

JEUNE!MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°34
Novembre 2022



**WORKING
TOGETHER**

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



*Tarif exclusif réservé aux adhérents jeunesmedecins.fr, 40 € par an pour les clients non-adhérents.
La Médicale : société anonyme au capital de 9447936 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 PARIS - immatriculée sous le numéro 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 et commercialisés par les Agents Généralistes de La Médicale. Generali Vie - SA au capital de 336 872 976 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris - Siège social : 2, rue Pilet-Willi - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en juillet 2022. Photo : Gettyimages, APJD 4956.



VOTRE ASSURANCE NATURELLE



SOMMAIRE

ÉDITORIAL	P. 05
ACTUALITÉS	P. 06
De quelques essais de dialogue entre neurosciences et psychanalyse	P. 06
Quand l'Ordre des médecins soutient les médecins maltraitants	P. 13
COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU SNJMG	P. 14
Tordons le cou aux idées reçues : pourquoi chercher des informations médicales n'est pas toujours une mauvaise idée	P.14
Covid, fatigue de la pandémie, "vivre avec" le virus : vers quelle société ?	P.16
Malades chroniques : entre validisme, droits bafoués, obstacles administratifs et errance médicale	P.18
L'internat et ses problématiques	P.24
Non, faire payer "les lapins" ne résoudrait en rien à l'accès aux soins, bien au contraire	P.26
Dysfonctionnement du dispositif de contre-indications à la vaccination contre le COVID-19	P.27
Hôpital public : une casse annoncée, des services et lits qui ferment, de graves conséquences sur la santé des populations	P.28
Sur la fin de l'obligation du port du masque dans les transports et la politique pandémique	P.30
Santé planétaire	P.31
INTERVIEWS DU SNJMG	P. 33
Douleurs chroniques : caractéristiques, conséquences, prise en charge et ses limites	P.33
Interview de Léonard Corti, interne et représentant syndical, président du SIHP	P.36
Interview du Dr Manon, malade chronique	P.40
Interview du Dr Bailly, rhumatologue et médecin de la douleur	P.43
ANNONCES DE RECRUTEMENT	P. 46

➔ De quelques essais de dialogue entre neurosciences et psychanalyse

Maurice Villard, psychologue clinicien ayant exercé en Secteur Médico-social de 1971 à 2019, constate d'abord que la psychanalyse est passée en France d'une position prépondérante dans les années 1970 à celle de quasi repoussoir depuis les années 2000. Elle poursuit cependant des échanges constructifs avec les neurosciences, les deux champs épistémologiques étant davantage complémentaires qu'opposés.

Haro sur la psychanalyse

Dès ses débuts, la psychanalyse a été contestée mais elle l'est particulièrement depuis le milieu des années 2000, avec le rapport Inserm sur les psychothérapies (2004) qui concluait à une plus grande efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, suivi du *Livre noir de la psychanalyse* (Les Arènes, 2005), puis *Le Crépuscule d'une idole. L'Affabulation freudienne*, de Michel Onfray (Grasset, 2010), accompagnés d'attaques récurrentes de quelques associations de parents d'enfants autistes qui semblent rester sur des accusations d'il y a 40 ans en arrière, telle que la notion de "mère frigidaire" attribuée à Bettelheim (alors qu'elle n'est pas de lui). En octobre 2019, une tribune, parue dans L'Obs (qui aurait été initiée par une réalisatrice qui mène depuis plusieurs années une campagne sans nuances contre la psychanalyse) demandait l'exclusion des psychanalystes des prétoires, des institutions de soin, des comités d'éthique et des universités (rien de moins !) en reprenant les mêmes reproches avancés depuis des décennies, dont certains ont pu être justifiés au cas par cas mais qui occultent tout « *ce que les psychanalystes apportent à la société* » (Erès, 2019), comme venait de le souligner cet ouvrage sorti un mois avant : apports considérables à la médecine (par les groupes Balint, l'aide aux soignants, aux malades, à leurs familles¹...), à la psychiatrie (psychothérapie institutionnelle, sectorisation...), à la pédopsychiatrie et à l'écoute de l'enfant et de l'adolescent (CMPP, CAMSP... Spitz, Favez-Boutonier, Dolto, Mannoni, Mélanie

Klein, Winnicott, etc. Extension des Maisons Vertes, créées par Dolto, en France et à l'étranger...), à la culture (littérature, cinéma...). Bien que tout cela semble par beaucoup avoir été oublié.

Récemment encore, un arrêté du 10 mars 2021, relatif aux plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour la prise en charge des jeunes enfants souffrant de "troubles du neuro-développement", réduit les interventions aux seules pratiques cognitivo-comportementales, rééducatives et neuropsychologiques. Les quatre requêtes en annulation déposées auprès du Conseil d'État ont été rejetées. Pourtant, dans l'ensemble du secteur médico-social de l'enfance et de l'adolescence, les approches sont systématiquement pluridisciplinaires et lorsque des psychologues ou psychiatres ont recours aux concepts psychanalytiques (ce qui n'est peut-être plus si courant) c'est dans la mesure où ces derniers peuvent les aider à mieux comprendre le monde interne du patient ; ce n'est jamais en excluant d'autres types d'approches (orthophonie, psychomotricité, remédiation cognitive, etc.). Bien évidemment, on ne met pas un enfant autiste sur le divan ! Car on pourrait parfois penser que cette idée existe chez quelques personnes.

Cet exemple de l'arrêté de 2021 montre à minima que dans le contexte actuel les arguments sérieux ne portent pas. Concernant la psychanalyse, que ce soit pour les enfants, adolescents ou adultes, on pourrait évoquer au moins deux de ces arguments :

Le travail remarquable (pluridisciplinaire, dont psychanalytique) de l'Association Preaut auprès des bébés à risques autistiques et de leurs

parents (« *Vingt ans d'actions auprès des enfants autistes. PREAUT : son parcours, ses réalisations, ses engagements* », Erès, 2020), qui a évité à nombre de ces enfants une évolution autistique (car un enfant peut naître avec des facteurs de risque, de plusieurs natures, mais ne naît pas autiste, comme cela est souvent affirmé. Quelle que soit la position théorique, tout le monde est au moins en accord sur le fait que l'on doit intervenir le plus tôt possible). De cette Association, je n'ai jamais entendu un grand média parler !

Les recherches récentes sur l'efficacité des diverses formes de psychothérapie, qui concluent à leur action positive (souvent supérieure à celle des médicaments) et à l'absence de différence significative entre elles, ce qui plaide en faveur de l'hypothèse d'un impact principal de la relation au thérapeute (Rabeyron, 2021²). Les résultats de ces études donnent d'ailleurs un certain avantage aux psychothérapies psychodynamiques (s'appuyant sur des concepts proches de ceux de la psychanalyse) et psychanalytiques, à l'inverse de ce qu'affirment depuis des années la plupart des cognitivo-comportementalistes. Là aussi, qui en informe ?

Débats entre neuroscientifiques et psychanalystes

En contrepoint des accusations de non scientificité, voire d'affabulation (Onfray) ou d'obscurantisme, je propose de parler ici des dialogues qui ont pu se tenir entre psychanalystes et neuroscientifiques. Plusieurs de ces derniers, en effet, n'ont pas dédaigné la psychanalyse - rendant même hommage à son fondateur - et des échanges enrichissants se sont tenus, que je vais parcourir. Rappelons d'abord que Sigmund Freud était neurologue, qu'il a travaillé comme physiologiste-assistant (sur les neurones et la cocaïne), puis comme assistant chirurgien et, à la suite, en service de psychiatrie où il effectua des recherches histologiques sur la moelle épinière, et enfin en ophtalmologie et en dermatologie.

On pourrait évidemment chercher à savoir pourquoi, depuis 20 ans, la psychanalyse est tant dépréciée alors qu'elle a eu une position hégémonique dans les années 70. Parmi plusieurs hypothèses, d'aucuns estiment qu'elle va à contre-courant du néolibéralisme, de la recherche d'une "efficacité" rapide, du raccourci (incarné parfaitement par le tweet). Mais ce n'est pas le sujet abordé ici.

Les reproches de non scientificité de la psychanalyse ont donné lieu à de nombreux débats au cours desquels fut notamment avancé, par ses défenseurs, que la psychologie et la psychanalyse sont des sciences humaines qui, comme la sociologie ou l'économie, développent des modèles à partir de l'observation et de la pratique, modifiés au fur et à mesure des nouvelles observations et pratiques.

C'est ainsi que bien des techniques psychothérapeutiques, dont celles de la psychanalyse, se sont transformées au contact des nouvelles psychopathologies issues des changements socio-économiques rapides de nos sociétés, ou en fonction du contexte institutionnel (migrants, hôpital, Ehpad, Centre médico-psychologique, etc.).

C'est son séjour d'environ 6 mois à La Salpêtrière, en 1885, dans le service de Jean-Martin Charcot (avec lequel s'était créée une amitié et dont il a traduit en allemand les œuvres) qui va l'amener à s'intéresser à l'hystérie et à prendre un chemin qui le conduira de l'utilisation de l'hypnose jusqu'à la psycho-analyse, « la cure par la parole ». Ses recherches en neurologie se poursuivirent un certain temps, sur les paralysies cérébrales unilatérales chez les enfants (1891) et sur l'aphasie. On trouve dans son œuvre des idées qui se confirmèrent bien plus tard, comme celle du frayage des circuits neuronaux pour la mémoire, ou la mise en fonction minimale des circuits neuronaux de la motricité d'un observateur qui

¹- On pourrait évoquer aussi le nombre de psychologues cliniciens qui, durant la crise covid, ont assuré des écoutes téléphoniques, ou ont poursuivi, en ligne, des psychothérapies, s'adaptant aux nouvelles techniques.

²- <https://www.grecc.org/publications/dossiers-scientifiques/evaluation-et-lefficacite-des-psychotherapies-psychanalytiques-et-de-la-psychanalyse-thomas-rabeyron-2021/>

voit les mouvements de quelqu'un d'autre (on parle aujourd'hui de "neurones miroir"). En 1895-96, il écrit « *Esquisse d'une psychologie scientifique* » qui s'appuie sur la neurophysiologie, mais qu'il refusera de faire éditer, dans la mesure où cette référence ne le satisfaisait plus pour comprendre le psychisme. Cette *Esquisse* ne fut donc connue que bien plus tard après sa mort.

Si l'explication neuroscientifique des faits psychiques fut alors abandonnée par Freud, cette question intéressa de nombreux chercheurs après-guerre et pris de plus en plus d'ampleur avec l'informatique et l'imagerie cérébrale, allant jusqu'à la création de modèles des faits de conscience. Le débat entre neurosciences et psychanalyse concerne surtout, on s'en doute, la question de l'Inconscient, dans la mesure où l'Inconscient cognitif décrit par les neuropsychologues ne recouvre pas l'Inconscient de la psychanalyse, pouvant à la rigueur correspondre au "préconscient" freudien. Sur cette question, les neuroscientifiques sont souvent critiques quant aux thèses de la psychanalyse, tout en ne refusant pas d'échanger avec ses représentants, reconnaissant même, pour nombre d'entre eux, comme je l'ai déjà dit, le travail pionnier de Freud. Concernant ces échanges, je me propose d'abord de donner chronologiquement quelques titres.

En 1991, le professeur de psychiatrie et psychanalyste Jacques Hochmann et le neurophysiologiste Marc Jeannerod présentaient leurs positions et divergences de points de vue dans un ouvrage intitulé « *Esprit, où es-tu ? Psychanalyse et neurosciences* » (Ed. O. Jacob). Ils rappelaient très justement que la question des relations entre le corps et l'esprit a parcouru toute la philosophie occidentale depuis Platon et Aristote, quant à la primauté de l'idée ou de la sensation, le dualisme cartésien de l'âme et de la matière, puis le sensualisme du XVIII^{ème} siècle, le dualisme absolu de Leibniz, l'homme-machine de La Mettrie, jusqu'à la question de l'origine organique ou psychologique des maladies mentales au XIX^{ème} siècle... En 2004, paraît « *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse* » (Ed. Flammarion), du psychiatre et psychanalyste Gérard Pommier.

L'auteur démontre que de nombreuses découvertes neurophysiologiques confirment plusieurs hypothèses psychanalytiques : par exemple l'importance de l'environnement et de la parole sur le développement des connexions nerveuses du nouveau-né ; l'existence d'un "corps psychique" (membre fantôme, activation des aires motrices par la représentation mentale...) ; la distinction d'un lieu du pulsionnel et d'un lieu de symbolisation par la bipartition cérébrale (cerveaux droit et gauche, leur réorganisation possible dans l'enfance)... La question de la conscience et de l'inconscient est une partie importante de l'ouvrage, sur laquelle je reviendrai plus loin car elle est la plus difficile et sans doute la plus controversée.

En 2004 également, Pierre Magistretti, directeur du centre de neurosciences psychiatriques de l'Université de Lausanne, et François Ansermet, psychanalyste et professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Genève, écrivaient « *A chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient* » (Ed. O. Jacob) où ils proposaient une articulation entre perspectives neuroscientifique et psychanalytique, via les mécanismes de plasticité neuronale qui permettent au cerveau de rester ouvert au changement et d'être modulable par l'expérience.

En 2008, un colloque regroupait au Collège de France psychanalystes, philosophes, psychiatres et neurobiologistes, donnant naissance en 2010 à un ouvrage dirigé par Pierre Magistretti et François Ansermet : « *Neurosciences et psychanalyse. Une rencontre autour de l'émergence de la singularité* » (Ed. O. Jacob). Ces essais de rapprochement entre les découvertes sur le cerveau et l'expérience psychanalytique s'appuyaient sur la notion de traces, les unes pouvant être rappelées à la conscience et d'autres non. Ces traces inscrites dans le réseau synaptique sont dynamiques, s'associent, se modifient, sont uniques pour chaque personne. Elles sont associées à des états somatiques et à des émotions, pouvant autoriser de repenser le concept freudien de pulsion. Sans occulter la différence des deux champs que sont ceux de la psychanalyse et des neurosciences, les auteurs cherchaient cependant un

certain rapprochement grâce à cette notion de plasticité cérébrale qui met *en question l'opposition classique* entre étologies organique et psychique, de même que la notion d'épigenèse permet de relativiser le déterminisme génétique.

En 2017, paraissait un ouvrage collectif dirigé par le professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Bernard Golse, le professeur de psychopathologie clinique à l'université Paris-Diderot, Alain Vanier, et le maître de conférences en psychopathologie clinique et psychanalyse à l'Université de Strasbourg, Olivier Putois : « *Epistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie* » (Ed. érès). Un passage de la quatrième de couverture le résume : « *[Le livre] s'attache à montrer comment la complexité de la clinique contemporaine exige de s'installer à l'interface de ces disciplines régies par des épistémologies différentes. Sans tenter d'y chercher une complémentarité totalisante, les auteurs explorent les convergences possibles pour une meilleure compréhension du fonctionnement cérébral et du travail psychique. Cette articulation conceptuelle entre causalité physique et causalité psychique, qui ne vient pas remplacer le clivage classique psyché/soma, produit une réflexion épistémologique pouvant guider la pratique clinique.* » (On peut trouver un résumé beaucoup plus complet de cet ouvrage sur le site *Nonfiction* à la page web : <https://bit.ly/3ST6wrt>).

La même année (2017), le psychologue et psychanalyste Jacques Robion fait paraître « *Le sujet sans cerveau ou le cerveau sans sujet ? Sécessions neuronales et régulations inconscientes de conscientisation* » (Ed. L'Harmattan), où il essaie d'articuler les acquis de la psychanalyse avec ceux des neurosciences, et où il se désolidarise à la fois de l'idée selon laquelle le cerveau serait le souverain absolu, et d'un impérialisme psychanalytique qui imaginerait un appareil psychique totalement autonome. La troisième voie qu'il propose est celle d'une auto-organisation. Toujours en 2017, Marc Crommelinck, professeur émérite en neurosciences à l'université de Louvain,

et Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste, écrivaient « *Un cerveau pensant : entre plasticité et stabilité* » (Ed. érès), dans lequel, sous la forme du dialogue, ils réfléchissaient sur : la tendance au réductionnisme ; la notion d'émergence où, à partir de données précises, peut advenir une nouvelle configuration qui étaient non prédictible à partir de ces données ; la question du monisme matérialiste ; l'importance du langage ; l'influence des changements technologiques et sociétaux...

J'arrête là cette liste non exhaustive qui voulait montrer l'intérêt de ces disciplines l'une pour l'autre, représentées par des neuroscientifiques reconnus et des psychanalystes, psychiatres souvent, qui ne le sont pas moins.

Cet intérêt réciproque date de loin, comme je l'ai dit, de Freud lui-même d'ailleurs. Mais il s'est sans doute accentué à partir du moment où se sont développées les études sur la cognition, où cette dernière n'a plus été séparée des émotions (Antonio Damasio, « *L'Erreur de Descartes : la raison des émotions* », Ed. O. Jacob, 1995), et où les extraordinaires progrès technologiques ont permis des performances de plus en plus importantes dans l'imagerie cérébrale, amenant un certain nombre de chercheurs à émettre des hypothèses, étayées par l'expérimentation, sur les diverses fonctions mentales (mémoire, perception, sommeil, conscience, etc.).

Les modèles avancés par les chercheurs furent multiples au cours des années, basés d'abord sur la cybernétique et les théories de l'information, puis de plus en plus complexes. La comparaison du cerveau à un ordinateur dura un temps mais n'a plus cours. Depuis quelques années, ce sont des thèmes comme celui de la singularité ou de la conscience qui sont davantage étudiés.

Parmi les neuroscientifiques, les perspectives ne furent pas homogènes, certains faisant dériver les processus mentaux directement de l'activité neuronale et les réduisant à ceux-ci (Changeux, « *L'homme neuronal* », Fayard, 1983), d'autres, comme Gérald Edelman, soulignant l'influence

de l'environnement sur la constitution du réseau neuronal (« *Biologie de la conscience* », Ed. O. Jacob, 2008).

La question du rêve

Les études neurologiques et physiologiques sur le sommeil sont déjà anciennes, dès les années 30. En France, Michel Jouvet (1925-2017) fut une figure marquante pour ses travaux sur le sommeil paradoxal et le rêve, à partir de 1961, lesquels travaux ont été poursuivis par de nombreux chercheurs jusqu'à ce jour. C'est ainsi qu'ont été avancées plusieurs fonctions de l'activité onirique : reprogrammation, stabilisation mnésique, retraitement de l'information émotionnelle, réélaboration des vécus diurnes... Ce qu'apportent ces études sur les fonctions du sommeil et du rêve est important mais n'a pas grand-chose à voir avec la place qui lui est accordée en psychanalyse. La phrase de Freud restée célèbre est que le rêve est la voie royale qui mène à l'inconscient. Loin de l'utiliser comme une clé des songes, il demandait au patient de dire tout ce qui lui passait par la tête à partir du récit qu'il faisait de son rêve. Si les analystes sont sans doute moins directifs aujourd'hui sur ce point, ce sont en effet ces associations faites par l'analysant qui pourront l'amener, au bout d'un long chemin (au cours duquel le rêve n'est pas le seul matériau) au dévoilement éventuel de ce qu'il n'attendait pas, d'une "vérité" inconnue de lui au préalable, qui lui est propre. Autrement dit, ce n'est pas la question « à quoi sert le rêve ? » qui se pose en psychanalyse, mais « quels sens (au pluriel) apporte-t-il ? ». Au demeurant, les chercheurs en neurosciences étudiant le rêve précisent qu'ils peuvent voir les images de l'activité cérébrale à ce moment-là mais qu'ils n'ont bien sûr pas accès au contenu du rêve, sauf à réveiller le dormeur. C'est alors obligatoirement une reconstitution et un tri dans le probable monceau d'images qui l'a assailli un instant avant. Les fils que le rêveur peut tirer de cette bobine constituent le travail possible,

Je vais prendre deux exemples où les conceptions des neurosciences et de la psychanalyse divergent particulièrement, la question du rêve et celle de l'inconscient³.

mais non obligatoire, de certains moments de l'analyse. On doit ajouter que Freud avait dégagé deux grands processus du rêve : la condensation et le déplacement. Autrement dit, et en simplifiant beaucoup, pour la condensation il s'agit de plusieurs images ou idées se fondant en une seule (ce que Lacan assimilera à la métaphore), et pour le déplacement, une partie d'une image ou d'une idée est présente à la place de leur totalité (associée à la métonymie, par Lacan). Cette théorisation s'est fondée sur l'écoute analytique, et, qu'on l'adopte ou non (ce serait un autre débat), n'est en aucune façon atteignable par l'imagerie cérébrale puisqu'il s'agit de faits de discours, de langage.



La question de l'inconscient

Depuis la sortie de son livre « *Le Nouvel Inconscient : Freud, le Christophe Colomb des neurosciences* » (O. Jacob, 2009), le neurologue Lionel Naccache est devenu médiatique, invité régulièrement à la radio. Sa thèse est que Freud fut un découvreur qu'il faut à ce titre saluer, mais qui, comme Colomb, s'est trompé de continent : il a cru découvrir l'Inconscient alors qu'il exposait les attributs de la conscience, tels que les expérimentations et la neuro-imagerie actuelles les présentent. L'inconscient de Freud, dit-il, n'est que « *la conscience du sujet qui interprète sa propre vie mentale à la lumière de ses croyances conscientes* ». Selon lui, l'inconscient cognitif (la mémoire procédurale, ce que l'on fait machinalement, ce qu'on ne se rappelle pas mais qui peut revenir à la conscience à l'occasion, les perceptions subliminales, etc.) est en association étroite et permanente avec la conscience. Il est souple, diversifié, et travaille en collaboration constante avec la conscience. Si j'ai bien compris, mais je peux me tromper car sa démonstration est complexe, je me le représenterais soit comme un dépôt au sein duquel la conscience pourrait puiser selon le moment, soit, de façon dynamique, comme des sortes de

répétition, de simulation, dont seules quelques-unes deviendront conscientes. En ce sens où il n'aurait donc pas d'unité fonctionnelle et où il serait en fait influencé et modelé par la conscience, cet inconscient (cognitif) ne serait pas compatible avec l'inconscient freudien dont le refoulement serait un des fondamentaux.

Si des psychanalystes ont reconnu que L. Naccache, à la différence d'autres neuroscientifiques, rendait un hommage à Freud, d'autres ont nettement critiqué une approche qu'ils considèrent inadéquate au champ de la psychanalyse, ne prenant pas en compte ce qui spécifie ce champ, à savoir l'importance du passé infantile, les mécanismes de défense, le transfert, le langage, etc. Arlette Pellé, dans « *Le cerveau et l'inconscient* » (A. Colin, 2015), considère l'inconscient cognitif comme un inconscient mécanique ayant un statut neuronal. L'idée, portée par L. Naccache, que la conscience serait prédominante, serait propre à justifier des pratiques comme celles de la psychologie positive, de la pleine conscience, du cognitivo-comportementalisme. La conception psychanalytique soutient à l'inverse qu'il y a de l'altérité radicale en nous, qui s'exprime par diverses manifestations (oublis, actes manqués,



³ - Ces deux thèmes sont traités de façon plus détaillée dans mon ouvrage « *Autobiographie bibliographique. Lectures d'un psychologue clinicien* » (Edilivre, 2020), dans le chapitre consacré à « *Neurosciences et psychanalyse* ».

lapsus, rêves, symptômes, etc.). Évidemment, la question est très difficile et ce n'est pas pour rien que Freud a donné ce nom "in-conscient" avec une particule privative, puis, dans sa deuxième topique, le mot "ça", laissant entendre (malgré les "lois" qu'il a dégagées comme régissant son fonctionnement) que sa définition devait rester assez imprécise et que l'on n'avait guère de chance d'en trouver le lieu. Gérard Pommier, cité plus haut, souligne bien que, s'il ne peut correspondre à l'inconscient des cognitivistes, l'inconscient au sens psychanalytique ne peut pas non plus être assimilé à un stock de souvenirs oubliés ou à un réservoir de pulsions animales. Il préfère le définir comme « *l'absence de subjectivation de certaines représentations* ». Ce serait donc ce qui n'a pas de sujet... mais qui peut parfois en avoir un, d'où la phrase célèbre de Freud, « où "ça" était, "je" dois advenir » (et non « *Le Moi doit déloger le ça* », selon une ancienne et mauvaise traduction). Et ce "je", s'il dépend en partie des circuits neuronaux, ne peut y être localisé car il dépend aussi de l'extérieur, de ce que Lacan avait appelé « le discours de l'Autre »,

cet Autre signifiant tout à la fois : autrui avec ce qu'il transmet d'imaginaire et de symbolique, le Langage, l'Inconscient. La singularité de chacun pourrait ainsi être comprise comme à la fois interne et externe, résultat des gènes et des influences environnementales (dont surtout de langage et culturelles), la plasticité neuronale permettant une incessante et indéfinie interaction du neuronal et du socio-culturel, à quoi on devrait ajouter la réflexivité du sujet sur lui-même, troisième terme autorisant une évolution dialectique, d'autant que le socio-culturel a l'avantage de pouvoir être découplé du somatique.

C'est ainsi, pour donner un exemple, que la civilisation de l'Égypte antique a pu rester durant des siècles à l'état de seuls signifiants (les hiéroglyphes) jusqu'à ce que Champollion parviennent à trouver leurs signifiés et nous fasse accéder aux sujets qui les utilisaient, à leur histoire. Cette très longue période durant laquelle des signes restaient énigmatiques ne pourrait-elle pas illustrer le concept d'Inconscient au sens psychanalytique ?

Sans entrer dans une thématique d'une grande complexité, on pourrait dire que les expérimentations, la clinique des cérébrolésés et l'imagerie cérébrale ne sont pas du même registre que l'expérience analytique qui ressort, elle, du socio-culturel et du Langage. D'où les successifs malentendus entre neuroscientifiques et psychanalystes. Ne pas se situer dans le même registre, considérer qu'il s'agit de deux épistémologies différentes, n'empêche pas cependant de considérer ces deux domaines comme complémentaires et de continuer à chercher des ponts entre eux afin qu'ils s'éclaircissent davantage l'un l'autre, comme ont cherché à le faire les auteurs que j'ai cités plus haut.

Dr Maurice VILLARD
Psychologue clinicien
Août 2022

➔ Quand l'Ordre des médecins soutient les médecins maltraitants !



MEDECINS MALTRAITANTS ET PROTEGES
Enquête dans un EHPAD
Dr Jean-Charles GIMBERT
Un médecin légiste révèle l'AUTRE maltraitance en ehpad !

Coordonnateur en ehpad, le Docteur Gimbert a exercé pendant 35 ans la médecine de campagne. Il partage désormais sa longue expérience comme conférencier pour le grand public et formateur indépendant auprès des professionnels de santé.

ENQUETE/ SANTE
sortie le 24/08/2022
140x210 mm - 512 pages
23 euros
contact: marie.sorlot
contact@symbiose-editions.fr

"Une histoire inédite et exceptionnelle. Du jamais vu!"

"La maltraitance en toute impunité, preuves à l'appui"

Juin 2018, dans une structure pour personnes âgées, quelque part en France. Une résidente agonise depuis plus d'un mois dans des souffrances intolérables. Les soins palliatifs auxquels elle avait droit lui ont été refusés. Par la volonté des deux médecins de l'établissement. Mais ces praticiens sont intouchables car protégés par un statut privilégié...

Expert en médecine judiciaire, le Docteur Jean-Charles Gimbert assiste les victimes depuis des décennies. Missionné par la fille de la vieille dame, et malgré la menace d'une radiation définitive de l'Ordre des Médecins, ce spécialiste va disséquer de façon chirurgicale l'incroyable scénario, allant de surprise en rebondissement, jusqu'au dénouement final.

Son enquête inédite dévoile, pour la première fois, l'existence d'une autre maltraitance en ehpad, celle dont personne n'ose parler, celle que commettent, par idéologie, certains médecins contestant les lois sur la fin de vie, celle qui s'exerce quotidiennement à l'insu des familles, celle de la mort indigne.

S'il existe sur Terre des coins où il fait bon vivre, il en est d'autres, parfois les mêmes, où il ne fait pas bon mourir. En France par exemple... Dans ce beau pays, les trois-quarts des mourants n'ont pas accès aux soins palliatifs et souffrent le martyre avant d'exhaler leur dernier soupir. Cette fois pas question d'incriminer les déserts médicaux, ni l'état déplorable de notre système de santé. Cette « autre » maltraitance, très répandue en ehpad, n'est pas institutionnelle ou liée au racket financier de certains groupes privés, comme celle que dénoncent régulièrement les médias. Elle est le fait de médecins, beaucoup plus nombreux qu'on ne l'imagine, qui refusent l'accompagnement terminal à leurs patients en fin de vie en considérant qu'il s'agit d'une forme déguisée d'euthanasie à laquelle ils sont fondamentalement opposés pour des prétextes idéologiques.

Cette clause de conscience, qui correspond au droit de retrait des fonctionnaires, reste parfaitement légale tant que le médecin demande à un confrère d'assurer à sa place l'accompagnement terminal de son patient. Par contre, on entre dans

le domaine de l'horreur la plus sordide lorsque des mourants, en l'absence de cette prise en charge ultime, subissent un véritable calvaire de fin de vie. Et on sombre dans l'outrance absolue lorsque l'Ordre des médecins cautionne honteusement de tels agissements, allant jusqu'à punir sévèrement celles et ceux qui les dénoncent.

Dans son dernier livre intitulé *Médecins maltraitants et protégés*, le Dr Jean-Charles GIMBERT raconte comment l'Ordre l'a radié pour « manque de confraternité » parce qu'il avait simplement signalé à l'ARS de Franche-Comté le véritable calvaire vécu par Jeannine pendant cinq longues semaines dans un EHPAD de la région. Des doses homéopathiques de morphine ; aucune sédation de son angoisse de la mort ; interdiction faite au service d'hospitalisation à domicile de venir à son chevet ; des escarres colonisées par les insectes nécrophages. Rien ne lui a été épargné par les deux médecins chargés de son suivi. Des médecins maltraitants mais protégés par leur statut de membres titulaires de l'Ordre. C'est-à-dire intouchables...

Dr JC IMBERT

➔ **Tordons le cou aux idées reçues : pourquoi chercher des informations médicales n'est pas toujours une mauvaise idée**

On a tous entendu cette petite phrase souvent de façon péjorative aussi bien de la bouche de patient-es mais surtout principalement de soignant-es "il ne faut jamais regarder sur internet !"

Mais qu'en est-il réellement ? Tout est-il vraiment bon à jeter sur Internet en termes de santé et d'auto-diagnostic ?

Il est courant d'entendre que quel que soit le symptôme saisi, la réponse sera un cancer, qu'en est-il réellement ?

On estime à 70 000 le nombre de recherches en santé sur Google chaque MINUTE. Selon une série de tests réalisés par des chercheurs en soumettant des symptômes d'une maladie à Internet, la recherche a été probante dans 36 % des cas menant au bon diagnostic.

On notera cependant que le taux de bonne réponse est un peu meilleur (de l'ordre de 60 %) quand il s'agit d'indiquer une situation urgente nécessitant un passage aux urgences, ce qui est tout de même plutôt rassurant.

La pertinence varie en effet de 15 à 50 % selon une revue de la littérature de la HAS.

Les informations recherchées concernent principalement une maladie, un traitement, des conseils hygiéno-diététiques ou encore les alternatives thérapeutiques.

Le mode de recherche est principalement via un moteur de recherche pour 60 à 92 % des patients.

Contrairement aux idées reçues, 59 % des patient-es utilisent des sites médicaux spécialisés et seulement 20 % des forums ou des blogs. On est donc loin du cliché des patient-es qui se soignent seul-es sur Doctissimo qui est encore bien trop souvent répandu par les soignant-es sûrement inquiet-es d'une perte d'asymétrie dans le mode relationnel.

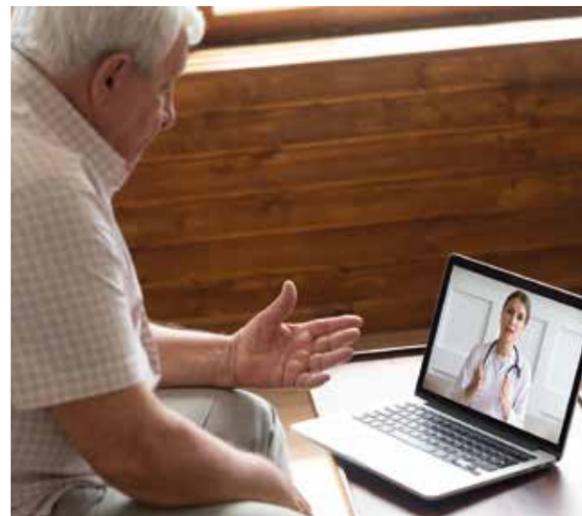
Il nous apparaît intéressant cette inversion de balance rendant la relation plus équilibrée entre soignant-e et soigné-e avec une équitable répartition du savoir entre les 2 parties rendant plus facile la décision éclairée.

Si Internet peut être un vecteur pour cela, il nous apparaît intéressant d'y associer les soignant-es pour conseiller aux patient-es les meilleures ressources quand on sait que seul 33 % des patient-es ont osé parler de leurs recherches Internet à leur médecin.

Les patient-es seraient majoritairement demandeurs d'en discuter avec leur médecin afin d'avoir des compléments d'information aux sujets des données trouvées sur Internet.

Les médecins sont quant à eux inquiet-es de l'incapacité des patient-es à discerner les informations erronées ou bien encore (notamment dans la population des oncologues) que ces recherches puissent majorer l'anxiété des patient-es seul-es face à ces informations.

Un des autres avantages d'Internet soulevé par les patient-es est l'accessibilité 24h/24 sans avoir peur de déranger.



Mais alors comment faire pour améliorer ces recherches sur Internet et les rendre plus fiables ?

Côté patient-es :

- ➔ Pour commencer, on vous conseille d'utiliser des mots clés et expression sur des moteurs de recherche, de faire usage de synonymes voire d'acronymes qui peuvent améliorer la recherche, en privilégiant quand c'est possible les termes techniques.
- ➔ Il est également recommandé d'effectuer des recherches sur des sites médicaux spécialisés, auprès de sociétés savantes ou encore d'institutions officielles (type HAS, Santé Publique France par exemple).
- ➔ Une bonne façon de faire le tri est lire beaucoup, ce qui permettra de recouper les infos, critiquer les incohérences et dégager les idées qui reviennent le plus.
- ➔ Enfin, l'idée est de pouvoir (dans la mesure du possible) évoquer vos recherches et lectures auprès de vos soignant-es afin d'avoir leur avis et pouvoir poser les questions résiduelles.

Côté soignant-es

- ➔ Il est important d'en parler avec les patient-es en consultation, interroger leurs connaissances avec bienveillance. Beaucoup de patient-es auront fait des recherches sans oser en parler par peur du jugement, il est important de faire le premier pas et de pouvoir accompagner leurs recherches.
- ➔ Il est également utile de faire de l'éducation à la santé sous toutes ses formes y compris sur internet (blog, réponse sur des forums etc.) pour tordre le cou aux idées erronées sur Internet.
- ➔ On peut également avoir des listes de ressources sûres à communiquer aux patient-es auxquels ils pourront se référer pour effectuer leurs recherches.
- ➔ Enfin, il convient d'accepter ce qui peut venir des patient-es y compris si cela va à l'encontre de l'idée qu'on avait de la pathologie, savoir se remettre en question et accepter une idée qui ne serait pas sienne. Pour rappel, il est normal pour un médecin de ne pas tout savoir, la réaction saine est de l'accepter et orienter en conséquence.

LE SNJMG

→ Covid, fatigue de la pandémie, "vivre avec" le virus : vers quelle société ?

Alors que les gouvernements de nombreux pays occidentaux n'ont jamais vraiment mené de politique de santé publique digne de ce nom vis-à-vis du Covid, émerge depuis quelques temps maintenant toute une rhétorique autour du "vivre avec" le virus. L'idée partant du fait que le virus est là pour longtemps et qu'il faudrait donc apprendre à "vivre avec" et s'adapter. Sur le papier pourquoi pas. Effectivement, le virus semble encore là pour un moment. Mais les versions de ce "vivre avec" qui sont mises en avant ne sont pas des politiques de santé publique. Elles consistent en un abandon pur et simple de toute mesure pour réduire les risques, de toute mesure pour diminuer les contaminations, elles consistent en la ségrégation des personnes malades/handicapées en ne leur permettant plus l'accès à l'espace public sans risque pour leur santé. Comme le dit Dr Tedros (Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé), ci-dessous nous sommes peut être lassé du virus, mais lui n'est pas lassé de nous :

"We're all tired of this virus, and tired of the pandemic. But the virus is not tired of us. Omicron remains the dominant variant, with the BA.5 sub-variant representing more than 90 % of sequences shared in the last month" (1).

Toutes les tentatives des "rassuristes" tels que sont appelés les différents "camps" aujourd'hui visant à rassurer sur la gravité du virus, nier le Covid long, nier les séquelles sur les malades chroniques ne sont pas, à notre sens, de bonnes mesures en termes de politique de santé.

"Vivre avec le virus" sans prendre de mesures de réduction des contaminations, cela conduit à accepter sans rien y faire, les centaines de milliers de morts, les millions de malades du Covid long, les centaines de milliers de malades/handicapés qui ont vu leurs états empirer... Nous sommes pleinement d'accord avec l'OMS sur ce point : "There is a lot of talk about learning to live with the #COVID19 virus. But we cannot live with 15,000 deaths a week.

We cannot live with mounting hospitalizations and deaths.

We cannot live with inequitable access to vaccines and other tools" (2).

["Il y a beaucoup de parole sur le fait d'apprendre à vivre avec le virus du COVID-19. Mais nous ne pouvons vivre avec 15 000 décès par semaine. Nous ne pouvons vivre avec des montagnes d'hospitalisations et de décès. Nous ne pouvons vivre avec un accès inéquitable aux vaccins et aux autres outils"].

Vivre avec le covid cela devrait être ceci, comme le disait Antoine Flahaut sur Twitter (3), et non l'abandon de toute politique :

"Stratégie en 5 points :

- ⊗ Plan "Ventilation" national ;
- ⊗ Masque FFP2 en lieux clos dès que le virus circule au-dessus d'un seuil ;
- ⊗ Promotion des tests et isolement des positifs ;
- ⊗ Schéma vaccinal complet pour adultes et enfants ;
- ⊗ Médicaments efficaces pour les vulnérables."

Nous avons cruellement besoin d'une politique forte en matière de santé pour faire face à la pandémie. Nous appelons les pouvoirs publics à agir et à prendre les mesures qui s'imposent et non à accepter l'inacceptable.

Nous demandons donc :

> Un accès simplifié aux médicaments prophylactiques et aux traitements. Dans ce cadre, pour que l'Europe se mobilise pour un accès à d'autres traitements que le Paxlovid, comme les anticorps monoclonaux (et notamment le bamlanivimab et l'etesevimab contre les variants actuels BA.4 et 5) auxquels nous n'avons pas accès ici (4).

> Un plan ventilation/qualité de l'air pour tous les lieux clos et en particulier les écoles et lycées qui ont été rouverts sans mesure et sans ce qui avait été annoncé en termes de qualité de l'air par Emmanuel Macron.



> Une réflexion sur des indicateurs fiables utilisables à la fois en santé publique et pour le suivi des patient-es. En effet le taux d'incidence n'est plus fiable devant le faible taux de dépistage effectué actuellement.

> La mise à disposition gratuite de FFP2 pour tous-tes.

> L'obligation du port du masque en lieux clos dès le passage d'un tel niveau dans les indicateurs mis en place.

> Des financements pour la recherche plus importante notamment en direction d'un vaccin multi variants pour les coronavirus.

> La levée des brevets sur les vaccins afin de permettre un accès plus large aux vaccins dans le monde.

> Une politique de santé publique sur la vaccination par l'explication et la pédagogie et non la coercition sur le vaccin pour le Covid mais aussi tous les vaccins au vue de l'apparition de maladies quasi disparues, mais qui réapparaissent devant des taux de vaccination trop faibles.

> La promotion du port du masque chirurgical à minima en lieux clos dès que des symptômes d'infection apparaissent, pour les maladies se transmettant via les postillons ou bien par l'air.

Le SNJMG

Sources

(1) <https://twitter.com/WHO/status/1559897543781277699?t=XZDi5R-iGz9l0ImDzGQ39g&s=19>

(2) <https://twitter.com/WHO/status/1559897964054822912?t=Y4FE509Cwcb8Jxt9juRPAg&s=19>

(3) <https://twitter.com/FLAHAULT/status/1558389566066802689?t=u07Agk55i0zJ4rGj9rvsjA&s=19>

(4) <https://www.letemps.ch/sciences/un-traitement-efficace-contre-covid-severes-reserve-aux-etatsunis>

➔ Malades chroniques : entre validisme, droits bafoués, obstacles administratifs et errance médicale

Les malades chroniques sont confrontés à divers obstacles au cours de leur parcours de santé. Il existe de nombreux enjeux, tels que le consentement, le libre choix éclairé, l'impact sur leur vie quotidienne, les obstacles administratifs, les problématiques financières, l'errance médicale et les différentes problématiques autour du suivi.

Consentement et décisions sur sa propre santé

Le consentement

Les droits des malades sont souvent bafoués au sein du système de soins où le-a patient-e est souvent envoyé-e d'un service à l'autre sans même parfois que son consentement soit pris en compte dans la prise des RDV hospitaliers. Il est simplement informé-e de l'endroit où iel doit se rendre qu'iel soit d'accord ou non.

Il en est de même pour les examens cliniques et paracliniques où les injonctions sont nombreuses à patient-e et avec son accord explicite.



Le consentement sur l'accès aux informations médicales est également souvent bafoué. On peut parler des problématiques des systèmes en réseau (on pense notamment à Orbis à l'AP-HP).

"je vais vous examiner" "je vais vous prévoir tel examen" quand normalement les soins devraient être prodigués POUR et AVEC le médecin et qui vont révéler automatiquement votre "pedigree" sur plusieurs années. De même, des inquiétudes ont été soulevées à juste titre sur la centralisation via Mon Espace Santé.



En effet, il existe des options pour masquer certains documents ou au contraire les afficher à toutes mais encore faut-il qu'elles soient connues des patient-es mais aussi surtout des soignant-es qui devront intégrer ces données au dossier UNIQUEMENT avec le consentement des patientes et en leur demandant expressément s'ils souhaitent un accès partiel ou total.

Une autre inquiétude concernant Mon Espace Santé concerne les contrôles des accès au dossier, quand on sait que déjà des patient-es se retrouvent avec une déclaration d'un nouveau médecin traitant sans leur accord alors que celui-ci est censé être obligatoire à toute déclaration.

De nombreux-ses patient-es ont alerté sur les problèmes que pose Mon espace santé, notamment pour les personnes trans, psychiatrisées, les malades chroniques. Nous vous renvoyons à cet article de XY media sur le sujet :

<https://bit.ly/3rSkf65>

Informations, décisions partagées, choix du praticien

Les patient-es constatent souvent un manque profond d'information délivrée concernant leur propre santé. Infantilisé-es, jugé-es inaptes à comprendre car n'ayant pas "10 ans d'études" de médecine, les informations et décisions sur leur propre santé leur sont souvent mal délivrées voire déniées. Il est fondamental que la maladie ainsi que les traitements, et les conséquences de ceux-ci soient expliqués, avec des explications intelligibles mais précises. Alors que le-a patient-e devrait être au centre de son parcours de soin, il n'en est souvent qu'un-e spectateur-ric qui ne peut que subir ou fuir.

De même, les examens complémentaires réalisés sont peu expliqués et les résultats doivent souvent être quémandés par les patient-es.

De nombreux outils se sont développés ces dernières années sur la décision médicale partagée qui devrait, à notre sens, être la base de toute décision médicale. Ces outils existent, notamment, dans la prise en soins des problématiques liées au cholestérol ou bien au dépistage du cancer du sein par mammographie.



Ces outils permettent d'estimer pour x personnes dépistées ou traitées combien tireront un bénéfice de l'intervention et combien auront des effets péjoratifs de cette intervention.

On explique aux patient-es les risques liés à la pathologie, les risques liés au traitement, les risques liés aux examens de dépistage. Ensuite une fois toutes ces informations synthétisées, c'est le-a patient-e qui prend la décision finale

en choisissant le risque lui paraissant le plus acceptable, chaque décision étant individuelle car le curseur d'acceptabilité du risque n'est pas le même chez toutes. Certain-es préféreront vivre avec le risque de méconnaître un cancer jugé inoffensif car se développant très lentement quand d'autres voudront avoir l'information au plus tôt pour pouvoir anticiper les choses.

Un autre frein à l'information et à la décision partagée est l'asymétrie relationnelle entre le soignant-e qui "saurait" et les patient-es qui ne sauraient pas et ne pourraient pas savoir.

Le savoir expérientiel des patient-es est souvent méprisé par les soignant-es. Les patient-es ne peuvent, en effet, tout de même pas mieux savoir (avoir les mêmes connaissances théoriques que des soignant-es ayant fait x années d'études) mais ils ont d'autres savoirs, importants et à ne pas négliger. Or il est important de comprendre que les savoirs théoriques des soignant-es sont très différents et d'utilité différente à ceux des patient-es qui ont un vécu concret de leur maladie, en connaissent les tenants et aboutissants et le retentissement réel sur leur vie. Ils ont également souvent des tips, trucs et astuces pour aider au quotidien à supporter leurs symptômes qu'il est également important de connaître car ce sont des facilitateurs de vie.

Enfin, se pose le problème du libre choix des soignant-es. En effet, les spécialisations et sur-spécialisations des soignant-es associées à l'intense désertification médicale font que les patient-es n'ont souvent qu'un choix limité de soignant-es s'offrant à eux pour une pathologie donnée ou même sur un territoire donné.

En Ile-de-France notamment, où il est souvent déjà difficile de trouver un médecin traitant, il est encore plus difficile d'en changer si cela ne se passe pas bien avec celui-ci. Il en est de même pour les spécialistes ce d'autant qu'on ajoute souvent une contrainte supplémentaire qui est celle de la sectorisation et donc des moyens financiers des patient-es. Un-e patient-e ne pouvant consulter qu'un praticien-ne en secteur 1 se verra offrir un choix encore plus limité.

Vie quotidienne des malades et impact sur leur santé

Le validisme dans le soin

Le validisme est omniprésent dans la vie des malades et handi-es. Invisible aux yeux des valides, il se situe pourtant PARTOUT et au quotidien.

Pour prendre un exemple récent, la fin du port du masque dont semble se réjouir tant de valides est une exclusion de plus pour les malades et handies. Face aux "libérations" (on ne parle encore une fois que d'un carré de papier devant la bouche... et oserons-nous le nez !) progressives, les gens à risque ont donc du renoncer à leurs loisirs, sorties, puis à travailler en présentiel et enfin même à leurs déplacements sans prendre le risque non négligeable pour elleux de se contaminer et d'être potentiellement gravement malade.

Cet exemple n'en est malheureusement qu'un parmi tant d'autres et le validisme ne se limite pas comme le veut l'esprit commun qu'à l'accessibilité PMR, même si rappelons-le, celle-ci est également très mal respectée.

Le coût très important de vivre avec une maladie chronique repose encore beaucoup sur les malades

Tout d'abord il existe les coûts les plus évidents que représentent les dépassements d'honoraires ou l'avance des frais de consultations quand le tiers payant n'est pas pratiqué, ce qui peut constituer un sérieux budget.

On notera également que des médicaments ou des aides à la mobilité sont peu remboursés par la Sécurité sociale.



Enfin, les allocations ou pension d'invalidité sont très faibles (sous le seuil de pauvreté) rendant ceux qui ne peuvent travailler à temps plein dans une situation de précarité qui se surajoute à toutes ces dépenses.

Cela renforce fortement les inégalités sociales dans le soin.

Être malade chronique, une survie contre l'administration



En cas de maladie chronique, obtenir quoi que ce soit pour se soigner ou vivre peut vite relever du parcours du combattant.

Les problèmes administratifs sont nombreux et sans un conseil avisé d'assistant-es social-es spécialisées ou d'autres malades les situations sont souvent inextricables.

Pour commencer, face à une maladie empêchant de travailler, 2 aides principales existent : l'allocation adulte handicapé si un handicap est lié à la maladie ou la pension d'invalidité. Selon différents critères (notamment le taux de handicap pour l'AAH ou les salaires précédents pour la pension d'invalidité), l'une ou l'autre sera plus ou moins "intéressante" (toutes proportions gardées puisqu'on reste sous le seuil de pauvreté) mais ne sont absolument pas cumulables. L'AAH peut "juste" compléter la pension d'invalidité si celle-ci est inférieure à 900 euros jusqu'à atteindre 900 euros maximum.

Il faut donc bien se renseigner en amont, via des simulations, pour savoir laquelle des deux sera la plus rémunérante pour survivre.

Il faut également avoir le temps nécessaire à remplir ces dossiers qu'un médecin disponible et compétent en la matière pour le compléter au mieux sur le versant médical.

Il y a également des entretiens qui sont menés où les malades doivent en quelque sorte "prouver" leur maladie et son retentissement avec des

L'errance médicale et les problématiques spécifiques des malades chroniques

Errance médicale

L'errance médicale est une problématique importante pour les malades notamment ceux présentant des maladies rares. On estime que le délai moyen entre le début des symptômes et un diagnostic de maladie rare est de 18 mois et pourra atteindre jusqu'à 5 ans pour environ 25 % des patient-es. Ces délais extrêmement longs laissent les patient-es dans une incompréhension voire une détresse importante face à leurs symptômes inexplicables.

Cela peut aller jusqu'à entraîner un renoncement aux soins tant ceux-ci sont perçus comme ne pouvant rien apporter.

Trouver un diagnostic, c'est mettre un nom sur la maladie qui affecte la personne, c'est aussi faire un pas vers une solution thérapeutique quand celle-ci existe, et également faciliter l'accès à des aides auprès de la MDPH.

Ces diagnostics sont d'autant plus difficiles à établir qu'il faut souvent faire appel à un centre de référence et que la simple connaissance des centres de référence est difficile à maîtriser et les délais de rendez-vous de ceux-ci souvent très longs.



entretiens souvent réalisés à charge et pas toujours dans la bienveillance, au prétexte de limiter les "abus". On rappelle que la fraude sociale représente un montant négligeable et qu'il est ici question de personne ne pouvant plus/pas travailler et dont les ressources sont en deçà du seuil de pauvreté.

Malade chronique, malade "non rentable"

Le système de paiement à l'acte rend les malades chroniques non rentables par essence. Les soins à apporter aux malades chroniques sont au long cours, un pari d'avenir pour une meilleure santé à terme quand la politique de santé va, via sa rémunération sur un mode "problème = solution immédiate" bien plus adapté aux maladies aiguës.

En effet, les soins infirmiers chroniques sont très mal rémunérés quand ceux ponctuels le sont un peu plus.

Il en est de même pour les consultations qui sont rémunérées au même prix quelle que soit leur durée et favorise donc les actes plus courts que ceux chronophages d'une prise en soins globale et longue.

Lors d'une hospitalisation, on se retrouve face au même problème, avec une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) pour un malade chronique. Or on sait que plus une DMS est longue, moins l'hospitalisation est jugée rentable, ce qui pousse parfois à un tri des malades.

On pourra aussi s'intéresser aux centres antidouleurs qui sont peu nombreux dans les hôpitaux bien que surchargés de demandes et avec des délais pouvant dépasser 1 an. Ceux-ci sont considérés comme non rentables car les soins prodigués sont souvent coûteux, aussi bien du fait d'hospitalisations, de traitements (médicamenteux ou non médicamenteux coûteux) mais aussi de transports pour s'y rendre, etc. Mais ces coûts évidents directs doivent être contrebalancés au niveau sociétal. Car au delà de l'aspect

de soulagement pour la personne (qui est quand même l'essentiel des objectifs de soins), il y aura aussi potentiellement un moindre absentéisme au travail, une meilleure intégration dans la société, etc. ce qui constitue des "économies" secondaires pour la société qui ne sont pas prises en compte du tout dans le calcul de la "rentabilité" d'un service.

Bien entendu, on rappellera également qu'à nos yeux aucun soin n'a à être rentable et nous dénonçons évidemment cette logique.

Le suivi des malades chroniques et ses problèmes

Les maladies chroniques bénéficient parfois d'un suivi pluridisciplinaire.

Parfois celui-ci est centralisé au sein d'hôpitaux de jour spécialisés dans une pathologie qui coordonnent les soins.

Mais le plus souvent ce suivi est morcelé entre chaque spécialiste qui soigne l'organe de sa spécialité, ou la maladie dont il est spécialiste parmi les plusieurs autres présentées par les patient-es.

On a donc un suivi par un à plusieurs spécialistes ainsi qu'un-e médecin généraliste, une pharmacien, un ou des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des ergothérapeutes, bref ça peut vite monter en nombre d'interlocuteur-rices.

Et parmi tous ces gens, la communication est au mieux via des courriers, arrivant plusieurs jours à semaines (oserons-nous mois...) après la consultation ou l'hospitalisation ; rarement par téléphone, souvent uniquement en cas d'urgence.

Sinon la communication est tout simplement absente et c'est aux patient-es de transmettre aux autres soignant-es les informations comprises en consultation (si tant est que ça lui ait été expliqué par ailleurs).



Le généraliste a souvent un rôle de centralisateur-riche des informations concernant les patient-es mais ceux-ci n'ont pas toujours l'envie ou la possibilité de se lancer là dedans, d'autant qu'ils n'ont pas toujours non plus tous les comptes rendus à leur disposition, ceux-ci étant envoyés entre médecins mais pas toujours aux patient-es, quand compte rendu il existe.

Au final, cette coordination revient, de fait, aux patient-es qui doivent organiser seul-es leur prise en soins et optimiser selon les préconisations de chacun qui sont parfois contradictoires. Le-a patient-e doit donc souvent évaluer par ellui même les balances bénéfiques/risques, faire des recherches sur les traitements possibles, faire des recherches sur les spécialistes appropriés à ses pathologies, organiser ses rendez-vous et la cohérence de sa propre prise en charge.

En plus d'être malade, les patientes ont à supporter la charge mentale de leurs soins.

Il est urgent d'optimiser la coordination entre soignant-es pour les malades chroniques afin de faciliter leur prise en soins optimale, cesser les injonctions contradictoires et que chacun-e participe à cela. En effet la coordination des soins est de la responsabilité de toutes et pas seulement des patient-es ou des généralistes (comme bon nombre de choses qui incommode d'ailleurs les spécialistes, comme les arrêts de travail ou les bons de transport d'ailleurs, mais c'est une autre histoire.)

Une meilleure coordination des soins, un meilleur suivi global des malades chroniques entraînerait de meilleures prises en charge et bien moins de charge mentale sur les patient-es, qui ont déjà leurs maladies à gérer et dont ce n'est pas le travail.

Le SNJMG



JEUNES DIPLÔMÉS

Bientôt dans la vie active ?



KEEP CALM*

and

Démarrez sereinement votre vie pro avec les offres

START'**
MACSF

* Pas de panique
** Les kits de démarrage MACSF

3233 Service gratuit + prix appel
ou 01 71 14 32 33

macsf.fr



22_286 - 04/2022

PUBLICITÉ

➔ L'internat et ses problématiques

Quelques éléments définissant l'internat afin de sensibiliser à en quoi cela consiste ainsi que les problématiques qui lui sont spécifiques.

Qu'est ce-que l'internat ?

Les études de médecine sont divisées en 3 cycles : le premier cycle pour les trois premières années, le second cycle "l'externat", et enfin le troisième cycle qui est l'internat. Les internes sont des étudiant-es en 7^e à 12^e année. Iels ont déjà choisi leur spécialité après le concours de l'examen national classant. Iels ont un statut

mixte, à la fois étudiant-es, là pour se former, apprendre leur métier, mais sont aussi des salarié-es puisque travaillent à l'hôpital en temps plein via des stages de 6 mois, tournant de service en service de façon semestrielle. De plus, iels assurent des gardes et astreintes obligatoires selon les services.

En quoi c'est un problème alors ?

L'internat est un statut compliqué en premier lieu du fait de l'absence de contrat de travail officiel : rien ne relie contractuellement l'interne et l'hôpital ni même l'interne et la faculté.

Il est également parfois compliqué d'allier le statut étudiant-e et le statut salarié-e car les contraintes sont souvent différentes et parfois incompatibles.

Du point de vue des études, les cours sont plus ou moins nombreux selon les spécialités. Le plus compliqué est cependant de pouvoir y assister du fait des contraintes de stage notamment. Les internes ne sont en effet, pas toujours libéré-es de stage pour aller en cours, ou bien internes sont parfois obligé-es d'être en lendemain de garde pour assister à leur cours (avec les conséquences qu'on imagine sur leur attention à ce cours). Enfin, les formations en stage sont peu nombreuses, les médecins titulaires ne sont pas toujours suffisamment présent-es dans les services pour accompagner les internes dans les prises en soin des patient-es et pour leur enseigner.

Du point de vue des services hospitaliers ou ambulatoires, les problèmes sont également nombreux. En premier lieu, les internes sont devenus indispensables, au fil des années, au fonctionnement hospitalier et ambulatoire du fait d'un important manque de personnel médical et paramédical.

Il y a également la problématique du volume horaire des internes. En effet, la législation européenne fixe le volume hebdomadaire à 48h maximum ce qui n'est que trop rarement respecté en pratique.

Les internes n'ont parfois pas le droit à leur repos compensateur (période de 11h sans aucune activité professionnelle faisant suite à une garde de 12 ou 24h) les obligeant parfois à enchaîner des heures de travail pouvant atteindre 36h d'affilé.

Tout ceci mis bout à bout pose d'importants problèmes de sécurité des internes eux-mêmes mais aussi et surtout de sécurité des patient-es. Leur prise en soins n'est en effet pas optimale du fait d'insuffisance de formations théoriques mais aussi de conditions dangereuses de prises en soin.

Le SNJMG



Et ailleurs ça se passe comment ?

En Allemagne, la durée de travail hebdomadaire est en moyenne de 48h. Il existe une possibilité, si désirée, de travailler à temps partiel, en rallongeant d'autant que nécessaire la durée de l'internat. La validation se fait via une liste d'actes à valider (qui sont validés au fur et à mesure, stage par stage) et un nombre d'heures total. Il existe une évaluation de fin d'année chaque année. L'encadrement est important au début mais l'autonomie arrive très vite.

En Roumanie, la journée peut commencer très tôt mais elle se termine selon le rythme de chacun entre 15h et 16h. Il n'y a pas d'évaluation

systematique à chaque stage, on évalue une impression générale. En revanche, en fin d'internat il existe une évaluation de fin d'internat où un examen clinique complet doit être réalisé ainsi qu'une prise en soins réalisée seul devant un jury de la spécialité.

En Irlande, l'internat est très long, d'une durée de 8 ans. Tous les 2 à 3 ans, il y a un examen, permettant de gravir les échelons un par un, jusqu'à atteindre le rang de Docteur en fin d'internat. L'interne est attribué-e à une région où une grande mobilité est demandée avec des trajets pouvant atteindre 2h.

LE SNJMG

→ Non, faire payer "les lapins" ne résoudrait en rien à l'accès aux soins, bien au contraire

Une pétition a été récemment lancée à l'initiative de médecins souhaitant faire payer les rendez-vous non honorés.

Nous rappelons d'ailleurs à toutes fins utiles, qu'il est illégal actuellement de faire payer tout acte n'ayant pas été réalisé, que le rendez-vous ait été annulé ou non, et ce quel que soit le délai avant le rendez-vous de l'annulation, aussi bien pour une consultation médicale que paramédicale.

Nous nous opposons fortement aux paiements des "lapins" pour plusieurs raisons. Les raisons des annulations, des oublis peuvent être variées. N'oublions pas que les patient-es elleux aussi vivent dans un monde avec extrêmement de contraintes : monde du travail, garde des enfants, problème familial de dernière minute, maladies diverses, etc. De nombreux écueils peuvent amener à ne pas pouvoir honorer un rendez-vous médical. En juger ne fait qu'affaiblir la relation de soin. De même, les oublis sont également possibles d'autant plus pour ceux qui ont été pris de nombreux mois à l'avance.

On rajoutera de plus qu'il n'est pas toujours évident de joindre le-a praticien-ne. En effet, combien de médecins ont des secrétariats qui répondent rapidement au téléphone ? Qui ne sont plus externalisés, pour lesquels il faut attendre longuement, réitérer son appel, pour pouvoir joindre quelqu'un ? Dans ce cadre, vouloir annuler un rendez-vous est un obstacle supplémentaire, n'est-il donc pas parfaitement compréhensible que le-a patient-e finisse par abandonner à joindre le médecin pour annuler ?

Reconstruire une relation de confiance soignant-e/soigné-e nous apparaît comme beaucoup plus approprié, constructif, positif contrairement à la logique de la culpabilisation, de la faute, qui ne fera qu'encore plus abîmer cette relation.

Si ce genre de mesures était mise en place, quelles seraient les conséquences de ces frais supplémentaires ? Cela impacterait évidemment les plus précaires qui ne peuvent se permettre

de payer ces frais, ce qui freinerait d'autant plus l'accès aux soins. Les plus aisés n'en seraient pas gênés, pouvant se permettre ces paiements. Cette logique rajouterait donc un frein supplémentaire à l'accès aux soins de toutes.

La pétition affirme que c'est une "dérive consumériste du soin qui impacte chaque jour l'organisation du soin et l'activité des médecins de ville." Or, les annulations de rendez-vous permettent parfois de rattraper un peu le retard, de répondre aux courriers/emails, et laissent rarement les médecins dans l'ennui. Certes, on ne va pas dire que c'est agréable les "lapins", bien au contraire, mais c'est pas non plus source d'une extrême désorganisation, ne laissant pas le médecin désœuvré.

Et si tant est que cela le laissait ainsi, cela montre encore une fois les limites de la tarification à l'acte. En effet, bien qu'il soit argué que cette mesure serait pour l'accès aux soins, la pétition demande le versement non pas à la sécurité sociale, comme d'aucun l'ont défendu, mais bien au médecin. C'est donc une question de manque à gagner pour le-a dit-e médecin qui est mise en avant. Ceci ne serait plus un problème dans le salariat, n'ayant pas d'impact sur les revenus (qu'on rappellera conséquent).

Nous souhaitons insister sur le fait qu'évidemment, si possible, il faut annuler le rendez-vous à l'avance pour permettre de laisser des créneaux libres à d'autres personnes ; néanmoins, ce n'est pas toujours si simple et faire payer ces consultations ne fera qu'aggraver l'accès aux soins des personnes les plus précaires.

Nous appelons à construire de meilleures conditions de soins, d'accès aux soins, de meilleures relations soignant-es/soigné-es, avec plus de confiance, de disponibilité, d'écoute et moins d'inégalités dans la relation.

Le SNJMG

→ Dysfonctionnement du dispositif de contre-indications à la vaccination contre le COVID-19

Après presque une année de passe sanitaire (1), l'obligation vaccinale pour les soignants (2) puis l'instauration du passe vaccinal (3), le SNJMG rappelle son attachement à une gestion de la pandémie de COVID-19 la plus sûre et la plus juste possible, dans l'intérêt de toutes. Au-delà de l'incitation à une vaccination massive, à la fois souhaitable et légitime, le SNJMG souhaite alerter les dysfonctionnements des procédures de reconnaissance des contre-indications vaccinales.

En effet, la loi prévoit une liste limitative de contre-indications à laquelle a été ajoutée ensuite la possibilité de reconnaissance de contre-indications rares (4). Ces dernières contre-indications sont établies en concertations médicales pluridisciplinaires qui, si elles interviennent avant l'initiation de la vaccination pour le COVID-19, doivent de plus être réalisées par un centre de référence maladies rares (CRMR) ou un centre de compétence maladies rares (CCMR). Cette procédure est lourde, encore davantage pour les personnes éloignées du CHU et pose semble-t-il problème concernant les cas mal documentés initialement.

On rappelle que l'instauration du passe est basée sur deux piliers : une exigence de santé publique d'une part et la garantie d'une balance bénéfice-risque favorable à titre individuel, garantie fondée sur la réalisation d'essais cliniques. Or la généralisation des résultats de ces essais à des patient-es présentant un possible surrisque vaccinal du fait de leurs antécédents est problématique ; concernant les maladies rares, la réalisation de tels essais est par définition impossible.

Enfin, au-delà des drames individuels, cette situation ouvre la porte à toutes les récupérations et présente, à ce titre, un danger en termes de santé publique : une bonne campagne de vaccination est aussi une campagne qui gère bien les contre-indications. Le SNJMG appelle donc les praticien-nes impliqué-es dans ces réunions de concertation à l'humilité et les responsables politiques à la simplification des procédures, pour préserver la crédibilité des politiques de santé publique sur le long terme.

Le SNJMG

(1) « Crise du Covid : l'article sur le passe sanitaire finalement adopté après un nouveau vote », Le Parisien, 11 mai 2021.

(2) Loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire », Vie publique.fr.

(3) « Projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique », www.assemblee-nationale.fr

(4) <https://www.ameli.fr/rhone/assure/actualites/covid-19-dans-quels-cas-la-vaccination-est-elle-contre-indiquee>

(5) HAS. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

➔ **Hôpital public : une casse annoncée, des services et lits qui ferment, de graves conséquences sur la santé des populations**

L'état du système de santé, en particulier de l'hôpital public, ne fait que se dégrader depuis de nombreuses années. Les différentes politiques d'austérité qui ont affecté l'hôpital public ont entraîné sa casse. En effet, rappelons-nous que déjà avant la pandémie COVID, des grèves des soignant-es, initialement dans les services d'urgences, qui manifestaient contre la restriction des moyens matériels et humains, contre la vision rentable de "l'hôpital entreprise", en vigueur depuis quelques décennies, qui a mené à sa perte et est contraire au principe même de l'hôpital public. L'hôpital ne doit pas être rentable. Et de façon plus générale, le soin ne doit pas être rentable.

La crise COVID a enfoncé le système de santé encore plus dans le gouffre. En effet, en 2020, malgré la crise sévère qu'a connu l'hôpital, ce sont pas moins de 5700 lits d'hospitalisation qui ont été fermés selon la DRESS.

De même, face à la dégradation des soins qu'ils pouvaient apporter aux patient-es, de nombreux soignant-es ont également quitté l'hôpital. En 2020, il y a, par exemple eu 6102 départs d'infirmier-es contre seulement 5531 embauches. Le compte n'y est pas, alors que les infirmier-es étaient déjà avant cela en sous effectifs dans les services, le déficit s'aggrave.

Les conditions de travail ne font que se dégrader. Les personnels soignants et principalement les "paramédicaux" ne sont pas assez valorisés.

Ces dernières décennies, la qualité des soins s'est considérablement altérée, suite aux passages notamment à la T2A et cette logique de rentabilité et "d'hôpital entreprise", entraînant ainsi une diminution du temps passé auprès de chacun-e patient-e, de la qualité des soins (humainement mais aussi médicalement parlant). Le soin n'est plus pensé humainement mais lucrativement comparé à ce qu'il rapporte. Il n'est plus demandé aux soignant-es de produire de la qualité mais uniquement de la quantité. Et aucun choix ne leur ai laissé quant à ça puisque la charge de travail qui leur incombe est trop intense pour pouvoir même envisager de prendre du temps

pour un-e patient-e pour lui prodiguer des soins de qualité car cela serait au détriment des soins d'un-e autre patient-e.

Ces derniers temps, de nombreux services d'urgence sont contraints à fermer leurs portes faute de personnel.



La fermeture de ces services a des conséquences majeures sur la prise en charge et l'accès aux soins. Nous rappelons l'aspect absolument primordial des urgences sur tout le territoire pour la santé des français-es. Les fermetures nombreuses de services d'urgence par exemple la nuit dans de nombreux endroits sont très inquiétantes et vont impacter gravement la santé des populations concernées. Les raisons de se rendre aux urgences peuvent être multiples. Des personnes consultent parce qu'elles ne peuvent avoir un RDV rapidement chez un médecin généraliste,

ou bien les weekends mais aussi des urgences vitales qui nécessitent un délai court et une prise en charge rapide. Ainsi la fermeture de ces services est responsable d'un retard de prise en charge pouvant être fatal ou entraînant des pertes de chances conséquentes pour les patient-es.

De même, la qualité des soins ne peut être optimale devant ces conditions de travail dégradées,

ayant là aussi un impact sur la prise en charge et des potentielles pertes de chance.

Nous appelons à des mesures fortes et rapides pour faire face à cette crise sans précédent qui ne va aller qu'en empirant et dont les professionnel-les alertent depuis des années sans succès.

Le sujet doit être pris à bras le corps au plus tôt, il n'est pas acceptable qu'une partie de la population n'ait plus accès aux soins d'urgence.

Des mesures doivent urgemment être prises

- ➔ Mettre fin à la T2A et trouver un mode de financement partant des besoins de la population et qui n'a pas vocation à être rentable.
- ➔ Reprendre la dette hospitalière pour permettre aux hôpitaux publics d'avoir des marges de manœuvre financières et donc d'investir notamment dans le remplacement et renouvellement des équipements.
- ➔ Rouvrir les urgences et maternités de proximité afin d'améliorer l'accès aux soins pour toutes les populations y compris les plus éloignées des soins.
- ➔ Revaloriser réellement le salaire du personnel paramédical à savoir non pas par des primes mais bien par une augmentation concrète de salaire (fin des augmentations de quelques euros voire quelques centimes).
- ➔ Améliorer les conditions de travail des soignant-es par une augmentation du nombre de soignant-es par patient-es afin de leur permettre de prodiguer des soins de qualité à chacun-e et d'avoir du temps disponible pour chaque patient-e.
- ➔ Ouverture de lits dans tous les services avec si besoin recours aux soignant-es n'ayant pas un diplôme européen en les reconnaissant et rémunérant de façon égale par rapport aux soignant-es européens.
- ➔ Augmentation des actes délégués aux infirmier-es de pratique avancée, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, maïeuticien-nes, pharmacien-nes afin de libérer du temps médical aux médecin-es de ville leur permettant de voir les patient-es en urgence quand c'est nécessaire.

Le SNJMG

Contact presse : webmaster@snjmg.org

→ 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...).

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

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 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 : [m95970825535488?t=Lielqc_EGm9wepqE9x_ym&s=19](https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1648.abstract)

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

→ 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 en fin d'article).

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.

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 termes 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.

Pour aller plus loin

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

<https://bit.ly/3ex4JJQ>

Pollution aux énergies fossiles

<https://bit.ly/3S5loRh>

Le site du Collège de Médecine Générale

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

Alliance Santé Planétaire

<https://alliancesanteplanetaire.org/>

Doc Durable

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

Le SNJMG

➔ Douleurs chroniques : Caractéristiques, conséquences, prise en charge et ses limites

Nous vous proposons de développer le sujet des douleurs et en particulier des douleurs chroniques à travers ce dossier dédié. Les douleurs chroniques touchent de nombreuses personnes et ont des conséquences majeures au quotidien. Or, cette thématique est trop peu évoquée.

Déjà qu'est-ce qu'on appelle douleur(s) ?

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

On estime qu'un quart de la population mondiale souffre de douleurs.

Les femmes sont statistiquement plus touchées que les hommes avec 37 % de femmes douloureuses contre 28 % pour les hommes.

Une explication de ce phénomène se situe dans le fait que le système hormonal féminin est dominé par les œstrogènes et la progestérone qui défendent moins bien face à la douleur que la testostérone qui domine le système hormonal masculin.

Quelle est la différence entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

Une douleur est dite aiguë si elle dure moins de 3 mois alors qu'elle sera considérée comme chronique au-delà de 3 mois.

Les mécanismes et conséquences de ces deux types de douleur sont fondamentalement différents.

La douleur aiguë est un signal d'alerte, signe qu'une autre pathologie est sans doute en train de s'exprimer. Il convient donc de chercher et traiter la cause pour enrayer la douleur.

Les douleurs chroniques sont des douleurs perdurant malgré le traitement de la cause sous-jacente ou bien lorsque la cause sous-jacente ne peut pas être traitée.

Il y a alors un dérèglement du circuit de la douleur avec des alternances entre des phases dites de pallier (où la douleur est en "fond continu") et des phases d'acutisation où la douleur est beaucoup plus forte sur une période généralement plus courte.

L'une comme l'autre de ces 2 phases ont des conséquences majeures sur le quotidien et à long terme entraînent un handicap.

Qu'est-ce que ça représente au quotidien de vivre avec des douleurs chroniques ?

D'un point de vue familial ou social, la douleur contraint régulièrement à renoncer à des événements positifs de vie, aussi bien les vacances, partager des sorties ou moments entre ami-es ou en famille. Ce renoncement à des événements est malheureusement imprévisible et rend l'organisation difficile, on ne peut pas "prévoir" une crise douloureuse à tel ou tel moment.

Cela conduit à l'isolement et parfois à l'incompréhension des proches vis-à-vis de la condition de la personne malade. Cet isolement peut aussi être renforcé par une forme d'auto-protection envers les remarques ou rejet des proches qui conduit la personne malade à s'isoler d'elle-même préventivement pour éviter les remarques.

D'un point de vue professionnel, il est parfois nécessaire de renoncer à son ancien métier, se reconverter voire d'être en arrêt maladie prolongé ou en invalidité et de ne pas ou peu pouvoir exercer un quelconque métier ou des études.

En conséquence directe de cet aspect professionnel, les difficultés sont aussi **d'un point de vue financier** avec une perte du revenu et de très faibles aides au handicap ou pension d'invalidité.

Il est en effet nécessaire de devoir choisir entre les aides qui ne peuvent se cumuler qu'à hauteur de 900 euros maximum et ne les dépasseront donc que très rarement et les dépenses financières pour le suivi médical avec parfois des dépassements d'honoraires ou des soins non remboursés (traitements médicamenteux, séances de suivi psychologiques, matériel médical).

D'un point de vue psychologique, les douleurs peuvent entraîner des troubles anxieux ou des troubles dépressifs. Ceci a un effet vicieux majeur car la dépression ou l'anxiété vont également augmenter le niveau de douleurs.

Quelles sont les difficultés dans la prise en charge de la douleur ?

Biais d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est sujette à de nombreux biais.

Pour commencer, il existe de nombreuses échelles d'évaluation de la douleur. Certaines sont une "notation" de la douleur par les patient-es de façon visuelle ou orale. On a également des évaluations selon des signes physiques (position, grimaces, etc.). Certaines cherchent enfin à caractériser le type de douleur (brûlure, déchirure, arrachement, etc.).

La première source de biais est une minimisation du côté des patient-es : il est en effet bien difficile de se représenter ce qu'est une douleur "insupportable" si on ne l'a jamais expérimenté, chaque référentiel est individuel, nous n'avons pas tous les mêmes douleurs "maximales" ressenties. De plus, la peur du jugement pousse souvent à ne pas noter la note telle qu'on la ressent réellement par peur de la stigmatisation et d'être jugé "fragile" ou "douillet-te".

La deuxième source de biais peut survenir côté soignant-es qui ont tendance à diminuer l'intensité déclarée par les patient-es si ceux-ci n'ont pas l'air de "souffrir assez". Il n'est pas rare qu'un-e patient-e quantifie sa douleur à 10 et que celle-ci soit abaissée "il n'a pas une tête à avoir une douleur à 10 c'est un 6 ou 7".

Ceci est encore aggravé pour certain-es patient-es qui sont catalogué-es du fait du biais raciste que constitue le "syndrome méditerranéen" selon lequel les patient-es provenant du bassin méditerranéen auraient tendance à en rajouter (ce qui bien entendu est entièrement faux).

Possibilités limitées en termes d'antalgie

Les antalgiques sont en nombre limité. De nombreuses "marques" existent et de nombreuses associations mais ce sont souvent les mêmes molécules de départ à savoir le paracétamol, les anti-inflammatoires, le nefopam, le tramadol, la codéine et les dérivés morphiniques.

De nombreux-ses patient-es présentent des intolérances au tramadol, à la codéine voire aux deux.

Les morphiniques et leurs dérivés ont aussi leurs profils de tolérance assez limités.

Les anti-inflammatoires ne sont pas adaptés à toutes et il existe des contre-indications (notamment digestives ou rénales pour les plus connues).

On se retrouve donc rapidement avec peu d'alternatives au paracétamol qui convient le plus souvent seulement pour les douleurs légères à modérées.

Il existe enfin des antalgiques atypiques comme les anti-neuropathiques (qui sont utilisés dans les maladies touchant les nerfs) ou encore les patchs de lidocaïne ou les dérivés du piment mais ceux-ci sont de prescription hospitalière voire de Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (ou CETD) donc difficile d'accès.

Des techniques non médicamenteuses existent également comme la rééducation, les stimulations électriques, les techniques manuelles eux aussi souvent gérées par les CETD.

Les CETD sont, quant à eux, trop rares, ce qui rend les délais pour y consulter extrêmement longs.

Les patient-es présentant des douleurs chroniques se retrouvent donc rapidement devant une impasse thérapeutique.

Insuffisance de formation des soignant-es et fausses croyances

L'enseignement de la gestion, l'évaluation et le traitement de la douleur auprès des soignant-es est au mieux lapidaire, au pire inexistant.

Les solutions apportées par les soignant-es sont donc parfois inappropriées par méconnaissance de tous les champs des possibles.

Les douleurs sont malheureusement souvent trop peu prises en compte par certain-es soignant-es. Quant aux conséquences au quotidien des douleurs, elles sont encore plus méconnues des soignant-es.

Il existe également une stigmatisation des patient-es qui vivent avec des douleurs chroniques. Ces patient-es sont souvent moins écouté-es, ou accusé-es de "simuler" ou d'aggraver leurs douleurs. Ces phénomènes sont d'autant plus importants pour les femmes.

Ces patient-es peuvent aussi être victimes de stigmatisation du fait de leur consommation de médicaments. Ils sont vu-es comme des "junkies" ou des "accros" aux médicaments. Les soignant-es et les institutions sanitaires cherchent à en faire des prescriptions les plus courtes possibles afin de limiter au maximum le risque de mésusage ou d'addiction ce qui rend le quotidien des patient-es douloureux-ses chroniques encore plus lourd en termes de charge administrative.

Nos propositions pour faire changer les choses

➤ Améliorer la formation des soignant-es concernant les différentes thérapeutiques aussi bien médicamenteuses que non médicamenteuses mais également sur les ressources disponibles et les moyens de les mettre en œuvre.

➤ Sensibiliser les soignant-es sur les fausses idées reçues concernant la douleur (risque addictif, syndrome méditerranéen, comportements toxicophobes, etc.) et mettre la prise en charge de la douleur bien plus au centre des prises en charge. Avoir mal représente un problème en soi et doit être traité avec les médicaments nécessaires sans minimisation de celle-ci et ou de ses impacts.

➤ Augmenter de manière conséquente les projets et budgets de recherche dans le domaine de la douleur afin d'apporter des innovations thérapeutiques aux patient-es présentant des douleurs chroniques.

➤ Œuvrer pour la création de plus de CETD, lutter contre l'idée que ces centres ne sont "pas rentables" et sensibiliser les soignant-es, administratif-ves et gouvernants à l'aspect primordial de la prise en charge de la douleur.

➤ Dans ces centres, importance de la prise en charge globale et des conséquences de ces douleurs : ne pas négliger les antalgiques classiques, mais aussi proposer de manière plus générale les techniques comme la rTMS ou la tDCS. Avoir plus de moyens pour recruter des psychologues/psychiatres spécialisé-es en douleur.

➤ Augmenter le nombre de postes de médecins de la douleur, par conséquent augmentation du nombre de places en DU/FST douleurs.

➤ Créer des urgences douleurs sur le modèle de celles existant pour les céphalées.

➤ Limiter les obstacles à l'obtention des antalgiques notamment de palier II et III, via une meilleure formation des pharmaciennes, et via l'allongement des ordonnances pour les patient-es avec traitement au long cours.

➤ Élargir la prescription de TENS à d'autres médecins (spécialistes ou généralistes) que les médecins de la douleur.

➔ Interview de Léonard Corti, interne et représentant syndical, président du SIHP

Léonard Corti a 32 ans et est interne en anesthésie-réanimation en région francilienne depuis novembre 2019. Il est titulaire d'un master Affaires publiques obtenu en 2014 à SciencesPo Paris avant de s'orienter vers les études médicales. Il est également représentant syndical depuis le début de son internat, d'abord nationalement comme secrétaire général de l'ISNI puis depuis novembre 2020 comme président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP).

Nous l'avons interviewé sur les questions d'internat, de conditions de travail des internes, de l'impact sur la qualité des soins et sur son engagement syndical

Tu as récemment écrit un livre "Dans l'enfer de l'hôpital". Peux-tu nous en dire plus ? Qu'est-ce qui t'a mené à écrire ce livre ?

Je n'avais pas forcément prévu d'écrire ce livre. En l'occurrence, c'est un concours de circonstances qui m'a fait entrer en contact avec un éditeur chez Robert Laffont qui souhaitait publier un livre-témoignage avant l'élection présidentielle de 2022. J'ai alors envoyé mon journal de bord, des documents Word éparses que j'avais écrits durant les deux premières vagues du Covid.

Le projet s'est rapidement précisé autour de ce qu'est le livre aujourd'hui, un témoignage chronologique décrivant mes cinq premiers semestres d'internat entre novembre 2019 et décembre 2021. Sachant que j'ai dû faire face à un impératif : il fallait rendre le manuscrit au plus tard début janvier 2022 pour une parution en avril. J'ai donc eu six semaines en tout et pour tout pour écrire les 189 pages que compte le livre !

Ce qui m'a motivé à me lancer dans ce projet qui a considérablement raccourci mes nuits pendant un mois et demi c'était la volonté de saisir l'opportunité qu'on me donnait de montrer à voir l'envers du décor de l'hôpital submergé par le Covid et aussi d'avoir l'occasion de m'adresser au grand public pour sensibiliser sur la dégradation du service public hospitalier et les difficultés auxquelles sont spécifiquement confrontés les internes en médecine.

Quelles sont selon toi, les principales problématiques auxquelles sont confrontés les internes durant leur internat ? Comment les as-tu abordées dans ton livre ?

Il y a d'après moi trois problématiques imbriquées les unes aux autres. D'abord, il y a la surexposition des internes aux risques psychosociaux. Ce qui entraîne l'incidence élevée de troubles mentaux qui nous affectent (avec parfois des passages à l'acte dramatique). Toutes les conditions sont réunies pour nous conduire au *burn out* : un volume de travail énorme, des responsabilités élevées avec de faibles marges de manœuvre sur le choix dans l'allocation des ressources, un stress et un investissement émotionnel massifs et, parfois, un manque de bienveillance de notre encadrement.

C'est d'ailleurs ce manque de bienveillance que je vois comme le deuxième problème de l'internat. Certains responsables pédagogiques du bas de l'échelle aux doyens sont parfois enfermés dans une idéologie de la pédagogie par la souffrance parfaitement insupportable.

La dernière problématique qui me paraît devoir être adressée par les pouvoirs publics ce sont les conditions matérielles de l'internat. En particulier en Île-de-France, où les loyers représentent presque 50 % du salaire d'un interne première année. Avec des horaires impossibles et décalés et une rémunération qui tarde à devenir suffisante pour vivre confortablement, les internes ne prennent pas soin de leur santé physique et mentale. Par ailleurs, les faibles rémunérations

de base poussent les internes à faire des gardes et astreintes pour compléter leur salaire, ce qui fait exploser leur temps de travail. Enfin, les faibles rémunérations de l'internat sont d'après moi liées au fait qu'historiquement les internes venaient de bonnes familles qui leur permettaient de vivre confortablement malgré des salaires inférieurs à ceux d'un apprenti du même niveau de qualification. Or c'est en train de changer, 40 % des internes sont désormais issues de parents employés ou ouvriers qui n'ont pas les ressources notamment pour se porter garant en Île-de-France. Dans une enquête que le SIHP a réalisée, près d'un quart des internes déclarent ne pas pouvoir accéder à un logement faute de garant solvable et la plupart n'ont pas le réflexe de se tourner vers la garantie Visale qui leur est pourtant accessible !

Quelles sont les actions possibles pour aider un-e interne en détresse dans un stage par exemple ?

Alors, il y a plein de choses à faire ! Quand nous sommes sollicités par un-e interne en détresse dans un stage, nous passons d'abord du temps avec lui au téléphone pour essayer de comprendre ce qu'il se passe. Ensuite, s'il y a détresse psychologique, on a une cellule d'écoute et d'orientation, le SOS SIHP géré par des internes bénévoles qui peuvent orienter vers des professionnels de la santé mentale.

Côté syndical, l'attitude va dépendre de la gravité des faits. Par exemple, si on se rend compte qu'il y a une situation tendue entre un interne et un chef de service, on peut proposer dans un premier temps une médiation pour éclaircir quels sont les griefs des uns et des autres.

Par ailleurs, notre démarche va aussi dépendre de la spécialité concernée. Dans certaines spécialités, on sait que les coordonnateurs peuvent être des alliés pour gérer des problèmes notamment en lien avec l'absence de respect des droits des internes. Si la situation n'arrive pas à se débloquer, on passe généralement à l'échelon au-dessus en contactant la direction de l'établissement

avec potentiellement des mises en demeure si les manquements à la loi perdurent. En dernier ressort, on peut saisir le doyen dont dépend le service mis en cause, voire l'ARS.

Tout cela est pour l'instant fait un peu de manière artisanale mais nous allons travailler pour élaborer des protocoles notamment avec l'ARS qui est finalement l'autorité la plus puissante de la région et en même temps celle qui peut avoir une posture la plus neutre vis-à-vis des cheffes de service, des doyens ou des directions.

Enfin, on vient d'être mis en relation avec la Cellule Enquête Violence au Travail de l'AP-HP qui peut être saisie en cas de faits de violence envers des internes mais uniquement dans un service de l'assistance publique.

Quelles mesures pourraient être mises en place pour améliorer les conditions de travail des internes ?

Selon nous, la première chose à faire est d'abord de faire respecter la réglementation dans tous les services qui accueillent des internes. Cela va du respect du repos de sécurité (eh oui, il y a encore des services, surtout en chirurgie, à Paris, qui ne le respectent pas systématiquement), mais aussi le droit au repos compensateur notamment lorsqu'on fait des week-end d'astreinte. La loi française interdit de travailler plus de six jours consécutifs. Et bien sûr, il y a la question des 48 heures de travail hebdomadaires fixées par le droit européen et largement dépassées par 70 % des internes (comme une enquête du ministère de la Santé lui-même l'a constaté l'été dernier).

Le 22 juin dernier, le Conseil d'État a rendu une décision dans le cadre d'un recours que j'avais participé à élaborer et déposer quand j'étais secrétaire général de l'ISNI en septembre 2020. Il s'agissait de demander l'abrogation des articles du Code de la Santé publique qui définissaient notre temps de travail en demi-journées au motif que ce cadre réglementaire ne nous permettait pas de vérifier que les internes ne dépassent pas les 48 heures.

Le CE a rejeté notre recours mais en précisant d'une part, qu'il était parfaitement possible d'associer un décompte en demi-journées avec un décompte horaire ; et d'autre qu'il était même de la responsabilité des établissements de santé que de connaître précisément le volume journalier horaire de travail de ses agents, y compris les internes.

Cette décision est historique et nous donne un levier sans précédent pour contraindre les hôpitaux à mettre en place le décompte horaire du temps de travail des internes.

Nous allons donc rapidement mettre la pression à l'AP-HP pour qu'elle se conforme à cette décision et si elle ne fait pas le nécessaire, nous irons devant le tribunal administratif.

Tu es le président du SIHP, Qu'est-ce qui t'a donné envie de te syndiquer ? Quel a été ton parcours militant ?

Comme toujours, c'était plutôt un concours de circonstances qui m'a amené à prendre la présidence du SIHP. Je n'avais pas d'engagement militant ou syndical avant de débiter mon internat même si j'ai toujours été très intéressé par le fait politique dans tous ses aspects. Il se trouve que quelques semaines avant de débiter mon internat à Paris, j'ai rencontré à Marseille, où je terminais mon externat, Justin Breyse, alors ancien président du syndicat des internes de Marseille et qui brigait la présidence de l'ISNI. On a longuement discuté et il m'a proposé de me présenter au poste de secrétaire général, ce que j'ai accepté avec enthousiasme. Comme je le raconte dans mon livre, il se trouve que Justin et moi avons été marqués par le décès de Maxime, un interne marseillais qui s'est suicidé en 2016, lui parce qu'il était président du syndicat de Marseille quand c'est arrivé, moi parce que j'avais été au lycée avec Maxime.

Durant mon mandat à l'ISNI, je me suis rendu compte que le SIHP était en grande difficulté et ne fonctionnait qu'avec une poignée de bénévoles dévoués corps et âme à leurs collègues mais insuffisamment nombreux et nombreuses pour venir en aide aux 4500 internes des spécialités médicales hors médecine générale et

chirurgicales que comptent la région francilienne. J'ai donc commencé à aider Julien Flouriot, mon prédécesseur au poste de président, notamment lors de la première vague quand il a fallu répartir des centaines d'internes dans des dizaines d'établissements d'Île-de-France. Durant l'été 2020, il m'a proposé de prendre sa suite, ce qui m'a fait un peu peur mais qui s'est révélé être une expérience passionnante.

En tant que président du SIHP, quel est ton rôle ? Quelles actions menez-vous ?

Mon rôle est donc de représenter et d'assister mes collègues internes. Quand je suis arrivé à la présidence du SIHP j'ai réorganisé le bureau en trois grands pôles qui résument les trois champs d'actions du SIHP.

Le pôle « Service et Assistance Juridique » (SAJ) est géré par Aloïs Helary, interne de médecine interne. Ce pôle est chargé de répondre aux sollicitations des internes sur tous les problèmes qu'ils peuvent rencontrer durant leur internat. Ça va du problème de fiche de paie à l'agression sexuelle. On a mis en place un système de suivi des sollicitations assez efficaces pour ne pas oublier certaines. Depuis mars 2021 j'ai également imposé que nous ne répondions plus qu'aux adhérent-es, estimant qu'au regard du temps que l'on peut parfois consacrer pour répondre à certaines questions, il me paraissait logique que cet investissement soit dédié à ceux et celles qui nous soutiennent financièrement. D'ailleurs, à chaque fois qu'on envoie un mail en disant qu'on ne répond qu'aux adhérent-es, dans 95 % des cas, l'interne adhère dans la foulée !

Le pôle « Stages et Formation » (S&F) est géré par Guillaume Bailly, interne de cardiologie et Abdullah Azaz interne de santé publique. Il est chargé principalement de préparer les commissions d'agrément des stages et d'ouvrir des postes en vue des choix. C'est un travail colossal pour la région francilienne et ses 1700 terrains de stage ! Le pôle peut néanmoins s'appuyer sur le collège de spécialités dans lequel chaque DES est représenté par 1 à 4 personnes, référent-es de spécialités bénévoles qui nous fait remonter les attentes des internes en termes de formation et de stage.

Le pôle « Partenariat, Événements et Communication » (PEC), trois missions pour un seul pôle pour l'instant, c'est beaucoup et ce n'est pas le plus facile à gérer pour Jonathan Moisson, VP en charge. Comme tous les syndicats, on a besoin de financements autres que celui des adhérents donc je consacre pas mal de temps à trouver des partenariats tout en garantissant la liberté de ton de notre syndicat et que nos partenaires sont rattachés avec ce que j'estime être notre éthique de soignants. C'est ce pôle qui est également chargé de la communication sur nos réseaux sociaux et d'organiser des moments de convivialités.

Des personnes souhaitent sûrement se syndiquer, militer, mais ont peur de s'engager faute de temps. Que peux-tu leur répondre/conseiller ?

Je pense déjà qu'il est indispensable pour n'importe quel-le salarié-e de commencer par adhérer à un syndicat. On se rend vite compte qu'on aura forcément besoin à un moment ou à un autre de sa carrière d'être conseillé sur sa situation et il n'y aura alors qu'un-e représentant-e syndical-e pour orienter vers les bonnes démarches ou sources d'information.

La peur de l'engagement faute de temps est parfaitement compréhensible. Je passe d'ailleurs beaucoup de temps à dire à mes collègues qu'il faut toujours que la vie personnelle et professionnelle passe avant la vie associative ou syndicale. Il est hors de question de se mettre en difficultés à cause de son bénévolat. Du coup, il faut parfois accepter que certaines choses ne se font pas faute de bénévoles, c'est dommage mais c'est comme ça.

En tout cas, ce qui nous manque parfois et que j'ai personnellement appris sur le tas, c'est ce que j'appelle savoir gérer des bénévoles. C'est extrêmement difficile et ça demande des connaissances et des savoir-être très particuliers qui se travaillent mais qui permettent souvent de faire grandement avancer les choses. Donc syndiquez-vous ! Et si un soir vous n'avez rien à faire, allez assister à une réunion du bureau de votre syndicat pour vous faire une idée. Sachant que plus on est, moins il y a de travail pour chacun-e !

Ces conditions de travail ont un impact sur les soins et la qualité de ceux-ci, peux-tu nous en dire plus ?

Les conditions de travail dégradées ont nécessairement un impact sur la qualité des soins. Et je pense que c'est d'ailleurs en grande partie parce que les soignants ne sont plus en capacité de prodiguer des soins de qualité, qu'ils et elles préfèrent maintenant jeter l'éponge.

Concernant les internes et les médecins, je crois que la plus grande aberration et menace à la qualité des soins est le maintien du fonctionnement en gardes de 24 heures. Il est incompréhensible qu'on demande à des personnes qui ont la vie des patients entre leurs mains de ne pas dormir pendant parfois 18 ou 20h d'affilées. J'espère sincèrement qu'un jour prochain il y aura une prise de conscience collective pour mettre fin à cette anomalie.

L'état du système de santé se dégrade de plus en plus. Aurais-tu des idées de mesures pour améliorer notre système de santé et les prises en charge des patient-es ? À l'hôpital notamment mais aussi dans l'ensemble du système de santé si tu le souhaites

Comme je le développe succinctement dans l'épilogue de mon livre, je crois sincèrement qu'une des clefs d'amélioration de notre système de santé, est et sera le développement de la médecine préventive. Il faut mettre de la santé partout : dans les entreprises, dans nos assiettes, dans la manière qu'on a de se déplacer, de voyager, de se reposer, d'étudier. Quand je vois qu'on demande aux gens aujourd'hui d'évaluer par eux-mêmes le niveau de gravité de leurs symptômes avant d'aller aux urgences alors que la population n'a jamais été formée à s'auto-diagnostiquer des pathologies bénignes, je crains le pire !

On devrait commencer par apprendre dès le collège qu'est-ce qu'un mal de tête grave ou pas grave, un mal de gorge dangereux ou non, etc. Les médecins ont fait du savoir médical un domaine mystérieux et réservé aux initiés, alors que ce savoir appartient à tout le monde et pourrait améliorer la santé de toutes et tous s'il était mieux partagé !

➔ Interview du Dr Manon, malade chronique

Dr Manon, @manonpatiente, malade chronique et blogueuse sur le site : <http://www.alorscommentcava.com/>

On sait le parcours de soins difficile pour les patient-es qui ont des douleurs chroniques. Les médecins, selon votre expérience, sont-ils suffisamment ouvert-es ou formé-es sur ces problématiques ?

D'après mon expérience, les médecins en général ne sont pas assez formés aux problématiques douleurs. Par exemple, je n'ai pas été "envoyée" au centre douleur, j'ai trouvé moi-même, en fouillant sur internet, l'existence de ces centres. Quand mes douleurs très intenses sont apparues, après avoir éliminé des causes aiguës, les médecins ont continué à me prescrire du paracétamol codéiné en me disant "bon si vous en avez besoin alors on continue". On sentait bien qu'ils étaient embêtés de poursuivre ces prescriptions, qui d'ailleurs me soulageaient de manière très insuffisante. Je ne savais pas qu'il existait d'autres molécules. Aussi un jour, un clinicien m'a dit « le problème du centre douleur c'est qu'une fois que vous y entrez, vous êtes perdu pour la médecine, on ne cherche plus pourquoi vous avez mal ». C'est tout à fait faux. On peut parfaitement être soulagé/partiellement soulagé par le centre anti douleur, et continuer les investigations. Parfois la découverte de la cause permet d'arrêter le suivi au centre douleur, parfois les deux se complètent, notamment si la maladie se soigne mal et/ou qu'elle a une composante douleur forte.

Que pensez-vous des Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur ainsi que des prises en charge qu'ils proposent ?

J'en ai connu personnellement 3. Je trouve qu'ils sont très bien, indispensables même. Mais ils manquent de moyens, notamment de médecins. Les délais de rendez-vous sont beaucoup trop longs, notamment à l'échelle de la douleur

(c'est incroyable d'attendre 6 mois un rdv pour une douleur qui vous empêche de bouger par exemple). Ils manquent aussi de professionnels hors médecins. Des secrétaires pour envoyer des courriers, notamment les renouvellements des ordonnances sécurisées (oui cela semble « tout bête »), des psychologues et des psychiatres. Un seul centre parmi mes trois avait un psychiatre, que l'on pouvait voir une fois tous les 6 mois (il valait mieux ne pas aller trop mal donc). Néanmoins, ce psychiatre était essentiel, car il savait voir « la souffrance mentale » par le prisme de la douleur. Un psychiatre « normal » ne comprend pas en général que la douleur puisse « rendre fou ». Une fois, j'ai demandé à être suivie par une psychologue du centre. On m'a renvoyée vers « la ville », faute de moyens. C'est très problématique car justement « la ville » est souvent lucide sur le fait que les cas douloureux hospitaliers doivent être pris en charge par des psychologues habitués à travailler avec des maladies à impact lourd, donc des hospitaliers a priori. J'ai beaucoup aimé aussi l'existence de « psycho-sociologues » dans un centre, qui étaient en fait des esthéticiens. Les médecins algologues disaient « on a moins mal si on se sent beau », c'est assez vrai. Enfin, j'ai parfois été déroutée par des pratiques qui devraient être proposées au cas par cas et non imposées ni systématisées : la musicothérapie ou la sophrologie. En soi, je n'ai rien contre, voire même cela peut être très bien, mais il ne faut pas laisser ces pratiques se substituer aux médicaments. Ni avoir à entendre de la bouche du soignant « à partir de maintenant, vous n'avez plus mal ». C'est d'une part énervant et désespérant pour le malade, et cela relève objectivement du charlatanisme anti-déontologique.

Quelles sont les difficultés pour un-e patient-e ayant des douleurs chroniques à consulter un nouveau médecin ?

Je pense que c'est surtout une difficulté si on prend des traitements « forts » : on peut être vite perçu comme « douillet », ou « drogué », ou « fou ». Aussi, c'est difficile de comprendre qu'un problème « continue », est toujours là et parfois toujours aussi intense, qu'il n'y a pas vraiment de solution et que donc la douleur persiste. On entend parfois « il a fini par s'habituer à la douleur ». C'est faux on ne s'habitue jamais. En général, c'est plutôt que la douleur a diminué grâce aux différentes stratégies mises en place. Un autre problème se pose pour les nouveaux diagnostics. On peut prendre l'exemple tout simple de la traumatologie « vous arrivez à marcher alors la hanche n'est pas cassée ». Si on est sous morphine en continu par exemple, les choses ne sont pas si simples.

À l'inverse, souvent les gens pensent que sous morphine en continu « on ne sent plus son corps », et que donc un nouveau problème douloureux n'a pas forcément besoin d'être traité. C'est faux.

Au final, devant chaque nouveau médecin, on a l'impression qu'il faut toujours agiter une sorte de drapeau « attention, ne réfléchissez pas comme d'habitude pour poser un diagnostic, car mes seuils de douleur sont abaissés par les traitements. Croyez mon ressenti et aidez-moi en conséquence s'il-vous-plaît ».

On parle souvent de la mauvaise gestion de la douleur dans les services d'urgence. Qu'en pensez-vous ? Seriez-vous favorable à la création d'urgences dédiées à la douleur comme cela existe déjà notamment pour les céphalées ?

Pour ma part, ma douleur a toujours été très bien prise en compte dans les services d'urgence. C'est-à-dire qu'on m'a presque toujours je pense, demandé si j'avais mal. La chose que je regrette est que - comme souvent - on administre au patient une molécule avant de lui demander son avis, avant d'avoir demandé s'il avait déjà bien/mal toléré cette molécule, avant d'avoir demandé s'il prenait un traitement au long cours contre

la douleur (souvent aux urgences, les multiples interlocuteurs ne facilitent pas la transmission des informations). Aussi, administrer du Perfalgan ou du Spasfon à quelqu'un qui est sous morphinique en continu, n'est probablement pas très pertinent, voire complètement inutile. Encore une fois, il manque du temps de soin pour pouvoir échanger avec le patient, consulter son dossier, etc. ; parfois on a l'impression que la solution Perfalgan c'est la facilité pour se dire que la douleur a été prise en compte. Des urgences dédiées c'est toujours très bien, mais ce qu'il faut avant tout c'est une uniformisation de la prise en charge sur tout le territoire. Ce n'est pas acceptable de souffrir moins à Paris qu'à Pernay sous prétexte qu'on se trouve dans la capitale. Tous les médecins du territoire doivent être également formés à la douleur et aux multiples façons de la traiter, connaître les multiples molécules et protocoles disponibles.

Quels sont les impacts des restrictions de prescription à 28 jours ou des ordonnances non renouvelables dans la douleur ? Y a-t-il un renoncement aux soins liés à ces mesures ou bien cela ajoute-t-il au fardeau d'une maladie chronique ?

Le problème des 28 jours est une catastrophe. Il faut placer des notes dans son agenda, prévoir les rendez-vous médicaux à l'avance en conséquence (alors que c'est dommage d'utiliser du temps médical pour des raisons administratives), se rendre à la pharmacie à des dates précises (ce qui n'est pas toujours possible selon son état). Ce n'est pas possible d'avoir une « petite réserve » en cas de rupture du fournisseur. Et franchement, dans le cadre de la douleur chronique, cela n'a aucun sens. On n'arrête pas d'avoir mal après 28 jours. Cela me fait penser aux décisions de la MDPH valables 2 ans alors que la maladie est incurable. Au final, pour moi et mes médecins, cela rajoute un réel fardeau. Je ne renonce pas aux soins car j'ai trop mal et que j'ai des aidants, une pharmacie proche, mais je peux tout à fait imaginer une situation de renoncement aux soins malgré soi et donc potentiellement une catastrophe clinique si la douleur s'envole chez un patient isolé, sans solution de soulagement.

Avez-vous l'impression qu'il y a suffisamment de recherche sur les problématiques liées à la douleur ? Avez-vous l'impression de façon plus générale que la question de la douleur est assez importante dans le système de santé ?

Non pas du tout. On est depuis des années sur le système des morphiniques globalement, et c'est tout. Il faudrait vraiment beaucoup plus de moyens pour la recherche (comme d'habitude...). Et il faudrait aussi que l'on s'intéresse beaucoup plus aux publications du domaine car il y en a quand même. Par exemple, on pense bien trop peu aux anti-NMDA ou aux solutions en préparation magistrale de type crème. Ce ne sont vraiment que deux exemples. Sinon je trouve que globalement, dans le système de santé, la question de la douleur est assez bien rentrée dans les mœurs. C'est-à-dire qu'on nous demande souvent « vous avez mal ? » parfois au détriment d'autres préoccupations éventuellement plus importantes (c'est-à-dire qu'on peut avoir tendance à se dire que si on a demandé au patient s'il a mal, on a bien fait son travail, alors que le soin, y compris de la douleur, ne se limite pas à ça).

Avez-vous l'impression que les soignant-es ont une crainte à la prescription d'antalgiques assez puissants pour obtenir l'antalgie du fait du risque addictif supposé de ceux-ci ? Si oui, est-ce que cette "crainte" vous paraît fréquente ?

Oh que OUI. Ce phénomène est absolument insupportable et même dangereux (ne pas traiter un douloureux peut mener « tout simplement » au suicide de ce dernier s'il souffre trop).

La diabétique n'est-il pas addict à l'insuline ?
L'insuffisant surrénalien n'est-il pas addict à l'hydrocortisone ?

Le malade de polyarthrite n'est-il pas addict à son anti-inflammatoire ?

De la même façon, le malade de la douleur a besoin du médicament qui correspond à son degré de souffrance. S'il est nécessaire que ce soit de la morphine, alors c'est comme ça un point c'est tout. Il faut naturellement rester vigilant à ce qu'on appelle la perte d'efficacité, qui entraîne souvent l'augmentation des doses et donc l'accoutumance. Pour lutter contre cela, on sait qu'il est pertinent et efficace de faire des rotations thérapeutiques. On peut parfois même revenir sur une molécule déjà prise par le passé.

Aussi, le besoin d'augmentation des doses n'est pas du tout le cas chez tous. Enfin, pour les douleurs « semi-chroniques », c'est-à-dire qui durent longtemps mais qui finissent pas s'arrêter, on peut tout à fait mettre en place en système de décroissance progressive avec un accompagnement médical si besoin, comme c'est le cas par exemple de la cortisone ou de certains antiépileptiques comme la gabapentine.

Vous présidente, que feriez-vous pour améliorer la prise en charge de la douleur en France en 2022 ?

Je n'ai jamais été très bonne pour la politique mais je tente quelques propositions :

- Des services douleur dans chaque centre hospitalier ;
- Des délais de rdv dans ces services n'excédant pas 1 semaine ;
- Des durées de rdv dans ces services d'au minimum 1h (potentiellement davantage la première fois, puis davantage une fois par an pour refaire un bilan général) ;
- Des psychiatres et des psychologues dans ces services, formés et à disposition des patients afin que chaque personne qui en a besoin puisse se voir proposer un suivi ;
- Des « médecines douces » pour ceux qui le souhaitent, mais encadrées, pour éviter les « dérives » ;
- La suppression des limites des ordonnances à 28 jours quand le traitement est établi depuis plusieurs mois et que le patient comprend les risques éventuels des surdosages (comme pour toute molécule) ;
- L'obligation pour le pharmacien d'avoir toujours 1 mois d'avance sur toutes les molécules antalgiques de sa patientèle afin d'anticiper toute rupture ;
- Une campagne massive d'informations sur l'utilité des antalgiques en même temps que les campagnes déjà en action sur leur dangerosité ;
- Un investissement majeur dans la recherche sur de nouvelles molécules antalgiques ;
- L'élargissement massif des AMM d'un grand nombre de molécules ;
- Probablement bien d'autres choses auxquelles je ne pense pas...

→ Interview du Dr Bailly, rhumatologue et médecin de la douleur

Nous vous présentons une interview que nous avons réalisé avec Dr Bailly rhumatologue et médecin de la douleur, à Paris concernant les douleurs chroniques.

Pour commencer, comment pourriez-vous décrire succinctement la prise en charge de la douleur en France aujourd'hui ?

Bonjour, la prise en charge de la douleur en France est réalisée à plusieurs niveaux. Evidemment, il y a la formation initiale de tout médecin sur la prise en charge de la douleur. Il y a quelques années, la gestion de la douleur aiguë était principalement enseignée via l'utilisation des antalgiques. Actuellement, la formation est plus complète et illustre la prise en charge variable selon que l'on se trouve face à une douleur aiguë, chronique, neuropathique et évidemment selon le patient. De multiples possibilités existent également en formation continue. Le collège des enseignants de la douleur (<https://www.college-douleur.org/>), nouvellement créé, illustre ce renforcement de la formation.

Ensuite, pour certaines personnes présentant des douleurs réfractaires à une prise en charge de première et deuxième ligne, il existe des centres d'évaluation et de traitement de la douleur. Ce sont des structures labellisées par les ARS, dont la liste est disponible sur les sites des ARS, et pour lesquels la SFETD a réalisé une carte interactive pour trouver les coordonnées du centre le plus proche de son domicile (<https://bit.ly/3exYHZq>). La limite principale reste les effectifs médicaux et paramédicaux limités de ces centres, ce qui implique des délais parfois longs.

Que pouvez-vous nous dire sur la coordination entre médecins généralistes, médecins spécialistes hors douleur et médecins de la douleur ? Et qu'en est-il avec les autres professionnels de santé ?

La coordination (et la coopération) est un vaste sujet et est très dépendante de chaque lieu. Il y a dans certains centres des réseaux ville hôpital

qui permettent d'avoir une coordination entre des praticiens libéraux (médecins, kinésithérapeute, psychologue et d'autres professionnels de santé) et l'hôpital. Ces structures permettent des échanges notamment via des RCP réalisées régulièrement et permettent à des professionnels libéraux d'avoir des financements en partie via les ARS. Pour l'Île-de-France, il existe ce réseau : <https://www.reseau-lcd.org/> qui est rattaché au centre de la douleur de Saint-Antoine. Il propose des informations ainsi que par exemple des ressources de relaxation librement accessibles (ici : <https://bit.ly/3s1pZuw>).

Objectivement, la coordination se passe plus facilement avec les médecins de l'APHP depuis que nous avons tous accès aux comptes-rendus les uns des autres via le même logiciel métier. Je réalise des comptes rendus pour l'ensemble de mes consultations, et ils sont autant destinés aux patients (pour se souvenir de ce que j'ai dit ou fait) qu'aux collègues médecins ou paramédicaux qui prennent en charge le patient. Néanmoins, malgré quelques tentatives, les messageries de type MSSanté ne sont pas encore d'utilisation courante pour échanger entre professionnels.

Prescrivez-vous régulièrement de la kinésithérapie dans la prise en charge de la douleur ? Si oui dans quel cadre en particulier ? Avez-vous un réseau auprès de qui adresser vos patient-es en particulier ?

Je prescris très régulièrement de la kinésithérapie puisque la majorité des douleurs chroniques sont musculo-squelettiques, néanmoins il est en général nécessaire de faire plus qu'une prescription, il faut évaluer ce que le kinésithérapeute réalise en pratique. Certains kinésithérapeutes ne font que des techniques passives (chaleur, massage) alors que d'autres sont investis pour

apprendre des mouvements ou techniques aux patients afin de les rendre autonomes. Le plus important est d'expliquer au patient ce qu'il doit attendre d'un kiné et ce qui n'est pas souhaitable. Ainsi la plupart arrivent à trouver des kinésithérapeutes utiles à leur prise en charge.

La prise en charge de la douleur aujourd'hui est assez critiquée par les patient-es : nombre de spécialistes qui la traitent peu ou mal, recours au CETD difficile, peu de traitements disponibles, impression qu'il y a peu de recherches sur le sujet. Une frustration des patient-es se ressent-elle sur ces sujets ?

Oui cette frustration est réelle et exprimée par de nombreux patients. Pour plusieurs raisons. La douleur est souvent vue comme quelque chose de non urgent, d'un soin de « confort » alors que la qualité de vie des personnes qui ont des douleurs chroniques est très dégradée. Tout d'abord, certaines douleurs peuvent être guéries mais pour la plupart nous avons des moyens pour la diminuer mais pas la faire disparaître. Or, l'attente des patients est souvent de « revenir comme avant », de « supprimer » le problème. Puisqu'il existe des antalgiques, il faudrait donner le bon médicament qui supprime le problème, or ce n'est pas toujours possible. Parfois j'illustre la douleur comme une cicatrice : une cicatrice existe même si le problème initial n'est plus présent, et il n'est pas possible de l'enlever entièrement.

La seconde critique fréquente est sur l'accès aux techniques non médicamenteuses : puisque les médicaments ne sont pas adaptés ou suffisants, il faut autre chose. Plusieurs techniques ont prouvé leur efficacité, par exemple l'hypnose, la relaxation, la méditation, l'activité physique. D'autres sont débattues ou sans fondement scientifique comme l'acupuncture, l'auriculothérapie ou la réflexologie plantaire. Or dans un centre de la douleur, il y a souvent une ou deux techniques disponibles mais jamais la totalité et les ressources sont limitées. Ces techniques existent souvent en ville, mais les patients ne peuvent souvent pas le payer.

Une autre critique est sur les délais de rendez-vous, à la fois pour les prises en charge initiales et pour les suivis. Il faut savoir que l'ARS nous demande de voir en moyenne un patient 2.4 fois par an, or certains aimeraient bien avoir des rendez-vous tous les mois, mais ce n'est en général pas possible. Le nombre de rendez-vous est également limité par le temps nécessaire pour chaque consultation. Dans la plupart des centres, le rendez-vous initial est de 60 minutes et le suivi de 30 minutes. Il est utile de faire une évaluation globale de la personne, de ses croyances, de son environnement professionnel et personnel pour bien prendre en charge des douleurs chroniques, mais cela prend du temps et donc limite le nombre de personnes que l'on peut voir. Lorsque l'on regarde le nombre d'équivalent temps plein de douleur en France, par rapport à la proportion de patients ayant des douleurs chroniques modérées à sévères, cela ferait une file active théorique de 21 000 patients par médecin. Évidemment ce n'est pas réaliste et le but des centres de la douleur n'est pas de prendre en charge l'ensemble des patients ayant une douleur chronique, seulement les cas les plus complexes.

Que pouvez-vous d'ailleurs nous dire sur la recherche dans la douleur ? Avez-vous de votre côté des objets de recherche de prédilection ?

Il y a des recherches sur la douleur assez nombreuses, et on connaît maintenant bien mieux les mécanismes de la douleur. Par exemple, les voies neuronales impliquées dans les circuits de douleur ont été bien étudiées, et il a été mis en évidence que la plasticité neuronale pouvait être un facteur de douleurs chroniques. On parle de douleurs nociplastiques (en lien avec la plasticité neuronale). Cela est bien plus exact physiopathologiquement et bien moins stigmatisant que les anciennes douleurs « psychogènes ». Le site Retrain pain par exemple explique bien ces douleurs (<https://www.retrainpain.org/francais>). Des avancées existent également dans les techniques invasives, par exemple la stimulation médullaire.

Des médicaments prometteurs ont été évoqués (les anti NGF), mais pour l'instant en raison de certains effets secondaires, il est probable qu'ils ne puissent pas être disponibles prochainement. À titre personnel, je travaille beaucoup sur les lombalgies, les mécanismes de sensibilisation centrale ainsi que sur l'épidémiologie des douleurs chroniques.

Nous avons dans nos revendications la création d'urgences spécialisées pour la douleur. Que penseriez-vous de tels dispositifs ?

Je comprends cette demande. J'imagine que la grande majorité des patients que je vois en consultation iraient dans ce type de structure, cela impliquerait d'avoir de nombreux professionnels de santé. De plus, une prise en charge en urgence serait-elle meilleure ? On pourrait arguer que diminuer le délai pourrait peut-être limiter le passage à la chronicité. À l'inverse, peut-être que ce type de prise en charge impliquerait une prise en charge rapide, sans chercher à approfondir les réels problèmes (troubles psychologiques, croyances, vécu antérieur) et donc pourrait être contre-productif. De plus, puisque la majorité des prises en charges pour la douleur chronique sont non médicamenteuses, il faudrait lui associer les moyens de proposer ces prises en charge au long court. Je n'ai pas de réponse définitive à ce sujet, et ce type d'organisation pourrait bénéficier d'expérimentations.

Pensez-vous qu'il y a chez les soignant-es hors CETD une "peur" des antalgiques notamment les morphiniques avec une sous-prescription du fait d'un potentiel risque addictif ?

Oui indiscutablement, il y a une peur accrue du risque addictif, compte tenu de la forte médiatisation de la crise des opioïdes prescrits ou illégitimes qui a lieu aux USA (70 000 décès en 2020) et au Canada (6300 décès). Néanmoins, la situation en France est très différente avec des décès beaucoup moins importants que outre-atlantique, même s'ils existent.

C'est une bonne idée de ne pas prescrire de morphine à une personne ayant une fibromyalgie puisque la prise au très long court et la majoration des doses peut amener au phénomène de tolérance et de dépendance. Néanmoins, il ne faut pas arriver à la situation inverse, que l'on voit fréquemment, par exemple avec un patient ayant des douleurs sur des métastases qui n'a pas accès à une antalgie correcte.

Vous président, que feriez-vous pour améliorer la prise en charge de la douleur en France en 2022 ?

J'aurai certainement une action en trois étapes :

- Réaliser un réel portail d'information sur de nombreuses pathologies chroniques (pas uniquement la douleur), ou chacun pourrait trouver une information scientifique de qualité. Par exemple j'ai coordonné les recommandations de la HAS sur la lombalgie, et le document final est une bonne synthèse. Mais il n'est destiné qu'aux médecins. Il y a le site de AMELI, mais qui est loin d'être pratique et est peu médiatisé, il est difficile d'y retrouver ce que l'on souhaite.

- Je ferai une synthèse de l'ensemble des prises en charge non médicamenteuses en expliquant ce qui est scientifique ou ne l'est pas (preuve d'efficacité, rationnel). L'Ordre des médecins n'a jamais réalisé cela, alors que l'Ordre des kinésithérapeutes a réalisé un très bon document éclairant le concept de « thérapies illusives » (<https://bit.ly/3T79qZY>). Les patients pour l'instant sont souvent perdus dans les « médecins alternatifs et complémentaires », comme l'illustrent les débats récents autour de certaines techniques.

- Je favoriserai le recours aux techniques non médicamenteuses avec une base scientifique sérieuse, avec un accès comme ce qui s'est mis en place récemment avec les psychologues. À l'inverse, j'interdirais aux médecins de réaliser des consultations remboursées utilisant des techniques dont de nombreuses preuves ont montré leur inefficacité.

PROJET SANTÉ VILLEPINTE

2 à 4 MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F)

CHERCHE



Bonjour à vous jeunes médecins,

Suite au départ à la retraite d'un médecin en juin 2022, nous vous proposons d'accueillir deux à quatre médecins pour co-construire un projet de santé au cœur d'un quartier pavillonnaire dans notre ville idéalement située à 35 mn de PARIS par le biais de l'A3 et 15 mn de l'aéroport ROISSY-CDG.

Outre les avantages de la proximité de grands axes tout en bénéficiant d'un environnement exceptionnel avec le parc départemental du SAUSSET, il y a un fort potentiel de développement dans cette zone que nous souhaitons consolider par l'acquisition d'un local situé juste à côté de notre pharmacie pour deux médecins supplémentaires.

Vous souhaitez voir exercer qualitativement votre médecine à travers un projet qui trouve tout son sens dans la durée, rejoignez nous dans cette belle dynamique de création d'un écosystème de santé,

Je suis déjà sur le terrain, faisons connaissance dans ma pharmacie.

CONTACT : Madame Baguet
Tél. : 01 43 85 37 50
06 60 96 77 54



RECRUTE

MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

L'APAS-BTP (Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne) a été fondée en 1946 dans le but de créer, organiser, développer et gérer les Œuvres Sociales Collectives de la Profession du Bâtiment et des Travaux Publics présentant un caractère général et destinées à améliorer les conditions de vie du personnel des entreprises et de leur famille.

Nos principaux domaines d'intervention sont :

- Le secteur social (service social, conseil en orientation professionnel, prêts à taux bonifiés...).
- Les vacances et les loisirs (familles, enfants, jeunes, groupes, CE...).
- La santé (Centres de santé pluridisciplinaires).

Nos deux centres de santé ouvert depuis 1958 pour le centre de santé de Robert Pommier (Paris 12^{ème}) et depuis 2016 pour le centre de santé de Boulogne-Billancourt proposent des consultations de médecine générale, spécialisée et un service dentaire pratiquant l'omni pratique et l'implantologie. Nous avons également un service d'imagerie médicale.

Vous souhaitez évoluer dans un environnement dynamique, passionnant et en constante évolution, alors n'hésitez pas à nous rejoindre !

Nous recherchons un médecin généraliste à temps partiel sur Boulogne et un médecin généraliste intervenant le samedi matin pour le centre de santé de Robert Pommier dans le 12^{ème} arrondissement.

Profil : Être inscrit à l'Ordre des médecins.

Avantages et Rémunération

- Statut Cadre.
- Chèques déjeuner.
- Complémentaire santé.
- Prévoyance PRO BTP.
- CE (Chèques vacances, bons de Noël, place de cinéma, séjours...).
- PEE et PERCO à 50% du titre de transport.

Salaire

Une part fixe représentant 70% du salaire brut mensuel proratisé au temps de présence, de la grille indiciaire des praticiens hospitaliers à temps plein (révisée le 24/01/2022). Une part variable sur 30% du chiffre d'affaires.

CONTACT

lbeaudouin@apas.asso.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

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

pour son cabinet médical à PASSAIS VILLAGES

RECHERCHE

PRÉSENTATION DE LA COMMUNE

Commune de 1200 habitants, située en Normandie dans l'Orne, située à 30 minutes de Bagnoles l'Orne Normandie, à 1 h de LAVAL, 1 h 30 de RENNES, 1 h 30 de CAEN et 1 h du Mont-Saint-Michel.

Sur place : École élémentaire au collège, médiathèque, gymnase, tous commerces, pharmacie, maison de retraite, associations (club de foot, centre équestre...).

Aide à l'installation possible.

CABINET MÉDICAL REFAIT À NEUF, COMPRENANT :

- Trois infirmières.
- Un médecin.
- Un deuxième local vide pour accueillir un kinésithérapeute.

CONTACT
Mairie de PASSAIS VILLAGES
Tél. : 02 33 38 71 12
Mail : accueil-mairie@ccandainepassais.fr

LA FONDATION GEORGES COULON,

établissement privé solidaire adhérent à la FEHAP, intervient dans deux grands domaines de la santé publique : Le sanitaire et le médico-social. Elle regroupe 6 structures en Sarthe qui comptent plus de 700 lits et places, et près de 500 salariés.

RENSEIGNEMENTS

Auprès de la DRH : recrutements@fondation-gcoulon.fr

www.fondation-gcoulon.fr

Bon vivre en Sarthe, cadre de vie optimal à moins d'1 heure de Paris en TGV.

Facilité d'aide au logement dans le cadre d'un déménagement.

Elle souhaite renforcer son équipe médicale sur ses deux sites sanitaires :

- Un poste de **médecin généraliste ou gériatre en SSR** sur le **SITE DU MANS**
- 2 postes de **médecin généraliste ou gériatre** sur le **SITE DU GRAND-LUCÉ**

Cet établissement est reconnu hôpital de proximité et travaille en partenariat avec les établissements médico-sociaux du territoire ainsi que les professionnels libéraux. Il intègre des cabinets de médecins libéraux au sein de sa structure. L'un des postes à pourvoir propose une activité de médecin généraliste partagée entre une activité libérale et un temps partagé sur l'activité de médecine.

Site du Mans

Site du Grand-Lucé, 30 minutes du Mans

Recherchons médecin généraliste

pour le territoire de Guillaumes (Alpes Maritimes).

Situé au cœur de la Réserve Naturelle Régionale des Gorges de Daluis et aux portes du Parc National du Mercantour, à 1 heure 30 de Nice à 15 minutes d'une station de ski.

Une équipe paramédicale vous attend : 4 IDE, kinésithérapeute, podologue, psychologue, dentiste, ostéopathe, une pharmacie, un EHPAD, 1 centre de secours et d'incendie.

Des facilités d'installation : un cabinet médical équipé, avantages fiscaux

CONTACT
Mairie de Guillaumes : B. GENIN
☎ 04 93 05 50 13
✉ b.genin@guillaumes.fr

LA FONDATION BON SAUVEUR

dessert un territoire de 230 000 habitants
situé à l'ouest des Côtes-d'Armor.

L'offre de soins et d'accompagnement
en santé mentale se compose d'un
centre hospitalier spécialisé (deux pôles
adultes et un pôle infanto-juvénile)
proposant une prise en charge
graduée en ville et en hospitalisation,
et d'un pôle médico-social.



La Fondation Bon Sauveur recherche trois médecins généralistes :

- 1 médecin généraliste à temps complet sur le site du Centre Hospitalier de Bégard et nous offrons la possibilité de formation au DU addictologie - CDI.
- 1 médecin généraliste en exercice salarié partagé ville/hôpital à mi-temps au Centre Hospitalier (CH) de Bégard et à mi-temps au Centre de santé de Guingamp - CDI.
- 1 médecin généraliste en exercice mixte libéral/salarié à mi-temps au CH de Bégard et à mi-temps à la Maison de Santé de Pleumeur-Gautier (à 10 minutes de Paimpol) - CDI.

Pour plus de renseignements :

☎ 02 96 45 37 01 ✉ directiongenerale@fondationbonsauveur.fr



2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F)

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

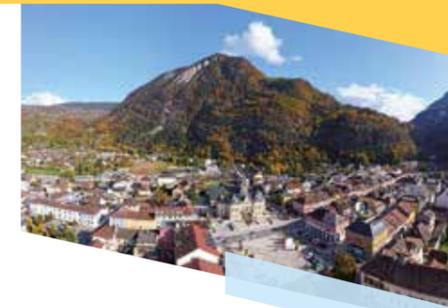
CONTACT

Au cœur de la Haute-Savoie, Cluses bénéficie d'un environnement privilégié tant sur le plan économique, environnemental, associatif et de loisirs. Elle est idéalement située, à 30 minutes seulement de Chamonix et le Mont-Blanc, d'Annecy et son lac mais aussi de Genève et de l'Italie. Le cadre idéal pour un projet de vie.

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.

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



Pour cause de départ en retraite, le centre de santé de Plougasnou (29) Recherche

UN À DEUX MÉDECINS SPÉCIALISÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE pour sa Maison de santé

Vous exercerez au sein d'un **cabinet Médical implanté dans des locaux neufs** disposant d'un espace dédié aux médecins (3 bureaux, 2 salles d'attente, 1 salle de soins ambulatoires, 1 accueil avec 1 secrétariat) et des locaux partagés pour une équipe pluridisciplinaire : 1 podologue, 2 cabinets d'IDE et 1 thérapeute.

Cette offre est complétée par un **maillage pluridisciplinaire** qui permet d'assurer une continuité dans le parcours du patient : 3 cabinets d'IDE, 2 dentistes, 9 kinésithérapeutes, 2 ostéopathes).

Plougasnou est une commune littorale et touristique du Trégor finistérien de 2 880 habitants, à 20 minutes de Morlaix, vous bénéficierez de l'appui du Centre hospitalier du pays de Morlaix et de la clinique de la Baie pour les parcours de soins de vos patients.

La mairie souhaite accompagner cette installation avec les modalités d'accueil qui conviendraient le mieux aux professionnels et s'inscrit dans une réflexion globale pour construire un projet de santé de territoire.



CONTACT : Adresse mail Mairie : contact@plougasnou.fr
ou plus d'informations en appelant **Laurène PASQUIER : 06 61 80 15 36**



LA COMMUNE DE PLUMELEC

RECHERCHE

MÉDECINS GÉNÉRALISTES



Morbihan Sud. À 20 mn de Vannes, une heure de Rennes et une heure et demie de Nantes. **La commune de Plumelec**, haut lieu de la résistance bretonne et du cyclisme international amateur et professionnel, compte 2750 habitants. Elle concilie tranquillité de la campagne, vitalité économique et touristique.

Le pôle médical de Plumelec, livré en 2014, voisin du nouvel espace scolaire, est géré par la commune. Y exercent, un médecin, un pédicure podologue, quatre infirmières, trois kinés, un orthophoniste. Un local est disponible pour un deuxième médecin. Le parking réservé à la clientèle propose une vingtaine de places de stationnement. La pharmacie jouxte ce complexe de santé. Hors pôle médical, la commune compte également un dentiste, un ostéopathe, un service associatif de soins et de maintien au domicile, un service de portage de repas à domicile, une résidence autonomie pour personne âgées, un foyer d'hébergement pour adultes déficients intellectuels et un salon d'esthétique.

Les praticiens peuvent compter sur la présence de nombreux médecins spécialisés tous situés entre 20 et 30 km, avec le centre hospitalier Bretagne Sud Atlantique situé à Vannes (Préfecture à 20 mn), hôpital général avec accueil urgences, maternité et services spécialisés ainsi que le centre hospitalier de Ploërmel à 30 minutes.

CONTACT
Mme Monique Sélignour,
Directrice Générale des Services de la commune de Plumelec
Courriel : ms.mairie@plumelec.fr - Téléphone : 02 97 42 36 16



ANTRAIQUES (Ardèche)

recherche 1 ou 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Nous recherchons un voire deux médecins généralistes pour installation dans 2 cabinets médicaux équipés.

Dans ce bâtiment sont déjà présentes des infirmières, une ostéopathe. Le médecin installé depuis 47 ans a pris sa retraite en juin dernier. Ce dernier prenait soin des résidents de l'EHPAD qui est sur place mais également de deux autres EHPAD à proximité, et bien sûr de la population de la Commune et des 11 autres Communes alentours (environ 3 000 personnes)

Le Pharmacien, situé tout à côté est prêt à participer à la télétransmission et à l'accueil téléphonique.

Les collectivités locales accompagneront cette installation.

☎ 06 52 27 14 11

✉ Isautel@free.fr

☎ 04 75 94 68 64

✉ administration@vallées-antraigues-asperjoc.fr

SAINT-MARCEL-D'ARDÈCHE

(Limite département gard, village sud Ardèche)

Venez découvrir notre belle région et travailler en **CENTRE DE SANTÉ**, tous frais pris en charge par la commune (locaux, secrétariat, etc.). Salaire et emploi du temps négociable. Présence **INFIRMIÈRE ASALÉE, kiné, psychologue clinicienne.**

Projet en cours de construction d'un nouveau centre de santé près du groupe scolaire, incluant les différents professionnels de santé de la commune (2 cabinets infirmiers, ostéo, psychologue...). Gare TGV 35 mns. A7 25 mns, VALENCE 1H / AVIGNON 1H.



RECHERCHE
2 MÉDECINS SALARIÉS

Pour tous renseignements complémentaires
Sylvie SABATIER (élu(e) et responsable du centre)
Tél. : **06 24 32 75 84**
(après 18H ou laisser un message)



LA MAIRIE DE SAINT-AMBROIX RECHERCHE
1 MÉDECIN OU 1 COUPLE DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

Ville de centralité, cité historique et porte d'entrée du parc national des Cévennes, Saint-Ambroix se situe entre les Cévennes, l'Ardèche, la vallée de la Cèze et la mer. Sa démographie est en croissance grâce à sa forte activité commerciale et ses nombreux services publics (établissements scolaires de la crèche jusqu'à la fin du secondaire, maison France Service, La poste, banques, etc.). Son dynamisme s'illustre tout au long de l'année au travers des nombreuses associations, des animations culturelles et festives.

COTÉ PROFESSIONNEL

La construction d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire débute en décembre 2022 et dans l'attente, la municipalité met à disposition gracieusement un local professionnel situé en hyper centre et un logement type T4 dans une résidence sécurisée.

Le médecin responsable du C.P.T.S se tient à votre disposition pour tous renseignements d'ordre médical sur les besoins du secteur (coordonnées sur demande à la mairie).

Face à la cessation d'activité de plusieurs médecins libéraux au cours des dernières années, la commune recherche médecin(s) ou couple(s) de médecin(s) généraliste(s) afin de permettre de répondre aux besoins des habitants.

CONTACT

E-mail : dgs@saint-ambroix.com
Tél. : 04.66.24.00.02



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.

La Commune peut accueillir dans des locaux 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.

En zone ZIP



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



COMMUNE DE RODES

Magnifique village d'environ 750 habitants, aux limites du Conflent, au pied du Canigou, dans les Pyrénées-Orientales, situé à 1h entre Mer et Montagne, recherche :

UN MÉDECIN ou UN COUPLE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTE

suite à la désertification des professionnels de santé dans le monde rural et le départ en retraite de médecins dans les villages voisins.

La commune est dotée d'une épicerie (dépot de pain, fruits et légumes, viande), d'un café citoyen, d'un salon de coiffure, 1 pizzaiolo (2 fois/semaine), une école maternelle et primaire (enseignement secondaire à 5 km par ramassage en bus), une agence postale, un court de tennis, une salle style Dojo pour la pratique de la gym volontaire, du yoga et du club d'arts martiaux, un terrain de foot, une aire de jeux enfants et environ 40 km de sentiers de randonnées, côté Paramédical, un cabinet d'infirmière et un kiné.

La commune sera éligible à la fibre d'ici la fin de l'année.

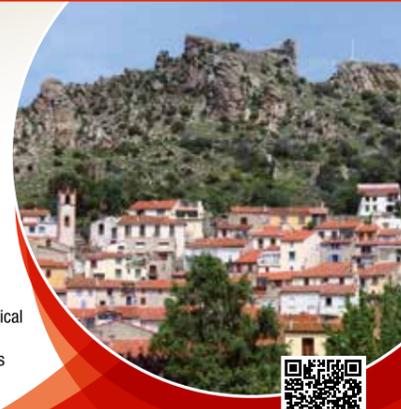
Nous sommes à 20 min de Perpignan et 10 min de Prades (Sous-Préfecture).

LE POSTE

Médecin généraliste en zone rurale : la municipalité met à disposition gracieusement un local constitué d'une salle d'attente avec sanitaires et d'une grande salle de consultation.

Vous exercerez en tant que Médecin Libéral.

Un médecin exerçant dans un village voisin se tient à votre disposition pour tous renseignements d'ordre médical sur les besoins du secteur et sa clientèle. Ses coordonnées vous seront transmises sur demande à la mairie.



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DÉPARTEMENT
DES
PYRÉNÉES ORIENTALES
ARRONDISSEMENT DE PRADES
MAIRIE DE RODES
66320
Téléphone : 04.68.05.81.09
mairie-rodos@orange.fr



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 MÉDARD
EN JALLES

CENTRE DE SANTÉ INTERCOMMUNAL LA VILLE DE SAINT-MÉDARD-EN-JALLES (GIRONDE) RECRUTE

La Ville de Saint-Médard-en-Jalles (commune de 32 600 habitants à 13 kms de Bordeaux) vous propose de participer à l'ouverture d'un centre de santé municipal intercommunal. Ce lieu innovant sur la métropole bordelaise, situé au centre-ville de la commune dans des locaux équipés et neufs, vise à **favoriser l'accès aux soins de toutes et tous et à mener des actions de prévention.**

Ouvert aux communes voisines, il fonctionnera avec **une équipe médicale salariée, des horaires d'ouverture élargis** (20h les soirs de la semaine, 16h le samedi).

Vos missions

- Assurer les consultations de médecine générale sous le statut de salarié du centre de santé municipal.
- Effectuer des visites à domicile et dans certains établissements à proximité.
- Assurer le tutorat de médecins stagiaires, en partenariat avec les facultés de médecine.
- Participer dans un cadre collaboratif, à la mise en œuvre d'actions de prévention et de santé publique.
- Participer à la permanence des soins, en collaboration avec les médecins libéraux.

Vous êtes motivé.e.s par l'exercice de la médecine en équipe (4 médecins généralistes), vous partagez nos valeurs de **citoyenneté, humanisme et solidarité**, venez rejoindre l'équipe pluriprofessionnelle de notre centre de santé, dont l'ouverture est **prévue au 1^{er} trimestre 2023.**

Profil

Doctorat en médecine générale - DU en gynécologie, pédiatrie ou prise en charge de l'insuffisance cardiaque apprécié.

Conditions de recrutement : CDD pouvant aller jusqu'à 3 ans renouvelable 1 fois avant CDI, temps complet ou non complet.

CONTACTS

Pascale Varin, *Directrice des établissements*

☎ 06 30 12 95 05 ✉ p.varin@saint-medard-en-jalles.fr

Anne Boucharé, *Référente ressources humaines*

☎ 05 56 57 40 42 ✉ a.bouchare@saint-medard-en-jalles.fr





LE CH DE MAULÉON (160 LITS) recrute un médecin généraliste

pour son service de SSR polyvalent et gériatrique de 40 lits.

Situé à 1h de Nantes et 20 mn de Cholet (Statut PH possible).
Possibilité de temps partagé ville/hôpital. Pas de garde ni d'astreinte.

SES ATOUTS

- Un hôpital de proximité avec une équipe stable, dynamique et accueillante.
- Des valeurs fortes : Prendre soin et accompagner individuellement chaque personne et ses proches, une écoute et un respect au quotidien, une approche pluriprofessionnelle.
- Une équipe de rééducation complète (kiné, enseignante en activité physique adaptée, ergothérapeutes) et une salle de rééducation moderne et équipée.
- Une gestionnaire de parcours qui assure la coordination avec les partenaires d'amont en aval (gestion des admissions/sorties).
- Un budget équilibré et un climat social serein.
- Une attention portée aux conditions de travail et au travail en équipe : Équipement des chambres avec des rails au plafond, remplacement de l'absentéisme, décisions partagées entre la direction, les médecins et les paramédicaux.
- Une place accordée aux initiatives et projets émanant des professionnels.

CONTACT

6, rue du chemin vert - BP 24001 - 79700 MAULÉON
direction@hopital-mauleon.fr - 06 32 25 88 13
(Mme Marianne SIMON, Directrice-déléguée)



LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES de Gevrey-Chambertin et de Nuits-Saint-Georges

RECHERCHE
à compter du 1^{er} octobre 2022

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

pour son Pôle Médical situé sur la commune de Saulon-la-Chapelle.

Situé dans le département de la Côte-d'Or, territoire aux richesses patrimoniales, gastronomiques et œnologiques renommées, et à égale distance entre Dijon, Nuits-Saint-Georges et Gevrey-Chambertin, le pôle médical intercommunal se compose de plusieurs professionnels : dentiste, kinésithérapeute, infirmières, psychologue, médecin généraliste...

Rejoignez un village de plus de 1000 habitants, dans un secteur de 6000 habitants, en plein développement et avec de nombreux services.

Un cabinet de 40 m² vous attend !

Loyer attractif.

CONTACT

Frédéric Grosnickel, Directeur Général de la Communauté de communes
frederic.grosnickel@ccgevreynuits.com / 06-38-43-03-91



AUDINCOURT RECRUTE



www.audincourt.fr
Page Facebook : Ville d'Audincourt

EMPLOYEUR : Mairie Audincourt
8 Avenue Aristide Briand - 25400 Audincourt
POSTE À POURVOIR : Immédiatement
TYPE D'EMPLOI : Emploi permanent - Vacance d'emploi
NOMBRE DE POSTES : 4

Ouvert aux contractuels, sans exclure les candidatures de fonctionnaires (art. L332-8 disposition 2 du CGFP).

Audincourt recrute des Médecins Salariés

Famille de métier :
Santé publique / Activités de soins
Emploi contractuel de catégorie A

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Auprès de Claire NOURY
Directrice Générale des Services
c.noury@audincourt.fr
03 81 36 37 02

Le médecin recruté, titulaire d'un doctorat en médecine générale français ou équivalent, est salarié du centre municipal de santé, géré par la commune d'Audincourt. Il est inscrit à l'ordre des médecins et a pour mission principale de faire des consultations de médecine générale sur rendez-vous pendant les heures d'ouverture du centre.

Recrutement pour une mission CDD de 3 ans renouvelable.

Il est placé sous l'autorité de la Directrice Générale des Services de la commune et de son adjoint. Il est tenu à des transmissions orales et/ou écrites, doit être joignable et doit assister aux réunions auxquelles il pourrait être convié.

À l'instar du statut hospitalier, le médecin pourra exercer une activité libérale complémentaire. Les salaires sont intéressants.

MISSIONS

- Responsable du suivi médical des patients par des examens cliniques réguliers.
- Décide d'une prise en charge spécifique et si besoin oriente vers une prise en charge extérieure.
- Responsable de toutes les prescriptions médicales ordonnées aux patients.
- En charge du dossier médical informatisé du patient et mise à jour.
- Assure des soins de prévention et une activité de dépistage, dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé.
- Actualise ses connaissances et ses compétences.

Le médecin bénéficiera d'un secrétariat médical pour la prise de rendez-vous et la gestion administrative des dossiers.

PROFILS RECHERCHÉS

- Compétences liées aux fonctions de médecins.
- Maîtrise des outils informatiques.

SAVOIRS

Connaissances, savoirs, éthique et déontologie spécifiques à la fonction de médecin ; connaissance des enjeux, des acteurs de la prévention et de la santé, capacité à travailler en réseau.

SAVOIRS ÊTRE

- Respect du secret médical.
- Organisation.
- Rigueur.
- Adaptabilité.
- Aptitude à l'écoute.
- Diplomatie.
- Distanciation.
- Disponibilité.

DIPLÔMES

Diplôme d'état de docteur en médecine.

TEMPS DE TRAVAIL

Temps complet - 39h par semaine.

DIVERS

Un accompagnement peut être proposé au candidat pour la recherche d'un logement, d'un moyen de garde pour les enfants...



LA FONDATION ARC-EN-CIEL

est implantée dans les quatre départements de la Franche-Comté (Doubs, Jura, Territoire de Belfort, Haute-Saône), la Fondation Arc-en-Ciel accompagne toute personne fragilisée par la maladie, le grand âge ou le handicap.

40 ans au service de la générosité.

La Fondation Arc-en-Ciel est née en 1981 à l'initiative de trois associations issues de la communauté protestante du Pays de Montbéliard.

Elle a été le fruit d'une décision prise en commun, à Beaucourt le 14 juin 1980, sous l'impulsion du pasteur Charguéraud, en réunissant trois associations :

- L'Association d'Action Éducative spécialisée de Belfort et du Pays de Montbéliard, ayant succédé à l'Association du Patronage, fondée en 1849.
- L'Association Protestante de Bienfaisance pour l'Hospitalisation des Vieillards qui, depuis 1943, accueille les personnes âgées à la Maison de Retraite « La Maison Blanche » de Beaucourt.
- L'Association Paroissiale de l'Église Évangélique Luthérienne de Montbéliard.

La Fondation Arc-en-Ciel a ainsi été pensée comme un intermédiaire entre intérêt général et fonds privés.



LE CENTRE DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE ET PNEUMOLOGIQUE DE FRANCHE-COMTÉ recherche pour son site de Pont-d'Héry (dépt. 39).

96 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et 79 places en hospitalisation de jour.

Sur 3 sites : Pont-d'Héry, Franois et Héricourt.

1 Médecin Généraliste (H/F) en CDI temps plein

1 Cardiologue (H/F) en CDI temps plein

À pourvoir dès que possible pour les 2 postes.

ADRESSER CV ET LETTRE DE MOTIVATION PAR
COURRIER OU PAR MAIL : Mr le Directeur - CRCPFC
BP 104 - 39110 PONT-D'HERY
dir@crpcf.fr



LA CLINIQUE MÉDICALE BRUGNON AGACHE recherche 2 Médecins Généralistes et/ou Gériatres en CDI - Temps plein

Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique située sur la commune de BEAUJEU, département de Haute-Saône, d'une capacité de 73 lits en hospitalisation complète et 10 places en hospitalisation de jour.

À pourvoir dès que possible.

CANDIDATURE À ENVOYER À :

Clinique Médicale Brugnon Agache
14 rue des Écoles - 70100 BEAUJEU
Tél. : 03 84 67 77 00
E-mail : direction@brugnon-agache.fr





CENTRE HOSPITALIER LAMARCHE

recrute

Un Médecin généraliste (H/F)

Description du poste

Vous assumez le suivi d'un service de lits de Médecine et de SSR. Référent de l'ensemble des patients vous assurez leur prise en charge de leur arrivée dans le service à leur retour à domicile ou en EHPAD, avec la collaboration de l'équipe soignante. Poste sur une quotité de travail de 39h/semaine avec RTT - Pas de garde. Possibilité d'une activité libérale dans la Maison Médicale à proximité de l'établissement.

Possibilité de logement (pavillon de directeur entretenu par l'établissement) et de repas (cuisinés sur place par un chef pour l'hôpital et l'EHPAD, produits locaux) payés.

Type d'emploi : Temps plein, CDI.

Salaire : À partir de 6 000,00 euros par mois.

CONTACT

Anna LAZZARINO - Direction
Centre Hospitalier Local de Lamarche
Tél. : 03 29 09 50 28
Mail : anna.lazzarino@sante-lorraine.fr

CENTRE DE SANTÉ
DU FLORIVAL

LE CENTRE DE SANTÉ DU FLORIVAL

Situé à Guebwiller en Alsace



RECRUTE

MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F)

Poste salarié statut cadre - rémunération fixe, à pourvoir dès Septembre 2022

Installé au sein d'un important Pôle de santé pluriprofessionnel, le centre de santé fournit un cadre d'exercice idéal : **choix du temps de travail, 100 % médecine, 0 % administratif, assistantat médical, équipements et locaux neufs.**

Assurant le rôle de médecin traitant pour vos patients, vous exercerez en équipe au sein d'un centre de santé à taille humaine.

Nous travaillons en collaboration étroite avec le Centre hospitalier de Guebwiller, à quelques centaines de mètres, qui ouvre la possibilité d'un poste à temps partagé.

Envoyez vos CV et lettre de motivation à **Timothée Verrier**
Email : verrier.timothee@alsace.msa.fr - Tél. : 06 76 36 55 12



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 orthopédique 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



MEDECINS, LA REGION OCCITANIE EST FAITE POUR VOUS !

Salariat, conditions de travail de qualité et bien-vivre,
rejoignez les Centres de Santé de Ma Région

« En Occitanie, nous avons décidé de recruter des professionnels de santé partout où c'est nécessaire : territoires ruraux, de montagne ou périurbains. Rejoignez-nous pour faire reculer les déserts médicaux ! »

Carole Delga, Présidente de la Région Occitanie
Pyrénées-Méditerranée

Le GIP Ma santé, Ma Région recrute des médecins à temps plein ou à temps partiel, dans divers territoires urbains, périurbains, littoraux ou encore de montagne.

Conditions d'exercice : les Centres de santé de Ma Région sont des locaux neufs ou rénovés, sont équipés en matériel, véhicule électrique pour les visites à domicile ; ils disposent d'un secrétariat médical sur place ; vous évoluerez au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et serez impliqué.e dans le projet de santé du territoire ; facilités d'accueil pour conjoint.e et enfants.

laregion.fr/Recrutement-medecins
alicia.montoya@masantemaregion.fr
05 61 39 66 87



**Ma santé,
Ma Région**



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.