions - Journal d'Anne Marbot, Delcourt, Paris, 2021.

→ Sur le plan médical
Nous vous conseillons d'informer vos patient.e.s trans de l'existence de l'application « TransMémo ». Gratuite et disponible sur Android, cette application permet de suivre son ths grâce à son Smartphone.

En anglais, nous vous recommandons les ouvrages suivants :

Aspects psychologiques

- Sand C. Chang, Anneliese A. Singh et Lore M. Dickey. A Clinician's Guide to Gender-Affirming Care Working with Transgender and Gender Nonconforming Clients.
- Aron Janssen et Scott Leibowitz. Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth.
- Sally Hines. TransForming Gender : Transgender Practices of Identity, Intimacy and Care.

Aspects somatiques

- Randi Ettner, Stan Monstrey et Eli Coleman (eds.). Principles of Transgender Medicine and Surgery.
- Rachel Ann Heath et Katie Wynne. A Guide to Transgender Health State-of-the-Art Information for Gender-Affirming People and Their Supporters.
- Courtney Finlayson. Pubertal Suppression in Transgender Youth.
- Leonid Poretsky et Wylie C. Hembree (eds.). Transgender Medicine : A Multidisciplinary Approach.

En Suisse francophone, cet excellent travail de recherche :

https://doc.rero.ch/record/328067/files/Travail_de_Bachelor_Carnal.J_Riedweg.G.pdf

Sérophobie : Interview de Coco

Dans le cadre de notre mois sur les discriminations en santé, nous allons parler de la sérophobie, des discriminations envers les personnes séropositives au VIH. Pour cela, nous avons interviewé Coco, séropositive depuis plus de 30 ans, lesbienne, ancienne usagère de drogues, ancienne travailleuse du sexe, activiste et militante dans une association de lutte contre le SIDA.

La sérophobie est extrêmement fréquente dans la société et le milieu médical en particulier. Auriez-vous des chiffres sur les discriminations sérophobie à nous partager ? Les formes d'expression de la sérophobie ont-elles évoluées depuis les années 90 selon vous ? Comment la désinformation des nouvelles générations sur le Sida et sur l'histoire de cette épidémie joue-t-elle un rôle dans la perpétuation de préjugés sérophobes ?

Je ne suis pas axée sur les chiffres qui sont loin d'être exhaustifs mais la sérophobie peut être implicite ou explicite et il faut aller au plus près des personnes recueillir leur parole avec toute la difficulté que cela représente de parler de sa séropositivité. Ensuite, contrairement aux violences verbales et physiques LGBTIphobes, la sérophobie n'est pas punie par la loi et la sérophobie est une discrimination.

La sérophobie existe depuis le début des années 80 moi j'ai été contaminée en 1987 et j'ai connu la sérophobie violente, celle du rejet, celle où on pose des plateaux repas dans les chambres parterre devant la porte parce qu'on n'ose pas rentrer, celle où on ne te regarde pas, où on ne te touche pas parce que ton corps est amaigri envahi de kaposi, la sérophobie jusque dans la mort durant des décennies avec l'interdiction des soins funéraires, une lutte remportée il y a 5 ans après des années de combat de personnes séropositives et militants-es. Il y a eu l'époque où on ne savait pas comment cela se transmettait que je peux comprendre mais on l'a su dès 1984 que c'était transmissible par le sang et par le sperme. Les personnes gays et les toxicomanes qu'on oublie un peu ont été très touchées et les femmes quant à elles dès le début, elles ont été invisibilisées et les personnes racisées et les personnes trans n'en parlons pas.

C'est bien pour cela que la dimension communautaire de la lutte contre le sida est essentielle et incontournable. Mais aujourd'hui quand je vois que de nombreuses personnes pensent que le VIH s'attrape par la salive ou en se touchant, cela me désole au plus haut point et forcément cela questionne.

Il y a eu une période avec moins de sérophobie mais en même temps on mourrait et puis elle est revenue au milieu fin des années 90 au moment de l'arrivée des trithérapies, nous allions vivre un peu plus pour celles et ceux qui ont survécu jusque-là. Dans le milieu du soin, elle est malheureusement fréquente et une des plus répandues, c'est celle au niveau des dentistes. Il faut savoir qu'à l'époque, beaucoup de personnes séropositives se sont vu arracher des dents alors qu'elles auraient pu les conserver et puis comme on pensait qu'on allait mourir on n'a pas réagi et quant aux refus de soins aujourd'hui de la part des dentistes, ils sont nombreux et surtout ils n'ont pas lieu d'être que l'on dise sa séropositivité aux médecins ou pas. Pour ma part je l'ai toujours dit dans toute situation vis-à-vis du personnel soignant, je vis avec et c'est le sens de tout mon combat. Il fait partie de moi, de ma vie je n'ai pas caché ma séropositivité même si ça a été extrêmement difficile. Le refus de soin de la part des dentistes peut être très explicite : "je ne prends pas des personnes comme vous" cash direct et elle peut être implicite avec des discours du style "je n'ai pas l'habitude des personnes comme vous, votre situation est complexe et je ne veux pas prendre le risque de vous soigner". La sérophobie existe aussi de la part des gynécologues avec des discriminations particulièrement violentes à vous dégoûter d'y retourner durant des décennies et puis le jugement de valeur, « personne ne

t'a obligé à te droguer » vous avez des enfants non tant mieux etc. en ce qui me concerne je resterais plus de 20 ans sans voir une gynécologue, je n'y retourne que depuis mes 50 ans régulièrement et j'ai une gynécologue très bienveillante. Il y a le recul d'un pas ou de 2 pas quand on dit à une autre personne qu'on est séropositif/ve comme si elle devait se protéger de nous. Et plus récemment j'ai connu la sérophobie 2.0 avec une réservation en ligne pour une imagerie médicale où il y avait marqué « si vous êtes porteur d'une maladie contagieuse (VIH, hépatite, gale) vous ne pouvez pas prendre rendez-vous, vous devez appeler avant ». J'ai publié ceci sur les réseaux, Doctolib a fait enlever ce commentaire mais le centre d'imagerie continue de demander dans des questionnaires si les personnes ont le VIH, c'est inacceptable et quant au défenseur des droits que j'ai saisi avec toutes les captures d'écran du questionnaire en ligne disparu depuis, on me demande des nouvelles preuves car pour prouver la sérophobie, il faut prouver le refus de soins alors que dans ce cas c'est plutôt du renoncement aux soins pour ne pas subir la sérophobie. J'attends toujours et je suis très en colère de tout ça.

Aujourd'hui à mes yeux on banalise beaucoup trop le VIH, je comprends qu'il faille rassurer mais vivre avec le VIH n'est pas vivre comme tout le monde pour un grand nombre de personnes vivant avec le VIH, ce discours est arrivé avec la Prep un traitement en prévention pris par des personnes séronégatives et qui n'enlève rien à son efficacité et au fait qu'il contribue à réduire les contaminations bien évidemment. Néanmoins, il ne faut pas oublier que beaucoup de personnes vivent avec le VIH et ont de nombreux effets secondaires liés aux traitements, des pathologies et/ou des comorbidités associées et les PVVIH comme d'autres personnes malades chroniques nécessitent une prise en charge spécifique et notamment quand on vieillit avec. Il y a une génération, la première qui a tout bouffé comme traitement et qui en paye le prix fort aujourd'hui et puis la 2nde qui a connu le début des trithérapies avec le passage à un cachet rapidement et surtout des chances de

vie beaucoup plus importantes que nous à l'époque. Les discriminations aujourd'hui en lien avec le VIH pour des personnes qui vivent et vieillissent avec le VIH sont nombreuses et le principal argument c'est de dire que nous sommes des cas trop complexes car nous avons le VIH mais avec des pathologies associées et de nombreuses comorbidités, c'est pourquoi il est important de ne pas toujours banaliser. Les refus de soin mais aussi les renoncements aux soins sont et restent très nombreux et c'est difficilement quantifiable et ces derniers ne sont pas toujours faute de moyens, ils sont dus aussi au fait de ne pas avoir à être confronté à la sérophobie. Récemment un médecin des urgences où je suis suivie m'a dit que j'étais trop complexe, que les urgences c'était la bobologie, j'avais attendu 3h pour m'entendre dire cela et cela pose un problème. De plus, les refus de soins sont déjà nombreux sans la sérophobie par le fait de ne pas avoir de papiers et /ou de couverture médicale.

Quelles peuvent être les conséquences sur la santé des personnes séropositives entraînées par les discriminations qu'elles vivent ? Savez-vous dans quelle mesure cela peut entraîner un renoncement aux soins ? Des pertes de chances ?

Les conséquences d'un renoncement aux soins peuvent être très importantes et la crise sanitaire est un facteur aggravant, cela engendre un sentiment d'isolement et d'incompréhension, ce qui peut amener à du renoncement malheureusement. Il y a d'énormes lacunes sur la prise en charge des malades chroniques notamment au niveau des urgences, c'est assez récurrent. Il faut savoir que beaucoup de personnes vivent et vieillissent avec le VIH et un grand nombre d'entre elles relèvent d'un suivi de médecine interne, d'une surveillance continue et d'un bilan annuel de synthèse avec la recherche de complications qui se fait généralement sur une hospitalisation de jour. Ce sont des recommandations du Conseil national du sida qui aujourd'hui tendent à disparaître laissant les personnes séropositives livrées à elles-mêmes dans un contexte où l'hôpital public est particulièrement malmené, cela relève d'un parcours du/de la

combattant-e que de se soigner aujourd'hui. C'est là que la dimension patientE soignantE doit avoir tout son sens, elle s'est construite dans la lutte contre le sida au travers de la loi du 4 mars 2002 aboutissant au consentement éclairé et au droit à l'information sur son état de santé. De nombreux médecins et de nombreuses personnes malades ont découvert le VIH ensemble, se sont battues ensemble, la notion du/de la patiente experte vient de là mais malheureusement aujourd'hui force est de constater que cette dimension se perd, on ne prend plus le temps si important à la construction de cette relation et tout cela à cause de la recherche de rentabilité imposée aux hôpitaux. On ne peut pas obliger un médecin, une infectiologue à avoir 4 patientes en 1h ce n'est pas possible mais c'est pourtant la réalité. Et renoncer aux soins en temps de COVID où il y a eu de nombreux reports de soins déjà, que ce soit faute de moyens, ou à cause des discriminations, cela affecte notre santé et notre prise en charge sans oublier aussi que le Covid avec la baisse de vigilance des gestes barrières entraîne de nombreux renoncements aux soins aussi étant donné la fragilité de nombreuses personnes séropositives.

Qu'aimeriez-vous que le milieu médical change pour améliorer la prise en charge des personnes séropositives ?

Il faut surtout améliorer la prise en charge des personnes séropositives, il doit y avoir au sein des hôpitaux publics un service permanent qui permet une surveillance continue des personnes malades chroniques comme le VIH qu'elles soient curables ou non et également en médecine de ville pour ne pas être confronté à des personnes qui ne connaissent pas notre situation médicale. Remettre aussi au centre de la relation médecin patiente la parole des personnes malades qui connaissent leur maladie et leurs effets et la modification que cela peut entraîner sur leur corps, sur leur métabolisme. Il faut davantage les écouter. Il faut aussi des astreintes au niveau des urgences de médecins infectiologues et de médecins internistes. Il faut également sans passer par les applications numériques que les différents spécialistes qui suivent des personnes

séropositives puissent davantage communiquer de manière régulière sur la situation de la personne malade en y incluant le ou la médecin traitant. On parle de coordination des soins mais en réalité elle n'existe pas ou plus ou elle est défaillante. En effet, ce sont bien souvent les malades qui la font et au bout d'un moment c'est épuisant de devoir toujours répéter les mêmes choses. Et pour ma part, je sais que les personnes malades chroniques ne rapportent pas d'argent à l'hôpital, c'est peut-être cruel à dire comme cela mais c'est une réalité, l'ambulateur a pris le pas sur la médecine au long cours et cela affecte dans certains cas la qualité de la prise en charge qui s'en fait ressentir en tant de crise. Les médecins généralistes sont sur tous les fronts et une prise en charge médicale nécessite que l'on prenne le temps. J'ai la chance moi d'avoir 2 rendez-vous mensuels dans mon suivi et répartis depuis peu entre 2 médecins du cabinet qui me conviennent sensibilisées sur les questions LGBTI et VIH.

Un exemple que je connais bien avec la fermeture du service de médecine interne de l'hôpital toulousain où je suis suivie depuis 32 ans au nom de considération économique, un service créé par des médecins partant de besoins de patientes qui se sont battues pendant des années pour que ce service de pointe voit le jour et, où était inclus aussi le VIH. L'équipe a explosé entraînant ainsi la fermeture du service. Nous savons qu'il va réouvrir mais ce ne sera plus avec la même équipe médicale historique que l'ancienne direction a poussé à bout. Il faut améliorer aussi l'écoute de la douleur, on ne peut pas laisser une personne dans la douleur et là encore il y a des progrès à faire. Le corps médical est très bon sur les pathologies aiguës mais sur les pathologies chroniques, nous ne pouvons que mieux faire. Il faut améliorer aussi la sécurité des patientEs VIH, chroniques en temps de COVID, le médecin se doit d'être irréprochable sur ce sujet et ce n'est pas toujours le cas. Le pass sanitaire est toujours exigé à l'hôpital mais de nombreux établissements ne le demandent plus mais la moindre

des choses c'est de respecter le port du masque dans l'enceinte d'un hôpital personnel soignant et patients-es. Combien de médecins ne mettent pas leur masque correctement pour nous ausculter ? La dimension COVID doit être intégrée dans la prise en charge aujourd'hui, j'ai une santé fragile et je ne suis pas vaccinées et non pas parce que je ne le veux pas mais parce que parfois c'est bien plus complexe que cela au-delà de toute polémique dans laquelle je ne veux pas être.

Pourriez-vous nous parler des actions de votre association ? Quelles sont vos principales actions, comment luttez-vous ? Comment définiriez-vous vos principales luttes actuellement ?

Les associations de lutte contre le SIDA ont réussi à infléchir la place assignée au patient pour qu'il devienne acteur du soin et que le rapport de pouvoir soignant/patient soit repensé, comment poursuivez-vous aujourd'hui cette lutte pour combattre les discriminations sérophobes et plus particulièrement en milieu médical ?

Pour ma part, j'ai toujours lutté en tant que personne concernée et l'association m'a permis de ne plus me sentir seule à l'époque et mon combat fait sens pour moi et il est important de ne jamais oublier cette dimension-là « rien pour nous sans nous » les principes de Denver 1985. Nos luttes ce sont les droits sociaux, les droits de santé, l'accès aux soins pour toutes et tous, l'accès universel aux traitements, la levée des brevets, la prévention...

Le combat associatif a permis de gagner 10 ans sur l'arrivée des traitements, son combat contre les labos et son travail de collaboration et d'implication des personnes séropositives dans la recherche et les traitements, la création de groupe comme le TRT 5 ou le Sidaction pour financer la recherche. La lutte contre les expulsions de personnes séropositives encore d'actualité, contre la pénalisation de l'usage des drogues, contre la pénalisation des clients, pour le droit des malades, contre toutes les discriminations et beaucoup en parleront mieux que moi...

Pour ma part, je lutte sur la question des droits sociaux et de santé, les droits fondamentaux depuis toujours en tant que personne séropositive lesbienne et ex-usagère de drogues et TDS et je me définis comme une activiste de la lutte contre le sida et travailleuse sociale communautaire lorsque j'étais salariée dans le secteur social où je ne me suis jamais cachée auprès des administrations, j'en suis fière même si cela ne m'a pas enrichi. La lutte contre le sida n'est pas que médicale, elle est aussi politique, sociale, antiraciste et elle lutte contre toutes les formes de discrimination quelle qu'elles soient.

Le visage des personnes séropositives est protéiforme ; une personne séropositive c'est une personne hétérosexuelle, une personne gay, une personne lesbienne, une personne bisexuelle, une personne trans, une personne non binaire, une personne intersexe, une personne hémo-phile, une personne atteinte d'hépatite, une personne handicapée, une personne migrante, une personne réfugiée, une personne étrangère malade, une personne avec ou sans papiers, une personne racisée, une personne incarcérée, un enfant, une personne usagère de drogues, une personne travailleuse du sexe, une personne pauvre, une personne riche, etc. Et une personne séropositive peut se sentir appartenir à plusieurs communautés et donc ne sont pas que séropositives. La sérophobie et les discriminations vont bien au-delà du VIH, elles sont partout y compris au sein de nos communautés. Et pour ma part, l'indifférence envers les PVVIH et les personnes malades est pire que tout, un des slogans que je trouve bien par exemple « le sida on en meurt et l'indifférence demeure » ça veut tout dire et c'est tellement encore d'actualité avec le COVID.

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades, des usagers-ères du système de soins a été portée par de nombreuses personnes séropositives et militantes et est issue de la lutte contre le sida. On y retrouve l'accès à l'information concernant sa santé, concernant les soins qu'on va prodiguer et la notion du consentement éclairé. Cependant aujourd'hui, on fait signer un consentement un petit peu pour se dédouaner de toute responsabilité. Notamment à l'hôpital, on signe un consentement sans savoir réellement les risques que l'on encourt. Quant à l'explication,

à l'information transmise à la personne malade elle n'est pas systématique. Je prends l'exemple de certains examens qui sont faits en hôpital de jour où les personnes malades n'ont absolument pas accès aux résultats de bilan parce qu'ils ne sont pas faits en externe. Cela pose un problème car le/la patientE doit y avoir accès comme tout autre document concernant sa prise en charge. Il manque aussi d'associations de lutte contre le sida dans la représentation au sein de la commission des usagers des hôpitaux publics, nous avons porté des choses mais nous ne sommes plus ou pas présentes dans certains endroits qui prennent des décisions qui nous concernent. C'est aussi une question de temps et de moyens tant financiers qu'humains et les associations communautaires de lutte contre le sida en manquent cruellement.

Existe-t-il au sein des associations de lutte contre le SIDA des formations sur la sérophobie destinées aux soignant-es pour éliminer cet impact sur les soins ?

Par exemple chez Act Up Paris il y a reatup, une revue d'information sur les traitements et la recherche thérapeutique toujours d'actualité malgré la crise sanitaire. Il y a eu aussi la revue protocoles qui s'est arrêtée faute de moyens et il y a eu aussi des réunions publiques d'information sur des thématiques en lien avec le VIH sida et qui permettait d'avoir des intervenants issus du milieu associatif, médical, scientifique, social et militant. Elles ont cessé d'être financées également alors qu'elles avaient du sens et permettaient des rencontres et des échanges très intéressantes. Il y a toujours des interventions pour informer sur le VIH sida et notamment en milieu scolaire et mener des actions de prévention en milieu festif. Et pour ma part, il serait bien que les écoles de médecine puissent proposer à des personnes séropositives de venir si elles le souhaitent pour parler de leur parcours de patientes expertes, cette notion construite dans la relation médecin-malade mais dont on a été quelque part dépossédée parce qu'aujourd'hui il faut faire une formation de l'ARS pour faire de l'éducation thérapeutique, pour parler en tant que personne concernée de sa propre pathologie et personnellement moi je m'y refuse. Je n'ai pas besoin d'une attestation ou d'un diplôme pour

aller expliquer mon vivre avec la pathologie à d'autres personnes séropositives. Cette maladie je l'ai et je l'ai découverte avec mon médecin qui m'a suivi pendant 32 ans. Et cette relation patiente soignante, cela doit être le pilier d'une prise en charge médicale. Mais la dématérialisation a engendré de la déshumanisation et elle se développe de plus en plus et notamment au travers de la téléconsultation qui pour ma part en ce qui me concerne est difficile à comprendre. Comment peut-on soigner en vidéo ? Il faudra qu'on me l'explique, on dialogue oui mais soigner. Pour ma part, je crois que les futurs médecins au sein des écoles ont tout intérêt à inviter des associations et surtout à proposer à des personnes séropositives si elles le veulent de venir leur expliquer leur parcours, le soin c'est aussi l'humain et ce qui fait une bonne relation patiente soignante, c'est l'écoute l'empathie, une compréhension et un respect mutuel mais il est important de rappeler que les médecins ont un devoir d'humanité et certains ont des attitudes discriminantes.

En France la lutte contre le SIDA, comme d'autres luttes sont portées en majorité par des personnes blanches, pourriez-vous nous parler de la place des personnes racisées dans cette lutte ?

La lutte contre le sida est anti raciste et pour moi lutter contre le sida c'est lutter contre toutes les formes de discrimination dont le racisme et je suis une petite fille d'immigrées kabyles, j'ai la peau blanche et je me sens privilégiée même si je n'aime pas ce terme mais je sais ô combien c'est important de pouvoir ne serait-ce qu'accéder à mes traitements tous les jours, être prise en charge à 100 % dans le cadre de ma pathologie, ce qui n'est pas le cas de nombreuses personnes racisées sans papiers. Mon combat c'est avec et aux cotés des personnes concernées et les personnes racisées en font partie et il faut déconstruire cette pensée coloniale qui dit que la colonisation a eu du bon. Certainement pas ! Je suis pour l'autodétermination des peuples et des individus. La parole des personnes concernées doit compter à nouveau, on nous l'a trop souvent prise, recueillie et déformée alors nous nous la réapproprions.

Depuis le début du milieu des années 90, nous ne cessons de le dire que nous devons être à nouveau dans les espaces qui prennent des

décisions qui nous concernent. La démocratie sanitaire c'est aussi permettre à des associations communautaires de lutte contre le sida donc aux personnes concernées de contribuer à l'élaboration des politiques publiques.

Si vous deviez donner 3 mesures que vous auriez aimé voir abordées pendant cette présidentielle quelles auraient-elles été ?

J'ai déjà un petit peu répondu à toutes ces questions, redonner la parole aux personnes concernées.

Défendre la notion de surveillance continue réelle à l'hôpital public pour l'ensemble des PVVIH avec la présence de médecins. Les malades chroniques ne devraient pas passer par les urgences classiques lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés liées à leur pathologie. Mieux prendre en compte la question du vieillir avec le VIH, la lutte contre le sida n'est pas que médicale elle est aussi sociale, il ne faudrait pas l'oublier. Rappeler à ces politiques que la santé est un droit fondamental, l'accès aux soins pour toutes et tous avec ou sans papier, avec ou sans couverture médicale. Il faudrait aussi réduire l'augmentation significative ces dernières années des consultations privées à l'hôpital public, que cesse la privatisation catastrophique pour l'ensemble des personnes malades et demandeuses de soins. L'hôpital public doit soigner de manière égalitaire toutes et tous. Aujourd'hui les inégalités se creusent car si vous avez 100€ pour payer une consultation privée à l'hôpital public, vous obtenez un rendez-vous en 15 jours 3 semaines et vous pouvez attendre jusqu'à 6 mois si c'est une consultation publique. Si ça ce n'est pas une médecine à 2 vitesses, je ne sais pas ce que c'est. Il faudrait aussi commencer par changer l'adresse de certains hôpitaux concernant la réclamation de certaines personnes malades, lorsqu'on est confronté à des adresses qui s'appellent clientèle@chu, on comprend vite que la santé est devenue un business. L'hôpital public n'est pas un lieu de rentabilité au même titre que la solidarité nationale.

C'est l'État qui doit dépenser de l'argent pour l'ensemble des citoyens et des citoyennes pour un accès aux soins pour toutes et tous sans

conditions ni contrôles puisque la carte d'identité est de plus en plus demandée. Je souhaiterais également que l'on accorde l'allocation adulte handicapé à vie à toutes les personnes atteintes du VIH et de manière individualisée indépendamment de leurs conjointes, un combat porté par de nombreuses personnes séropositives et que des associations mènent depuis de très nombreuses années. Je souhaite également à ce que toutes les personnes séropositives ou atteintes d'autres pathologies soient libérées, sans aucune condition. La place des personnes malades n'est pas en prison ni en centre de rétention. Et nous sommes très loin de la qualité des soins équivalente pour les personnes incarcérées à celle prodiguée dans la population générale contrairement à ce que dit la loi du 18 janvier 1994, ainsi que le droit de vivre et de mourir dans la dignité. Il me semble important aussi de dire qu'avec la crise sanitaire, la prescription des masques ffp2 doit être effective pour toutes les personnes en ald sans aucune restriction, comme c'est le cas actuellement puisqu'un des critères est l'échec de la vaccination.

Ce qui a été annoncé comme une bonne nouvelle n'en est en réalité pas une. Je souhaite également que le ministère de la Santé redevienne le seul décideur des demandes de séjour pour soins et que le ministère de l'Intérieur cesse de s'immiscer dans toutes les questions sociales, sanitaires et médicosociales comme c'est le cas depuis de trop nombreuses années. Je souhaite également une complémentaire solidaire pour toutes les personnes bénéficiaires de l'AAH sans participation financière comme c'était le cas avant. Et surtout je souhaite la fin de cet état d'urgence, cet état d'exception où tous les pouvoirs sont concentrés entre le chef de l'état et le ministre de l'Intérieur, un état qui entrave et nous prive de nos droits les plus fondamentaux au nom de la protection de toutes et tous, j'y vois moi plutôt de la surveillance et du contrôle. Et plus que tout je ne veux pas que Marine Le Pen arrive au pouvoir je n'oublierai jamais les « sidaïques », les sidatorium de son père et Le Pen au pouvoir représente un danger et un avenir des plus sombres dans lequel je ne veux pas me projeter.

ANNONCES DE RECRUTEMENT





2 cabinets neufs et équipés au choix :

- Versailles Chantiers (78)
- Richard Lenoir (Paris 11)

offres d'installation de médecins généralistes exercer en libéral, en équipe et déchargé-e de l'administratif

Vous avez envie de contribuer à construire la médecine de proximité de demain ?
Nous vous proposons de venir étoffer les équipes de l'un de nos 2 cabinets pour :

- Pratiquer une **médecine générale polyvalente**, avec la possibilité de faire de la pédiatrie, de la gynécologie, et autres pratiques complémentaires.
- Exercer en **libéral**, sans les contraintes de la gestion d'un cabinet, et tout en participant aux décisions de votre cabinet en tant qu'**associé-e**.
- Être **libéré-e de la gestion administrative et logistique** du cabinet, ainsi que des tâches non médicales relatives aux patients. Une équipe dédiée sur place gère cela, de l'accueil des patients à la gestion de vos cotisations.
- **Travailler en équipe** : Exercice pluridisciplinaire avec des sage-femmes et infirmiers, staffs médicaux hebdomadaires, compagnonnage, formations, veille médicale partagée, demande d'avis entre soignants, partage d'information via des outils collaboratifs. Et aussi des moments informels !



Venez nous rencontrer ! Les équipes de nos deux cabinets seront ravies d'échanger avec vous. Pour en savoir plus, vous pouvez aussi consulter www.ipsosante.fr



Pour échanger avec nous :
Laure FLYE
recrutement@ipsosante.fr
07 64 05 43 12



URGENT ! CHERCHE MÉDECIN GÉNÉRALISTE salarié ou libéral à Port-la-Nouvelle - Aude (11)

Idéalement située entre Narbonne et Perpignan, à 1h30 des stations de sports d'hiver, Port-la-Nouvelle est une station balnéaire familiale d'Occitanie, offrant 13 km de plages et bénéficiant d'un climat méditerranéen ensoleillé et d'un cadre naturel préservé.
Population permanente : 5900 hab., estivale : 35.000 hab.

LE POSTE

- Salarié en CDD de 3 ans ou en libéral, à temps plein, 35h.
- Une équipe de 5 médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sage-femme, orthophoniste...
- Secrétariat de 8h à 19h assurant la prise de RDV et la gestion administrative.
- Aucune garde à effectuer pour les médecins salariés.
- Logiciel Crossway.
- Grille de salaire Praticien Hospitalier.
- Installation libérale facilitée dans des conditions à négocier (gratuité temporaire sur loyer et/ou services...).

À proximité de la maison de santé de Port-la-Nouvelle, le Centre hospitalier Francis Vals propose un hôpital de jour, un EHPAD, une unité SSR, une unité Alzheimer et un service de soins infirmiers à domicile.

CÔTÉ PRATIQUE

- De la crèche au collègue.
- Lycée le plus proche à Narbonne (20 km).
- Gare ferroviaire.
- Aéroport de Perpignan à 35 km.
- Nombreux commerces.

Pour plus de renseignements,
veuillez contacter
le service Ressources humaines :
rh@mairiepln.com ou 04 68 40 30 48

<https://portlanouvelle.fr/vie-quotidienne/sante-securite/30-maison-de-sante-pluridisciplinaire.html>





MOUSSY-LE-NEUF – Commune primée 3 Fleurs et présentée au concours national pour l'obtention de la 4^{ème} fleur en 2022

En Seine-et-Marne à 9 km de Roissy-Charles de Gaulle (Hors zone de bruit) – Proche Meaux / Paris – Limitrophe des Départements du Val d'Oise (95) et de l'Oise (60).

Pour celles et ceux qui souhaitent exercer en libéral, seul, en duo ou avec d'autres confrères regroupés en structure de santé, cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire : nous pouvons répondre à vos attentes.

Jeunes, expérimentés, couples, familles, nous disposons de logements et locaux commerciaux neufs en attendant l'ouverture de la maison de santé si vous souhaitez regrouper votre activité par la suite. Nous proposons des facilités financières dans le cadre de l'aide à l'installation.

Moussy-le-Neuf est une commune de 3 200 habitants composée d'une population se répartissant selon l'INSEE comme suit : 21% de cadres, 29% de professions intermédiaires, 15% d'employés et d'ouvriers, 10% de retraités INSEE 2017) ; les besoins de santé sont à tous niveaux : du nourrisson au retraité. Dotée de commerces dont une grande surface, la commune dispose d'une crèche (20 berceaux dont 15 réservés aux Moussignols), d'un groupe scolaire (écoles maternelle et élémentaire soit 15 classes – environ 400 enfants), ALSH, Maison des jeunes jusque 14 ans, d'un riche tissu associatif (14 associations sportives et 7 culturelles comprenant près de 900 adhérents), d'une résidence pour séniors autonomes composée de 24 T2 de plain-pied avec jardin.

CONTACTS
Mme SIMIL (DGS) : 07 85 68 09 81 ou
Mme ANNE (En charge du dossier) : 06 70 60 49 96

MÉDECINS GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES
des possibilités s'offrent à vous !

**Nous avons besoin de médecins, vous souhaitez vous installer, cela tombe bien !
Nous pouvons vous aider pour votre installation.**

Moussy-le-Neuf a une zone d'activités d'un peu plus de 60 hectares comprenant 70 entreprises ; de l'artisan à la PME soit au total plus de 1 500 salariés.

La réimplantation d'un maraîcher a vu le jour après 4 ans de travail sans relâche et le restaurant scolaire, avec ses repas confectionnés sur place par un chef, fournit 60% de produits locaux et bio. Le verger est venu compléter l'offre et offrira ses plus beaux fruits au restaurant scolaire d'ici peu.

Moussy-le-Neuf est une commune où il fait bon vivre ensemble, entretenue, verdoyante et sécurisante avec ses caméras de vidéoprotection.

Contactez-nous pour une visite, une rencontre et pourquoi pas autour d'un déjeuner concocté par notre chef et nous pourrions échanger sur nos attentes






LA COMMUNE D'ARGELIERS
située dans le département de l'Aude

RECHERCHE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
pour exercer avec un statut libéral au sein de sa Maison de santé située à proximité du Centre Ancien historique du village.

Restructurée, modernisée, elle pourra prochainement accueillir 4 praticiens dans des locaux spacieux, répondant aux normes actuelles de santé publique permettant le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie relevant de la déontologie médicale.

Notre demande s'inscrit dans une volonté forte de participer à la couverture des besoins de santé d'une population d'environ 3000 habitants.

À trente minutes de Narbonne, de Lézignan Corbières, des plages et de Béziers, à 45 minutes de Carcassonne, à 1 h de Perpignan et à 1h 15 de Montpellier, à 2h de la montagne (Pyrénées) et enfin à 1h 15 de l'Espagne.

Elle est traversée par le Canal du Midi. Le bien vivre ensemble est depuis de nombreuses années un axe fort de la municipalité. Notre Commune est particulièrement dynamique, près de 40 Associations **proposent** aux habitants **des activités** dans des domaines suffisamment nombreux pour satisfaire les administrés.

Environ 200 élèves du primaire sont accueillis par le Groupe Scolaire Michel Bernard et un collège est situé à environ 7 kms dans le village de Saint-Marcel d'Aude.

CONTACT : Myrienne DUPONT - mdupont.adjoint@argeliers.fr - 06 81 49 32 48

En zone ZIP




RECHERCHE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PARAMÉDICAUX MAISON MÉDICALE DU SERVAL

LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE

Sud Oise (60) proche de l'aéroport et de la gare TGV de Roissy, à 10 kms de Chantilly, de Senlis et à 37 kms du cœur de Paris. 3 200 habitants et plus de 30 000 dans un rayon de 5 kms. Vous trouverez dans notre commune : Micro-crèche, écoles, collège et infrastructures de loisirs (Gymnase, Stade...). Les lycées publics et privés se trouvent dans un rayon de 10 kms (lignes de bus dédiées). Plus de 70 associations sportives et culturelles, nombreux commerces, 1 centre commercial, des restaurants, un hôtel 5*... Les réseaux ferroviaires et RER se situent à 4 km, le réseau autoroute A1 à 7 km.

L'ENVIRONNEMENT MÉDICAL ET PARAMÉDICAL/COMMUNE ET ALENTOURS

Sur la commune, 4 médecins généralistes, 1 angiologue, 1 cabinet de radiologie, 4 dentistes, 2 infirmiers, 3 kinésithérapeutes, 1 neuropsychologue, 2 pédicures, 1 orthophoniste, 2 ostéopathes, 3 sophrologues, 1 pharmacie et une résidence services séniors. 3 hôpitaux dans un rayon de 17 kms et présence de nombreuses maisons de retraite aux alentours.

LA MAISON MÉDICALE DU SERVAL

Le bâtiment en centre-ville, livré en 2016, est composé de 14 cabinets de consultation. Actuellement 2 médecins généralistes, 1 angiologue, 1 ostéopathe, 2 infirmières, 1 laboratoire d'analyses médicales, 1 sophrologue et 1 orthophoniste.

L'OFFRE : Restent 5 cabinets libres de 22 m² à 38 m² (neufs) disponibles prêts à l'installation. Pour faciliter les installations, les montants des loyers sont minorés les 4 premiers mois à hauteur de 50 % et les 4 suivants à 25 %. Les locaux appartiennent tous à la commune.



CONTACT

Mairie de LA CHAPELLE-EN-SERVAL,
03 44 54 60 29 ou mairie@lces.fr
Interlocuteur : Jean-Luc EPALLE,
Conseiller municipal délégué - 06 12 97 95 04
jean-luc.epalle@lces.fr





RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

à Varaville *Urgent !*

TARIF :
Loyer mensuel
de 425 euros négociable
+ 95 euros de charges.



Située entre Merville-Franceville-Plage et Cabourg, à vingt kilomètres de Caen, la commune de Varaville recherche un médecin généraliste à partir du mois de septembre 2022.

À proximité d'un grand parking, le cabinet de 25 m² (possiblement meublé) se trouve au sein d'un centre médical et paramédical récent et dynamique : Quatre masseurs-kinésithérapeutes, deux infirmières, une ostéopathe, un échographiste, une pédicure-podologue, une praticienne en psychothérapie et hypnose, une réflexologue, un kinésologue.

Commune agréable de bord de mer, Varaville fait l'objet d'une forte attractivité : 1 000 habitants à l'année, 2 000 habitants d'avril à octobre, 4 000 habitants l'été.

CONTACT
06 76 92 54 19

CÔTES-D'ARMOR TRÉLIVAN RECHERCHE DES MÉDECINS

La commune de Trélivan située dans l'aire urbaine de Dinan, sur le Territoire de Vie Santé (TVS) de Quévert compte 2900 habitants.

Pour répondre aux besoins en soins de la population, plusieurs professionnels de santé sont installés sur la commune, parmi lesquels on retrouve des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, un ostéopathe, une psychologue ainsi qu'une pharmacie. Un cabinet médical avec 3 bureaux de consultations libres, est prêt à accueillir des médecins généralistes souhaitant s'engager aux côtés de l'ensemble des professionnels de santé installés sur le territoire, au service des besoins en soins des trélivannais et trélivannaises. Une grande partie des professionnels de santé de Trélivan est engagée dans un projet d'exercice coordonné, aux côtés de professionnels de santé des communes voisines de Vildé-Guingalan et Plélan-Le-Petit. Un projet de santé est en cours de finalisation afin de créer une Maison de Santé Pluri-professionnelle sur le territoire de ces 3 communes.

Vous pouvez consulter sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Bretagne (PAPS), les informations relatives aux étapes à réaliser pour une installation en libéral via le lien suivant :

<https://www.bretagne.paps.sante.fr/les-demarches-linstallation-41?rubrique=8720&parent=8723>

La municipalité de Trélivan invite les médecins qui seraient intéressés par une installation sur la commune à la contacter, afin d'obtenir plus de renseignements sur les perspectives d'installation.



mairie-trelivan@wanadoo.fr
02 96 39 16 31



Au cœur du Val de Loire
entre Orléans et Blois,
la commune de Baule

RECHERCHE

MÉDECIN(S) GÉNÉRALISTE(S)

Venez poser votre valise de médecin dans notre village
« d'irréductibles baulois », situé sur les Bords de Loire,
classé Zone Natura 2000.

Baule, commune sympa de 2100 habitants, se trouve au sein d'un territoire attractif, dynamique et bien desservi, à 1h30 de Paris.

En prévision des futurs départs des Médecins Généralistes, la commune soutient la recherche de remplaçants et accompagne l'installation de médecins afin de pérenniser le cabinet médical existant.

Dans un contexte paramédical (pharmacie, infirmières, psychomotriciennes, psychologue) en développement (dentistes), avec des locaux situés au cœur de la commune de Baule, une patientèle déjà bien établie, et un projet de rénovation soutenu par la municipalité, le cabinet médical, implanté depuis 35 ans, est une structure de santé essentielle pour notre territoire.

Avec ses services aux familles (0-15 ans), son offre culturelle et sa diversité associative, la commune de Baule est l'endroit idéal pour s'implanter seul ou en famille.



Contaciez-nous au 02 38 44 38 45
et nous vous accompagnerons.
Facebook Commune de Baule - 45130
www.commune-baule.fr

LA COMMUNE DE PLERGUER RECHERCHE UN (OU DEUX) MÉDECIN(S) GÉNÉRALISTE(S)

Située dans l'arrière Pays de Saint-Malo et de la baie du Mont Saint-Michel, Plerguer bénéficie d'une situation géographique exceptionnelle, à 10 minutes de Saint-Malo, 20 minutes de Dinan et 45 minutes de Rennes, capitale de la Bretagne.



Plerguer jouit d'une attractivité importante, comme en témoigne sa très forte croissance démographique, la population atteignant aujourd'hui 3000 habitants, soit une progression de 20 % en 8 ans.

La commune a gardé son caractère de bourgade rurale et est dotée des services et commerces de proximité. Elle dispose par ailleurs de nombreux équipements sportifs et de loisirs (stade, salle de tennis, 2 centres équestres, terrain d'aéromodélisme, terrain de pétanque couvert...) et d'équipements publics (Maison des Associations, Centre de Loisirs, Espace Jeunes, Salle des fêtes, Bibliothèque, Maison de la Citoyenneté, Pôle ressources sociales...).

Parmi les services aux habitants, l'offre de soins médicale et paramédicale constitue une priorité. C'est la raison pour laquelle la Municipalité a mené un projet de Maison de Santé sur la base d'un dispositif partenarial (6 cellules). La Maison de Santé située en plein cœur du centre à proximité de la pharmacie et de la mairie, sera livrée fin avril 2022 et comprendra 3 cellules médicales dont 2 sont encore disponibles. Les conditions d'occupation de ces locaux restent ouvertes (location ou achat).



RENSEIGNEMENTS : Monsieur le Maire de Plerguer - Tél. : 02 99 58 91 27 - 1 Place de la Mairie - 35 540 Plerguer



MATHA, commune de Charente-Maritime de 2300 habitants située au cœur des vignes de Cognac et à moins d'une heure de la mer.

RECHERCHE 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES
pour sa maison médicale



La maison médicale a été inaugurée en 2020. Facile d'accès, elle se trouve au centre ville, dotée d'un grand parking et à proximité d'une résidence sénior, la commune possède aussi un Ephad et un foyer d'adultes handicapés.

Située à 20 km de Cognac et à 18 km de Saint Jean d'Angély (autoroute A10), Matha accueille de nombreux commerces et services pour les 10000 habitants du canton.

La commune est en pleine expansion, elle attire des familles avec ses deux écoles primaires et son collège mais aussi grâce à ses infrastructures (double gymnase, piscine d'été et cinéma). 76 associations offrent aux habitants des activités culturelles, artistiques et sportives.

La commune a besoin de 2 médecins supplémentaires pour répondre à la demande croissante de soins.

CONTACT : Mme Le Sellin - mairie@matha17.fr - Tél. : 05 46 58 50 64





COMMUNAUTÉ DE COMMUNES PORTES SUD PERIGORD RECHERCHE DE MÉDECINS POUR LE CENTRE MÉDICAL D'ISSIGEAC

Territoire en zone de revitalisation rurale (ZRR) et en zone d'intervention prioritaire (ZIP). La communauté de communes Portes Sud Périgord assure la gestion de la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'Eymet ainsi que le Centre Médical d'Issigeac.

- **Avantages fiscaux importants** : Exonération totale (100 %) d'impôt sur les bénéfices les 5 premières années, puis dégressive (exonération 75 % la 6^{ème} année, 50 % la 7^{ème} année, 25 % la 8^{ème} année)
- **Aide à l'installation versée par l'Assurance Maladie** (jusqu'à 2x25.000 € pour exercice à temps plein et avec engagement à exercer 5 ans).



À l'occasion du départ en retraite d'un médecin, la Communauté de Communes Portes Sud Périgord recherche un médecin généraliste pour le Centre Médical de la commune d'Issigeac. Cet espace répond aux besoins de soins, soit une quinzaine de communes avoisinantes (environ 2500 habitants).

Local mis à disposition : Un bureau et une salle d'auscultation attenante.

Offre de santé existante : Médecin généraliste, dentiste, podologues, kinés, infirmiers, ostéopathes, pharmacie...

Autres services : Maison de retraite, association de maintien et de soins à domicile, équipe spécialisée Alzheimer...

Hôpital le plus proche : Bergerac.

Cité médiévale de 800 habitants en Périgord Pourpre, entre les vignes du Bergeracois et les bastides, Issigeac est un pôle de centralité pour le territoire : Maison des Services, groupe scolaire, médiathèque, commerces, restaurants, cafés, artisans, artisans d'art... Ses maisons à pans de bois et en pierres en font une cité authentique où il fait bon vivre. Elle attire de nombreux touristes qui, au-delà de son patrimoine architectural riche, apprécient ses nombreuses activités culturelles et festives. Son marché a été élu plus beau marché d'Aquitaine en 2018.

Issigeac se situe à 15 mn de Bergerac (gare, aéroport, services hospitaliers) et à 1h45 de Bordeaux.

CONTACTS : **HERVÉ DELAGE**, 1^{ER} VICE-PRÉSIDENT DE LA CCPSP - **06 82 55 72 47**
OU **JEAN CLAUDE CASTAGNER**, MAIRE D'ISSIGEAC - **06 83 98 39 68**



Ville de
Saint-Jean
d'Angély

La commune de Saint-Jean-d'Angély recherche MÉDECIN(S) GÉNÉRALISTE(S)

souhaitant intégrer une maison médicale de 8 professionnels (6 médecins généralistes et 2 cardiologues) pour travailler en équipe dans des locaux clés en main.

Plus d'information sur
www.angely.net



La Ville de Saint-Jean-d'Angély, située en Charente-Maritime est en pleine mutation, riche d'un patrimoine historique préservé, elle compte de nombreux équipements (crèche, écoles, collèges et lycées, stades, piscine, cinéma, salle de spectacle, médiathèque, musée...) et compte plus de 200 associations, des commerces de proximité, des grandes surfaces et un tissu économique diversifié.

Saint-Jean-d'Angély dispose d'un centre hospitalier avec un service d'urgence, de chirurgie et d'un secteur SSR « pôle de référence », d'un EHPAD et d'un ensemble de spécialités médicales. 2025 verra l'ouverture d'une station thermale ainsi d'un campus des métiers du thermalisme.

La commune est située en zone de revitalisation rurale, ouvrant droit à une prime de 50 000 € et d'une exonération fiscale pendant 5 ans. Elle a également pour objectif en 2024, d'être classée station de tourisme.

La commune se tient à votre disposition pour vous aider à trouver un emploi pour votre conjoint(e) et un logement.

CONTACT :

Catherine Baubri
Tél. : 06 82 95 50 30
Mail : cbaubri@live.fr

Un aperçu de la vie angérienne :
https://youtu.be/TVehj-d_10

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F)

À temps complet en centre
de santé municipal.
CDD de 3 ans
ou mutation.

PROFIL

Diplôme d'État de médecin généraliste, inscrit à l'Ordre.
Rémunération : 4800 euros nets + 13^{ème} mois.
Amplitude horaire et organisation de travail flexible.

CONTACT

Envoyer CV + lettre de motivation à
M. Le Maire de Cluses, Direction des Ressources
Humaines, BP 99 - 74302 CLUSES CEDEX
ou par Email : ressources.humaines@cluses.fr



Cluses
UN PASSÉ. DES FUTURS



Idéalement située au cœur de la Bresse, à proximité de grands axes routiers (A40, A39, A42) à environ 1h de Lyon et son aéroport, à 1h30 de Genève et des massifs des Alpes, à 2h de Paris et 4h de la mer,



Foissiat est une commune dynamique au tissu associatif très riche.

Ses 2050 habitants sont répartis sur une superficie de 40,3 km², ce qui en fait une des plus grandes communes du département de l'Ain.

Dotée d'une école entièrement rénovée et fréquentée par 200 enfants, de nombreux commerces et artisans, d'une garderie et centre de loisirs, d'un pôle médical avec infirmiers, kinésithérapeute, psychologue, ostéopathe, d'un complexe sportif entièrement neuf avec gymnase et stade.

De nombreux projets sont en cours pour l'embellissement et le développement de la commune.

À proximité (6 km), collège, crèche, pharmacie, hypermarchés, base de loisirs, et à 20 km, lycées, universités et hôpitaux.



NOUS OFFRONS AUX CANDIDATS

- Un accompagnement à l'installation professionnelle et à la recherche de logement.
- Une aide pour l'achat de matériel.

Nous étudions toute proposition.

CONTACT

Mairie de Foissiat
04 74 52 38 15
mairie@foissiat.com



NOUS RECHERCHONS

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

pour travailler en binôme
en remplacement du médecin
parti à la retraite.

**Des locaux avec 2 cabinets,
salle d'attente et secrétariat sont
disponibles sur la commune.**



SAINT-PAL-DE-CHALENCON EN ZONE ZIP recherche urgente

car départ en retraite imminent du médecin déjà en place sur la Commune :

3 médecins généralistes

Exercice libéral

Commune de 1070 habitants, située en Haute-Loire proximité de grands axes routiers près de grandes villes dans un bassin de vie de 5500 habitants.

Commune disposant de nombreux services de proximité (EHPAD, MSAP, commerces, pharmacie, MAM, écoles, associations sportives et culturelles...)



DESSCRIPTIF DE LA STRUCTURE

Maison Médicale Pluridisciplinaire ayant déjà :

- 1 cabinet infirmier (4 infirmières)
- 1 orthophoniste
- 1 ostéopathe

Le bâtiment dispose de 2 cabinets pouvant accueillir des médecins. **Nous recherchons également dentistes et kinésithérapeutes.**

Soutien et accompagnement de la Municipalité pour l'installation. La Municipalité étudiera tous les projets et toutes propositions.

CONTACTS

Renseignements ou candidature à envoyer à :
Monsieur le Maire de Saint-Pal-de-Chalencon
Téléphone : 04 71 61 30 19
Courriels : administration@saint-pal-de-chalencon.fr
mairie@saint-pal-de-chalencon.fr



Cherche MÉDECINS contre bons soins dans le Puy-de-Dôme !

Bonjour à vous jeunes médecins,

Pour cause de retraite d'un médecin en Décembre 2022, nous vous proposons de vous accueillir dans notre nouveau cabinet médical en centre-bourg et plus largement dans notre petite ville à la campagne : Saint-Georges-de-Mons, située dans le département du Puy-de-Dôme, au cœur des Volcans d'Auvergne.

Notre cabinet médical est en capacité de recevoir deux médecins généralistes.

Vous trouverez dans cet article plusieurs photos du cabinet médical, flambant neuf, et surtout une vidéo en ligne sur notre chaîne YouTube « Mairie de Saint-Georges-de-Mons » mettant en valeur les atouts de notre commune, sur le thème de James Bond.

Pour faire court : We need a doctor !

Nous restons à votre disposition pour échanger avec vous.

À très vite.

La Commune de Saint-Georges-de-Mons (63780), Département Puy-de-Dôme.

À 35 min de Clermont-Ferrand, 30 min de Riom. 2 Axes autoroutiers à 15 min. Tout pour vous accueillir dans les meilleures conditions (écoles, collège, commerces, entreprises, piscine, complexe sportif, maison de la musique...).

Contact : **04 73 86 71 84**

Lien de la vidéo Youtube :
<https://youtu.be/o7LU0wVaXps>



PLAN D'ACCÈS



« ENTRE LA SUISSE ET L'ITALIE,
ENTRE LACS ET MONTAGNES,
EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE DANS
UN CADRE DE VIE UNIQUE
EN FRANCE »

LA ROCHE-SUR-FORON RECHERCHE DES **MÉDECINS GÉNÉRALISTES**



www.larochesurforon.fr

Contact : msp@larochesurforon.fr

RÉGION SUD Provence Alpes Côte-d'Azur - Alpes-de-Haute-Provence
La commune d'AIGLUN Alpes-de-Haute-Provence (04), recherche

Médecins généralistes et spécialistes

Pour sa maison de santé pluriprofessionnelle



Commune de 1 500 habitants située au cœur des Alpes-de-Haute-Provence (04), Proche du chef-lieu du département, Digne-les-Bains, ville thermale qui dispose de toutes les offres utiles en matière d'éducation et de commerce, mais aussi de sport, de loisirs et de culture (cinéma, piscine, plan d'eau, médiathèque etc.). La commune d'Aiglun se situe à 10 minutes d'un très beau golf à une heure des stations de ski alpines, des grands lacs des Alpes du sud, des gorges du Verdon et de la ville d'Aix-en-Provence. Géo-stratégiquement située entre mer et montagne.

Les médecins libéraux bénéficieront d'une installation confortable, accompagnés de kinésithérapeutes, infirmiers, ostéopathes, dentiste, et pourront bénéficier d'un logement.

AIDES CONVENTIONNELLES ZIP, attribution d'une aide forfaitaire de 50 000 euros.

Mairie d'AIGLUN
Tél. : 04 92 34 62 37
E-mail : mairie@commune-aiglun04.fr



Dans une jolie maison niçoise entièrement rénovée au sein du Village de Gattières (5 min de Carros, 10 min de Nice et de son aéroport), l'équipe de la MSP l'Astragale recherche un médecin généraliste pour compléter l'équipe pluridisciplinaire composée de 2 médecins généralistes, 1 diététicienne, 1 psychomotricienne, 1 kinésithérapeute, 1 psychologue, 1 orthophoniste, 1 ostéopathe, 1 infirmière en pratique avancée et 1 podologue. Les spécialistes et hospitaliers sont situés dans les communes avoisinantes (Nice, St-Laurent-du-Var, Vence, Cagnes-sur-Mer).

Nous sommes à la recherche d'un 3^{ème} médecin de l'équipe, Gattières vient de passer en zone d'intervention prioritaire, donc éligible aux aides à l'installation. La patientèle est mixte (Enfants, familles, personnes âgées).

Une assistante médicale est présente du lundi au vendredi pour les prises de rendez-vous, la facturation et la gestion administrative des médecins. La prise de rendez-vous est facilitée par l'utilisation de Doctolib.

CONTACT : Madame Christelle KHEBZAoui, Assistante médicale de l'Astragale - 06 89 05 74 42 - secretariat.msp.gattieres@gmail.com
Maison de Santé l'Astragale, 3 rue des anciens combattants
06510 GATTIÈRES

RECHERCHE 3^e MÉDECIN pour MSP de Gattières




ZICAVO (CORSE-DU-SUD)

EST À LA RECHERCHE DE SON

NOUVEAU MÉDECIN

à temps plein en exercice libéral, suite au départ à la retraite du généraliste qui occupait le cabinet médical local.

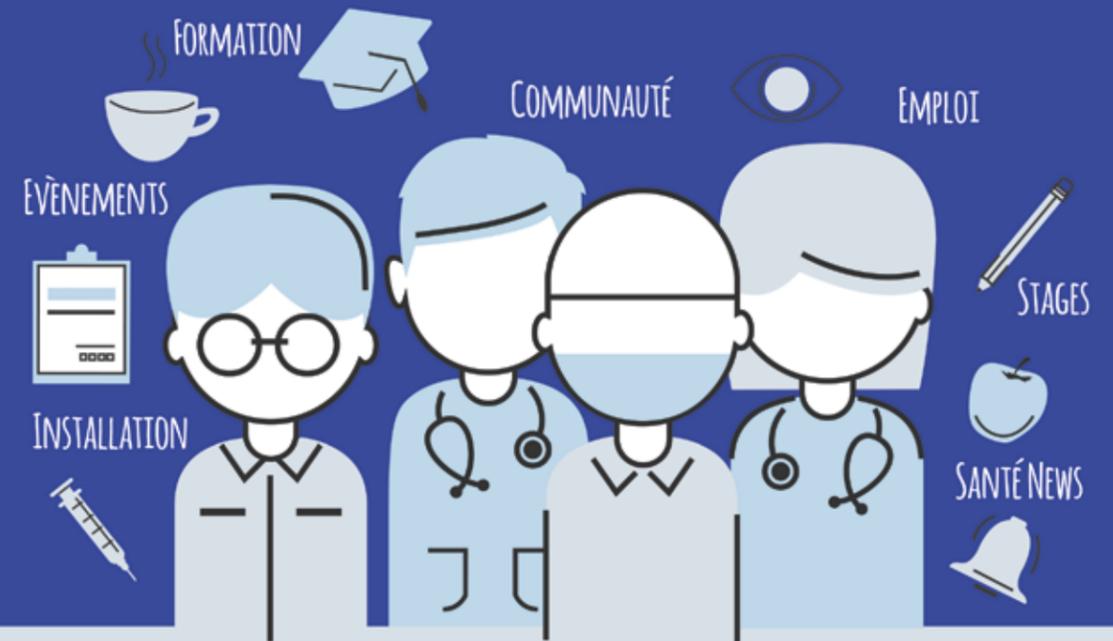
LA MAIRIE

La commune, située à 60 kilomètres d'Ajaccio, met gracieusement à la disposition du médecin un logement de type F3 ainsi que le cabinet, dont elle prend en charge les fluides, l'eau et l'électricité.

La patientèle, qui est plutôt âgée durant la période hivernale, se démultiplie en été avec l'arrivée des estivants et une affluence notable de randonneurs. Deux cabinets infirmiers et un cabinet de kinésithérapie interviennent localement. Un chirurgien orthopédiste donne une consultation mensuelle dans le cabinet.

La commune, rurale, paisible, champêtre et accueillante, traversée par le sentier de Grande Randonnée n°20 (GR20), est située à 700 mètres d'altitude, au pied du Plateau du Cuscione, dans un cadre naturel exceptionnel permettant de s'adonner à la randonnée et aux activités de pleine nature été comme hiver

CONTACT : Antoine Paganelli, Maire de Zicavo
Tél. : 04 95 24 40 05 - E-mail : mairiedezicavo@wanadoo.fr

RÉSEAU
PRO
SANTÉ

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

RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Les **NOUVEAUX** médecins Centre-Val de Loire

**REJOIGNEZ-
NOUS POUR
CONCILIER
LIBERTÉ ET
SÉRÉNITÉ**

**En rejoignant
Les nouveaux médecins
en Centre-Val de Loire,
vous pourrez concilier :**

salariés

- **Bien-vivre et confort d'exercice**, en bénéficiant d'équipements neufs, ajustés à votre pratique et d'un cadre de travail apaisé.
- **Famille et patientèle**, en maîtrisant vos horaires et votre charge de travail.
- **Liberté et stabilité**, en bénéficiant des avantages du statut de salarié (22 jours de RTT et 25 jours de congés annuels).
- **Sérénité et engagement**, en prenant soin d'une communauté de patients avec l'appui de toute une équipe.

GIP PRO SANTÉ
9, rue Saint-Pierre Lentin – CS 94117
45 041 Orléans Cedex 1
lesnouveauxmedecins@gipprosante.fr
02 38 71 86 02



Retrouvez nos offres sur :
lesnouveauxmedecins.centre-valde Loire.fr



Ce projet est financé par le Fonds Européen de Développement Régional - Financement dans le cadre de la réponse de l'Union à la pandémie de COVID 19.