

Génération

ENDOC NUT

endocrinologie • diabétologie • nutrition

numéro

02

Juin
2024



FENAREDIAM

Fédération Nationale des
Associations Régionales
d'Endocrinologie
Diabétologie et Métabolisme



Association Nationale des
Internes de Diabétologie,
Endocrinologie & Nutrition

DOSSIER

La souffrance des soignants :
Témoignages et naissance d'une rubrique !

COMMENT JE VIS MON ENDOC-NUT

Interview du Pr Najate ACHAMRAH
L'année recherche

LES INTERVIEWS LIVE

À vos flashcodes, les Endocs-Nuts vous parlent !



D^r Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Endocrinologue
Paris
Présidente de la FENAREDIAM



Maurine ALLARD
Dr Junior en endocrinologie-diabétologie-nutrition
Université Rennes 1 - CHU Rennes
Ex-présidente de l'ANIDEN
de janvier 2022 à janvier 2024

Le nouveau bureau a été élu lors du congrès de Rennes en Janvier. J'ai le plaisir d'entamer une nouvelle mandature comme présidente et je vous remercie de cette confiance.

Patrick Bouillot, de Nevers, a quitté son poste pour se consacrer à la présidence du CNP (Conseil National Professionnel) de notre spécialité EDN, et nous le remercions pour ses conseils toujours précieux. *Agathe Thevenot*, de Bordeaux, qui a beaucoup travaillé pendant de nombreuses années avec toujours beaucoup d'enthousiasme, va désormais s'investir dans le SEDMEN. *Edouard Ghanassia*, de Sète, *Lori Képénékian*, de la région lyonnaise, et *Perrine Pichon*, de Rennes, continuent leur travail au sein du bureau. Nous avons le plaisir d'accueillir *Sylvie Picard*, de Dijon, et *Nathalie Ronci*, de la région de Bordeaux.

Symboliquement, parce que la spécialité est maintenant EDN et que la nutrition est partie intégrante de la formation, nous avons proposé le titre "GénérationS Endoc-nutS".

La Fenarediam est heureuse de pouvoir proposer aux internes un financement pour les congrès de la SFE et de la SFD. La participation aux congrès de nos sociétés savantes est en effet essentielle dans notre vie d'endocrinologue : à la fois pour renforcer nos connaissances, découvrir les évolutions, mais aussi pour se rencontrer et échanger.

Ce numéro de Generations Endoc-nutS propose aussi un dossier autour de la souffrance des soignants en France. Notre spécialité n'est pas épargnée par ce phénomène qui touche toutes les générations, tous les modes d'exercice. La bienveillance, la solidarité, l'accompagnement font aussi partie des missions que la Fenarediam se donne. N'oublions pas que la qualité des soins que nous offrons aux patients passe non seulement par l'entretien de nos connaissances mais aussi par notre qualité de vie et notre santé.

Un dernier mot : la Fenarediam n'existe que par ses adhérents. Si vous souhaitez vous impliquer : un peu ou beaucoup, si vous avez des idées, des remarques, des suggestions, n'hésitez pas à nous contacter sur generationsendoc@gmail.com.

Nous avons besoin de tous.

Bonne lecture et à bientôt !

Cher(e)s co-internes, Après le succès du premier numéro de Générations EndocS, je suis ravie d'avoir l'opportunité d'à nouveau co-signer cet édito avec Emmanuelle, et d'ainsi pouvoir m'exprimer, pour la dernière fois, comme présidente de l'ANIDEN.

L'année 2023 a été riche pour notre association d'internes, avec de très beaux projets qui ont pu voir le jour : cette superbe revue, nos applications d'aide à la prise en charge des dysthyroïdies et des nodules thyroïdiens faites sur PulseLife en partenariat avec la Fenarediam, et la présentation de celles-ci lors du congrès de la SFE à Marseille, l'organisation du symposium transgénérationnel à la SFD de Montpellier 2023 et Toulouse 2024, la participation à "Ma thèse en 3 minutes" au congrès de la Fenarediam à Rennes, la promotion de notre spécialité via différents supports et médias...

Le nouveau bureau de l'ANIDEN, élu lors des JNDES en janvier 2024 et représenté à la présidence par *Soraya Belahbib*, interne à Montpellier, nous promet de beaux projets et d'enrichissantes coopérations : poursuivre le projet de faciliter l'accès au libéral des internes, encourager la participation des internes aux congrès, pourvoyeurs de moments forts entre pairs, promouvoir notre spécialité pluridisciplinaire auprès des plus jeunes, favoriser les rencontres entre internes d'EDN...

Ces deux mandats qui s'achèvent m'ont permis des rencontres très stimulantes et je remercie les différentes sociétés savantes et associations pour leur accompagnement, et d'avoir toujours su laisser une place aux voix des internes d'endocrinologie-diabétologie-nutrition via l'ANIDEN.

À tous les internes qui ont la fibre associative ou qui ont envie de tenter de faire bouger les lignes, la porte de l'ANIDEN vous est grande ouverte !

Associativement vôtre.

À retrouver sur



- 07** **MOT DES RÉDACTEURS**
Thomas DEMANGEAT & Dr Edouard GHANASSIA
- 09** **LA PAGE COLLABORATIVE**
- 10** **CAS CLINIQUES**
Cas clinique Endocrinologie Pédiatrique
Cas Clinique Endocrinologie/Gynécologie
Mélissa BENALLOU & Fanny CHAUVIN
- 19** **ENDOC 2.0**
Une solution de télésurveillance du diabète spécialement conçue pour la ville : Stêto
- 20** **COMMENT JE VIS MON ENDOC-NUT...**
En année recherche
Maha LEBBAR
En libéral
Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
En tant que PU-PH de Nutrition
Pr Najate ACHAMRA & Thomas DEMANGEAT
Autour du monde
Interviews de Valerio (Italie) & Yempabou (Burkina Faso)
- 32** **LES MISES AU POINT**
Vous avez dit hyperphagie boulimique ?
Thomas DEMANGEAT
Les arbres diagnostiques
Dr Clotilde SAIÉ
- 40** **RETOUR DE CONGRÈS**
Liberpomp... Tout est dans le titre
Dr Hélène CHARRAS & Dr Séverine BAUD-BESANÇON
- 42** **ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES**
Les négociations conventionnelles
Dr Edouard GHANASSIA
- 45** **DOSSIER : SOIGNANTS EN SOUFFRANCE**
La réalité aujourd'hui – le groupe de travail inter-URPS
Dr Edouard GHANASSIA
Témoignages
Internes, jeunes CCA, libéraux
- 58** **LA PAROLE À...**
La FENAREDIAM : Bilan de l'année 2023
Nina Tusch, journaliste et activiste vivant avec un diabète de type 1
- 61** **IN MEMORIAM**
- 62** **AGENDA**
Congrès & Formations à venir
- 66** **LES ANNONCES DE RECRUTEMENT**



FENAREDIAM

Fédération Nationale des Associations
Régionales d'Endocrinologie Diabétologie
et Métabolisme

<https://fenarediam.fr>



Association Nationale des Internes de
Diabétologie, Endocrinologie & Nutrition

<http://aniden.fr>

Rédacteurs en chef

Dr Edouard GHANASSIA
Thomas DEMANGEAT

Régie publicitaire

Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

ISSN : 3000-4780

Fabrication et impression en UE.
Toute reproduction, même partielle, est
soumise à l'autorisation de l'éditeur et
de la régie publicitaire. Les annonceurs
sont seuls responsables du contenu de
leur annonce.



PEFC
10-32-3010



Thomas DEMANGEAT

*Dr Junior en Endocrinologie-Diabétologie- Nutrition
Rouen*



D' Edouard GHANASSIA

*Endocrino-diabétologue, Echographiste - Sète,
Paris*

Chers membres de notre grande famille de l'EDN,

Vous tenez entre les mains le deuxième numéro de votre magazine qui a mis un peu plus de temps que prévu à sortir de l'imprimerie mais nous comptons sur votre indulgence vu que nous avons chacun une longue expérience de 6 mois de rédac'chef !

Avez-vous remarqué ?

Un petit changement s'est opéré dans votre magazine, juste trois lettres, en majuscules, mais elles portent en elles tout un pan de notre spécialité : la Nutrition. Et nous pouvons en être fiers, fiers d'avoir une spécialité aussi complète, fiers de notre capacité à traiter une large gamme de problématiques, de la dénutrition aux troubles du comportement alimentaire, de l'obésité à la nutrition artificielle. Et oui, Quoi de plus stimulant que de relever le défi de prendre en charge à la fois l'hyperphagie et l'obésité chez un patient atteint du syndrome de Prader-Willi, tout en gérant simultanément son diabète, son hypercholestérolémie et ses déficits hypophysaires ?



Oui, nous pouvons être fiers de notre capacité à offrir une prise en charge aussi globale que possible pour nos patients ! N'ayez pas peur d'explorer tous les aspects de l'EDN, d'explorer différents services, de participer à des échanges inter-CHU pour vous former plus spécifiquement aux troubles du comportement alimentaire, aux syndromes génétiques, ou encore à certaines formes de diabète... ce second numéro vous donnera un aperçu complet de la diversité et de la richesse de l'EDN via des dossiers (comme un sur l'hyperphagie boulimique), des témoignages et des interviews sur l'année-recherche et les carrières hospitalo-universitaires.

Nous avons la chance de pouvoir vous communiquer tous ces aspects positifs grâce à ce magazine qui est, nous le répétons, le VÔTRE. Nous tenons d'ailleurs à vous remercier de l'accueil chaleureux que vous lui avez réservé. À ce titre, nous avons complété la contribution écrite par des flashcodes où les différents rédacteurs ont accepté de se livrer à l'exercice de l'interview. Inutile de vous demander la même indulgence pour ces premiers essais.

Sa raison d'être est de communiquer, bien sûr, mais surtout d'être l'une des mailles d'un réseau entre tous les soignants fiers d'être EDN, de nous sortir d'un isolement parfois ressenti et, par

les liens qu'il permet de tisser, de créer une synergie, de susciter l'envie de réaliser ou de partager des projets, de vivre la réalité de l'interdépendance : nous avons tous besoin les uns des autres et de développer ces relations entre nous tous.

Nous avons besoin de contributeurs comme Clotilde Saie à qui nous souhaitons la bienvenue et qui nous a concocté ses arbres diagnostiques, inaugurant la rubrique et qui nous invite, en prime, à un tour du monde de l'endocrinologie en commençant par l'Italie et le Burkina Faso, en nous faisant découvrir le vécu et les pratiques de nos collègues du monde entier.

Nous avons besoin de témoignages comme celui de Nina Tusch qui, par l'œil avisé des patients impliqués, nous fait découvrir la stigmatisation, parfois invisible comme beaucoup de choses touchant au diabète, et contribue à la synergie entre patients et soignants qui profitera aux deux parties en amplifiant notre compréhension mutuelle des attentes et des points de vue des uns et des autres.

Nous avons besoin mais surtout vous, jeunes padawans en passe de choisir votre exercice futur, vous avez besoin des témoignages de Mélissa sur son année-recherche, de l'enthousiasme de Najate ACHAMRAH qui vous fait partager son quotidien de PUPH de nutrition, de la générosité d'Emmanuelle LECORNET SOKOL qui vous livre ses conseils de libérale chevronnée et passionnée.

Nous avons besoin de collègues engagés dans les structures comme Nathalie GERVAISE au SEDMEN ou Patrick BOUILLLOT au CNP car leur rôle dans la défense de l'EDN, parfois invisible, doit être souligné, reconnu et remercié.

Et nous avons besoin... de vous.

C'est la raison d'être de la bourse FENAREDIAM pour vos projets même les plus fous, de la bourse GenerationS Endoc-nutS pour les internes qui veulent découvrir les grands congrès et s'initier à la tâche de rapporteur et de rédacteur de cas cliniques, de la pige GenerationS Endoc-nutS rémunérée car tout travail mérite salaire !!

Et justement... communiquer, être en relation, tisser des liens, sortir de l'isolement, être fier de sa spécialité, sont autant d'éléments qui contribuent au plaisir et au bien-être du soignant... bien-être qui manque cruellement à nombre d'entre nous comme vous le montrera le dossier sur la souffrance des soignants et les premiers témoignages qu'il a inspiré.

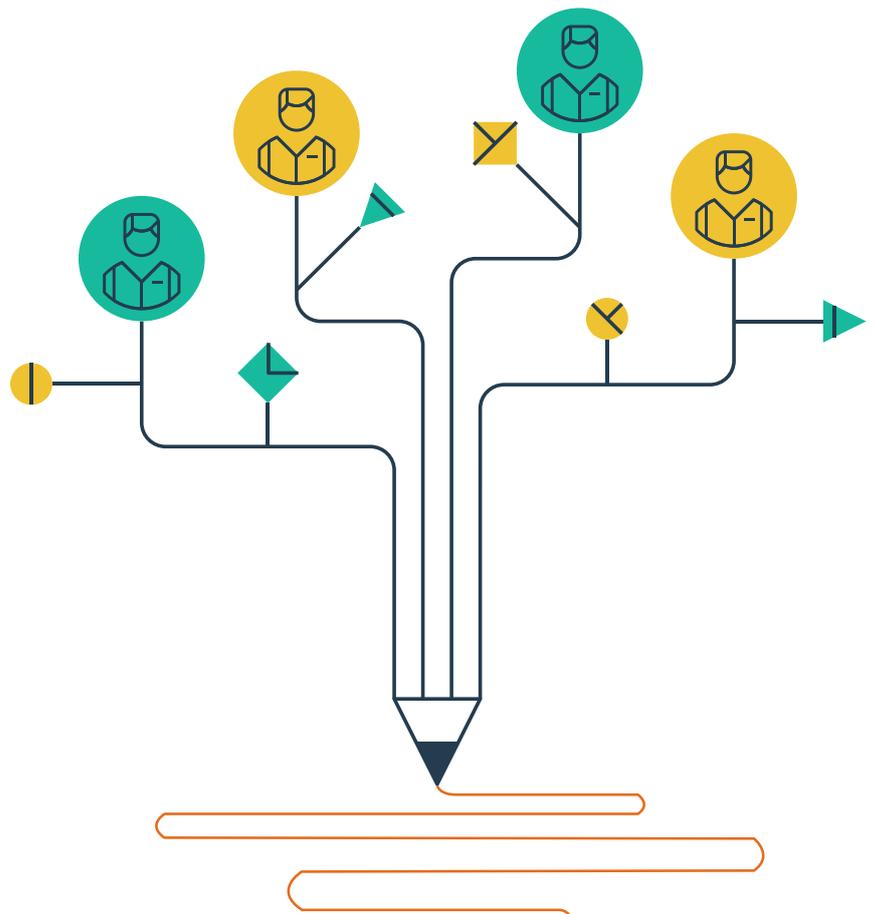
Oui, à Generations Endoc-nutS, à la FENAREDIAM, à l'ANIDEN, nous avons l'ambition de contribuer activement à sortir ceux d'entre nous qui souffrent vers le chemin du bien-être et à empêcher que cela n'arrive aux autres. Nous avons l'ambition de vous faire prendre conscience de votre valeur, en tant que praticien mais également en tant que porteurs de projets ou à travers vos activités d'enseignement et de recherche.

Tous vos témoignages comptent et seront une petite pierre de plus à l'édifice de ce rayonnement de notre belle spécialité et à l'épanouissement de ceux qui la font vivre au quotidien. Alors n'hésitez pas à intégrer notre équipe de rédacteurs !!

Nous avons l'ambition de contribuer activement à sortir ceux d'entre nous qui souffrent vers le chemin du bien-être et à empêcher que cela n'arrive aux autres...

Nous vous souhaitons une excellente lecture et rendez-vous à la fin de l'été pour le prochain numéro non sans remercier nos présidentes, Emmanuelle LECORNET SOKOL et Maurine ALLARD ainsi que Soraya BELHABIB qui lui a succédé à la présidence de l'ANIDEN, de leur confiance et leur engagement.

Très chaleureusement et non moins confraternellement,
Thomas Demangeat
& Edouard Ghanassia



LA PAGE COLLABORATIVE

Chères consœurs et chers confrères libéraux, chères et chers collègues internes,

La FENAREDIAM et l'ANIDEN poursuivent leur collaboration dont les buts sont la communication, le partage et la diffusion de toutes les informations non seulement scientifiques, médicales, professionnelles et même au-delà.

LA BOURSE FENAREDIAM : "LIBÉRAUX À VOUS DE JOUER"

Tu es endocrinologue libéral(e) ? Tu as un projet innovant ? Tu as mis en place une organisation originale ?

La FENAREDIAM offre **2 bourses** de financement de **500€**.

Thème 2024 : Patients avec un diabète de type 1 sous insulinothérapie automatisée.

Dossier (1 page Word maximum) à envoyer par mail à fenarediam@gmail.com

Date limite d'envoi des projets : 1^{er} août 2024

La mission que nous nous sommes fixée vise au rayonnement de notre belle spécialité et à la synergie entre toutes ses composantes, entre toutes ses générations. À l'image d'une auberge espagnole, chacun y amène quelque chose, ce qu'il sait, ce qu'il a envie de partager... chacun y apporte un peu de soi, finalement.

Tout comme dans le cadre de votre activité médicale, le temps, l'énergie, la créativité que vous y consacrez ont une valeur, ont un prix.



Voilà pourquoi nous vous proposons 3 formes de contributions rémunérées.

LA BOURSE GÉNÉRATIONS-ENDOCS "INTERNES : À VOUS DE JOUER"

Tu es interne EDN ? Tu as une âme de reporter et tu souhaites assister à un des grands congrès de la spécialité tout en contribuant à ton magazine ?

GÉNÉRATIONS ENDOC-NUTS prend en charge **ton congrès** à hauteur de **500 euros** (entrée + déplacement + hébergement).

Prochains congrès :

SFE 2024 (Clermont-Ferrand)

JFN 2024 (Strasbourg), SFD 2025 (Paris)

Conditions

- Être rapporteur : assister à des sessions désignées et/ou choisies et les rapporter sous forme de brèves.
- Rédiger un cas clinique pour le prochain numéro de la revue.

Candidature à envoyer à generationsendoc@gmail.com

Date limite de candidature :

15 août 2024 (SFE), 15 décembre 2024 (SFD)

LA PIGE GÉNÉRATIONS-ENDOCS "INTERNES & LIBÉRAUX : À VOS PLUMES, À VOS CAMS"

Tu es libéral(e) ou intern(e) ? Tu as envie de prendre la plume (et la cam) pour soumettre tes cas cliniques, un témoignage, un article original ? Tu as envie de faire partie de notre équipe pour être sollicité(e) à chaque numéro ? Écris-nous vite pour nous rejoindre et faire partie des pionniers d'une équipe grandissante, motivée et dynamique à generationsendoc@gmail.com (et tu pourras dire : dès le début, j'y étais !!)

Conditions :

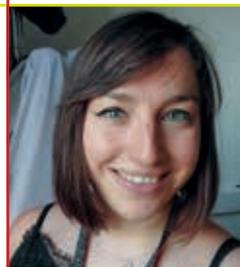
- Rédaction d'un cas clinique : 100 euros (vidéos incluses).
- Rédaction d'un témoignage : 50 euros (interview incluse).
- Rédaction d'un article : 100 euros la page de magazine / 200 euros 3 pages / 300 euros 5 pages / 50 euros demi-page.
- Les éditoriaux, les communiqués de Sociétés Savantes, les billets d'humeur et courrier des lecteurs ne sont pas rémunérés.
- La ponctualité est appréciée par les rédac'chefs et leurs surrénales !!!

Nous vous proposons cas cliniques

de patients que nous
avons eu l'occasion de
voir dans nos services
respectifs.



MéliSSa BENALLOU
Interne EDN, 6^{ème} semestre
Autrice Cas 1



Fanny CHAUVIN
Interne EDN, 7^{ème} semestre, Rouen
En cours de FST Médecine et Biologie de la
Reproduction – Andrologie
Autrice Cas 2



Cas clinique - Endocrinologie Pédiatrique

Cas n° 01

Vous recevez en consultation Louise, âgée de 8 ans, pour suspicion de puberté précoce et avis concernant une obésité (IMC à 27 kg/m²).

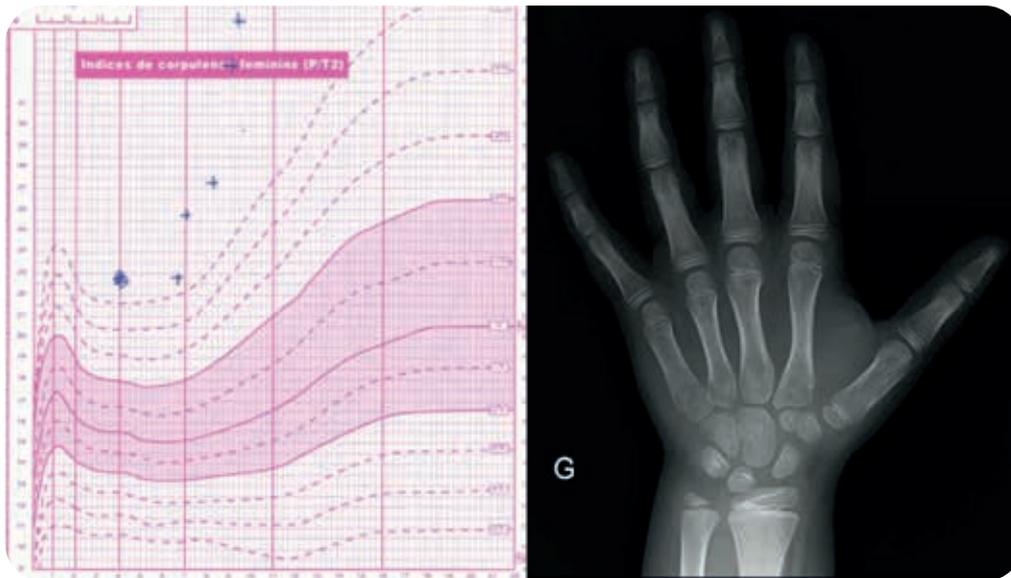
1. Concernant la puberté précoce :

- A. Elle se définit comme l'apparition d'une pilosité pubienne avant l'âge de 8 ans chez la fille
- B. Elle se définit comme l'apparition d'un bourgeon mammaire avant l'âge de 8 ans chez la fille
- C. Vous demandez la réalisation d'un âge osseux
- D. Vous demandez la réalisation d'une IRM hypothalamo-hypophysaire
- E. Vous demandez la réalisation d'une imagerie pelvienne

2. Concernant la prise en charge de l'obésité en pédiatrie :

- A. Vous réalisez une courbe de taille/poids/IMC de l'enfant
- B. Vous interrogez les parents sur les antécédents familiaux de surcharge pondérale
- C. Vous recherchez des éléments en faveur d'un syndrome de Cushing
- D. Vous recherchez des éléments en faveur d'une hypothyroïdie
- E. Vous réalisez un bilan complet à la recherche de complications métaboliques (bilan hépatique, bilan lipidique, glycémie à jeun)

Elle ne présente pas d'antécédent personnel notable à l'interrogatoire. Il existe un rebond d'adiposité précoce sur les courbes de croissance. L'enquête alimentaire retrouve des apports alimentaires corrects, une évaluation diététique est réalisée conjointement et ne retrouve pas de grignotages ou erreur alimentaire. Il n'y a pas de terrain familial d'obésité franc. La maman a été réglée à l'âge de 14 ans. Elle a 2 grands frères en bonne santé et sans surcharge pondérale. La maman rapporte l'apparition d'une puberté pubienne depuis environ 6 mois et vous estimez le stade puberté S1P3-4A1. Le reste de l'examen clinique retrouve une vitesse de croissance faible, l'absence d'éléments pour un syndrome de Cushing, pas de céphalées ni trouble visuel. L'âge osseux est concordant à 7 ans et 8 mois. L'échographie pelvienne retrouve un utérus de 29 mm de morphologie infantile.



- 3. Le bilan thyroïdien réalisé en externe est normal. Les dosages de LH, FSH et œstradiol sont effondrés. Bilan lipidique normal. Hémoglobine glyquée à 5,3 %. Androgènes surrénaliens normaux. Le cortisol libre urinaire est à 91 $\mu\text{g}/24\text{h}$ soit 40 $\mu\text{g}/\text{m}^2/\text{jour}$ (norme < 30).**
- A. Un cortisol à 8h pathologique est évocateur d'un hypercorticisme
 - B. Un cortisol à minuit pathologique est évocateur d'un hypercorticisme
 - C. Vous demandez la réalisation d'un test de freinage minute
 - D. Vous contrôlez le cortisol libre urinaire
 - E. Vous demandez la réalisation d'un cortisol salivaire à minuit

Louise est hospitalisée en service d'Endocrinologie Pédiatrique pour poursuite des explorations.

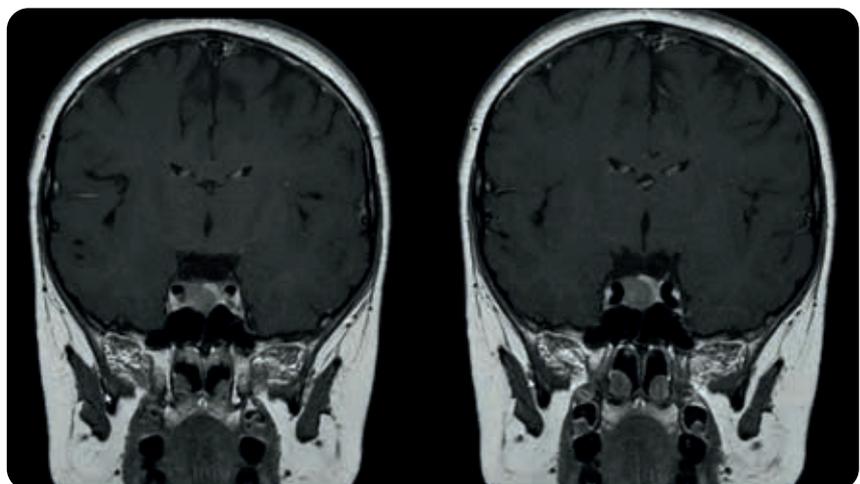
Le cortisol à minuit est à 89 $\mu\text{g}/\text{L}$ (245 nmol/L) avec une ACTH en regard à 36 pg/mL . Le test de freinage minute à la DEXAMETHASONE retrouve un cortisol à 27 $\mu\text{g}/\text{L}$. Le cortisol libre urinaire est à 55 $\mu\text{g}/24\text{h}$.

4. Vous suspectez un syndrome de Cushing.

- A. Vous demandez la réalisation d'une IRM hypothalamo-hypophysaire devant un syndrome de Cushing ACTH-dépendant
- B. Vous demandez la réalisation d'un scanner surrénalien devant un syndrome de Cushing ACTH-indépendant
- C. Le tableau de pubarchie précoce peut être expliqué par l'hypercorticisme
- D. Le ralentissement de la croissance peut être expliqué par l'hypercorticisme
- E. Vous pouvez compléter le bilan par un test de freinage sur 48h pour confirmation

5. Le radiologue vous appelle avec les résultats de l'IRM de Louise. Il retrouve un macroadénome hypophysaire de 14x12x12mm latéralisé à droite venant au contact du sinus caverneux droit sans franc envahissement et présentant une discrète extension caudale au sein du sinus caverneux.

- A. Une consultation ophtalmologique avec champ visuel est réalisée systématiquement devant un macroadénome hypophysaire
- B. Vous recherchez un déficit antéhypophysaire associé
- C. Vous proposez une prise en charge chirurgicale après discussion du dossier de Louise en RCP
- D. La maladie de Cushing pédiatrique est une pathologie fréquente
- E. Une prise en charge chirurgicale avec guérison peut permettre un meilleur pronostic sur la croissance staturale



6. *Après discussion du dossier de Louise en RCP, une prise charge chirurgicale par voie trans-sphénoïdale est retenue. Les suites opératoires sont simples. Une insuffisance corticotrope post-opératoire est mise en évidence et un traitement par HYDROCORTISONE à la dose de 15 mg 3 fois par jour est instaurée. L'examen anatomopathologique de la lésion est en faveur d'un adénome corticotrope à granulations éparées. Absence de mitose. Ki-67 à 5%. P53 à 7/3 mm².*
- A. Une insuffisance corticotrope en post-opératoire immédiat est un bon signe d'efficacité de la chirurgie
 B. Il existe un risque de diabète insipide post-opératoire
 C. Une IRM hypothalamo-hypophysaire sera à réaliser à la recherche d'un reliquat tumoral
 D. Le dépistage d'un déficit antéhypophysaire n'est pas nécessaire car réalisé en pré-opératoire
 E. La présence d'un Ki-67 supérieur ou égal à 3 % caractérise la tumeur comme proliférante



Cas clinique - Endocrinologie/Gynécologie

Cas n° 02

Vous recevez pour la première fois une patiente de 24 ans qui consulte pour infertilité primaire du couple. Elle n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers, seulement une allergie aux acariens pour laquelle elle est traitée par CETIRIZINE. Elle prend de l'acide folique 0.4mg depuis quelques mois prescrit en préconceptionnel par son médecin traitant.

Au plan gynécologique, elle est nullipare, nulligeste. Les ménarches étaient à l'âge de 12 ans. Elle vous dit présenter une oligo-spanioménorrhée avec environ 2 cycles par an depuis une dizaine d'années environ. Elle n'a jamais pris de contraception.

Elle est venue avec son conjoint de 27 ans. Ils sont ensemble depuis 4 ans, ont utilisé la méthode du retrait pendant 1 an et tentent d'avoir un enfant depuis 3 ans. Ils ont des rapports sexuels 2 à 3 fois par semaine en moyenne. Monsieur n'a jamais eu de grossesse avec une précédente conjointe de son côté, fume 4 cigarettes par jour, n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux ou familiaux particuliers.

1. Que recherchez-vous dans un premier temps chez madame ?

- A. Des signes d'endométriose
 B. Des signes d'hyperandrogénie clinique
 C. Une insuffisance pondérale
 D. Des antécédents d'infection génitale
 E. La date de son dernier frottis cervico-utérin
 F. L'âge de ménopause de sa maman
 G. Des antécédents de cancers du sein au plan familial
 H. Des antécédents de cancer colorectal au plan familial

Mme pèse 55kg pour une taille d'1m63 soit un IMC à 20.7kg/m². Elle vous dit pratiquer une activité physique d'environ 10h par semaine. Vous ne retrouvez pas d'argument pour un trouble du comportement alimentaire. Elle ne fume pas.

Elle ne présente aucune dysménorrhée, aucune dyspareunie, pas de troubles du transit durant ses cycles menstruels. Elle ne présente pas de signes d'hyperandrogénie si ce n'est une acné minime.

Il existe une notion de cancer du sein à l'âge de 75 ans chez sa maman qui a été elle-même ménopausée à l'âge de 42 ans, pas d'autres antécédents familiaux.

2. Que comporte le bilan initial que vous lui remettez lors de cette consultation ?

- A. Un spermogramme pour monsieur
 B. Une mammographie
 C. Une hystérosalpingographie
 D. Une échographie de compte des follicules antraux (CFA)
 E. Un bilan biologique à réaliser entre J2 et J5 de son prochain cycle spontané
 F. Une IRM pelvienne
 G. Une ordonnance pour un test au DUPHASTON

3. Votre bilan biologique initial comporte :

- A. AMH
 B. Glycémie à jeun
 C. Caryotype
 D. LH, FSH, estradiolémie
 E. Inhibine B
 F. Prolactine
 G. TSH
 H. βHCG
 I. 17-OH-progestérone

Elle revient vous voir avec les résultats de son bilan réalisé en période d'aménorrhée :

- LH : 0.2 mUI/L (N : 1.5-8) ; FSH : 2.5 UI/L (N : 3.9-12) ; E2 : 19.3 pg/mL (N : 18-147) ; AMH : 2.7ng/mL ; 17-OH-progestérone : 0.30ng/mL ; TSH : 0.830 mUI/L (0.55-4.78) ; Prolactine : 7.9ng/mL (4-25) ; βHCG négatifs ; testostérone : 0.07ng/mL (0.2-0.8).
- Échographie par voie endo-vaginale : CFA à 13, endomètre mesuré à 4mm.
- Hystérosalpingographie : trompes perméables.

4. Selon le contexte et ce bilan :

- A.** La patiente présente un profil évocateur de SOPK non métabolique
- B.** La patiente présente un profil évocateur d'insuffisance ovarienne
- C.** La patiente présente un profil d'hypogonadisme-hypogonadotrope
- D.** Vous prescrivez caryotype et analyse du gène FMR1 pour recherche de prémutation
- E.** Vous prescrivez un hypophysioGramme complet
- F.** Vous recherchez des signes cliniques d'anosmie/hyposmie

Elle revient avec les résultats de son nouveau bilan :

- HypophysioGramme à 8h :
 - IGF1 : 205.1ng/mL (87-278)
 - Prolactine : 7.9ng/mL (4-25)
 - LH : 0.2 (N : 1.5-8) ; FSH : 1.4 (N : 3.9-12) ; E2 : 15.0pg/mL (18-147)
 - Cortisol 8h : 250 nmol/L ; ACTH : 18.5 ng/L (7.2-63.3)
 - TSH : 1.232 mUI/L (0.55-4.78) ; T4L : 10.99 pmol/L (11.48-22.7) ; T3L : 3.60pmol/L (3.53-6.45)
- IRM hypophysaire réalisée par un neuroradiologue référent : pas d'anomalie hypophysaire

5. Selon ces dernières informations :

- A.** Vous concluez à une probable origine fonctionnelle de l'hypogonadisme
- B.** L'activité physique élevée seule ne permet pas d'expliquer un tel bilan
- C.** Vous substituez en levothyroxine
- D.** Vous substituez en hydrocortisone

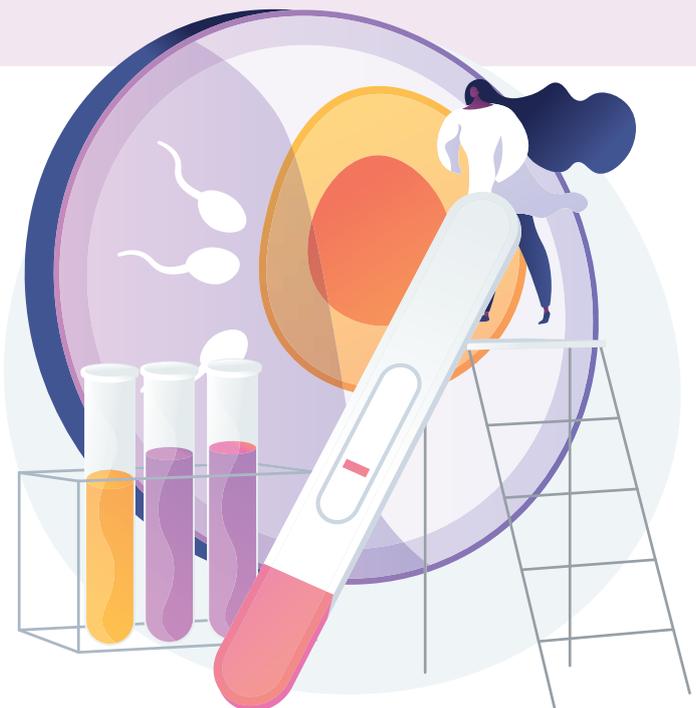
Vous la perdez de vue et elle revient après 1 an et demi après avoir réduit l'activité physique tel que vous lui aviez préconisé initialement. Son poids est resté stable, elle a normalisé son bilan et ses cycles sont revenus spontanément après 2 mois, réguliers d'une durée de 28 jours environ mais elle n'est toujours pas enceinte. Elle vous amène également le spermogramme de son conjoint qui avait été réticent à le réaliser en attendant que madame en ait terminé avec ses bilans et vient tout juste de le faire.

Spermogramme après 4 jours d'abstinence :

- Volume éjaculat : 2.72mL
- Numération : 12 M/mL (>15)
- pH : 8.3
- Mobilité progressive (a+b) : 35 % à 1h
- Typiques : 52 %
- Vitalité : 70 %

6. Que faites-vous dans ce cas ?

- A.** Il existe une téraSpermie sur ce spermogramme
- B.** Ce spermogramme n'est pas interprétable : le délai d'abstinence est trop court
- C.** Ce spermogramme est normal
- D.** Vous lui prescrivez un bilan urologique avec échographie prostatique par voie endorectale, échographie testiculaire et bilan hormonal
- E.** Vous lui prescrivez un contrôle du spermogramme à 1 mois du premier
- F.** Vous préconisez l'arrêt du tabac
- G.** Vous lui expliquez qu'une prise en charge en AMP sera nécessaire au regard de ce spermogramme
- H.** Vous préconisez une prise en charge par stimulations simples de l'ovulation par gonadotrophines pour madame



RÉPONSES



Réponses cas clinique - Endocrinologie Pédiatrique

1

- A. Faux. Il peut s'agir d'une prémature pubarche si la présence d'une pilosité pubienne est isolée.
- B. Vrai. Le développement mammaire se définit selon le stade de Tanner.
- C. Vrai. À la recherche d'une différence entre âge osseux et âge civil.
- D. Faux. Elle ne sera réalisée qu'après mise en évidence d'une puberté précoce centrale. Bien que la puberté précoce centrale idiopathique soit la plus fréquente, une IRM est réalisée à la recherche d'une cause organique.
- E. Vrai. Afin de contrôler l'imprégnation œstrogénique des organes génitaux internes (hauteur utérine > 35 mm, ligne de vacuité utérine, volumes des ovaires > 2 cc, ovaires multifolliculaires, renflement du corps de l'utérus par rapport au col avec un rapport corps/col > 1).

2

- A. Vrai. À la recherche d'un rebond d'adiposité précoce. Intérêt des paramètres biométriques à la naissance.
- B. Vrai. Des antécédents familiaux précoces peuvent orienter vers une obésité génétique.
- C. Vrai. Il est impératif de rechercher des causes secondaires d'obésité.
- D. Vrai. Il est impératif de rechercher des causes secondaires d'obésité.
- E. Vrai. Toujours rechercher les complications de l'obésité qui doivent être prises en charge précocement.

3

- A. Faux. Le diagnostic d'insuffisance surrénalienne est effectué sur le dosage du cortisol à 8h, pas un hypercorticisme.
- B. Vrai. Un des examens du diagnostic.
- C. Vrai. Un des examens du diagnostic. Attention à veiller que la DEXAMETHASONE a bien été prise. Dans certains cas, il peut être réalisé une dexaméthasonémie en parallèle pour le vérifier.
- D. Vrai. À reconstrôler au moins 1 fois, avec mesure de la créatininurie.
- E. Vrai. Un des examens du diagnostic. Peut être réalisé selon les disponibilités du centre.

4

- A. Vrai. Cortisol élevé avec ACTH élevée (inadaptée). Il faut donc traquer une cause hypophysaire.
- B. Faux. Cf. ci-dessus.
- C. Vrai. Attention, ici il s'agit bien d'une pubarche précoce et non d'une puberté précoce.
- D. Vrai. L'évoquer devant une cassure de la courbe de croissance et une prise pondérale paradoxale. L'IGF1 est souvent en concentration normale, mais sa bioactivité est diminuée.
- E. Vrai. Pour confirmation, un second test peut être réalisé (DEXAMETHASONE 2mg/jour pendant 2 jours, test au Minirin, test DEXA-CRH).

5

- A. Faux. Uniquement en cas de contact avec le chiasma.
- B. Vrai. Toujours rechercher un déficit anté-hypophysaire devant un macroadénome hypophysaire.
- C. Vrai. La chirurgie est le traitement de choix dans ce cas.
- D. Faux. Elle est au contraire très rare et concerne 0,55/100 000 enfants.
- E. Vrai. Louise n'ayant pas débuté sa puberté et n'ayant pas d'avance d'âge osseux, une prise en charge de l'hypercorticisme peut permettre de retrouver une vitesse de croissance correcte.

- 6**
- A. Vrai.
 - B. Vrai. Un bilan entrées-sorties, un ionogramme sanguin, une osmolalité plasmatique et urinaire seront à réaliser dans la période post-opératoire à la recherche d'un diabète insipide.
 - C. Vrai.
 - D. Faux. Il faudra surveiller régulièrement le bilan hypophysaire en post-chirurgical.
 - E. Faux. Une tumeur est décrite proliférative si au moins 2 critères parmi les suivants sont retrouvés :
 - Mitoses > 2/3 mm²
 - Ki-67 ≥ 3 %
 - P53 > 10 cellules fortement positives /3 mm²

Réponses cas clinique - Endocrinologie/Gynécologie

- 1**
- A. Oui. L'endométriose touche environ 10% des femmes et est une grande cause d'infertilité. Il est donc licite de rechercher chez toute patiente se présentant pour infertilité des dysménorrhées, des troubles du transit rythmés par le cycle menstruel ou encore des dyspareunies (d'intromission/balistiques). Cela impactera notamment la prise en charge : mise au repos de l'endométriose avant prise en charge PMA ? Troubles sexologiques associés devant faire orienter vers un sexologue ? Nécessité d'une prise en charge chirurgicale avant l'AMP ?
 - B. Oui. Une acné, un hirsutisme, une alopecie peuvent orienter vers une hyperandrogénie, d'autant plus quand il existe une spanioménorrhée (cycles > 35 jours) associée.
 - C. Oui. Toujours peser les patientes en consultation car une insuffisance ou un excès pondéral (pas toujours visibles à l'œil nu selon la composition corporelle) peuvent être des facteurs indépendants de difficultés à la procréation.
 - D. Oui. Cela peut orienter plus particulièrement vers une obstruction tubaire en lien avec une infection génitale haute non traitée qui pourrait expliquer l'infertilité par exemple.
 - E. Non. Petit piège : la patiente n'a pas 25 ans. Même en contexte de désir de grossesse le premier frottis ne se fait pas avant l'âge de 25 ans. Par la suite, tant que les résultats sont bons, un second FCU sera réalisé à un an du premier puis un à 3 ans tant que âge < 30 ans puis le dépistage se fait par un test HPV au-delà de 30 ans tous les 5 ans jusqu'à l'âge de 65 ans si tout va bien.
 - F. Oui. Une ménopause précoce chez la mère est directement corrélée à une baisse de la réserve ovarienne chez la fille. Un âge jeune de la mère à la ménopause peut donc prédisposer à une insuffisance ovarienne prématurée chez sa fille.
 - G. Oui.
 - H. Oui.

Toujours évaluer le terrain familial : notion d'infertilité dans la famille / recours à la PMA ? Pathologies génétiques/ retards mentaux ? Pathologies oncologiques ? Évènements thromboemboliques ?

Un cancer du sein <50 ans dans la famille peut orienter vers un dépistage avancé chez sa fille +/- une recherche génétique de mutation BRCA.

Certains syndromes prédisposent aux cancers de la sphère génitale en plus des cancers colorectaux tels que le syndrome de Lynch (risque augmenté de cancers de l'endomètre et de l'ovaire de façon fréquente, risque légèrement augmenté de cancers du sein).

- 2**
- A. Oui. On fait toujours directement le bilan du partenaire en parallèle afin de ne pas perdre de temps sur une éventuelle prise en charge.
 - B. Non. Un seul antécédent familial à un âge > 50 ans, pas de mammographie systématique. Un examen sérologique est utile cependant pour rechercher un éventuel nodule mammaire et/ou une galactorrhée spontanée ou provoquée qui pourrait aiguiller le diagnostic.
 - C. Oui. Afin d'expliquer l'infertilité il faut évaluer la perméabilité tubaire (Si obstruction une rencontre entre un spermatozoïde et un ovocyte est moins probable...). Cet examen est réalisé avec injection d'un produit de contraste dans la cavité utérine après pose d'un spéculum et réalisation de clichés radiographiques de façon concomitante. Elle se fait entre J7 et J10 du cycle quand ce dernier est régulier, n'importe quand sinon (après vérification de l'absence de grossesse). Prescrire un antispasmodique avant l'examen car peut être douloureux notamment chez les patientes nulligestes. 2 contre-indications absolues : infection génitale haute aiguë (± présence d'un hydrosalpinx) et grossesse intrautérine débutante.
 - D. Oui. Elle se fait entre J2 et J5 du cycle chez les patientes pour lesquelles cela est possible / à n'importe quel moment du cycle pour les patientes avec cycles très irréguliers ou en aménorrhée.

- E.** Non. On fera bien un bilan biologique mais on n'attendra pas son prochain cycle au regard de l'irrégularité de ses cycles et de leur longueur > 35 jours. Il peut être fait à n'importe quel moment du cycle dans ce cas ou après un test au DUPHASTON si ce dernier revient positif. Pour une patiente avec cycles réguliers c'est bien entre J2 et J5 qu'on le réalisera.
- F.** Non. Il n'y a pas de signes d'endométriase retrouvés chez cette patiente, cet examen ne sera donc pas systématique. En cas de suspicion d'endométriase il faut en réaliser une et demander sa réalisation par un radiologue référent de cette pathologie car l'échographie, si elle peut orienter (visualisation d'endométriomes, cryptes d'adénomyose...), n'est pas suffisante pour détecter toutes les atteintes d'endométriase. De même l'IRM peut parfois s'avérer négative en cas d'endométriase uniquement superficielle, ne pas hésiter à la réitérer en cas d'altération de la symptomatologie.
- G.** Oui. Le test au DUPHASTON permet d'évaluer l'imprégnation estrogénique et est intéressant en cas de trouble du cycle. Il s'agit de la prise de DUPHASTON 10 à 20mg par jour pendant 7 à 10 jours. Il sera positif (= provoquera une hémorragie de privation à son arrêt) en cas d'anovulations normoestrogéniques : syndrome des ovaires polykystiques, anovulations eugonadotropes. Il sera négatif en cas d'anomalies anatomiques (Syndrome de Rokitanski par exemple avec agénésie utérine) et en cas d'anomalies hypo-œstrogéniques : insuffisances ovariennes et déficits gonadotropes (dont hyperprolactinémie). Il permet également de faire le bilan biologique au moment des hémorragies de privation.

3

- A.** Oui. L'hormone Antimüllérienne permet d'avoir une estimation de la réserve ovarienne et si une prise en charge en AMP est envisagée elle permet d'estimer le taux de réponse à la stimulation. Elle permet également d'orienter le diagnostic (AMH basse, plutôt insuffisance ovarienne // AMH haute : plutôt profil de syndrome des ovaires polykystiques). Attention, ce n'est pas un marqueur prédicteur de la capacité d'obtenir une grossesse et une AMH basse ≠ infertilité !
- B.** Non. Sans argument clinique pas d'intérêt à la doser systématiquement. Indications en infertilité : syndrome des ovaires polykystiques en association avec une HbA1c pour évaluation du profil métabolique // facteurs de risque de diabète gestationnel.
- C.** Non. Jamais en première intention à moins d'une forte suspicion clinique de syndrome génétique.
- D.** Oui. Évaluation du profil hormonal.
- E.** Non. Aucun intérêt chez la femme.
- F.** Oui.
- G.** Oui.
- H.** Oui.
- I.** Oui.

Pour rappel, bilan de première intention en cas d'infertilité, à réaliser en dehors de tout traitement hormonal :

Biologique :

- FSH, LH, E2.
- AMH.
- TSHus (objectif en pré-conceptionnel < 4mUI/L voire même 2,50).
- Prolactine : si anovulation/dysovulation.
- Androgènes : si anovulation/dysovulation et/ou si hyperandrogénie :
 - Testostérone totale (Delta-4-androstènedione et SDHEA à ajouter en seconde intention si hypertestostéronémie).
 - 17-OH-progèstéronémie ± test au synathène (ce dernier est dépendant des centres, il serait réalisé systématiquement à Lille pour éliminer tout bloc en 21hydroxylase car certains blocs partiels aurait un T0 au synathène normal et un T60 pathologique... Se discute mais globalement à envisager au moindre doute).
- Cortisol Libre Urinaire des 24h ou test de freination minute : en cas de point d'appel clinique.
- Progèstéronémie à J20-J24 du cycle : explore la présence d'une ovulation.

Morphologique :

- Échographie pelvienne par voie sus-pubienne couplée à la voie endovaginale pour évaluation utérus/endomètre (endomètre qui doit être fin < 7mm quand réalisé entre J2 et J5), recherche d'anomalies morphologiques et compte des follicules antraux pour évaluation de la réserve ovarienne.
- Hystérosalpingographie

4

A. Non. Le syndrome des ovaires polykystiques (ou SOPK) se diagnostique lorsqu'il y a présence d'au moins 2 critères de Rotterdam sur 3 :

- i. Un trouble du cycle
- ii. Une hyperandrogénie clinique et/ou biologique
- iii. Des ovaires polykystiques à l'échographie soit un CFA > 20 Ou une AMH élevée (>5 ng/ml).

On y observe aussi généralement un rapport LH/FSH inversé avec un taux de LH généralement > FSH et parfois élevé en début de cycle même si cela ne fait pas partie des critères diagnostiques. Attention cela reste un diagnostic d'élimination après avoir recherché les autres causes d'hyperandrogénie. Ici la patiente ne présentait que le trouble du cycle parmi ces critères.

- B. Non. Dans une insuffisance ovarienne les gonadotrophines sont élevées en regard d'un estradiol bas. On peut distinguer **l'insuffisance ovarienne débutante** : cycles généralement courts, estradiol qui peut être « anormalement » élevé en début de cycle > 50pg/mL avec une FSH qui a tendance à s'élever au-dessus de 9-10 UI/L tandis que dans **une insuffisance ovarienne prématurée** (< 40 ans) les patientes sont en aménorrhée avec un estradiol bas/effondré et une FSH > 20UI/L.
- C. Oui. Estradiolémie basse associée à des gonadotrophines basses (ou anormalement normales en cas d'aménorrhée).
- D. Non. Indication de réalisation lorsqu'il existe une insuffisance ovarienne avérée c'est-à-dire une estradiolémie basse associée à une FSH > 20 UI/L sur 2 dosages consécutifs.
- E. Oui. Devant une insuffisance hypophysaire, vérifier son caractère isolé.
- F. Oui. Penser au syndrome Kallmann de Morsier associant hypogonadisme hypogonadotrope et anosmie/hyposmie en lien avec une anomalie du développement précoce des bulbes olfactifs faisant suite à une anomalie de migration des neurones à GnRH au niveau de la placode olfactive. Il est plus fréquent que l'aménorrhée soit primaire et complète dans ce cas mais il arrive sur des formes partielles qu'elle soit secondaire notamment en cas de mutation hétérozygote. Une étude aurait même retrouvé que 10 % des hypo-hypo d'allure « fonctionnelle » seraient en réalité en lien avec une mutation hétérogène (Caronia et al., A genetic basis for functional hypothalamic amenorrhea, 2011). Une IRM des bulbes olfactifs peut se discuter au moindre doute avec recherche génétique par la suite si elle est anormale, ne pas hésiter à la demander dans le même temps que l'IRM hypophysaire.

5

A. Oui. IRM hypophysaire normale, contexte d'hyperactivité physique importante.

B. Non. L'hypogonadisme hypogonadotrope fonctionnel est plus connu en cas d'anorexie mentale mais il peut être présent en réalité dans les cas de trouble du comportement alimentaire en général, d'orthorexie poussée ou encore en cas d'activité physique importante, quel que soit l'IMC (même si celui-ci peut bien évidemment être un indicatif). De même cela peut donner un syndrome de basse T4 que nous retrouvons ici.

C. Non. Cela peut se discuter en cas de symptômes d'hypothyroïdie, absents chez cette patiente, mais il s'agit ici d'un syndrome de basse T4 en lien avec l'hyperactivité physique. En effet, si l'activité physique « aiguë » ponctuelle fait augmenter les hormones thyroïdiennes, l'activité physique soutenue prolongée va avoir un effet de diminution des hormones thyroïdiennes, plus couramment concomitante sur la T3L et la T4L mais parfois isolée sur l'une des deux comme ici. La diminution de l'activité physique devrait suffire à amender cette anomalie biologique. Penser dans ce cas à rechercher des carences en oligo-éléments également.

D. Non. Il n'y a pas d'insuffisance corticotrope ou surrénalienne sur ce bilan.

6

A. Non. Cf tableau page suivante.

B. Non. Le délai d'abstinence idéal pour un spermogramme est de 3 à 5 jours.

C. Non. Cf tableau page suivante.

D. Non. Il s'agit ici d'un premier spermogramme avec une oligospermie modérée isolée. Un premier contrôle du spermogramme à 3 mois est nécessaire, si possible avec arrêt du tabac, avant d'engager un bilan urologique plus poussé. Ce bilan a pu être notamment perturbé par un éventuel évènement intercurrent type fièvre par exemple. Le bilan urologique tel que décrit ci-dessus est en revanche pratiqué en cas d'anomalies spermatiques sévères persistantes. Un examen clinique à la recherche d'une anomalie clinique testiculaire (varicocèle par exemple) peut être intéressant cependant.

E. Non. Il est nécessaire d'attendre 3 mois avant de le contrôler car la spermatogenèse se déroule en 74 jours environ donc un contrôle trop précoce ne permettrait pas d'évaluer le nouveau pool spermatique.

- F.** Oui. Le tabac (tout comme le cannabis) est une source d'altération du spermogramme ++++. Les autres causes à rechercher sont une exposition à des toxiques professionnels, une infection ourlienne dans l'enfance, des anomalies traumatiques du testicule, des anomalies de descente testiculaire, une exposition prolongée à la chaleur (professionnelle / bains chauds fréquents...).
- G.** Non. La mobilité des spermatozoïdes est bien conservée et il existe une majorité de spermatozoïdes typiques avec une très bonne vitalité. Une grossesse spontanée est tout à fait possible dans ce contexte si les trompes de Madame sont bien perméables. Une prise en charge en AMP est cependant envisageable tout de même dans ce contexte au regard de la durée de l'infertilité (que l'on qualifiera probablement d'inexpliquée si le contrôle du spermogramme revient normal). Il sera plus licite de réaliser d'emblée une fécondation in vitro dans ce cas devant ce caractère inexpliqué face auquel les inséminations intra-utérine n'apporteraient que peu de plus-value.
- H.** Non. Ici, madame a repris des cycles bien réguliers et a probablement une ovulation normale (ce qui peut se confirmer éventuellement avec un dosage de la progestéronémie entre J20 et J22 du cycle qui doit être > 5 pg/mL). Une stimulation simple de l'ovulation n'apporte donc pas plus que ce que le couple fait spontanément puisque son objectif est d'aider à la réalisation de cette dernière si elle ne se fait pas bien (notamment en cas de syndrome des ovaires polykystiques par exemple).

Voici pour rappel ci-dessous les paramètres spermatiques attendus et leur anomalie :

Paramètres	Normes	Anomalies
Volume spermatique	1,4mL ≤ N (<6mL)	↓ Hypospermie ↑ Hyperspermie
pH	7,2 ≤ N ≤ 8	↓ sperme acide ↑ sperme alcalin
Numération	N ≥ 16 millions /mL N ≥ 39 millions /éjaculat	↓ Oligozoospermie ↓ ↓ Cryptozoospermie 0 Azoospermie ↑ ↑ Polyzoospermie
Mobilité à 1h	a + b + c ≥ 42 % a + b ≥ 30 %	↓ Asthénozoospermie
Vitalité	N ≥ 54 %	↓ Nécrozoospermie
Morphologie	Typiques ≥ 4 % (selon classification Krüger) → ne plus utiliser Typiques ≥ 23 % (selon classification de David modifié)	↓ Tératozoospermie
Leucocytes	N < 1 million/mL	↑ Leucospermie

Une solution de télésurveillance du diabète spécialement conçue pour la ville : Stêto, mode d'emploi

Cette fois-ci, c'est la bonne ! Les différents niveaux de remboursement de la télésurveillance selon la situation et l'équipement du patient ont été publiés, et le système de cotation fonctionne. Tout semble prêt pour que le télésuivi intègre l'arsenal thérapeutique des endocrinologues.

Bien souvent, la télésurveillance est difficile à mettre en pratique pour le praticien, entre le téléchargement de l'application, la connexion des dispositifs du patient et le suivi hebdomadaire des données ou alertes. Les médecins de ville, qui ne bénéficient généralement pas du niveau de soutien infirmier observé à l'hôpital, n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour le proposer à leurs patients.

C'est justement ce manque que vient combler la plateforme Stêto

En proposant à chaque médecin de collaborer à distance avec un infirmier libéral titulaire d'un Diplôme Universitaire de prise en charge du patient diabétique, Stêto permet de mettre en place la télésurveillance sans devoir en gérer tous les aspects logistiques.

Le Dr Emmanuelle Lecornet-Sokol témoigne

« Je faisais de la télésurveillance depuis plusieurs années, mais j'hésitais à augmenter cette activité, en raison d'un manque de temps. Je n'avais pas toujours la possibilité d'expliquer la mise en place à des patients parfois peu à l'aise avec le numérique. D'autre part, vérifier les courbes et communiquer avec les patients est chronophage. Stêto propose une offre très simple à utiliser ; la collaboration avec une infirmière expérimentée en diabétologie



Les fondateurs de Stêto : Vincent Chabot (à gauche) et Gauthier Croizat

permet d'avoir un suivi rapproché et de qualité. Que ce soit pour une mise à l'insuline, un patient ayant un diabète déséquilibré de manière transitoire, le passage au basal bolus, de multiples situations sont envisageables. Les débuts sont très prometteurs».

En effet, il suffit d'inclure le patient sur la plateforme en fin de consultation en quelques clics, et l'infirmier prend le relais pour :

- Connecter les dispositifs ;
- Faire remonter les données ;
- Réaliser l'accompagnement thérapeutique.

Lorsque le médecin se connecte à la plateforme, il peut ainsi se concentrer sur les patients qui ont été signalés par l'infirmier, plutôt que de devoir faire l'analyse des données de l'ensemble des patients télésuivis.

Et concernant le financement de l'infirmier, la solution est modulaire

Avec la rétrocession d'une fraction du remboursement de l'Assurance Maladie : pas d'investissement fixes ou d'avance de frais pour le médecin. Le Dr Géraldine Skurnik ajoute « Stêto est une excellente solution pour des patients qui ont besoin d'un accompagnement dans la gestion de leur insu-

linothérapie au quotidien. Ajouter une infirmière dans le processus de télésurveillance permet certainement au patient d'avancer en confiance et de finalement rester maître de son diabète. Je travaille avec Soline, une des infirmières de Stêto ; outre sa formation en diabétologie solide, un des critères indispensables au bon fonctionnement d'une telle solution de télésurveillance et demandé par l'ARS, les patients créent un vrai lien avec elle et sont ravis de son accompagnement».

Le télésuivi montre depuis plusieurs années toute sa pertinence, autant pour le médecin que pour le patient. L'émergence d'une plateforme adaptée à la pratique quotidienne devrait permettre de franchir les obstacles pratiques qui en ralentissaient le développement jusqu'à présent.

En savoir plus sur <https://www.steto.care/>



Contact : Gauthier Croizat
g.croizat@steto.care

ELS déclare avoir reçu des honoraires de consultante pour la société STÊTO

En année recherche

Bonjour ! Je m'appelle Maha Lebbar, je suis interne en fin de cursus dans le DES d'Endocrinologie – Diabétologie – Nutrition (promotion 2018) à Lyon.

Tout le monde le sait : les études en médecine, c'est long. Tandis que vos anciens camarades de lycée en cursus d'ingénierie ou de commerce sont à l'autre bout de la terre dans le cadre des échanges universitaires ou Erasmus, vous gardez la même routine depuis vos 18 ans : stages hospitaliers et révisions. C'est pour briser cette routine et pour bénéficier d'une expérience à l'étranger que l'idée d'une année recherche dans le cadre d'un Master 2 a commencé à germer dans mon esprit.

Étant de la promotion d'internat 2018, j'ai débuté mon internat en même temps que le remboursement et donc la mise à disposition des patients d'un capteur de mesure continue interstitielle du glucose, bien connu de tous. Cette nouveauté a donc attisé ma curiosité et ceci, couplé au fait que j'ai réalisé ma première année dans un service de diabétologie, a permis de mieux identifier mon champ d'intérêt pour la recherche que je serais amené à mener par la suite.

J'ai donc exprimé au début de ma troisième année d'internat à mon chef de service de l'époque mon souhait de réaliser une expérience à l'étranger dans le cadre d'un Master 2. Mon chef de service m'a mise en contact avec un ancien endocrinologue français ayant fait sa thèse de science à Lyon et actuellement directeur de son laboratoire de recherche à Montréal, c'est ainsi que le cheminement a commencé.

Je pense que le plus difficile a été de trouver un financement pour cette année-recherche, d'autant plus qu'il s'agissait de deux années (l'équivalent du Master 2 dure deux ans au Canada).

Demander le financement par année-recherche n'a pas été évident du fait de nombreux mythes autour de cette subvention, parfois relayés par nos encadrants : inéligibilité si Master 2 prévu à l'étranger, impossibilité d'attribuer la subvention à 2 internes EDN d'une même promotion (ce qui était mon cas)... Des informations qui sont bien évidemment fausses mais qui laissent planer un doute. Préparer le dossier de candidature n'a pas été simple non plus, car il faut élaborer avec son directeur de recherche le sujet choisi, préparer les lettres de motivations et de soutien... tout en écrivant sa thèse de médecine.

Une fois le financement obtenu, tout s'est déroulé de manière fluide. J'ai eu la chance d'avoir un directeur de recherche extrêmement réactif et bienveillant, qui m'a aidé dans toutes les démarches administratives, y compris dans l'obtention d'autres bourses. Mes deux années à Montréal ont été parmi les plus épanouissantes de ma vie d'adulte, tant sur le plan personnel que professionnel. J'ai baigné dans un milieu de créativité scientifique sans pareil, au sein d'une équipe dynamique et soucieuse du bien-être de chacun. Ceci a accru ma productivité scientifique : ainsi, j'ai pu assister et présenter lors de plusieurs congrès dont certains internationaux et prestigieux, et réaliser plus de 5 publications scientifiques. J'ai pu rencontrer des chercheurs et étudiants brillants d'horizons divers, alors que jusque-là mon environnement professionnel était plutôt uniforme.

Un autre élément qui a été ardu pour moi était de m'éloigner de la pratique clinique. Bien que mon projet de Master 2 était un projet clinique et



Maha LEBBAR

Docteur Junior en EDN

8^{ème} semestre

Lyon

non fondamental, le versant de la prise en charge active des patients m'a beaucoup manqué. Je craignais également d'oublier toute l'expérience que j'avais acquise durant mes 3 premières années d'internat. Fort heureusement, j'ai pu retrouver mes habitudes de pratique clinique seulement quelques semaines après la reprise de l'internat, comme si je n'avais jamais interrompu ma pratique.

Finalement, l'expérience année-recherche, que j'ai tentée initialement de manière spontanée, s'est révélée très fructueuse, m'a permis de développer des nouvelles compétences professionnelles et scientifiques, et surtout m'a fait prendre conscience de mon attrait pour la recherche clinique. J'envisage maintenant de réaliser une thèse de sciences dans le même laboratoire.

En libéral...

12 conseils que j'aurais aimé avoir quand je me suis installée il y a 12 ans

Quand je me suis installée début 2012, j'ai eu la chance d'avoir reçu le soutien de ma famille et de quelques collègues. Mais un peu timide, je n'ai pas osé demander beaucoup d'aide.

J'ai fait le parcours habituel : Conseil de l'Ordre/Assurance Maladie/URSSAF/Banque /Assurance, mais si j'avais su... Voici quelques conseils que j'aurais aimé qu'on me donne en 2012 et que je te propose en 2024.

01 Définir ses objectifs

C'est le premier conseil : l'installation est un moment crucial dans la vie d'un médecin. C'est un cap qu'il n'est pas facile de franchir. Il est important de se fixer des objectifs : comment ai-je envie d'exercer ? Pourquoi est-ce que j'envisage le libéral ? Est-ce que je souhaite développer un mode d'exercice particulier ? Quel type de

médecine est-ce que je souhaite pratiquer ? Cette réflexion sera le fruit du chemin que tu auras fait tout au long de tes études, de ton internat, éventuellement de ton clinicat ou de ton expérience dans la recherche, mais aussi dans ta vie personnelle. Ce sont ces objectifs qui doivent guider tes décisions. Sache que dans tous les

cas, l'exercice libéral, comme l'exercice hospitalier n'est pas figé. Que ce soit en t'engageant localement auprès des autres professionnels du territoire, en développant une expertise, en t'impliquant dans la formation, de nombreuses opportunités s'ouvriront sur ton chemin professionnel.

02 Se former dans les services de pointe, mais pas que

Si tu es un jeune interne, que tu as décidé de choisir l'EDN : bravo, excellent choix. Tu es peut-être fatigué.e de ta période étudiante, la préparation des ECN et tu te dis que l'internat d'EDN va être « cool ». Dans tous les cas, choisis bien tes stages : va dans les meilleurs services, où tu pourras travailler avec les plus grands experts, où tu prendras en charge les pathologies

graves et complexes, où tu auras un encadrement et une pédagogie de qualité. Ce sera la base de ta formation et tu te sentiras ainsi prêt.e à accompagner tous les patients qui viendront te consulter. Même si les gardes aux urgences sont souvent difficiles à vivre quand on est interne, cette expérience te permettra de faire face à quasiment toutes les urgences, à

mieux évaluer la gravité d'une situation, à avoir les bons réflexes, à savoir à quel moment demander des avis ou adresser un patient au bon service. Bref, cela te permettra de ressentir moins de tensions face à des patients dont le pronostic peut être en jeu et à mieux gérer le stress.

03 Remplacer en ville

La quasi-totalité du parcours de formation des médecins se fait à l'hôpital, et heureusement ! On y est formé par des médecins universitaires dont c'est le métier et qui sont aussi des experts dans leur domaine ; on y est, pour la plupart du temps, constamment accompagné ; on peut toujours demander de l'aide et se faire relayer. Le choix de la médecine de ville est

une autre façon d'exercer ; certains commencent à pouvoir découvrir le libéral, soit par le biais de journées de découvertes, via les URPS par exemple, soit par des collaborations ville-hôpital, ou parfois simplement par connaissance. D'autres, mais encore peu nombreux, auront l'occasion de faire un stage d'interne en libéral. Lorsque cette solution ne s'est pas of-

ferte à toi, un conseil : remplace. Le remplacement est une opportunité de vivre « une » expérience du monde libéral. Souvent, c'est la 1^{ère} fois que l'on est vraiment responsable, seul, de ses actes médicaux. Les patients que l'on accueille ont parfois des attentes différentes. Le lieu est plus petit, plus personnalisé. On peut alors découvrir des éléments de la pratique médi-



**D^r Emmanuelle
LECORNET-SOKOL**
Endocrinologue
Paris

cale que l'on n'aurait pas imaginé : le partenariat avec les professionnels de santé locaux, la mise en place de protocoles à soi, le choix de son envi-

ronnement de travail, la diversité des pathologies que l'on voit au cabinet. Et puis, remplacer peut aussi permettre de reconnaître que ce type

d'exercice n'est pas pour soi à ce moment-là ou bien au contraire que c'est exactement ce que l'on cherchait... et travailler sur son projet.

04 Demander conseil

Aie le réflexe d'aller demander de l'aide à ceux qui sont installés : que ce soit des médecins libéraux en EDN ou dans d'autres spécialités, qui sont en cabinet ou en clinique, de ta région de formation ou de celle où tu vas t'établir si tu déménages, auprès des jeunes et auprès des plus vieux. Tu pourras ainsi construire ton projet. Si tu ne connais pas ou peu de monde, la Fenarediam est bien sûr là pour t'orienter et te donner les bons contacts. N'hésite pas à te rapprocher

de l'URPS : ce sont les Unions Régionales des Professionnels de Santé, une par région qui offrent souvent des accompagnements pour les jeunes (ou moins jeunes, d'ailleurs), dont le projet est de s'installer en ville. Trouve-toi un mentor : un médecin en qui tu te reconnais et qui va pouvoir te soutenir dans les différentes étapes de ce nouveau parcours. On a souvent l'impression que s'installer, c'est compliqué. Mais franchement, quand on

sait interpréter des données de CGM ou quand on connaît par cœur l'arbre décisionnel des carcinomes papillaires thyroïdiens réfractaires, il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas comprendre le parcours de l'installation en ville. On te donnera une feuille de route et tu apprendras petit à petit à te familiariser avec ces termes ROSP, CPTS, SEL, CARMF et autre Apicrypt. En quelques semaines, tu auras l'impression d'avoir connu ça toute ta vie !

05 Avoir un bon comptable

L'un des aspects souvent méconnus du cabinet est l'aspect financier. Un cabinet médical est une sorte d'entreprise. Même si évidemment, on ne peut pas considérer la santé comme un commerce, un médecin libéral a des charges : loyer, électricité, rem-

boursement de crédit, informatique, personnel ; il souhaite éventuellement faire des investissements : appareil d'échographie, achat des murs du cabinet, etc. Il est soumis aux mêmes contraintes qu'un entrepreneur. Comme la gestion ne fait pas partie

de notre formation (au contraire des chirurgiens-dentistes, par exemple), tu peux te retrouver pris au dépourvu. C'est là qu'un comptable jouera un rôle important. Bien gérer ses finances est essentiel pour exercer à la fois avec qualité et sérénité.

06 Bien choisir son emplacement

Ton lieu d'exercice est fondamental. Déjà sur un plan personnel, sans doute auras-tu envie de vivre à proximité de ton cabinet : il peut être en effet très confortable de limiter les temps de trajet. Certains préféreront vivre un peu plus à distance, parce qu'il n'est pas toujours facile de savoir comment réagir quand on croise ses patients au supermarché entre le rayon couches (ah docteur, vous avez

un bébé ?) et les pâtes à tartiner (ce n'est pas pour moi, mais pour un ami). Mais d'autres critères vont entrer en ligne de compte : l'accessibilité des patients (transports publics, parkings, mais aussi conditions pour les personnes en situation de handicap ou encore les services d'urgence si jamais le SAMU devait intervenir) ; le type de bâtiment (ancien, neuf, isolation thermique, phonique) ; proximité d'autres

professionnels de santé ou d'établissements de santé, d'un service d'urgence. Décider de s'installer dans une grande ou une petite ville, en milieu rural, dans un quartier résidentiel ou bien dans une zone déficitaire aura un impact sur le type de patientèles et la manière d'exercer. Enfin des aides financières peuvent être proposées localement, et il faut solliciter les instances publiques pour cela.

07 Sélectionner ses associés

Si certains choisissent de s'installer seul, probablement, comme la plupart des jeunes installés, choisiras-tu un mode d'exercice en groupe : clinique, maison de santé, cabinet de groupe mono ou pluri-disciplinaire, ... le choix est large. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients, mais le plus important est de bien choisir avec qui on s'associe. Les plaintes les plus fréquentes que les conseils

de l'Ordre reçoivent concernent des conflits entre médecins. Bien s'entendre sur le mode d'exercice, le partage des locaux, du personnel, des frais ; établir des contrats clairs, avec l'aide de juristes ou d'avocats ; se renseigner sur les anciens associés, éventuellement les contacter ; prévoir les conditions de séparation. Voilà toute une série d'éléments à prendre en compte. Au départ, j'ai eu l'immense

chance de m'installer au sein d'un cabinet pluri-disciplinaire où j'ai été très bien accueillie, mes collègues m'ont soutenu, aidé quand je faisais face à des difficultés, présenté à leurs correspondants dans un quartier où je ne connaissais pour ainsi dire personne. Ils m'ont ouvert leurs réseaux et je ne les en remercierai jamais assez de m'avoir épaulé et de m'avoir fait confiance.

08 Avoir un excellent logiciel et passer du temps à le paramétrer

Aujourd'hui, personne (enfin je crois !) n' imagine encore commencer d'exercer avec des dossiers papiers. Si tu t'installes dans une maison de santé pluri-disciplinaire ou une clinique, peut-être devras-tu utiliser le logiciel déjà existant dans la structure. Sinon, à toi de faire le bon choix. Certains diront que tel logiciel n'est pas ergo-

nomique, que tel autre est cher, ou encore celui-ci n'est pas « Sécur-compatible ». Alors, lequel choisir ? celui qui TE correspond. Définis 3 critères qui te semblent essentiels : simple, complet, ultra-paramétrable, compatible sur PC, en ligne, couplé à l'agenda, économique, ergonomique, etc. Interroge tes collègues de la spécia-

lité, du cabinet où tu vas t'installer. C'est un choix FONDAMENTAL et un investissement qu'il ne faut pas négliger. Le paramétrage est essentiel : tu pourras gagner un temps précieux que ce soit en consultation ou pour le côté administratif, et c'est donc plus de temps pour toi, sans rogner sur celui pour les patients.

09 Se faire connaître des autres professionnels de soins localement

Certes, à l'heure des plateformes de prise de RDV en ligne et des déserts médicaux, d'aucuns diront que remplir son agenda et se faire une patientèle est assez facile. Néanmoins la médecine est un travail d'équipe. Travailler en libéral ne veut pas dire tout faire tout seul. Rappelons que l'endocrinologue requiert un accès via le médecin traitant ou un autre spécialiste dans le

cadre du parcours de soins coordonné et que l'on va devoir aussi adresser nos patients au cardiologue, à l'ophtalmo, au pédicure, etc. N'oublions pas les infirmiers libéraux qui vont accompagner les personnes dépendantes à domicile, mais aussi les pharmaciens qui voient nos patients tous les mois. Va les rencontrer et te présenter : adresse-toi au président de la CPTS

dont vous dépendez, rentre dans les pharmacies du quartier, prends RDV avec les spécialistes du coin, écris aux établissements de santé, va aux réunions d'amicale des médecins généralistes. Bref, tu vas peu à peu créer un réseau qui sera précieux pour la qualité de ton exercice et de la prise en charge de tes patients.

10 Avoir prévu une conduite à tenir en cas d'urgence

Il t'arrivera sans doute de te retrouver face à un patient dont le pronostic vital est engagé. Un de mes patients est arrivé en choc septique sur une plaie de pied, ma collègue a eu un patient en coma hypoglycémique dans son bureau et une autre m'a raconté le choc anaphylactique pendant la cyto-

ponction thyroïdienne. C'est dans ce type de situation qu'on insiste sur l'absolue nécessité d'avoir un protocole de conduite à tenir en cas d'urgence : de l'adrénaline, du glucagon (et du sucre !), les numéros d'urgence sous la main (tout le monde connaît le 15... mais pas toujours, celui des am-

bulances ou des urgences de proximité), peut-être même un défibrillateur semi-automatique et/ou un ECG. Prévois aussi un extincteur et les contacts du type : plombier, électricien, commissariat. Si tu en as, forme ton personnel aux soins de premiers secours.

11 Trouver un.e assistant.e de qualité

Sujet très « touchy ». Certains disent qu'avoir un assistant.e est trop cher : en effet, le salaire, les charges, sans compter le local. Dans certaines villes, où le loyer est élevé, avoir un assistant est un investissement trop important. Il faut aussi prévoir les remplacements, notamment en cas de congés payés ou de maladie. Néanmoins, un assistant peut être partagé si on est plusieurs. Il existe des aides pour em-

ployer un assistant médical : attention il faut qu'il/elle suive une formation spécifique, et tu devras monter un dossier auprès de sa caisse locale d'Assurance Maladie ; il sera exigé un certain nombre de patients « en file active » et d'être affilié au secteur 1 ou au secteur 2-OPTAM. Une alternative est d'avoir un.assistant.e à distance, qui s'occupe de l'accueil téléphonique et à qui on peut demander aussi des

tâches administratives : comptabilité, archivage, envoi de documents aux patients, etc. Bref si tu décides de renoncer à travailler avec un.e assistant.e, n'oublie pas que tu t'engages à augmenter les tâches administratives, celles qui pèsent le plus sur le quotidien, et qui peuvent avoir un impact majeur sur ta charge mentale. Prendre soin de soi, c'est aussi savoir déléguer.

12 Établir une organisation rigoureuse

Pour ne pas se sentir débordé.e, il faut pouvoir anticiper. Par exemple, la gestion de ton agenda de RDV est un élément clé. Prévois des plages de consultation de suivi, d'autres pour les nouveaux patients, et pour les téléconsultations. Anticipe aussi le temps de lecture du courrier, des mails, ainsi

que la partie administrative (comptabilité). Si tu décides de faire de la télésurveillance, prévois une plage dédiée. Bloque aussi des créneaux pour faire le point : avec tes collègues, ton assistant.e. Surtout, participe à des staffs, à des réunions (comme celle de l'amicale d'endocrinologie de ta région). Orga-

nise-toi pour participer à une formation et/ou à un congrès au moins une fois par an. Ce n'est certainement pas une perte de temps. Non seulement cela te permettra d'être au courant des dernières actualités mais aussi de rencontrer tes collègues. L'investissement sera largement rentabilisé.

Je suis sûre qu'il y aurait de quoi écrire un livre entier sur ce sujet.

N'hésite pas à nous contacter par mail generationsendoc@gmail.com et bonne installation à toi !

En tant que PU-PH en Nutrition

Le Pr Najate ACHAMRAH est une jeune PU-PH de Nutrition au CHU de Rouen. Très active dans le domaine de la clinique, de la recherche et de l'enseignement, elle nous partage son quotidien sans concession.



Thomas DEMANGEAT

*Dr Junior EDN
Rouen*



Pr Najate ACHAMRAH

*Professeure des Universités
Praticien Hospitalier
(PU-PH) en Nutrition
Rouen*

Thomas Demangeat.- Pour commencer, pourriez-vous nous en dire un peu plus sur vous et partager quelques moments clés de votre parcours qui ont façonné votre passion pour la médecine et la recherche ?

Pr Najate ACHAMRAH.- J'ai 39 ans, je suis médecin et Professeure des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH) en Nutrition au CHU de Rouen, et cheffe du service.

Jusqu'au Lycée, j'ai toujours voulu devenir enseignante. J'ai décidé de faire Médecine après l'obtention de mon BAC. Je n'avais pas vraiment de modèles autour de moi, pas de médecins dans la famille, mais je pense que le fait d'avoir été confrontée à la maladie d'un parent m'a inspiré ce désir de devenir médecin.

J'ai d'abord choisi de m'orienter vers la Médecine Générale pour la polyvalence de cette spécialité, et la prise en

charge globale des patients. Dans le cadre de la maquette du DES de Médecine Générale à Rouen, j'ai choisi de faire mon stage libre dans le service de Nutrition du CHU de Rouen dirigé par le Pr Pierre Déchelotte, car une fois encore cette discipline m'apparaissait être très transversale. Durant ce semestre, j'ai effectivement pu découvrir les multiples facettes de cette spécialité : la prise en charge de la dénutrition, la nutrition artificielle, les troubles du comportement alimentaires, l'obésité, le parcours de chirurgie bariatrique. Parallèlement à ces activités cliniques, j'ai pu découvrir les activités de Recherche de l'Unité INSERM U1073 (Nutrition,

Inflammation et axe microbiote-intestin-cerveau) dirigée à l'époque par le Pr Pierre Déchelotte et depuis 2022 par le Pr Moïse Coëffier, également PU-PH en Nutrition. Cet environnement scientifique dynamique, le lien fort entre l'hôpital et le laboratoire (chercheurs, ingénieurs, techniciens, étudiants), m'ont tout de suite plus ! Je me suis donc engagée dans la validation d'un Master 2 Recherche, encadré par le Pr Moïse Coëffier. Cette année passée dans l'Unité INSERM U1073 a confirmé mon souhait de poursuivre une carrière hospitalo-universitaire. J'ai donc poursuivi mes travaux de Master 2 en m'inscrivant en Thèse d'Université.

T.D.- Pour ceux qui ne sont pas familiers avec le terme PU-PH, pourriez-vous expliquer brièvement en quoi consiste ce rôle et son importance dans le domaine médical et académique ?

N.A.- Un PU-PH est un Professeur des Universités-Praticien Hospitalier. Il s'agit d'un médecin qui a plusieurs missions à la fois dans le milieu universitaire et dans le domaine hospitalier :

- ▶ Il exerce son rôle de médecin auprès des patients à l'hôpital ;
- ▶ Il est impliqué dans l'enseignement au sein de l'Université : il donne des cours, des conférences, supervise des travaux de recherche et encadre des étudiants en médecine ;
- ▶ Il fait de la Recherche (fondamentale, clinique et/ou translationnelle) ;
- ▶ Il peut être responsable d'un service (chefferie de service).



T.D.- En parlant de passions, quels sont vos domaines de recherche en tant que PU-PH ? Y a-t-il un projet récent qui vous a particulièrement enthousiasmé ?

N.A.- Dans l'unité de recherche INSERM U1073, nos sujets d'intérêt sont les troubles nutritionnels (les troubles du comportement alimentaire, l'obésité, la dénutrition) et certains troubles digestifs (les troubles fonctionnels digestifs et les maladies inflammatoires intestinales). Pour mieux comprendre et traiter ces pathologies, nous explorons les liens et les dysfonctionnements de l'axe microbiote-intestin-cerveau. Le microbiote intestinal

est l'ensemble des micro-organismes contenus dans l'intestin, principalement des bactéries qui jouent un rôle très important non seulement dans la digestion finale des nutriments mais aussi dans la production de nombreux métabolites, de neurotransmetteurs, d'hormones et autres signaux moléculaires.

Ma thématique de Recherche est surtout orientée vers la prise en charge des troubles du comportement alimentaires (TCA), et sur le rôle du

microbiote intestinal dans la survenue et/ou la pérennisation de ces maladies. Une étude est en cours au sein de notre unité et vise à évaluer les effets de la transplantation du microbiote fécal de patients souffrant de TCA vers des souris dont le microbiote a été déplété (avec des antibiotiques). C'est un bel exemple de Recherche translationnelle qui pourra ouvrir des perspectives thérapeutiques innovantes pour les patients.

T.D.- Plongeons un peu dans votre quotidien de PU-PH. Comment se déroule une semaine type pour vous, entre l'enseignement, la recherche et la pratique clinique ?

N.A.- Je n'ai pas de semaine type. Mes missions de Soins/Recherche/Enseignement ne sont pas réparties clairement dans la semaine, encore moins depuis ma prise de fonction en tant que cheffe de service, car la mission de management s'ajoute aux 3 autres !

Selon les périodes, l'une des missions l'emportera sur les autres ! Cela demande une certaine organisation des journées... et parfois des soirées.

Je tiens néanmoins à sanctuariser une journée dans la semaine où je me rends dans l'unité INSERM U1073

pour garder un contact avec l'équipe. Je souhaite continuer à encadrer les étudiants en Master et en Thèse d'Université.

T.D.- Avec un agenda aussi chargé, comment réussissez-vous à maintenir un équilibre entre votre vie personnelle et professionnelle ? Des astuces à partager ?

N.A.- La charge de travail ne manque pas mais nous avons la chance d'avoir une équipe importante, très investie et solidaire. Cela permet de se partager un certain nombre de missions, notamment grâce aux collègues PH du service qui participent volontiers à l'inclusion des patients dans nos protocoles de recherche, à l'enseigne-

ment (par exemple, récemment nous avons mis en place les ECOS dans notre service avec notre CCA Alexandra Aupetit et les collègues PH), à l'accueil des nouveaux étudiants, à l'encadrement de thèse d'exercice...

Sur le plan de la vie familiale, il faut une bonne organisation, une répar-

tition des tâches au sein du couple, et les numéros de téléphone de plusieurs baby-sitters (au cas où) ! Pour ma part, je bloque des créneaux dans mon agenda dédié au sport par exemple (pour que cela ne soit pas une variable d'ajustement).

T.D.- Nous aimons les histoires inspirantes ! Y a-t-il un moment particulier dans votre carrière hospitalo-universitaire qui vous a laissé un souvenir mémorable ou qui vous a rendu particulièrement fière ?

N.A.- Le moment le plus émouvant pour moi était la soutenance de l'HDR (Habilitation à Diriger la Recherche), l'aboutissement de tout ce long parcours HU, en présence de ma famille, de mes amis, des collègues de l'hôpital et du laboratoire. On se dit que ça y est, on est arrivé au bout !

Je suis bien sûr fière de ma réussite personnelle, mais aussi de la voie que j'ai pu ouvrir pour d'autres femmes que je pourrais inspirer à travers mon parcours.

Je suis bien sûr fière de ma réussite personnelle, mais aussi de la voie que j'ai pu ouvrir pour d'autres femmes que je pourrais inspirer à travers mon parcours.



T.D.- En tant que PUPH, vous êtes témoin des évolutions rapides dans le domaine médical et académique. Quels sont, selon vous, les défis les plus passionnants ou les plus stimulants à relever ?

N.A.- L'un des défis est la Médecine de Précision, ou comme on l'appelle aussi, Médecine 5P (prévenir, prédire, personnaliser, participer, procurer). Dans notre service, nous faisons déjà de la Médecine de précision ; par exemple, nous travaillons avec un Ma-

thématicien pour créer une équation prédictive de la dépense énergétique adaptée à chaque patient.

La Médecine de précision vise aussi à apporter une aide à la décision thérapeutique pour le clinicien. En Nutrition, par exemple, quel est le meilleur

traitement pour ce patient en situation d'obésité (médical, médicamenteux, chirurgical) ?

À Rouen, un projet d'Institut de Médecine de Précision (INMP) est en discussion. La Nutrition y aurait toute sa place, comme les autres disciplines.

T.D.- En évoquant les défis, quels sont les aspects les plus difficiles de la vie hospitalo-universitaire selon vous, et comment les avez-vous surmontés au cours de votre carrière ?

N.A.- Il y a plusieurs aspects :

- ▶ La durée du parcours (qui peut paraître interminable, surtout lorsque vous devez défendre votre dossier de commissions en commissions), une impression de toujours devoir faire ses preuves...
- ▶ Les multiples missions HU, l'impossibilité de « tout faire bien » : prioriser, déléguer, dire « non » (c'est plus facile une fois nommée 😊) et accepter que tout ne soit pas parfait !
- ▶ L'absence de formation au management à l'hôpital : certains CHU proposent désormais des formations et du coaching, notamment via le CNG.
- ▶ L'équilibre vie pro-vie perso/familiale : s'obliger à sanctuariser des moments dans la semaine (sport, réunion scolaire...).

Je veux dire aussi que pour ma part, je ne me suis jamais sentie discriminée dans ma carrière en tant que femme. Mais, autour de moi, j'ai pu observer que le parcours était plus difficile pour elles, notamment dans certaines spécialités traditionnellement plus « masculines ». Les femmes accèdent moins aux postes à responsabilité à l'hôpital. C'est quelque chose qui est en train de changer et je m'en réjouis. Dans ce contexte-là, à Rouen, nous avons créé le Réseau AGNODICE dont l'un des objectifs est d'accompagner les femmes qui le souhaitent dans leur parcours HU, avec du mentorat. Nous avons aussi écrit un « guide de la carrière HU ». D'autres réseaux de ce type se développent à travers la France.



Les femmes accèdent moins aux postes à responsabilité à l'hôpital. C'est quelque chose qui est en train de changer et je m'en réjouis.



T.D.- Pour les jeunes médecins que nous sommes, quels conseils précieux donneriez-vous à ceux qui souhaiteraient embrasser une carrière hospitalo-universitaire ? Existe-t-il « un profil type » pour se lancer dans cette carrière ?

N.A.- Il n'y a pas de parcours type !

Actuellement je dirige la thèse d'Université d'une médecin, PH en anesthésie depuis plusieurs années, qui a souhaité se lancer dans la carrière HU « pour ne pas avoir de regrets ».

Je pense qu'il faut être déterminé, pugnace et passionné !

T.D.- Enfin, pour clore notre échange, auriez-vous une anecdote amusante ou inspirante à partager, qui résume votre parcours ou illustre votre passion pour votre métier ?

N.A.- C'est une anecdote dont j'entends encore parler aujourd'hui par mes collègues de l'U1073 😊.

Durant mon Master 2, je travaillais sur un modèle d'anorexie chez la souris (le modèle ABA : activity-based anorexia). Le principe est de limiter progressivement l'accès à l'alimentation des souris (6H/jour puis 5H/jour puis 4H/jour). Chaque jour, je devais donc enlever la nourriture et la remettre selon ce protocole. Après 17 jours de protocole, la veille de la mise à

mort, j'ai oublié de remettre la nourriture... mon binôme de Master 2 de l'époque, Jonathan Breton (MCU), les a retrouvées en mauvais état ! Nous avons donc dû procéder au sacrifice le soir même (les souris n'auraient pas tenu le coup jusqu'au lendemain matin). Les collègues de l'U1073 se sont mobilisés pour nous aider à tout préparer, comme à chaque fois. La série animale a pu être « sauvée », et je n'ai jamais refait cette erreur sur les suivantes !

Un immense merci au Professeur Achamrah pour avoir partagé sans filtre avec nous ses réflexions et son expérience captivante.

Autour du monde

Nous entreprenons un tour du monde endocrinologique ! Au gré des différentes escales, nous aurons un aperçu de la vie quotidienne et des pratiques de notre spécialité dans différents pays. Nous souhaitons explorer à la fois ce qui nous rapproche en tant qu'endocrinologue à travers le monde mais aussi les spécificités propres à chaque pays.

Si vous êtes à l'étranger, n'hésitez pas à nous écrire : nous serions ravis d'avoir votre point de vue.

Et c'est parti pour nos deux premières destinations : l'Italie et le Burkina Faso !



À retrouver sur



VALERIO, ENDOCRINOLOGUE EN ITALIE

Pouvez-vous nous parler un peu de vous ?

Valerio, je suis un homme de 41 ans. Je travaille dans une grande ville (plus d'un million d'habitants). J'ai choisi l'endocrinologie parce que j'ai été fasciné dès les premières leçons à l'université grâce à une excellente

professeure. Ce qui me fascine en endocrinologie, c'est la puissance que des substances présentes en quantité d'un millionième ou d'un milliardième de gramme ont sur les fonctions biologiques et sur l'organisme en général.

Valerio

Endocrinologue en Italie

Quelles études pour exercer l'endocrinologie dans votre pays ?

En Italie, le cursus d'études en médecine générale dure 6 ans et comprend environ 40 examens. Il est divisé en un premier cycle préclinique de trois ans et un second cycle clinique de trois ans.

Pour devenir spécialiste en endocrinologie, il faut actuellement passer un examen national qui permet d'entrer dans un classement à partir duquel on sera assigné à une école sur tout le territoire national (on peut choisir de refuser ou d'accepter et de se déplacer dans le classement). La spécialisation dure actuellement 4 ans (de mon temps, elle durait 5 ans et le concours n'était pas national mais local au niveau universitaire), mais elle implique une activité clinique à part entière, y

compris en autonomie partielle. La rémunération est d'environ 1600-1800 euros par mois, auxquels il faut soustraire les frais universitaires, mais cela inclut les contributions à la retraite.

L'école de spécialisation prévoit une période de médecine interne (souvent en service), des gardes en accompagnement des tuteurs et une rotation dans différents services cliniques. Après la spécialisation, il est possible d'accéder à un doctorat universitaire qui, malheureusement, est actuellement sous-payé (de mémoire, environ 1000 euros par mois). Cela freine considérablement l'accès aux doctorats, à la recherche clinique et aux carrières universitaires en Italie.





Pourriez-vous nous expliquer rapidement le système de santé ?

Le système de santé publique en Italie est universel et gratuit pour tous. Il n'y a pas de mutuelles, ni d'assurances obligatoires. Les prestations et les médicaments sont soumis à une très petite participation (appelée ticket) qui, dans la plupart des cas, est de quelques dizaines d'euros. Les interventions chirurgicales et les hospitalisations sont entièrement gratuites. Les traitements oncologiques sont entièrement gratuits. Les patients en-dessous d'un certain revenu ne paient rien, tout comme

Le système de santé publique en Italie est universel et gratuit pour tous.

les patients atteints de maladies chroniques spécifiques ; ces derniers ne paient également pas les prestations de laboratoire, ambulatoires, d'imagerie, liées à leur maladie chronique. Les plus de 65 ans avec un faible revenu ne paient rien. Malheureusement, la santé publique en Italie traverse une période difficile, en raison du manque de personnel médical et infirmier et du faible financement de l'État (unique financeur direct du système), de sorte que les temps d'attente pour de nombreuses

prestations, y compris urgentes, sont souvent très longs. En conséquence, une santé parallèle, privée mais soutenue par le système national (dite « conventionnée »), qui soutient la santé publique pour certaines prestations (à un coût non négligeable pour l'État), gagne du terrain. À ces deux formes de santé s'ajoute la santé complètement privée, entièrement à la charge du citoyen, à laquelle on peut cependant accéder également par le biais d'assurances privées (entièrement à la charge du citoyen) ou de fonds d'entreprise (à la charge des employeurs et en petite partie du travailleur) qui permettent l'accès à un coût très modéré à la santé privée, garantissant des temps d'attente très courts avec une qualité satisfaisante.

Quels sont les modèles d'exercice pour un endocrinologue dans votre pays ?

Les endocrinologues en Italie peuvent travailler dans différentes structures. Dans les hôpitaux publics, il existe très peu de services d'hospitalisation en endocrinologie, mais dans la plupart des cas, il y a des structures ambulatoires. Dans les hôpitaux universi-

taires, il y a souvent une hyperspécialisation avec des cliniques dédiées aux pathologies thyroïdiennes, hypophysaires, au diabète, à l'androgynie. Dans les petits hôpitaux et les cliniques sur le territoire, la seule division est entre l'endocrinologie générale et la diabé-

tologie. Les endocrinologues peuvent également travailler dans des structures privées "conventionnées" et purement privées, toujours principalement en ambulatoire.

Comment exercez-vous ?

Personnellement, je travaille uniquement dans le secteur privé pur, dans deux cabinets multi-spécialités où travaillent également de nombreux autres spécialistes de différentes disciplines. Je m'occupe à la fois d'endocrinologie générale, de diabète et d'obésité. Je réalise des consultations

d'environ 30-40 minutes, j'utilise une échographie principalement pour les échographies de la thyroïde, mais aussi pour une évaluation générale des carotides, des vaisseaux périphériques des membres inférieurs (chez les diabétiques) et du foie et de la vésicule biliaire en cas de suspicion

de NASH et/ou de cholélithiase. Actuellement, je consacre une petite partie de mon temps à l'activité clinique car je travaille dans une CRO et je m'occupe de recherche clinique pharmaceutique dans le domaine endocrino-métabolique.

Quelles pathologies prenez-vous en charge ? Qu'est-ce qui est le plus fréquent ?

Je m'occupe principalement des maladies de la thyroïde et des parathyroïdes, du diabète de type 2, de l'obésité et du syndrome métabolique. Dans ce dernier domaine, je gère également les thérapies antihypertensives et hypolipémiantes en évaluant globalement le risque cardiovasculaire.

Y a-t-il des spécificités pour la prise en charge / remboursements des patients ?

Les patients peuvent-ils venir en consultation directement ou est-ce qu'il faut qu'il soit adressé ?

Les patients viennent me voir avec une prise directe de rendez-vous auprès du cabinet où je travaille. Dans la plupart des cas, ils sont orientés par les médecins de médecine générale ou par d'autres spécialistes (par exemple, cardiologues, diététiciens, néphrologues...). Pour les structures publiques, les patients doivent nécessairement accéder avec une demande formelle

du médecin de médecine générale ou d'un autre spécialiste travaillant dans une structure publique. Si la demande est faite par un autre spécialiste privé, le patient doit quand même faire formaliser la demande par son médecin de médecine générale. L'accès direct du patient aux prestations publiques sans cette demande formelle n'est pas possible. Le patient peut accéder

directement à la santé publique uniquement en cas d'urgence dans les services d'urgence (et même dans ce cas, en général, tout est totalement gratuit). Une fois le parcours diagnostique et thérapeutique établi, le patient est pris en charge par le médecin de famille avec des contrôles spécialisés à fréquence variable (dans la plupart des cas tous les 6-12 mois)

Quelles sont vos relations avec les autres spécialités ? et avec les autres endocrinologues ? (dans votre pays ou ailleurs)

Je travaille en étroite collaboration avec des diététiciens, des chirurgiens bariatriques, des endocrino-chirurgiens, des gynécologues (surtout dans le domaine du SOPK). Malheureusement, je n'ai pas de relations significatives avec des endocrinologues

dans d'autres pays et je ne participe pas à des réunions périodiques qui ne sont pas obligatoires. En Italie, il est obligatoire de se mettre à jour en continu ; chaque congrès et cours donne des crédits de formation et il y a un nombre minimum obligatoire de

crédits à acquérir chaque année. Les cours qui attribuent des crédits sont à la fois des congrès nationaux et locaux, en présence ou à distance, et des cours de mise à jour (toujours en présence ou en ligne). La quantité de crédits est surtout liée à la durée du cours/congrès.

Une anecdote ou une spécificité ?

Une fois, lorsque je travaillais dans un centre pour l'obésité, j'ai examiné une patiente et, pendant que je recueillais son histoire clinique, elle m'a dit qu'elle avait eu une pancréatite aiguë quelques années auparavant. En enquêtant sur les causes de la pancréatite, elle m'a indiqué que la cause avait été d'avoir mangé jusqu'à un kilogramme de « porchetta » (un célèbre saucisson de porc très gras typique d'un pays proche de Rome) ! C'était le premier cas de pancréatite due à la « porchetta » de ma carrière.



YEMPABOU, ENDOCRINOLOGUE AU BURKINA FASO

Pouvez-vous nous parler un peu de vous ?

Yempabou, j'ai 41 ans. J'exerce au Burkina Faso, à Bobo-Dioulasso dans la 2^{ème} ville du pays avec environ 900 000 habitants.

J'ai aimé l'endocrinologie à partir du cours sur la pathologie endocrinienne qui se faisait en 5^{ème} année de médecine. Le cours était assuré par un médecin interniste car il n'y avait pas encore d'endocrinologue dans mon pays.

Quelles études pour exercer l'endocrinologie dans votre pays ?

Au Burkina Faso il y a 2 voies d'accès à la spécialité médicale (pour toutes les spécialités).

Pour la 1^{ère} il faut d'abord valider 7 années d'études médicales générales sanctionnées par une soutenance de thèse de doctorat, puis exercer au moins 3 ans comme médecin généraliste dans la fonction publique avant d'être autorisé à passer le concours d'admission en 1^{ère} année de spécialisation organisé par le ministère de la Santé et celui de la Fonction Publique. Dans ce cas la formation est entièrement prise en charge par le ministère pendant les 4 ans de spécialisation. L'alternative est de payer soi-même ses 4 ans de formation spécialisée après le doctorat.

La 2^{ème} voie est de passer par le concours d'internat des hôpitaux à partir de la 6^{ème} année de médecine et avant de soutenir sa thèse de doctorat. Ce concours permet de recruter chaque année 30 internes qui choisiront leur spécialité pour 4 ans. C'est cette 2^{ème} voie que j'ai utilisée.

Mais la spécialisation en endocrinologie n'étant pas disponible dans mon pays, j'ai d'abord commencé par la médecine interne qui était disponible puis avec l'ouverture de la formation dans un pays voisin (le Mali) j'y suis allé faire mes 4 années d'études en endocrinologie. Puis après l'obtention du diplôme j'ai fait une année complémentaire à Paris en France.

Pourriez-vous nous expliquer rapidement le système de santé ?

Au Burkina Faso le système public de santé est organisé en 3 niveaux sous une forme pyramidale par le ministère de la Santé :

- Le 1^{er} niveau est le niveau de base avec des centres de santé primaire disponibles dans toutes les villes et villages. C'est la porte d'accès au système pour tout patient. Il n'y a pas de médecin dans ces centres qui sont gérés par des paramédicaux. Quand un patient nécessite des soins plus importants il est référé au niveau supérieur.

- Le 2^{ème} niveau est celui des centres médicaux et hôpitaux de district qui ne sont disponibles que dans les villes chefs lieu de provinces. Dans ces centres il y a des médecins généralistes et quelques spécialistes.
- Le 3^{ème} niveau est celui des centres hospitaliers régionaux qui sont implantés dans les chefs lieu de régions. Dans ces centres il y a beaucoup plus de spécialistes. Dans ce 3^{ème} niveau se trouve aussi les hôpitaux universitaires qui ont vocation d'enseignement et de recherche.

Quels sont les modèles d'exercice pour un endocrinologue dans votre pays ?

Les endocrinologues exercent dans les hôpitaux régionaux et universitaires et sont tous salariés. Certains exercent aussi en même temps dans des cliniques privées.

Comment exercez-vous ?

J'exerce dans un hôpital universitaire et j'enseigne en fac de médecine. Nous sommes 2 endocrinologues dans un service de médecine interne comprenant une dizaine de médecins.

Nous nous occupons à tour de rôle des patients hospitalisés (hospitalisation de semaine, il n'y a pas d'hospitalisation de jour). J'y ai 2 jours de consultation par semaine, le reste du

temps est organisé entre les cours à la fac et les travaux de recherche. Les week-ends sont organisés des astreintes à tour de rôle avec les autres médecins du service.



Yempabou
Endocrinologue
au Burkina Faso



J'ai néanmoins complété aussi parallèlement ma formation de 4 ans de spécialité en Médecine interne et obtenu le diplôme 1 an après l'endocrinologie.

Il y a également des cliniques privées qui sont classées dans le 2^{ème} ou 3^{ème} niveau.

Il n'y a pas encore de système de sécurité sociale pour tous, il est en train d'être mis en place. Pour le moment ce sont des assurances santé volontaires et des mutuelles. En dehors des affiliés, les patients payent pour avoir accès aux prestations de santé.

Quelle pathologie prenez-vous en charge ? Qu'est-ce qui est le plus fréquent ?

Il s'agit le plus souvent du diabète et des pathologies thyroïdiennes, quelques fois hypophysaires et surrénaïennes. Nous prenons aussi en charge l'obésité avec un pool nutrition qui se met en place.

Le service dispose également d'un rhumatologue et d'un hématologue qui prennent en charge les pathologies concernées.

Y a-t-il des spécificités pour la prise en charge / remboursements des patients ?

Nous prenons en charge le diabète de l'enfant et de plus en plus de pathologies endocriniennes pédiatriques car il n'y a pas encore d'endocrinologue pédiatre. Pour combler le besoin je suis en train de terminer un master spécifique en endocrinologie pédiatrique.

Pour le diabète de l'enfant, l'insuline et le matériel de surveillance glycémique est offert gratuitement à tous les enfants et adolescents atteints et cela jusqu'à l'âge de 30 ans grâce à un partenariat avec l'ONG internationale Life For A Child.

Les patients peuvent-ils venir en consultation directement ou est-ce qu'il faut qu'il soit adressé ?

De façon générale les patients nous sont presque toujours adressés à partir des centres de santé de 1^{er} ou 2^{ème} niveau, ou alors à partir de la consultation de médecine générale disponible dans l'hôpital. Quelques fois ils sont adressés à partir d'un autre service de l'hôpital.

Quelles sont vos relations avec les autres spécialités ? et avec les autres endocrinologues ? (dans votre pays ou ailleurs)

Nous travaillons avec les autres spécialités car nous avons régulièrement des patients polyopathologiques, essentiellement avec la médecine interne, la rhumatologie et l'hématologie car nous partageons le même service et les mêmes lits d'hospitalisation, mais aussi l'ORL, les urgences médicales, la chirurgie et l'imagerie.

Avec les autres endocrinologues nous avons les rencontres dans le cadre de la Société de Médecine Interne du Burkina Faso. De plus nous sommes régulièrement en contact pour certains avis médicaux ou certains travaux de recherche.

Avec les autres pays ce sont essentiellement les échanges lors des congrès scientifiques ou encore il m'arrive de leur adresser des patients qu'on ne peut pas prendre en charge au Burkina Faso ou encore des relations amicales.



Une anecdote ou une spécificité ?

L'endocrinologie est une spécialité encore peu connue au Burkina Faso et nous sommes le plus souvent assimilés aux médecins internistes ou même parfois nous sommes appelés diabétologues.



Vous avez dit hyperphagie boulimique ?

L'hyperphagie boulimique, également connue sous le nom de "binge-eating disorder" (BED), constitue un trouble du comportement alimentaire caractérisé par des épisodes récurrents de crises, dénommés "accès boulimiques".



Thomas DEMANGEAT
Dr Junior EDN
Rouen

Au cours de ces crises, les individus consomment une quantité significative de nourriture en un laps de temps restreint, accompagné d'un sentiment de perte de contrôle. Bien que certains tentent de réguler leur alimentation entre les crises, aucun recours à des comportements compensatoires inappropriés à long terme, tels que la prise de laxatifs, de diurétiques, des vomissements provoqués ou une activité physique excessive, n'est observé, ce qui distingue ce trouble de la boulimie.

Le diagnostic de l'hyperphagie boulimique repose sur des critères précis du DSM-5, comme indiqué dans le tableau 1, et sa sévérité est évaluée en fonction du nombre de crises par semaine. Ces épisodes de crise, généralement de moins de deux heures, durent en moyenne environ 40 minutes chacun (1). Des études suggèrent que la durée des crises peut prédire la sévérité des symptômes, les crises plus courtes étant associées à une détresse émotionnelle accrue, des symptômes dépressifs plus prononcés, et une diminution marquée de l'estime de soi par rapport aux crises plus longues.

La prévalence vie-entière de l'hyperphagie boulimique est estimée à 2,8 % chez les femmes et à 1 % chez les hommes, avec une contribution génétique estimée à 50 % (2). Cette hérédité explique la présence d'agrégats de cas au sein des familles (3).

A.	Survenue récurrente de crises de boulimie (binge eating), répondant aux deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances • Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise de boulimie (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
B.	Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) : <ul style="list-style-type: none"> • Manger beaucoup plus rapidement que la normale • Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale • Manger de grandes quantités de nourritures en l'absence d'une sensation physique de faim • Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe • Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé
C.	Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée
D.	Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 1 fois par semaine sur une période de 3 mois
E.	Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie
Le niveau de gravité peut être déterminé afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle	
Léger	1-3 accès hyperphagiques par semaine
Moyen	4-7 accès hyperphagiques par semaine
Grave	8-13 accès hyperphagiques par semaine
Extrême	> 14 accès hyperphagiques par semaine

Tableau : Critères DSM-5 de l'hyperphagie boulimique

Les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique font face à une stigmatisation significative de la part de la société, qui attribue à tort ce trouble alimentaire à un manque d'autodiscipline et à une volonté délibérée du patient de s'engager dans des crises

hyperphagiques (4). Cette perception ignore les nombreux facteurs physiopathologiques, psychologiques et environnementaux qui contribuent au développement de ce trouble alimentaire. De plus, la coexistence fréquente de l'obésité aggrave cette

stigmatisation, ce qui représente un obstacle majeur à la reconnaissance et à la prise en charge appropriée de l'hyperphagie boulimique, accentuant ainsi les difficultés sociales rencontrées par les personnes affectées.

Explorons les indices révélateurs d'une hyperphagie boulimique

Les manifestations cliniques observées dans l'hyperphagie boulimique forment un tableau complexe de symptômes et de signes cliniques variés qu'il convient de rechercher. Les patients se trouvent souvent confrontés à un sentiment de perte de contrôle alimentaire, pouvant déclencher des épisodes de recherche alimentaire même en l'absence de faim physique. Ces crises surviennent généralement en réponse à des émotions négatives ou dans un contexte de recherche de réconfort.

Parallèlement, les individus touchés : ont tendance à dissimuler ou à stocker de la nourriture, démontrent une préférence marquée pour les aliments riches en matières grasses et en sucre, et affichent généralement un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à la normale. L'insatisfaction corporelle et la culpabilité après les crises sont également des aspects souvent présents.

Sur le plan neurobiologique, cette perte de contrôle alimentaire est partiellement attribuée à une impulsivité accrue, liée à un possible dysfonctionnement du cortex préfrontal. Toute-



fois, des traitements en psychothérapie semblent offrir des perspectives de réversibilité à cette dysfonction. De plus, l'obsession alimentaire chez ces patients, associée à des épisodes compulsifs déclenchés par des émotions, met en lumière une sensibilité exacerbée aux aspects hédoniques de l'alimentation dans le contexte de l'hyperphagie boulimique.

Pour appréhender de manière exhaustive ces aspects, plusieurs outils sont à notre disposition. Parmi eux, l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2) se dis-

tingue par son évaluation approfondie en 11 sous échelles, abordant des dimensions telles que le contrôle des impulsions, l'insatisfaction corporelle, et d'autres aspects psychologiques liés à ce trouble du comportement alimentaire (Tableau 2). De même, le BSQ (Body Shape Questionnaire) offre une analyse plus fine de la perception corporelle et des préoccupations qui en découlent, permettant ainsi une évaluation précise de cette dimension symptomatologique associée à l'hyperphagie boulimique.

Sous-score EDI	Aspect évalué
1	Désir de minceur
2	Boulimie
3	Insatisfaction corporelle
4	Inefficacité
5	Perfectionnisme
6	Méfiance dans les relations interpersonnelles
7	Conscience intéroceptive
8	Peur de la maturité
9	Ascétisme
10	Contrôle des impulsions
11	Insécurité sur le plan social

Tableau : Les différents aspects abordés par les différents sous-scores de l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2).

L'hyperphagie boulimique, une forme d'addiction alimentaire ?

L'hyperphagie boulimique présente des similitudes cliniques et biologiques avec le mécanisme de l'addiction alimentaire. Certains chercheurs considèrent même l'addiction alimentaire comme une manifestation plus sévère et intriquée avec l'hyperphagie boulimique. En effet, plusieurs constatations chez les patients avec hyperphagie boulimique viennent étayer ces affirmations, en particulier centrées sur le fonctionnement du circuit de la récompense :

- Une plus grande réactivité du cortex orbitofrontal médian en réponse à différents stimuli alimentaires, révélant une sensibilité accrue à la récompense (5).
- Une suractivation de plusieurs zones cérébrales telles que l'amygdale ou le striatum ventral, suggérant une plus grande sensibilité motivationnelle aux signaux alimentaires appétissants (6).

- Une communication neuronale amplifiée entre le striatum ventral et un réseau neuronal étendu impliqué dans la planification des récompenses et des actions, favorisant ainsi la progression du message neuronal conduisant à l'exécution de la crise hyperphagique.
- Une augmentation significative du niveau de dopamine extracellulaire dans le noyau accumbens en réponse à une stimulation alimentaire (7).
- L'observation de polymorphismes génétiques spécifiques du récepteur dopaminergique D2 (8).
- L'altération de voies dopaminergiques en réponse à la consommation fréquente d'aliments appétissants, conduisant souvent à une augmentation de la prise alimentaire pour maintenir la stimulation du circuit de la récompense.

Toutefois, des études ont identifié des altérations fonctionnelles allant au-delà du circuit de la récompense, notamment des modifications de l'activité cérébrale mesurées par électroencéphalogramme. En effet, une augmentation de l'activité électrique de la bande de fréquence « bêta » au niveau des régions frontales et centrales du cerveau (régions généralement associées à des problèmes de régulation des impulsions, du stress et de l'anxiété) a été observée chez des patients atteints d'hyperphagie boulimique. Cette activité accrue est d'ailleurs corrélée positivement avec l'intensité des symptômes, suggérant que l'augmentation de l'activité « bêta » pourrait s'associer à la sévérité des symptômes dans cette pathologie, représentant donc une voie potentiellement influente dans le développement et la persistance des symptômes de désinhibition caractéristiques de l'hyperphagie boulimique (9).

Quelles comorbidités rechercher chez les patients avec hyperphagie boulimique ?

L'hyperphagie boulimique s'accompagne fréquemment de diverses comorbidités, notamment des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des abus de substances, ainsi que des troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou des troubles de la personnalité. Ces conditions peuvent être préexistantes ou survenir au cours de l'évolution de la maladie. Les cliniciens peuvent utiliser des outils tels que le score HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour les identifier.

En outre, les individus présentant une hyperphagie boulimique font souvent état de problèmes gastro-intestinaux

tels que des perturbations du transit intestinal, des sensations de nausée et de la dyspepsie. Des recherches récentes ont en effet révélé une prévalence accrue de troubles fonctionnels intestinaux, notamment du syndrome de l'intestin irritable et de la dyspepsie fonctionnelle, chez ces patients (10). Les carences en vitamine D et en sélénium sont aussi plus fréquentes.

Il est crucial de souligner que l'hyperphagie boulimique est également un facteur de risque important d'obésité, en raison de l'apport calorique élevé et de la consommation excessive d'acides gras saturés, surtout chez les

femmes (11) (12). Il apparaît donc essentiel de prendre en compte les complications potentielles liées à l'obésité, qui sont plus fréquentes chez les personnes atteintes d'hyperphagie boulimique.

Enfin, il ne faut pas négliger l'impact de cette maladie sur la qualité de vie, car elle peut entraîner des répercussions significatives sur le processus de guérison, l'expérience de la maladie et les interactions sociales.

Que faire face à un patient avec une hyperphagie boulimique ?

La prise en charge thérapeutique de l'hyperphagie boulimique s'appuie principalement sur des approches non médicamenteuses, telles que la psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale) et la pratique d'une activité physique adaptée (13) (14). Ces interventions sont largement reconnues pour réduire la fréquence des crises et des comorbidités anxio-dépressives. En parallèle,

il est essentiel de traiter les complications liées à l'obésité, comme le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. Un suivi multidisciplinaire est donc recommandé, impliquant un médecin nutritionniste, un diététicien et un psychologue (Figure 1).

En complément, certaines options médicamenteuses peuvent être envisagées. En France, l'utilisation d'inhi-

biteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, tels que la Fluoxétine (15), est courante pour atténuer les crises compulsives associées à l'hyperphagie boulimique. D'autres antidépresseurs de la même classe, comme la Sertraline et le Citalopram, ont également montré leur efficacité dans la réduction des crises (16, 17). Cependant, il est important de noter que les effets peuvent varier, avec un risque accru de rechute

après l'arrêt du traitement. De plus, certains traitements non autorisés en France, comme le Topiramate et la Lisdexamphétamine, ont également démontré leur efficacité dans cette pathologie (18,19).

En cas de sévérité importante des crises d'hyperphagie boulimique, une hospitalisation complète peut être nécessaire. De même, si l'hyperphagie boulimique est associée à la boulimie, une hospitalisation pour nutrition en-

térale continue peut être envisagée pour faciliter le sevrage des crises.

Dans une approche thérapeutique innovante, les analogues du GLP-1 se profilent comme une option prometteuse. Ces composés, administrés une fois par semaine par voie sous-cutanée, ciblent le récepteur de la GLP-1 pour réduire l'apport alimentaire par son action au niveau centrale. De récentes études laissent entrevoir leur capacité à atténuer également les

comportements de réponse aux émotions et les épisodes de "craving" associés à l'hyperphagie boulimique (20).

Malgré ces avancées encourageantes, notre compréhension des mécanismes sous-jacents demeure incomplète, expliquant un taux élevé de rechute. Il est donc essentiel de poursuivre les recherches pour mieux traiter cette maladie complexe.

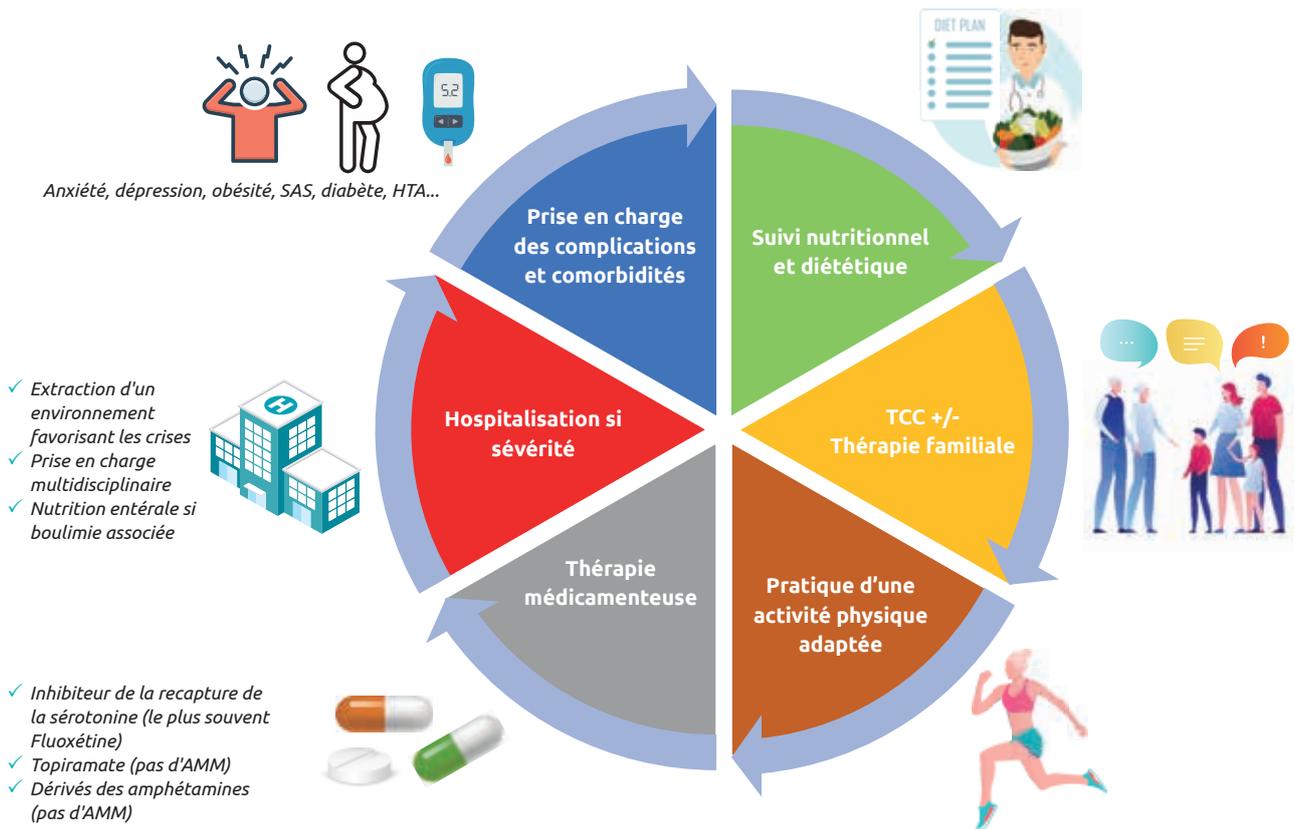


Figure : L'hyperphagie boulimique, une prise en charge globale et multidisciplinaire (graphisme réalisé par T. Demangeat)

Pourquoi ne pas explorer la piste du microbiote intestinal dans le traitement de l'hyperphagie boulimique ?

Le microbiote intestinal joue un rôle crucial dans la régulation de l'appétit et des comportements anxio-dépressifs (21, 22). Cette communication bidirectionnelle passe par l'axe microbiote-intestin-cerveau, où les bactéries du microbiote peuvent influencer le comportement alimentaire et anxio-dépressif de leur hôte, et vice-versa. Ainsi, il est plausible qu'un changement dans la composition du microbiote intestinal, appelé dysbiose, puisse perturber ces paramètres clés liés à l'apparition et au maintien de l'hyperphagie boulimique. Des études

ont d'ailleurs montré que les patients atteints d'hyperphagie boulimique présentent une dysbiose intestinale, avec des différences notables de constitution du microbiote intestinal par rapport à des patients obèses ne souffrant pas de ce trouble alimentaire (23).

Dans cette optique, des études récentes menées sur des modèles murins d'hyperphagie boulimique ont révélé que l'administration d'un probiotique contenant *Faecalibacterium prausnitzii* avait le potentiel d'atténuer les symp-

tômes de suralimentation et de réduire l'appétence pour les aliments palatables (24). Ces découvertes ouvrent des pistes prometteuses sur l'utilisation de probiotiques, voire même la transplantation de microbiote fécal, comme approches thérapeutiques dans la lutte contre cette maladie. Elles soulignent également l'importance cruciale de mieux comprendre et de tirer parti de la relation entre le microbiote intestinal et l'hyperphagie boulimique pour élaborer des stratégies thérapeutiques efficaces. Affaire à suivre donc...

Bibliographie

1. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* déc 2009;42(8):687-705.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2019;109(5):1402-13.
3. Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope Jr HG, Hudson JI. Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *Int J Eat Disord.* 2008;41(2):174-9.
4. Ebnetter DS, Latner JD. Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: a comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis.* avr 2013;201(4):281-5.
5. Schienle A, Schäfer A, Hermann A, Vaitl D. Binge-Eating Disorder: Reward Sensitivity and Brain Activation to Images of Food. *Biol Psychiatry.* 15 avr 2009;65(8):654-61.
6. Weygandt M, Schaefer A, Schienle A, Haynes JD. Diagnosing different binge-eating disorders based on reward-related brain activation patterns. *Hum Brain Mapp.* 2012;33(9):2135-46.
7. Wang GJ, Geliebter A, Volkow ND, Telang FW, Logan J, Jayne MC, et al. Enhanced Striatal Dopamine Release During Food Stimulation in Binge Eating Disorder. *Obesity.* 2011;19(8):1601-8.
8. Davis CA, Levitan RD, Reid C, Carter JC, Kaplan AS, Patte KA, et al. Dopamine for "Wanting" and Opioids for "Liking": A Comparison of Obese Adults With and Without Binge Eating. *Obesity.* 2009;17(6):1220-5.
9. Tammela LI, Pääkkönen A, Karhunen LJ, Karhu J, Uusitupa MIJ, Kuikka JT. Brain electrical activity during food presentation in obese binge-eating women. *Clin Physiol Funct Imaging.* mars 2010;30(2):135-40.
10. Hanel V, Schalla MA, Stengel A. Irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in patients with eating disorders - a systematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 2021;29(5):692-719.
11. Smink FRE, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med.* avr 2016;46(6):1189-96.
12. Yanovski SZ, Leet M, Yanovski JA, Flood M, Gold PW, Kissileff HR, et al. Food selection and intake of obese women with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr.* déc 1992;56(6):975-80.
13. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(11):1080-94.
14. Raisi A, Zerbini V, Piva T, Belvederi Murri M, Menegatti E, Caruso L, et al. Treating Binge Eating Disorder With Physical Exercise: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Nutr Educ Behav.* 1 juill 2023;55(7):523-30.
15. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, Welge JA, Bennett AJ, Keck PE. A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry.* nov 2002;63(11):1028-33.
16. McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, Lake KA, Soutullo CA, Keck PE, et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry.* juin 2000;157(6):1004-6.
17. McElroy S, Hudson J, Malhotra S, Welge J, Nelson E, Keck P. Citalopram in the Treatment of Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychiatry.* 1 juill 2003;64:807-13.
18. McElroy SL, Hudson J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Whitaker T, Gasior M. Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* avr 2016;41(5):1251-60.
19. McElroy SL, Hudson JI, Capece JA, Beyers K, Fisher AC, Rosenthal NR, et al. Topiramate for the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a placebo-controlled study. *Biol Psychiatry.* 1 mai 2007;61(9):1039-48.
20. McElroy SL, Mori N, Guerdjikova AI, Keck PE. Would glucagon-like peptide-1 receptor agonists have efficacy in binge eating disorder and bulimia nervosa? A review of the current literature. *Med Hypotheses.* 1 févr 2018;111:90-3.
21. Fetissov SO. Role of the gut microbiota in host appetite control: bacterial growth to animal feeding behaviour. *Nat Rev Endocrinol.* janv 2017;13(1):11-25.
22. Rezzi S, Ramadan Z, Martin FPJ, Fay LB, van Bladeren P, Lindon JC, et al. Human metabolic phenotypes link directly to specific dietary preferences in healthy individuals. *J Proteome Res.* nov 2007;6(11):4469-77.
23. Leyrolle Q, Cserjesi R, Mulders MDGH, Zamariola G, Hiel S, Gianfrancesco MA, et al. Specific gut microbial, biological, and psychiatric profiling related to binge eating disorders: A cross-sectional study in obese patients. *Clin Nutr.* 1 avr 2021;40(4):2035-44.
24. Fan S, Guo W, Xiao D, Guan M, Liao T, Peng S, et al. Microbiota-gut-brain axis drives overeating disorders. *Cell Metab.* 27 sept 2023;S1550-4131(23)00335-2.

À retrouver sur



Les arbres diagnostiques

Dans notre rubrique "mise au point", les articles détaillés, c'est bien mais, parfois, on aime aussi, pour éclaircir notre esprit, embrasser le panorama de situations cliniques courantes à l'appui des recommandations les plus récentes. On s'assure ainsi que la routine ne rend pas obsolètes nos pratiques.

Cette rubrique est inaugurée par notre collègue, amie et pigiste Clotilde SAIE avec le SOPK et les dysthyroïdies liées aux produits de contraste... grand merci à elle et bienvenue dans les arbres "By Clotilde S."



Dr Clotilde SAIE
Endocrinologue
à l'Hôpital d'Arlon
Belgique

L'arbre dysthyroïdies liées aux produits de contrastes

Les dysthyroïdies après injection de produit de contraste (scanner injecté, coronarographie, angioscanner, etc.) ne sont pas rares, d'autant plus que ces examens sont de plus en plus fréquents.

La plupart du temps, les effets sont modérés et transitoires.

Il faudra donc proposer une approche personnalisée et pour cela bien dépister les patients à risque soit :

- Par leur âge ;
- La présence de symptômes ;
- L'existence d'une pathologie thyroïdienne sous-jacente ;
- Leurs comorbidités.

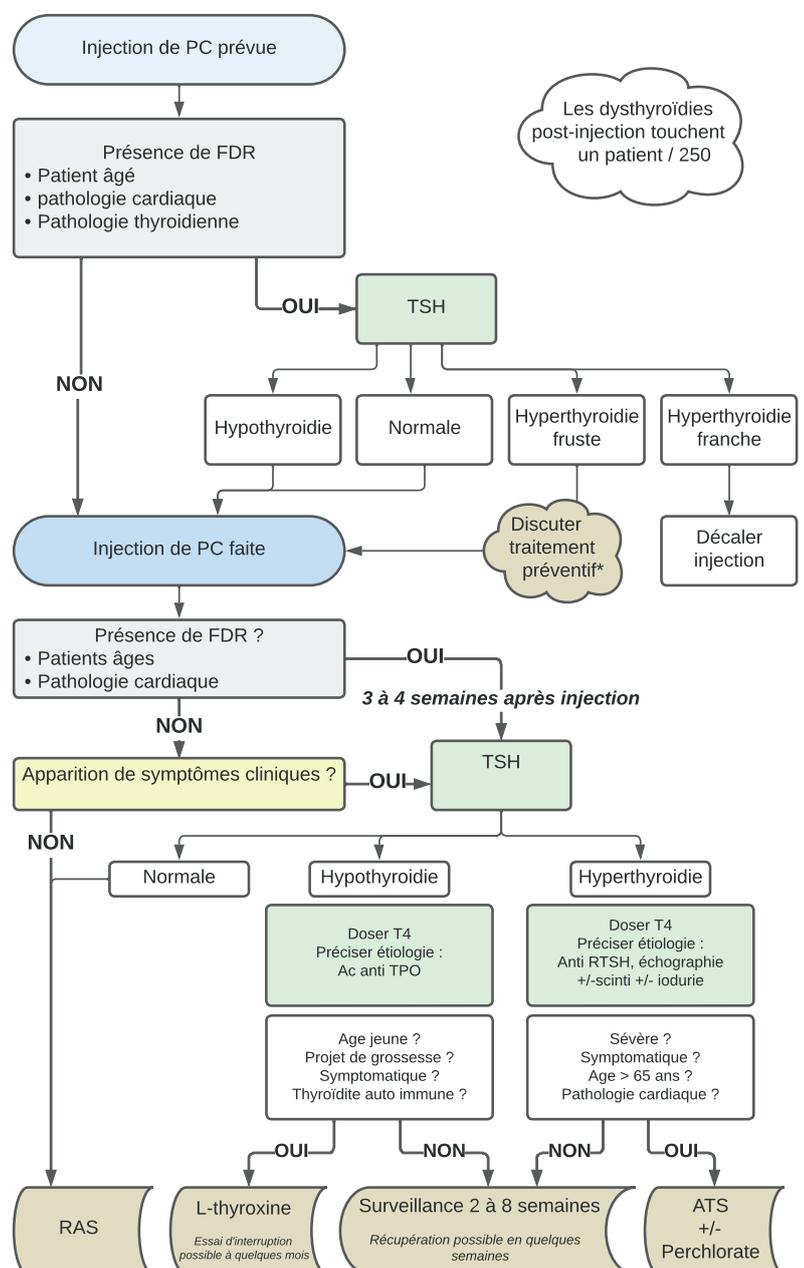
Avant l'injection, à part les hyperthyroïdies manifestes, aucune situation ne contre-indique l'injection de produit de contraste.

La question du traitement préventif pour les hyperthyroïdies frustes n'a pas été tranchée. Il faut dire qu'il y a peu d'études et beaucoup de protocoles...

En post-injection, le traitement des hyperthyroïdies par antithyroïdien de synthèse, sera surtout pour des patients âgés avec une pathologie cardiaque sous-jacente et/ou des symptômes cliniques.

Pour les hypothyroïdies, on traitera plus volontiers les patients jeunes symptomatiques et aussi les femmes avec un projet de grossesse.

Dans tous les cas, le caractère transitoire de la dysthyroïdie est à garder en tête.



*La décision est à individualiser en tenant compte de l'âge du patient, de ses comorbidités, d'une possible pathologie thyroïdienne sous-jacente. Différents protocoles existent comportant du methimazole +/- du perchlorate de potassium.

L'arbre SOPK

Le SOPK est une maladie globale avec des conséquences métaboliques, cardiovasculaires et sur la fertilité mais également sur le psychisme et la qualité de vie.

Pour le diagnostic, la nouveauté est la possibilité d'utiliser l'AMH.

Après le diagnostic, une évaluation des différentes complications ci-dessus est préconisée avec au minimum un bilan lipidique, une glycémie, une mesure de

la pression artérielle et des dépistages cliniques de l'apnée du sommeil, de l'anxiété et de la dépression.

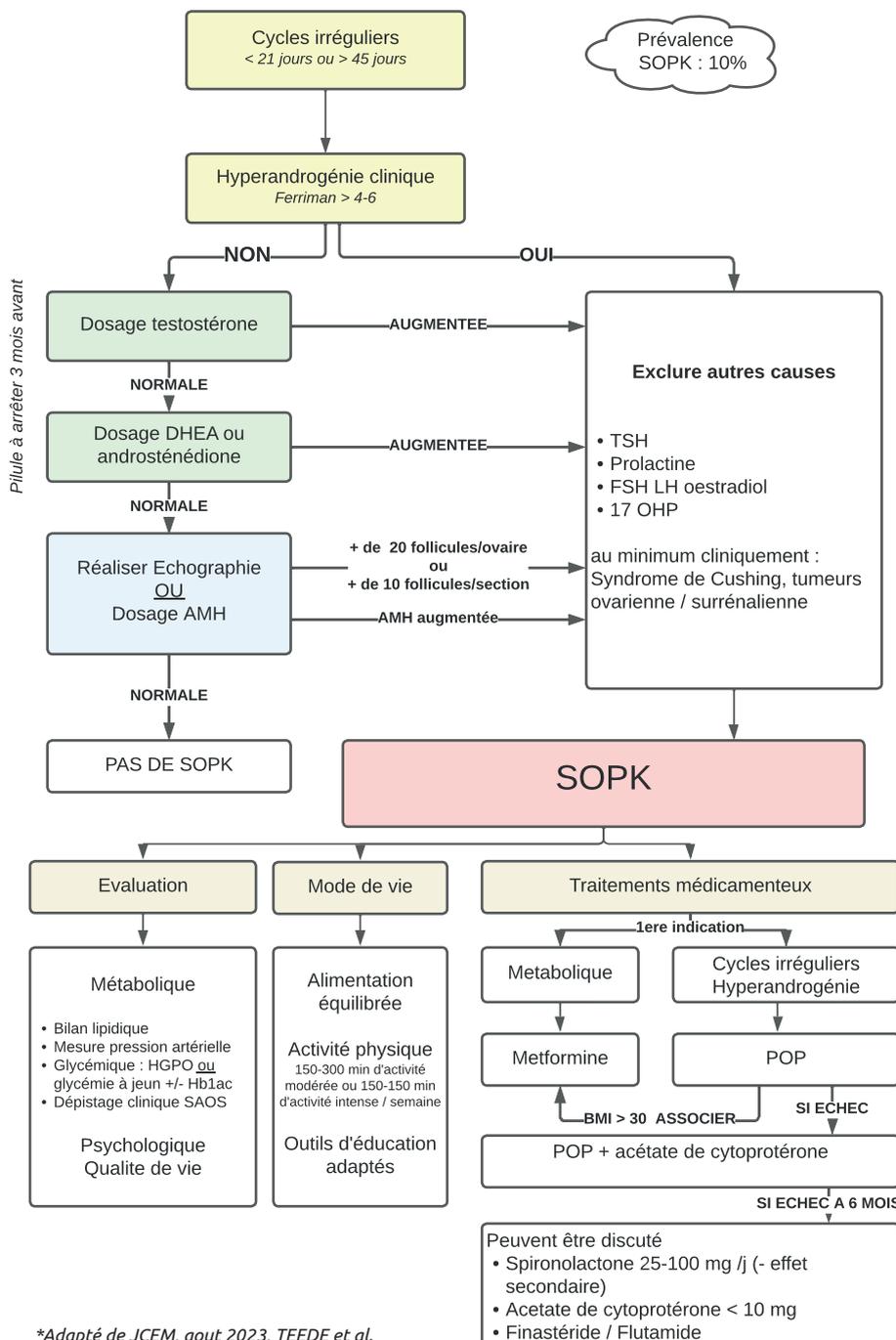
Pour le traitement,

- **La pilule œstro-progestative (POP) garde une position en première ligne** pour les cycles irréguliers et l'hyperandrogénie.
- **La metformine** est proposée chez toutes les femmes avec une atteinte métabolique et un BMI > 30 kg/m².

Au traitement médical s'associent des recommandations sur le mode de vie notamment l'alimentation équilibrée et une activité physique régulière.

Les auteurs insistent sur l'éducation des patientes et la formation des professionnels à cette pathologie fréquente qui touche 1 femme sur 10.

À retrouver sur



*Adapté de JCEM, aout 2023, TEEDE et al.

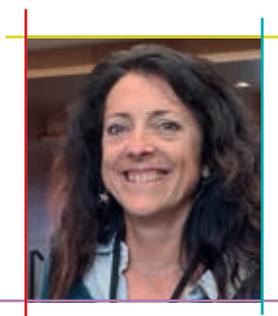
Prise en charge diagnostique et initiale du Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK) chez la femme adulte non ménopausée Adaptée des Guidelines de l'Endocrine Society*

Liberpomp... Tout est dans le titre

Nous avons créé l'association loi 1901 LIBERPOMP en juin 2020, parue au JO, regroupant actuellement 11 diabétologues libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes.



Dr Hélène CHARRAS
Endocrino-diabétologue
Meylan



Dr Séverine BAUD-BESANÇON
Co-Présidente LiberPomP

Cette association a pour but principal **de mettre sous pompe à insuline en ambulatoire les patients adultes avec diabète insulino-requérant, principalement DT1, à leur domicile ou au cabinet de leur diabétologue libéral**, après signature d'une lettre de consentement. En effet, certains patients ne souhaitent pas être hospitalisés, pour raison personnelle ou par éloignement géographique.

Y sont associés les IDE des prestataires de santé à domicile (PSAD), des IPA, des diététiciennes, des centres d'IF, avec accès à une astreinte téléphonique 24h/24 organisée entre les médecins adhérents.

L'équipe se retrouve annuellement en symposium afin de se former aux pompes, capteurs, plateformes de télésurveillance, et nouveautés technologiques.

L'évaluation de notre activité a été présentée sous forme de poster lors du congrès de la SFD à Toulouse en 2024 (page ci-contre) : 443 patients sous pompe sont suivis dans notre centre, dont 132 pompes initiées depuis 2020. L'astreinte médicale n'a jamais été jointe par les patients suivis



par LIBERPOMP, ce qui laisse à penser que les patients ont un bon niveau de formation et un suivi sérieux.

D'autres structures rassemblant des diabétologues libéraux nous emboîtent le pas comme **CIRDIA** au plan national (avec un prérequis de validation du DIU d'insulinothérapie automatisée).

Il convient d'encourager les expériences en région : plus nous serons nombreux plus nous serons crédibles auprès des autorités de santé, de la HAS et de la SFD.

Nous sommes déjà soutenus par la FENAREDIAM, l'URPS Aura, le CNP EDN.

Nous appelons maintenant de nos vœux un financement pérenne à ce fort investissement humain et intellectuel. Ceci implique, voire impose, une simplification du cahier des charges de centre initiateur, une nomenclature adaptée et une rémunération de l'astreinte.

Un modèle de prise en charge ambulatoire de pose de pompe à insuline sous cutanée en médecine libérale

SFD Toulouse2024 poster CA049

Membres [LiberPomP](#) : Drs C. Agosta, [S. Baud-Besancon](#), M. Berthouze, S. Biron, [H. Charras](#), [A. Clavier](#), [C. Damatte-Fauchery](#), N. D'Esquivan, A. Fauconnier, F. Galland, [E. Rondeu](#)
liberpomp.aura@free.fr
 Soutien FENAREDIAM : Dr Lecornet-Sokol



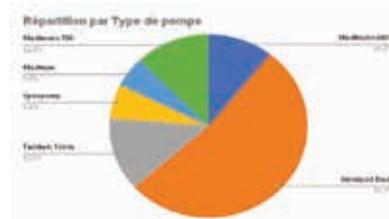
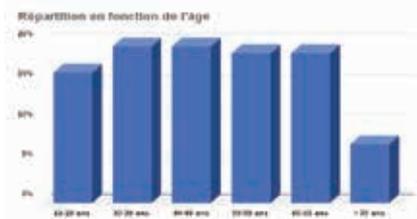
Introduction : L'initiation d'un traitement par pompe à insuline sous-cutanée a beaucoup évolué depuis l'autorisation initiale (arrêté du 17/07/2006), en raison des progrès technologiques, du souhait des patients d'une prise en charge ambulatoire, au plus près du domicile. Nous avons créé un parcours alternatif à une pose de pompe à insuline sous cutanée en milieu hospitalier pour nos patients vivant avec un diabète. Nous avons créé une association loi 1901 en 2020 : [LiberPomP](#), regroupant des diabétologues libéraux motivés, de la région Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA).

Matériels et méthode : Notre organisation s'appuie sur une équipe pluri-professionnelle formée à l'ETP et à la gestion des pompes à insuline sous cutanée (diabétologues, infirmières et diététiciennes) et propose un accès à une astreinte téléphonique 24H/24 organisée entre les endocrinologues adhérents. Actuellement, l'association comporte 11 endocrinologues, répartis sur la région AuRA.

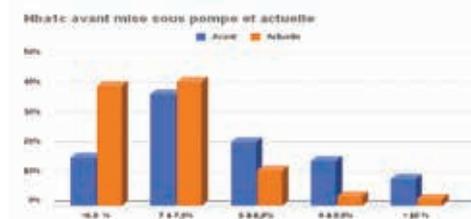
Au total 443 patients sous pompe sont suivis dont 132 inclus dans LiberPomP depuis 2020. Après signature d'un consentement par les patients, la pompe est posée à domicile ou au cabinet du médecin.

Résultats : 132 patients inclus :

- Majoritairement des patients vivant avec un diabète type 1, âge moyen 44 ans (18 à 82 ans), 51% d'hommes et 49% de femmes, IMC moyen de 27,1 kg/m², DTQI moyenne de 47.3 UI/j
- 58% de pompes patch, tous les patients sont sous mesure continue de glucose



- HbA1c moyenne avant pose 8,24%, actuelle 7,27% soit une amélioration de 0,97%
- TIR avant pose 52,17%, actuel 64,79% soit une amélioration de 12,62% du temps dans la cible



- Incidents rapportés : cétose (2) gérées à domicile, décès (1) de cause indépendante du diabète, arrêts de pompe (8). Pas d'hypoglycémie sévère
- Evènements intercurrents : 4 grossesses sans complication
- Astreinte médicale jamais jointe

Conclusion : Ces bons résultats sont la preuve de la faisabilité de la gestion de la pompe en ambulatoire, en médecine libérale, avec notre association. La souplesse organisationnelle permet de répondre au souhait grandissant des patients d'une prise en charge par leur praticien habituel, au plus près de leur domicile. Les nouvelles technologies et l'éducation nous autorisent à le faire dans de bonnes conditions de sécurité. Notre modèle permet une réduction des coûts de santé. Pour que ce type de prise en charge se développe, il est nécessaire de redéfinir ce qu'est un centre initiateur et de créer une nomenclature adaptée.

Les négociations conventionnelles



D^r Edouard GHANASSIA
*Endocrino-diabétologue,
Echographiste - Sète, Paris*

Un bref historique : les négos pour les nuls

Comme certains d'entre vous le savent, nos relations avec l'Assurance-Maladie sont régies par la convention, une sorte de gigantesque contrat tenant lieu de constitution et fixant

les droits et devoirs de chacune des deux parties.

Historiquement, des négociations (les "négos") ont lieu tous les 5 ans (2001, 2006, 2011, 2016). Elles auraient dû

avoir lieu en 2021 mais la conjonction de la crise COVID et l'échéance des élections présidentielles l'ont retardée de 2 ans et les travaux ont véritablement débuté fin 2022.

Les négos 2023 : épisode 1

Comme nous l'avons écrit dans le dossier sur "les soignants en souffrance" dans ce même numéro, le code a changé. Les négociations ont été marquées en arrière-plan de la colère montante de soignants épuisés, excédés, en colère. La puissance des réseaux sociaux avec la constitution du groupe "Médecins Pour Demain" et de collectifs revendiquant la consultation à 50 euros (entre autres) ont joué sur un équilibre des pouvoirs jusqu'ici assez stable. Il était notoire que les documents n'étaient pas communiqués aux syndicats avant

l'ouverture de chaque séance, ne permettant ainsi pas de se préparer à la négociation de façon équitable.

À ce jour, seuls 2 syndicats ont rassemblé suffisamment de voix aux élections professionnelles pour être considérés représentatifs et décider ou non de signer : MG France (pour la médecine générale) et Avenir Spé (pour la médecine spécialisée). Un article dans le prochain numéro vous détaillera d'ailleurs le paysage syndical en France pour vous en faire une idée précise loin d'éventuels clichés.

Trouvant inadmissibles les propositions de la CPAM, notamment le Contrat d'Exercice Territorial qui conditionnait l'accès aux revalorisations tarifaires par des obligations diverses, les syndicats ont unanimement refusé de signer. Du coup, la convention a été remplacée/prorogée par un "réglement arbitral": un arbitre, nommé par l'État, a été en charge de rédiger un texte provisoire. C'est à ce moment-là que la tristement symbolique augmentation de 1,50 euros a été officialisée.

Les négos 2024 : épisode 2

Il faut cependant savoir que, malgré ce que beaucoup de médecins s'imaginent, il est vital pour la CPAM d'aboutir à la signature d'une convention. Les négociations ont donc repris fin 2023, alternant des séances dites "bilatérales" (1 syndicat rencontrant l'équipe de la CPAM faisant part de ses propositions) et "multilatérales" (l'ensemble des protagonistes se retrouve

en séance où la CPAM fait part de ses propositions, discutées point par point en séance).

Les négociations avançaient jusqu'à ce que le gouvernement annonce la revalorisation objectivement inéquitable des tarifs de l'hospitalisation (+0,3 % pour les établissements privés vs 4,3 % pour les établissements publics ou privés non lucratifs). Cette

annonce a mis le feu aux poudres et provoqué le départ du syndicat Avenir Spé, rapidement suivi par MG France et d'autres syndicats.

Ces négociations sont entourées d'une ambiance assez délétère avec une reviviscence et une exacerbation de tensions entre généralistes et spécialistes, entre hospitaliers et libéraux qui semblaient pourtant appartenir au passé.

L'EDN dans les négos

Et pour nous, endocrinologues ? Pour nous qui faisons partie des spécialités cliniques ? Pour nous qui sommes considérés comme des parents pauvres même par la CPAM aux côtés des psychiatres, pédiatres, gériatres, gynécologues médicaux ? Au moment où vous lirez ces lignes, la convention aura été signée (a priori le 4 juin 2024) et les revalorisations concernées prendront effet entre décembre 2024 et janvier 2026.

Globalement, pour l'endocrinologie, on note 3 avancées

1^{ère} avancée : l'APC

Étant spécialistes, nous pouvons compter **sur une APC à 60 euros** (comme tous les spécialistes), rémunérant notre expertise spécialisée. Le champ d'application n'en est pas pour le moment modifié : adressage (quelle qu'en soit la forme) par le médecin traitant, utilisable si le patient n'est revu qu'après 4 mois. Il a été proposé que les adressages secondaires puissent être possibles (adressage au cardiologue ou au chirurgien par nos soins, par exemple) mais, et alors que cela correspond à la réalité actuelle de nos pratiques et de parcours de soins logiques et pragmatiques, les syndicats de médecins traitants en ont fait un casus belli... cela sera toutefois renégocié avec les avenants.

2^{ème} avancée : la MCE

Par ailleurs, concernant la consultation majorée par la MCE (Majoration de Consultation Endocrinologue), les secteurs 1 et 2 OPTAM peuvent compter sur une base de 58 euros dès l'application de la convention et sur **une base de 62 euros** à partir du 1^{er} juillet 2025, rémunérant notre expertise spécifique. Son champ d'application ne semble également pas modifié : pour toute consultation de diabétique insuliné, une fois par an pour toute autre endocrinopathie.

3^{ème} avancée - historique - : le couplage consultation - échographie

C'est désormais acquis (annexe 22 de la convention) et cela fera l'objet d'un

article plus détaillé dans le prochain numéro. Je ne vous livre donc ici que les grandes lignes.

Schématiquement, tous les libéraux savent que lorsque l'on réalise plusieurs actes techniques, le second est coté demi-tarif et le troisième ne peut être facturé... ce qui est déjà, en soi, une aberration. Mais, en dehors de quelques exceptions comme l'ECG ou certaines imageries pour certaines spécialités, il est impossible de coupler la facturation d'un acte clinique (consultation) et technique (échographie, ponctions, ...).

Or, dans la pratique de la thyroïdologie, comme nous en avons témoigné avec Hervé Monpeyssen et Pauline Juttet dans le précédent numéro, la réalisation d'une échographie d'expertise durant la consultation démultiplie l'efficacité de la démarche diagnostique mais, faute d'une possibilité de la facturer, la rentabilisation d'un échographe était impossible et, surtout, l'expertise certaine de cette double compétence non valorisée.

Lorsque j'ai voulu m'attaquer à ce problème en 2016, je n'ai entendu que des voix décourageantes et découragées. J'avais rédigé un premier argumentaire que j'avais diffusé à tous les syndicats et qui plaidait pour une pratique qui, à coût constant, permettait non seulement de réduire les créneaux de consultation nécessaires mais également de promouvoir une pratique d'expertise, synergique et efficace.

Durant ces 8 ans, j'ai travaillé avec plusieurs d'entre eux, communiqué à chaque occasion qui m'était donnée envers vous, collègues hospitaliers et libéraux, impliqué notre société savante, la FENAREDIAM, le SEDMEN, les associations de patients. L'argumentaire était valable et la crise COVID et la démographie médicale en exacerbèrent le bon sens.

En 2023, le couplage avait ainsi fait partie des propositions de la CPAM dès le début des séances pour se retrouver, à la dernière séance, sous la forme d'une majoration de 15 euros du montant de l'échographie pour "supplément clinique". En d'autres termes, nous passions d'une APC à 55 euros sans expertise échographique à un acte à... 50 euros (échographie à 35 + supplément clinique à 15). Notre expertise nous pénalisait de 5 euros... heureusement que la convention n'a pas été signée. Cette proposition a été reprise en 2024 et j'ai dû réintervenir lors de séances aux côtés de Nathalie GERVAISE, notre présidente du SEDMEN, pour en démontrer l'absurdité.

Et c'est lors de la séance du mois de mars 2024 que la diapositive officialisant la proposition du couplage à taux plein de la consultation et de l'échographie a été projetée... cette diapositive qui marquait la fin d'un combat de longue haleine.

Le couplage de facturation d'une consultation et d'une échographie à taux plein lors d'une même séance était proposé pour les endocrinologues-échographistes

Avant la révision finale de la maquette de ce numéro, les négociations ont connu un dernier revers : le blocage de la signature du fait des annonces ministérielles évoquées plus haut. Finalement, le processus a pu reprendre et la signature aboutir.

Cette convention n'est sûrement pas parfaite - loin de là - mais les négociations reprendront dans 5 ans et peut-être serez-vous quelques-uns, vous qui lisez

ces lignes, partie prenante aux côtés de ceux qui se battent. Je tenais à partager avec vous cet aboutissement d'une vision et d'un travail sans relâche sur 8 ans. Je tenais à exprimer ma reconnaissance envers tous ceux, syndicalistes, administratifs, patients des associations, collègues, qui ont chacun apporté leur pierre à l'édifice et sans qui cette avancée n'aurait pu se faire. Même si cela sem-

blait impossible, cela apporte surtout la preuve que, si la vision initiale est réaliste, l'acharnement, le bon sens, le dialogue, la synergie et le travail collectif peuvent faire bouger les lignes et rendre l'impossible possible. Vous tous qui me lisez et avez des projets qui vous semblent à première vue inaccessibles, réfléchissez-y à deux fois avant de baisser les bras !!

Petites annonces

ANNONCE 1

**Je vends un échographe Esaote
MyLab X6**

Actuellement sous crédit-bail
Prix de rachat 11 000 euros.

Dr Emilie TASSIN
emilie.tassin@free.fr
Tél. : 0760391102

ANNONCE 2

**Je revends un échographe portable ondina
Sonoscanner neuf.**

Acquisition 02/2022 avec deux sondes une
linéaire et une microconvexe avec son chariot.
Très peu utilisé.

Prix : 15 000 euros négociable.

Dr Amel AIT BOUDAUD
melleya@hotmail.fr
Tél. : 06 50 28 81 92



La souffrance des soignants



D^r Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue,
Echographiste - Sète, Paris

La réalité aujourd'hui – le groupe de travail inter-URPS

En préambule à cet article, je tiens déjà à avertir les lecteurs : celui-ci sera forcément incomplet et animé d'une « non-neutralité » évidemment bienveillante. On ne peut lancer un sujet sur ce thème sans s'impliquer personnellement et, de facto, éviter une part de subjectivité et de sélectivité.

Contrairement à mon habitude (et à Martin Winckler dans l'*École des soignantes*), j'ai volontairement utilisé le masculin en parlant des soignants de tous sexes et de tous genres.

En dehors des éléments chiffrés issus des études et des témoignages de faits réels, ce texte est avant tout l'opinion d'un soignant impliqué et dont l'ambition avouée est de contribuer au bien-être de tous les soignants. Nombre de mes affirmations sont donc forcément sujettes à caution. Je suis ouvert à tout débat mais la seule chose que je ne pourrai admettre serait un déni de la réalité.

J'appelle ainsi de mes vœux vos contributions, collègues libéraux, internes, CCA, hospitaliers. Notre grande famille de l'EDN n'est pas épargnée et j'espère sincèrement que vous trouverez la force et le temps de contribuer, à travers les différents numéros, à libérer une parole étouffée depuis trop longtemps.

DES CHIFFRES

Le constat est alarmant et personne n'est épargné, le suicide récent et médiatisé de deux de nos collègues PU-PH sur leur lieu de travail le révélant bien. Parfois évoqué, rarement chiffré, il me semblait donc utile de commencer en confrontant la perception que nous pouvons tous avoir de la réalité à quelques chiffres issus d'études sérieuses de grande ampleur.

Concernant les soignants en formation : Une enquête menée par l'ANEMF en 2017 a été suivie d'une étude plus formalisée en 2021, confirmant les données de 2017.

- 52 à 62 % présentent des symptômes anxieux
- 25 % présentent un épisode dépressif caractérisé
- 67 % sont en burn-out

Concernant les soignants libéraux : La première étude d'ampleur a été menée suite à la pandémie de COVID.

- Un soignant sur deux déclare être ou avoir été concerné par l'épuisement professionnel
- 71 % des médecins libéraux ayant répondu souffraient de burn-out
- 46 % souffraient d'insomnies
- 27 % présentaient un syndrome dépressif

	Enquête 2017 21 768 réponses seuils HAD > 7	Étude 2021 11 754 réponses seuils HAD > 7	Étude 2021 11 754 réponses seuils HAD > 10
Symptômes anxieux (HAD)	62.2 %	75 %	52 %
Symptômes dépressifs (HAD)	27.7 %	39 %	18 %
Épisode dépressif caractérisé	-	25 %	25 %
Idées suicidaires	23.7 %	19 %	19 %
Burn-out (MBI externes + internes)	-	67 %	67 %
Burn-out (MBI 1 ^{er} cycle)	-	39 %	39 %
Humiliation	-	23 %	23 %
Harcèlement	-	25 %	25 %
Agression sexuelle	-	4 %	4 %

Les causes en sont diverses, certaines triviales, d'autres plus subtiles.

Pour les soignants en formation, dans l'étude de l'ANEMF, étaient associées à la présence d'un épisode dépressif caractérisé : le temps de travail (>20h pour les externes, >50h pour les internes), l'humiliation, le harcèlement, les agressions sexuelles et les difficultés financières. Seul le fait d'être en couple était un facteur protecteur. 72 % du harcèlement, des violences sexuelles et des agressions étaient le fait de soignants (dont 60 %

de médecins thésés) et 76 % avaient lieu à l'hôpital.

Notons surtout que 51 % ne se sont confiés qu'à leur entourage, **que 18 % ne se sont confiés à personne** et que seuls 14 % se sont tournés vers leur association, 2 % vers le corps enseignant et 0,6 % vers des dispositifs de prévention dédiés.

Pour les médecins libéraux, une étude comme celle de l'ANEMF n'a, à ma connaissance, pas d'équivalents

mais, en recoupant les nombreuses enquêtes qui ont eu lieu, on voit que les éléments de l'étude ANEMF se retrouvent presque naturellement : le temps de travail > 50h, le harcèlement par les tutelles, la violence et les agressions physiques ou verbales de la part des patients et de leur entourage, les difficultés financières, les conditions de travail (absence de secrétariat) auxquels s'ajoute le sentiment de perte de sens du métier.

GENÈSE D'UN ARTICLE, GENÈSE D'UNE SOUFFRANCE

Je prends le temps de partager avec vous la genèse de ce dossier car elle est édifiante.

J'ai commencé à prendre conscience de certaines racines du mal il y a déjà bien longtemps en lisant surtout les commentaires en ligne des lecteurs de différents articles parus dans la presse sur les revendications des médecins libéraux lors des négociations conventionnelles de 2011 et 2016. J'ai constaté que les mêmes propos revenaient en boucle : « Ils sont déjà bien payés, comment osent-ils se plaindre ? Vous connaissez le salaire moyen en France ? », « L'état leur a payé leurs études : ils doivent les rendre, c'est la moindre des choses », « Ils ne respectent pas leur serment « d'hypocrite »... (ah celui-là combien de fois l'ai-je lu...). Donc, lorsque l'on est un soignant en souffrance, sauf à se couper de tous les médias, on est exposé, qu'on le veuille ou non, toute la journée, à une forme de vindicte populaire très ambivalente car on lit aussi « les français aiment leurs soignants »... il faut croire que **qui aime bien châtie bien !!**

Mais ce qui m'a le plus choqué, c'est lorsque j'ai commencé à lire des commentaires hautains et péremptores **de certains médecins**. Je pense que celui qui m'a le plus marqué est celui qui disait, en substance : « *D'une génération pétrie d'humanisme, nous sommes passés à une génération qui revendique ses loisirs, ses 35 heures... quelle honte !!* » qui a trouvé écho au très récent « *55 heures pour un médecin, ce n'est pas suffisant* » de la bouche même de nos instances.

Donc, sans même se demander ce que ma génération de médecins pouvait vivre par rapport à la sienne, il se permettait de donner des leçons sans aucune empathie, sans même se poser la question... mais à quel genre de médecins avions-nous affaire ?

Lorsque j'étais interne, alors que nous venions d'obtenir le repos compensateur après la grève de 2001, j'ai vu traîner dans notre bureau un mail : « *Pour organiser les conférences d'internat de la fac, demandez à vos internes, depuis qu'ils ont leurs "35 heures", ils ont large-*

ment le temps ». Il est édifiant de voir ce qu'une simple paire de guillemets autour de "35 heures" peut véhiculer comme ressenti.

En réalité, et j'ai mis du temps à le comprendre, j'étais surtout énervé et frustré de faire l'amer constat que les médecins semblaient ne pas saisir le concept de légitime défense et que personne du corps médical ne s'appliquait à répondre. Une partie de moi se considérait d'ailleurs comme tout aussi lâche car j'aurais pu commencer à le faire par une simple réponse aux commentaires mais était-ce la flemme ? La résignation ? Le sentiment de perdre du temps ? De me battre contre des moulins à vents ?

Démonter point par point les arguments qui tournent en boucle dans les médias serait pourtant tellement aisé en se contentant d'être simplement factuel.

À ce stade, cherchant une explication, je n'entrevois que deux possibilités : ou bien les médecins se croient au-dessus de cela (et ils ont bien tort) ou bien ils ont honte et estiment mériter ces reproches et je suis personnellement convaincu de ce dernier fait.

Il est incontestable que le syndrome de Stockholm et la culpabilité semblent extrêmement répandus chez les médecins :

- **Est-ce la honte et la culpabilité de ne pas se montrer assez forts et bien organisés** pour prendre tous les patients dans un délai raisonnable, pour répondre à toutes les sollicitations avec en distorsion cognitive principale « *mais tout de même, j'ai le devoir d'être disponible pour les patients, c'est à moi de me mettre en quatre pour les soigner car sinon qui le fera ?* ».
- **Est-ce la honte et la culpabilité de gagner de l'argent en soignant les gens, voire sur le dos de leur santé ?** On pourrait répondre qu'il ne s'agit pas de monnayer la santé, mais que le principe de mettre à disposition de la société une compétence durement acquise se paie, comme tout travail. Est-ce la peur de s'entendre dire qu'il est justement honteux de se plaindre de ce que nous gagnons alors que nous sommes dans les revenus les plus élevés ?
- **Est-ce la honte et la culpabilité de parler de nos 10 ans d'études et des deux concours que nous avons passés ?** Est-ce la peur de se voir opposer que c'est une chance que nous avons eu, et non un mérite ? Doit-on cautionner l'ambivalence que la France entretient vis-à-vis de la méritocratie ? Doit-on apprendre à nos enfants qu'il est donc illogique que les efforts ne soient pas couronnés de récompense et qu'il ne faut jamais être fier de ses réussites ?
- **Est-ce honteux de rétorquer ce que nous gagnons vraiment en rapportant nos revenus au temps travaillé ?** Est-ce honteux de prendre en compte le niveau lui-même honteux de notre retraite ? L'absence de couverture maladie sans souscrire à une assurance complémentaire ?



Il est incontestable que le syndrome de Stockholm et la culpabilité semblent extrêmement répandus chez les médecins...



Est-ce finalement honteux de prétendre à ce qui est juste ? Car la question, selon moi, n'est pas de savoir qui a tort ou qui a raison, mais de savoir ce qui est juste. Et, en réalité, il est fondamentalement injuste de laisser des mensonges se répandre sans au moins tenter de rétablir la vérité.

Fort heureusement, plus récemment, le code a changé. Ainsi, l'ancien ministre, François Braun, une semaine avant sa déchéance, s'était exprimé à l'Assemblée Nationale en démontrant que, non, les études des médecins n'étaient pas plus payées par l'État que toutes les autres études universitaires, et que, à l'inverse, le nombre d'heures passées par les internes à travailler et à faire tourner les hôpitaux les rembourseraient largement. Je vous passe les huées d'une partie des députés et il est d'ailleurs édifiant qu'aucun média n'ait repris ces paroles... trop iconoclastes, sans doute.

Dans la même veine, d'autres voix ont commencé à s'élever et à lutter contre ces discours aussi mensongers que partisans : Le Dr Valérie Auslender, auteure de « Omerta à l'hôpital », livre qui libéra la parole des soignants en formation, le dessinateur VDC (avec une pensée pour Max), le groupe Médecins Pour Demain, l'économiste Frédéric Bizard, pour ne citer qu'eux. D'un seul coup, des soignants médusés voient la génération suivante se soulever et ne plus être guidée ni par la peur, ni par la honte... **toute une génération de soignants qui commencent à prendre conscience qu'il est vital d'arrêter de se sous-estimer, de subir, de se résigner, de culpabiliser et de s'excuser d'être... des soignants.**

Ce syndrome de Stockholm se surajoute, à mon sens, aux autres facteurs de souffrance et, pire encore, il est un facilitateur de souffrance et un frein au bien-être : bien qu'il semble y avoir une prise de conscience, on a malgré tout l'impression que les soignants ne se sentent toujours pas légitimes à revendiquer si ce n'est un bien-être, du moins un mieux-être. Ainsi, heureuse initiative, l'un des 4 critères de la certification périodique des médecins est... l'autosoins de soi !!!

Et la souffrance fait elle-même honte... et cela semble tellement ancré dans l'inconscient collectif du corps médical que, lorsque j'aborde maintenant explicitement le sujet, je sens bien une certaine gêne, voire une certaine résistance chez mes collègues, dont certains pourtant empathiques et dévoués... je me demande d'ailleurs si cette résistance ne traduit pas le fait qu'admettre cette réalité effondrerait leurs propres défenses.

En janvier dernier, j'ai discuté avec une collègue des chiffres sur la souffrance des internes. Sa réponse a été immédiate : « *les internes ont de bien meilleures conditions que nous à l'époque* ». S'en est suivi un dialogue de sourds, moi lui exprimant des faits (ils me parlent, ils évoquent leur mal-être) et elle comparant leurs conditions d'aujourd'hui à la façon dont nous étions traités (ou dont nous nous laissions traiter) hier. Chacun cherchait finalement à convaincre l'autre jusqu'à ce que je lui réponde « *Donc, s'ils ne vont pas bien alors que, selon ton point de vue, leurs conditions sont meilleures que pour nous... cela ne veut-il pas tout simplement dire que nous nous sommes trompés et que leur mal-être vient d'eux ?* ». Mais, en attendant, que leur proposer ? Les secouer, leur donner un bon coup de pied aux fesses en leur rappelant la chance qu'ils ont ? Qu'importe la réponse que vous qui me lisez donneriez... **la vraie question est la suivante : est-ce la réponse que vous feriez à un patient qui vient vous voir pour vous exprimer son mal-être ? Nos collègues en formation ou en exercice valent-ils moins que nos patients ?**

Dernière anecdote et non des moindres : lorsque j'ai sollicité la FENAREDIAM et l'ANIDEN pour recueillir des témoignages, il a fallu près de 2 mois pour que les premières réponses arrivent mais, depuis, la parole se libère et je suis persuadé que la publication des premiers témoignages en entraînera d'autres. Il a certainement fallu à mes collègues

(que je remercie) du temps pour se décider, de l'énergie et du courage pour mettre en mots leur souffrance qu'ils m'ont demandé de garder anonyme... J'avoue attendre, un jour, le 1^{er} témoignage à visage découvert qui aura, je pense, un impact singulier et symbolisera une étape de plus vers la sortie du silence.

Pourtant, des initiatives existent, remarquables de bienveillance, d'investissement, menées par de belles personnes enthousiastes, mais force est de constater qu'elles restent confidentielles, ceci faisant écho au très faible chiffre de 0,6 % d'étudiants de l'étude de l'ANEMF qui se sont tournés vers des structures pourtant dédiées.

Merci d'avoir eu le courage de lire jusqu'ici ce long article introductif qui a l'ambition d'inaugurer non pas un dossier pour un simple numéro mais bel et bien une rubrique où, j'espère, se côtoieront des témoignages poignants et des perspectives enthousiasmantes comme l'entraide du CDOM ou l'Étincelle du soin née de la vision de notre consœur Lelia Bracco. Nous les attendons à l'adresse

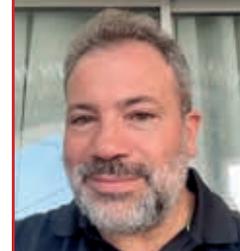
generationsendoc@gmail.com



J'espère aussi que cette rubrique suscitera des vocations et des envies de consacrer un peu de son temps et de son énergie à contribuer à notre bien-être à tous... parce que nous le valons bien et que, forcément, plus on sera nombreux à s'y mettre, moins il y aura de travail pour chacun.

Certains d'entre nous vont donc être des pionniers : ils vont forcément essayer les plâtres, mais ils auront aussi le plaisir et la liberté de façonner un projet à l'image de leur intuition en attendant que d'autres les rejoignent et les aident à le peaufiner. Ils n'en auront pas eux-mêmes bénéficié tout de suite mais ils pourront se dire : j'y étais ! Et rien n'est plus extraordinaire que de créer et de transmettre aux générations futures ce qui peut contribuer à leur bien-être et à leur épanouissement.

Les objectifs du groupe de travail inter-URPS occitanie



Dr Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue,
Echographiste - Sète, Paris

La prise de conscience est lente dans l'opinion publique et il est toujours très difficile pour un soignant d'avouer qu'il va mal. Ensuite, le soignant en souffrance entre parfois dans un parcours du combattant pour être pris en charge ou, tout simplement, pour savoir à qui s'adresser.

Le soin centré sur le patient est une formule connue et désormais passée dans les mœurs... mais la vérité est que beaucoup de soignants sont épuisés et n'ont pas pour habitude de prendre soin d'eux, d'extérioriser leur souffrance, leur mal-être... comme si cela était tabou ! Et lorsque certains trouvent la force et le courage de se hasarder à le faire, on les renvoie souvent sur les roses.

Les solutions permettant les contacts émergent enfin et sont malheureusement encore trop rares et trop peu connues de ceux qui en ont réellement besoin.

Et, dans les médias, même si on commence à en entendre parler, il existe une cacophonie paradoxale avec une évocation timide de cette souffrance côtoyant des messages y contribuant (« 55 heures pour les médecins, c'est trop peu »).

Force est donc de constater qu'il n'y a pas de « culture » qui motive les soignants à prendre soin d'eux et c'est à partir de ce constat que nous avons monté le groupe inter-URPS d'Occitanie.



Dès nos premières réunions, nous avons conscience que nous ne souhaitons pas être un énième groupe de réflexions dont les travaux feraient l'objet d'un document écrit rapidement archivé dans les recoins numériques d'un ministère. Il nous fal-

lait donc savoir dès le début où nous voulions aller et, pour cela, définir des axes de travail et un fil conducteur... notre « énoncé de mission ». Nos premières réunions ont permis de dégager 6 objectifs.

LES 6 OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL INTER-URPS

- 01 || Créer une culture du droit au bien-être et à exprimer sa souffrance
- 02 || Diffuser cette culture pour rompre l'isolement
- 03 || Faciliter une prise de contact simple et adaptée avec les structures
- 04 || Créer des programmes d'aide et de protection
- 05 || Créer des groupes d'échanges
- 06 || Apprendre aux soignants l'autosoin de soi

Axe 1 : Créer une « culture » du droit au bien-être et à l'expression de sa souffrance « Le soin centré sur le patient ET le soignant ». C'est un prérequis indispensable

Même si l'on commence à pressentir un changement, la culture qui prévaut actuellement dans l'inconscient collectif est la culture du "sacerdoce" ou du "sacrifice". Le soignant est censé faire son métier par vocation et ne pas accorder d'importance à ses horaires, à son bien-être ou à l'argent qu'il gagne. C'est donc cette culture qui sert de point de référence, de « gold standard » comme on dit dans notre jargon. Comme c'est à travers ce filtre que sont interprétées l'attitude, le discours et les attentes des soignants, ces derniers n'osent pas parler de leur souffrance ou de leur mal-être qui demeurent ainsi des sujets tabous.

Qui d'entre nous n'a pas déjà pensé « *Que va-t-on dire de moi ?* », « *On va me trouver faible, un bon soignant doit être fort* », « *Mon médecin de famille venait à la maison le samedi à 22h* », « *Je me dois de répondre à ces mails/d'envoyer cette ordonnance/de prendre ces patients le plus vite possible/de travailler jusqu'à 21h... sinon j'aurai une mauvaise réputation* », « *Ces pauvres patients ont besoin de moi et il est normal que je me sacrifie... je ne suis pas malade, moi !! Mon conjoint et mes enfants comprendront.* », « *On me reproche de ne pas prendre le temps d'écouter : on va penser que je ne suis pas un bon soignant* », « *On me reproche d'être en retard mais j'ai dû soutenir un patient pendant 30 minutes... je n'ai qu'à mettre des créneaux de 30 minutes mais cela va rallonger les délais de consultation... tant pis je vais prendre sur ma pause déjeuner... et ai-je encore besoin d'une pause déjeuner ?* ».

En substance, on pourrait résumer la culture actuelle par « *L'important, c'est le patient, quoiqu'il en coûte !!* ». Loin de moi l'idée de ne pas placer le bien-être du patient en tête de nos priorités, mais personne n'a jamais dit qu'il fallait faire un choix entre le bien-être du patient et celui du soignant. Pourquoi ne pas simplement formuler « *L'important c'est le patient ET ses soignants, quoiqu'il en coûte ?* ».

En d'autres termes, il nous faut donc déjà **oser concevoir et dire** que nous revendiquons un changement de culture : un soin non plus uniquement

centré sur le patient (*un cercle et son centre*) mais centré sur le patient **ET** le soignant (*une ellipse à double foyer*). Cette assertion repose sur une évidence : **un soignant qui ne va pas bien ne fait pas bien le job !**

Oui, nous devons assumer que nous sommes avant tout des êtres humains soumis aux mêmes lois naturelles que nos patients. Et, si nous sommes libres de choisir de repousser nos limites physiques et mentales comme nous y avons été form(at)és, nous ne sommes pas libres d'en choisir les conséquences naturelles qui, qu'on le veuille ou non, finiront par s'imposer. Oui, la démographie médicale actuelle des spécialistes ne nous facilite pas la tâche mais elle n'est pas directement sous notre contrôle alors que nos choix, nos décisions d'organisation le sont, eux !!!

Il faut bien être conscients d'un fait : nous pouvons communiquer vers les instances et les patients pour leur demander de prendre soin de nous ou leur faire part de nos difficultés... **mais cela n'aura aucun impact si nous n'y croyons pas sincèrement, si nous ne sommes pas intimement convaincus en notre fort intérieur que nos attentes de bien-être sont légitimes et que NOUS REFUSONS DÉJÀ D'ÊTRE LA VARIABLE D'AJUSTEMENT.**

En effet, si cette culture du soin centré sur le soignant et le patient n'existe pas, ce n'est ni la faute des patients, ni celle de la société. Si la culture du sacerdoce et du sacrifice prévaut, elle est tout d'abord **de la responsabilité de ceux qui l'ont endossée et entretenue, de la responsabilité de ceux qui ont accepté, par culpabilité autant que par un sacerdoce mal placé, d'être la variable d'ajustement car étant le premier contact humain "désigné" entre la système de santé et le patient...** Il y a de nombreuses raisons historiques, économiques et spirituelles à cela, qui dépassent le cadre de cet article. En revanche, sa

pérennisation est essentiellement de notre responsabilité. Mais cela est une bonne nouvelle : cela signifie qu'il n'appartient qu'à nous de changer ce paradigme et qu'il est donc de notre responsabilité (littéralement : capacité de réponse) d'agir.

C'est donc d'abord à nous soignants de porter cette intention et d'en faire une règle : parfois, la seule existence d'une simple règle comme celle-ci, **si elle est vécue comme un principe fondateur, si elle intègre l'inconscient collectif**, peut induire de nouveaux comportements et faire disparaître les anciens car ils ne seront plus vus à travers le prisme du "sacerdoce et du sacrifice".

Je vais préciser mon propos par un exemple : certains patients envoient des mails aux médecins pour leur montrer un résultat de bilan thyroïdien, une interprétation, éventuellement un changement de doses d'hormones thyroïdiennes et l'ordonnance qui va avec.

- Avec l'ancien paradigme : la vox populi dit « *le médecin est là pour ça, ça prend 2 minutes, il ne va pas non plus vouloir être payé pour 2 pauvres mails. Ses secrétaires (qu'il paie) sont là pour ça !!* ». In fine, ce sera donc un mauvais médecin s'il n'accepte pas de le faire ou de répondre à 80 mails en fin de journée, à l'inverse de celui qui cautionne et se soumet à ce paradigme, et dont on dira sur les forums « *Ah mon médecin est génial, il répond à tous mes mails le soir, parfois à 22h15. Je vous le conseille* ».
- Avec le nouveau paradigme, non seulement la plupart des patients comprendront mais surtout d'autres soignants ne se sentiront plus obligés.

C'est à nous de porter cette conviction à la fois pour notre propre bien-être, pour les autres soignants de notre communauté, pour les générations à venir et donc, de facto, pour nos patients. Il nous faut abandonner cette image que nous devrions être supérieurs, plus forts, plus résistants pour prodiguer des soins de qualité. **Non, un interne n'est pas mieux**

Formé parce qu'il a fait 80 heures par semaine. S'il a été bien formé et qu'il a fait 80 heures, il fera à tort un lien de causalité entre ces 2 éléments tout comme nos patients font des corrélation indues (la SEP et l'hépatite B par exemple) et la présence de cette corrélation dans l'inconscient collectif renforcera sa conviction, allant par-

fois jusqu'à reproduire cette attitude « pour le bien des internes, de la médecine et des patients ».

Mais, en réalité, et nous le savons tous, le quantitatif n'a jamais pris le pas sur le qualitatif, surtout si ce quantitatif induit des effets secondaires (voir l'enquête de l'ANEMF). Justifier

un certain degré de souffrance et de maltraitance comme soi-disant facteur de qualité de la formation ou de la pratique, ce serait abandonner le raisonnement du rapport bénéfice/risque et, finalement, dire que nous devrions ramener tous nos patients à 6 % d'hbA1c quoiqu'il en coûte.

Axe 2 : Communiquer pour diffuser cette culture et donner le courage de rompre l'isolement

Imaginons qu'un soignant aspire à revendiquer ce droit au bien-être et à l'expression de sa souffrance ou à refuser de se sacrifier au-delà de ce qui est humainement possible, son problème n'est même pas de trouver la force de chercher de l'aide mais, tout simplement, **de se sentir légitime dans sa souffrance.**

Il sait qu'il est clairement à contre-courant de l'inconscient collectif. Déjà fragilisé, il ne veut même pas prendre le risque de s'ouvrir à d'autres car il n'aura pas la force de supporter que l'on minimise ce qu'il ressent. Encore une fois, faute d'une culture du droit de s'exprimer, il reste seul avec son mal-être, parfois effectivement persuadé et honteux d'être un maillon faible au milieu d'autres soignants pour qui tout semble aller bien (ce qui n'est évidemment pas le cas pour 50 % d'entre eux).

La seule solution pour rompre cet isolement, cette solitude, c'est de diffuser, de partager cette légitimité à ressentir et exprimer son mal-être. Une culture n'existe que lorsqu'elle est

partagée par plusieurs individus. Tous les groupes fonctionnent selon un ensemble de règles qu'on peut appeler « chartes », « constitutions » ou encore « énoncés de mission », partagés par tous et qui deviennent le point de référence à partir duquel chacun de nos ressentis est (ou non) légitimé. Partager une culture implique donc le sentiment d'appartenance à un groupe et, par là-même, à ne plus se sentir seul puisque faisant partie d'une communauté.

Ainsi, si cette nouvelle culture se diffuse et devient la règle, elle sous-tendra tous les messages, les conversations, les projets, les initiatives. Ceux qui souffrent et cherchent de l'aide se sentiront accueillis, en confiance, en accord avec des membres d'une communauté de soignants d'où émane cette façon de voir, de penser et d'être.



Il faut simplement que plusieurs groupes motivés, comme notre groupe inter-URPS, commencent à distiller cette culture et pas avec des messages, des communications ou des campagnes spectaculaires « one shot ».

Il faut au contraire répéter, insister, reformuler, rabâcher, démontrer, débattre, insister et encore répéter afin qu'elle devienne la trame de fond, le thème musical du film, qu'elle fasse partie du décor.

Axe 3 : Ouvrir la voie au soignant en souffrance en facilitant une prise de contact simple

Ces deux premiers axes, créer et diffuser cette culture, sont des prérequis indispensables pour motiver les soignants en souffrance à oser en parler et à faire le premier pas vers des structures et des organisations qui vont pouvoir les aider.

Il faut donc que des protocoles bien structurés soient déjà en place pour que leur quête d'une aide ne se transforme pas en parcours du combattant.

Comme je l'ai écrit dans l'introduction, des structures et initiatives remarquables de bienveillance existent déjà mais force est de constater qu'il leur manque encore une visibilité, une fluidité

et une facilité d'accès. Il manque un maillage efficace qui permettrait non seulement de les mettre en lien avec celles et ceux qui en ont besoin mais qui permettrait aussi un véritable fonctionnement en synergie.

L'étape suivante consiste donc à créer un accès le plus simple et le plus efficace possible vers un premier contact. Deux conditions prévalent : la simplicité et le bon sens.

La simplicité : il faut un numéro de téléphone, un chat, une adresse, un mail. Quelle qu'en soit la forme, il est indispensable que le soignant

en souffrance ne ressent pas de difficultés quasi-administratives pour y avoir accès.

Le bon sens, et c'est peut-être la condition la plus ambitieuse et la plus coûteuse, mais elle n'est en rien une option. Il faut non seulement que le contact humain ait lieu le plus rapidement possible, mais également au-delà des heures « administratives ». En souffrance intense, après une journée de travail qui finit parfois rarement avant 20h, c'est lorsque vient la nuit que le soignant a besoin de quelqu'un à qui parler. Ce type de permanence est coûteux... mais les soignants le valent bien !!!

Axe 4 : Créer de véritables programmes d'aide ET de protection aussi bien pour les soignants en formation que pour les soignants en exercice.

Comme évoqué dans l'introduction, parmi les causes prévalentes de souffrance, il y a les représsailles, qu'elles soient craintes ou effectives. Représailles des instances pour les libéraux, représsailles de la hiérarchie pour les hospitaliers et les soignants en formation. Représailles sous-tendues par la peur de la ruine, du déshonneur et de la fin de sa carrière ou de ses études. Il n'y a qu'à lire la presse professionnelle de ces six derniers mois pour voir qu'elle regorge de faits divers de confrères libéraux attaqués par la CPAM ou mis sous surveillance tantôt pour leurs prescriptions, tantôt pour leurs arrêts de travail, tantôt pour leurs cotations... bref, attaqués pour faire leur travail.

Plus proches de nous, pas moins de trois confrères et consœurs endocrinologues ont été contrôlés récemment par la CPAM avec des menaces de pénalités objectivement inadmissibles.

Dans ces cas-là, une cellule d'écoute ne suffit pas. En effet, quelle est la pire angoisse pour les praticiens ? Une mise en cause via la justice, qu'elle soit administrative ou judiciaire, soit pour une faute professionnelle de la part des patients soit, et c'est le pire, par les instances.

Sans lancer un long débat sur l'inégalité des droits à la défense, lorsque le système de la CPAM ou de l'Ordre des médecins s'attaque à un praticien isolé, la machine à broyer est en marche. En effet, ces deux structures possèdent les moyens d'embaucher juristes et avocats.

Même présumé innocent, le médecin libéral doit consacrer temps et argent à sa défense. J'ai moi-même eu affaire à un contrôle de la CPAM en 2010.

Désespéré, effrayé, je ne savais pas vers qui me tourner. Les rares confrères à qui je m'en suis ouvert m'ont regardé tantôt comme un condamné à mort, tantôt comme un pestiféré. J'ai finalement appelé un syndicat. À part m'indiquer des coordonnées d'avocat que je devais payer de ma poche, je n'avais droit à aucune aide (la protection juridique ne fonctionne pas durant la phase de contrôle, elle n'est mise en place qu'une fois le contrôle terminé).

Je n'ai eu droit à aucun accompagnement. Je n'ai pas ressenti de bienveillance ou d'empathie, je n'ai pas entendu les mots de réconfort que j'avais espérés et dont j'avais besoin.

C'est à cette époque que je me suis pris à imaginer, pour que cela n'arrive pas à d'autres, qu'il existe un jour une structure à joindre avec un simple coup de téléphone à passer pour que d'emblée tous les membres soient au courant, expriment leur solidarité et leur soutien par un SMS et un mail. À l'époque, quelqu'un m'avait même proposé d'organiser une cagnotte pour moi du fait de ma perte d'activité. Je ne comprends pas pourquoi une telle structure n'existe toujours pas.

Par ailleurs, pourquoi ne pas se cotiser pour avoir accès en permanence aux conseils d'un avocat, rémunéré pour le travail qu'il fait (car il est libéral comme nous), et qui nous conseille en préventif, qui nous défend en curatif, qui nous accompagne ? Pourquoi n'existe-t-il pas un système de solidarité entre nous qui fait que, de toute façon, nous n'aurons pas à nous inquiéter des conséquences financières de ce qu'on nous demande ? Pourquoi ne pas développer une logistique de secrétariat dédiée au-delà de celles de nos cabinets pour mobiliser ce que la CPAM demande ? Pourquoi ne pas créer un contre-pouvoir dont le seul but serait que le droit à la défense soit respecté et que le médecin attaqué se retrouve finalement en position équitable avec ceux qui l'attaquent ? Personne n'est à l'abri de vivre une telle situation... personne... y compris lorsque vous travaillez en toute bonne foi (car il est facile et rapide de penser que ceux à qui cela arrive le méritent bien et qu'il suffit d'être honnête et transparent pour être à l'abri, sous-entendant ainsi que les victimes sont toutes malhonnêtes et opaques ou, a minima « qu'il n'y a pas de fumée sans feu »). Selon vous, comment ces soignants vivent-ils ces raccourcis de pensée issus de l'inconscient collectif ? Et vous qui me lisez... comment le vivriez-vous ?



Ce que je viens d'écrire est parfaitement transposable aux soignants en formation. Certains vivent l'enfer en stage. Le remarquable ouvrage « Omerta à l'hôpital » a enfin libéré la parole des élèves-infirmiers, des externes, des internes. Vers qui peuvent se tourner les internes pour exprimer leur mal-être ? Qui considère leur crainte de ne pas être validés, de ne pas avoir de poste de chef de clinique ou d'assistant, d'être mal vu des patrons ? Et ceci sans compter le harcèlement, les agressions sexuelles ou verbales.

Il faut aussi aux internes une structure où leur droit à une validation de leurs études est garanti... où les pressions hiérarchiques seront combattues par des spécialistes du droit. La méconnaissance du droit et l'absence de ressources financières fait que, souvent, les internes ne prendront même pas l'avis d'un avocat sur la situation qu'ils vivent à l'hôpital. Contrairement à une idée reçue, rares sont les omertas en milieu hospitalier qui ont résisté à l'intervention du système judiciaire. Décourager les soignants de prendre un soutien juridique est la meilleure arme des maltraitants.

Ce quatrième axe ouvre d'ailleurs une autre voie : celle de l'implication de tous au service de la prévention d'un pan important de la souffrance des soignants. Une prévention POUR tous et PAR tous... et elle ne s'arrête pas à ces considérations judiciaires.

Axe 5 : Créer des groupes d'échanges où l'on peut en parler, que l'on souffre ou que l'on veuille ne pas souffrir

Un concept qui m'est cher est celui de synergie. Comme nous l'avons vu, être isolé, ce n'est pas être seul dans un cabinet. Même si on travaille dans un cabinet de groupe, même si on travaille dans une équipe hospitalière, être isolé, c'est être seul face à sa souffrance.

Et je pense même que la douleur est d'autant plus intense qu'on n'est pas physiquement seul, mais qu'on n'ose pas parler ou, pire, qu'on ose s'exprimer, mais qu'on n'est pas écouté, voire rejeté ou brimé.

À l'inverse, consacrer du temps à se retrouver à plusieurs et partager la même vision, la même façon de voir les choses, la même façon de penser et d'échanger, se libérer par la parole, par la chaleur humaine, démultiplie l'efficacité préventive et curative sur la souffrance. Ceci, bien sûr, à condition que chacun s'implique sincèrement. Les groupes de pairs et les groupes Balint préfiguraient déjà l'importance pour les soignants d'échanger sur leurs pratiques et de ne pas se sentir seuls face à des situations cliniques problématiques.

Il apparaît vital d'avoir enfin un espace de liberté d'expression où l'on peut évoquer tour à tour les difficultés d'organisation, la peur d'être mal vu si on ne peut plus prendre de patients ou répondre à leurs mails, l'injustice ressentie d'honoraires ne correspondant pas à ce que l'on estime juste sans se faire donner de leçons comme un enfant gâté, le ras-le-bol du "médecin bashing" orchestré dans les médias.

Axe 6 : Apprendre aux soignants à prendre soin d'eux

Personne ne peut mieux prendre soin de nous... que nous-mêmes.

Prendre soin de soi est un projet aux multiples facettes et nous pouvons nous en réjouir car cela signifie qu'il y a donc mille et une façons de faire... encore faut-il avoir envie de le faire et surtout avoir le temps de le faire. *Concernant l'envie*, je vais enfoncer des portes (a priori) ouvertes (quoique) : marcher dans la nature, méditer, écouter de la musique, aller au cinéma, à un concert, voyager, faire un sport que vous aimez (et pas vous imposer la salle de sport), un bon film en famille... ou juste le plaisir de ne rien faire... chacun fera appel à son imagination ou à ses souvenirs. Vous tous qui me lisez, vous savez très bien ce qui vous fait (ou faisait) du bien.

Concernant le temps, en revanche, c'est une préoccupation constante et je ne développerai qu'un exemple.

Notre temps est fixé par notre activité médicale, qui elle-même conditionne notre rémunération. À ce jour, tout le monde s'accorde, moi le premier, sur l'iniquité du tarif de la consultation en secteur 1 par rapport au temps et à l'énergie qu'elle prend véritablement. Le témoignage d'une de nos consœurs que vous lirez plus loin est en cela édifiant et l'absence de reconnaissance, y compris financière, du travail accompli participe à l'épuisement des professionnels, même au-delà du cadre de la santé. Sur ce sujet des revalorisations tarifaires, j'ai pu travailler avec plusieurs de nos consœurs et confrères très engagés dans les syndicats et je les ai vus contribuer autant qu'ils peuvent à faire bouger les lignes. Nous devons pour le moment **accepter** cette situation.

Hors du cadre financier, cette notion d'acceptation est importante et mérite que l'on s'y arrête un moment. C'est un facteur important du soin de soi : quand on dit « accepter », il ne s'agit ni de se résigner ni d'être d'accord mais simplement de choisir d'être en paix (sur le moment) avec une situation sur laquelle on n'a aucune prise directe et de ne pas faire l'erreur de sacrifier notre qualité de vie à notre bien-être économique. Prendre du temps pour soi devrait idéalement être une habitude sanctuarisée.

Alors à quel moment peut-on le faire ? Certainement pas sur le temps de la consultation où les professionnels que nous sommes se consacrent pleinement à la prise en charge de nos patients.

En revanche, ces dernières années, le concept de « *medics drive* » s'est développé et nombre d'entre nous s'y sont laissés piéger : « *Juste me faire une ordonnance, docteur, c'est rien* ». Certes, pour le médecin qui avait à gérer 200 ou 300 patients et qui faisait une ordonnance ponctuellement trois ou quatre fois par semaine, bien évidemment qu'il n'y avait aucun problème (quoique...). Mais, à ce jour, avec l'augmentation des patientèles, quand 100 personnes vous disent « *Mais juste me faire une ordonnance c'est rien !!* », que faites-vous ? Certains le font pourtant, parce qu'ils se sentent obligés, dépassés, nonobstant le fait qu'il ne sont pas rémunérés pour cela. En le faisant hors du cadre d'une consultation suite à une simple sollicitation par mail, ils considèrent donc que faire gratuitement une ordonnance, prescrire des médicaments qui sont potentiellement dangereux et pour lesquels ils peuvent être attaqués, n'est rien d'autre finalement qu'un simple fichier Word.

Comment ces mêmes personnes peuvent-elles alors s'étonner qu'on les paie si mal si elles contribuent à donner de ces ordonnances l'image « *d'un simple exercice mental qui n'est que l'application de leurs études qui ne font après tout que 10 ans* » ?

Je ne pense pas que mes collègues que je vois passer des heures à traiter ces demandes devant l'ordinateur puissent s'imaginer ce qu'il pourraient faire de ce temps libre : redécouvrir des choses qu'ils aiment, avoir des expériences positives, passer du temps avec des gens qu'ils aiment, avoir une heure rien qu'à eux. C'est ce que raconte notre collègue dans son magnifique témoignage.

Et ceci n'est qu'un détail dans l'organisation. Bien s'organiser, c'est aussi déléguer. Oui, cela prend du temps de former une bonne secrétaire voire, pourquoi pas, de prendre un assistant médical. Mais vous vous posez la question du prix et voyez cela comme un investissement impossible ? Vous pourriez décider, tout simplement, d'arrêter vos consultations à une heure donnée... oui, les délais s'allongeront mais vous n'y pouvez rien. Il faut l'accepter et être en paix avec cela une fois que vous aurez fait tout ce qui est HUMAINEMENT possible. Vous vous poserez aussi la question des honoraires que vous ne toucherez plus en finissant 1 heure plus tôt...

Cette rubrique sera enrichie à chaque numéro et nous travaillerons à vous proposer des solutions pour votre organisation afin que vous ayez tous les outils pour faire ce premier pas le long du chemin de retour vers votre bien-être, tellement mérité, tellement précieux. Vous le valez bien !!! Nous le valons tous bien !!!

Témoignages

Internes, jeunes CCA, libéraux



Temoignage 1

J'ai tout d'abord hésité à répondre à votre sollicitation de témoignage. Bien sûr, je me sentais concerné mais Je n'arrivais pas à mettre les mots et je pense que je voulais considérer tout cela comme derrière moi.

De tels témoignages, vous devez en avoir déjà beaucoup. Mon conjoint m'a incité à tout de même le mettre par écrit. Vous le garderez ou pas, ce n'est pas grave.

Je travaille au sein d'un cabinet de groupe rattaché également à un établissement hospitalier, ce qui nous permet d'avoir une activité mixte avec un cabinet libéral et une activité dans le service. L'activité est a priori "idéale" avec un travail en équipe, une bonne équipe, un travail intéressant.

Cependant, j'ai traversé une période très difficile avec des idées très noires, très très noires. Ma situation personnelle et familiale a participé bien sûr à ces difficultés. Mais, je n'en pouvais plus de ce travail que j'ai pourtant choisi, adoré, mais ces derniers temps détesté.

Je pense que c'est surtout l'activité libérale qui est à l'origine des difficultés. La charge de travail paraît sans fin. On rajoute des consultations en permanence (patients doublés)... on veut toujours répondre à la demande des praticiens positivement. Les journées de travail durent habituellement entre 12 et 13 heures. Les tâches demandées sont de plus en plus importantes : le matin à 7h30, analyse d'une vingtaine de résultats avant de débuter la consultation. À présent, grâce à la dictée vocale on fait nous-même les courriers, on doit répondre à des sollicitations multiples par mails et par téléphone. Les différentes crises qui ont traversé la profession (Mediator, Levothyrox) ont entamé les rapports avec nos patients, qui sont moins confiants, et la relation est parfois difficile.

C'est mon fils aîné qui m'a fait prendre conscience de la situation dans laquelle je me trouvais. Un jour, il m'a juste dit : tu connais le questionnaire concernant le burn-out, je crois que tu coches beaucoup de cases. BAM !... À ce moment-là, j'ai dû regarder les choses en face et effectivement... je cochais beaucoup de cases.

Une case surtout m'a fait bouger : la disparition de l'empathie vis-à-vis de mes patients.

Je me suis donc rendue chez un professionnel : une psychiatre.

Dès le début de l'entrevue, en même temps qu'elle me faisait passer un paquet de mouchoirs, elle m'a proposé un arrêt de travail.

Mais... Il m'était impossible de m'arrêter... la charge de travail serait retombée sur les associées et je ne pouvais pas assumer ça. Malgré ce, sur une période très critique, j'ai dû arrêter pendant 15 jours et j'ai essayé de tenir.

J'ai décidé surtout de réduire le nombre de patients vus par jour, de prendre des jours de repos, d'avoir d'autres activités extraprofessionnelles et même si cela semblait surcharger mon emploi du temps ceci m'a permis de mettre la tête hors de l'eau. Et d'ailleurs je me suis mise à la plongée sous-marine, j'ai rencontré d'autres univers. Je pense être arrivée à un équilibre qui me permet de poursuivre même si tout cela reste fragile.

Entraide

Un mail du Dr Françoise GIROUD-BALEYDIER

Chers Amis,

Très belle initiative de travailler sur le sujet de la souffrance des soignants, initiative qui vient de nous être relayée par la présidente de l'ADEL BFC Cécile Guinchard.

Je ne suis plus en activité de consultation, depuis décembre 2022, mais je poursuis une activité ordinale, au niveau départemental et régional.

Au CDOM21, je suis actuellement en charge de la commission entraide : tous les conseils départementaux, chapeautés par le conseil national, ont une activité importante sur ce plan.

L'entraide n'est pas que donner un coup de main financier, mais offre des solutions dont des prises en charge sur le plan psychologique ou addictologique.

Cette commission est peu connue des médecins et il est utile d'en faire connaître l'existence.

Personnellement, depuis que je suis plus disponible pour des permanences et que je rencontre des "primo-inscrits", c'est un sujet que j'aborde systématiquement, et cela leur permet aussi de leur rappeler qu'ils sont autorisés à être mal et à demander de l'aide.

Cordialement

Conseil de l'Ordre des médecins et entraide : une de ses missions

Si l'accompagnement de l'Ordre est connu à l'occasion de l'enregistrement des contrats, l'on peut ignorer sa mission d'aide et d'accompagnement pour tous les médecins, quand ils sont confrontés à des difficultés qui peuvent être de toute nature : maladie physique ou psychique, addiction, accident, voire décès, événement traumatisant avec ou sans violence (qu'il soit personnel ou professionnel), difficultés relationnelles avec un patient et/ou un collègue ou encore de la difficulté de vivre une plainte, un événement indésirable, un envahissement par ses émotions, son travail, sa vie personnelle...

Au niveau national, la présidente de la commission est le Dr Valérie LACROIX

→ Le numéro vert : 0800 288 038 – 24/24 7/7 – qui pourra mettre en lien avec différents intervenants – mais pourra aussi relayer vers les conseils départementaux.

→ Deux organismes prestataires : SYNEXIAL = assistantes sociales, et STIMULUS = psychologues.

→ Un organisme financier spécifiquement adapté en cas de surendettement.

→ Un organisme aidant pour une nouvelle orientation professionnelle médicale, si possible et souhaitée.

Sur le plan régional, les CROM ont pris attache avec deux associations :

→ L'ASRA qui couvre la région Rhône-Alpes et maintenant la Bourgogne-Franche Comté (depuis 2014).

→ L'association MOTS qui couvre le reste du territoire (depuis 2010) – Cette association est à l'origine de la création d'un DIU "Soigner les Soignants". Elle peut aussi proposer des DPC. C'est le cas aussi d'associations plus locales, comme l'association IMHOTEP originaire de Normandie.

Sur le plan départemental, chaque CDOM a une commission "Entraide".

Permettant de réagir vite. En Côte d'Or, il est possible d'avoir un accès rapide à des psychiatres, des psychologues, des addictologues, une assistante sociale quand cela s'avère nécessaire, en complément de l'action des conseillers de la commission, en cours de reconstruction du fait des élections récentes. Ces conseillers peuvent être amenés à suivre au long cours leur confrère ou consœur en difficultés, en association avec les autres suivis (médicaux, assistante sociale selon les besoins de chacun).

En accord avec la CPAM 21, des bilans de santé en Centre de Santé sont proposés depuis 2019, initialement aux médecins libéraux (dénués de médecine du travail), maintenant aux médecins salariés, jusqu'aux internes. Ce bilan en Centre de Santé a la particularité par comparaison avec le public non médical, d'inclure un entretien avec une psychologue : des demi-journées dédiées aux soignants.

Si une hospitalisation est nécessaire, il existe, dans le département voisin de Saône-et-Loire, un accès à une clinique où seuls des soignants sont pris en

charge. D'autres structures de ce type existent ailleurs.

Ce suivi est totalement confidentiel. Cette notion de confidentialité est totale et indestructible. Le suivi ordinal ne se substitue pas aux soins nécessaires ; il est complémentaire.

Impossible de donner des exemples précis. Va de l'intervention ponctuelle de l'assistante sociale, et/ou de la psychologue, à un suivi très prolongé en parallèle (toujours sans intervenir dans le soin lui-même), en cas d'addiction. Cela peut être une aide dans la mise en place d'une reconversion, suite à un événement de vie difficile... Cela peut être une simple écoute, un moment d'échanges, un « anti-solitude du soignant ».

L'entraide peut être financière si besoin. L'entraide ne cesse pas en cas de condamnation pénale.

TAKE HOME MESSAGES

- 1 Le médecin n'est pas un super héros ; il a le droit (et le devoir) de demander de l'aide.
- 2 Si un collègue vous semble en difficultés, n'hésitez pas à « **aller vers** », sans jugement et en toute confidentialité.
- 3 Prendre soin de soi est un des quatre piliers de la certification périodique (décrets en attente) ; le CNOM est le collecteur des données la concernant, et en est le garant.

Mes coordonnées

Dr Françoise GIROUD-BALEYDIER (endocrinologue diabétologue retraitée) DIJON - Conseiller ordinal départemental et régional Responsable de la Commission Entraide du CDOM 21 - Tél. : 06 82 66 59 84

Mail : giroud-baleydiier.francoise@ordre.medecin.fr et francoisegiroud7@gmail.com

TEMOIGNAGE 2

J'exerce en libéral secteur 1 depuis 2018.

Comme beaucoup d'endocrinologues, je suis perfectionniste dans mon travail et je tiens à apporter aux patients en consultation une expertise de qualité, et une relation de confiance.

Je ressens de l'injustice par rapport à beaucoup d'autres spécialités. Nos études sont longues, le champ de nos connaissances en endocrinologie et diabétologie est **EXTRÊMEMENT VASTE** et nous avons une formation continue permanente exigeante.

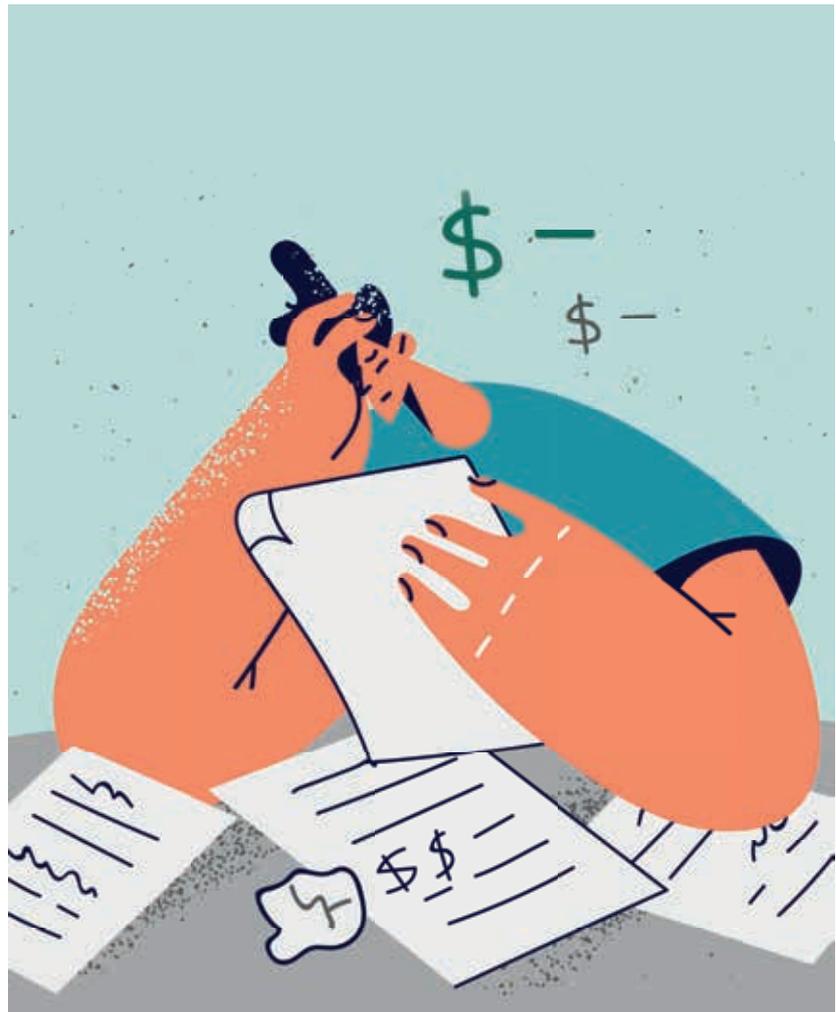
C'est une spécialité "intellectuelle" avec beaucoup de réflexions sur les régulations hormonales... et un temps non négligeable d'éducation thérapeutique auprès des patients +++.

Nous sommes pourtant parmi les médecins libéraux les **MOINS PAYÉS**, tout en bas de la liste, après les généralistes. Il suffit de regarder les bilans annuels envoyés par la CARMF pour le constater...

Nos consultations sont longues, souvent supérieures à 30 minutes. Nous n'avons pas d'actes techniques, nous suivons des patients pour beaucoup en ALD (diabète) et polyopathologiques, avec énormément de biologies/bilans hormonaux à récupérer ou comptes rendus à rédiger (donc du temps hors consultations non négligeable+++)) et nous n'avons que peu d'aide de la ROSP.

Nous pratiquons une médecine préventive et globale, ce qui prend du temps.

Encore une fois, nous avons fait la même durée d'études que les radiologues, cardiologues... alors *pourquoi* sommes-nous payés au lance-pierre alors que nous nous efforçons d'apporter un service rendu de qualité aux patients ?



Les charges libérales augmentent de façon exponentielle, **mais pas le tarif de la consultation !!** Mes charges représentent environ 70 % de mon chiffre d'affaires.

Comment faire pour rester en activité libérale dans ces conditions ??? **IMPOSSIBLE.**

Quand j'entends qu'un ancien ministre de la Santé, neurologue, baisse les bras et se tourne vers la médecine esthétique, comme tant d'autres médecins ; car il ne croit plus dans le modèle de la sécurité sociale... cela me révolte ! Il nous laisse tomber !!

Je vois également tous ces médecins qui se déconventionnent... car ils n'en peuvent tout simplement plus. **CE N'EST PLUS POSSIBLE.**

On ne va pas continuer à soigner des patients pour y perdre nous-mêmes la santé !

NOUS DEMANDONS UNE RECONNAISSANCE DE NOTRE TRAVAIL.

J'ai presque **HONTE** de dire combien je me paie à la fin du mois toutes charges déduites (*moins que ma secrétaire*) : **OUI... les ENDOCRINOS sont parmi les plus mal payés des tous les médecins... est-ce tolérable !! ???**

L'Étincelle du Soin

www.etincelledusoin.com



Dr Lélia BRACCO
Endocrinologue



Karine CASATI
Comédienne et formatrice



Cette association a été créée il y a 10 ans par le Dr Lélia Bracco, médecin endocrinologue, et Karine Casati, comédienne et formatrice. « Si au départ, nous avons créé l'association pour que le soin des patients s'améliore à travers la formation sur la relation... nous avons vite réalisé qu'elle permet avant toute chose de prendre soin des soignants ».

« Les ateliers en hôpital sont une occasion rare pour les soignants, de parler de ce qu'ils vivent au quotidien. Ils ont peu de temps pour cela, et pas toujours les outils ou espaces pour le faire. Passer par le théâtre, par des jeux, permet de décharger des vécus lourds de manière détournée. Cela permet de libérer la parole et de s'outiller de manière ludique », explique Karine. « Nous venons aussi apporter notre jeu de comédiens et nos éclairages de formateurs pour faire prendre conscience de ce qui peut gripper la relation et donc peser sur les soignants ».

Les soignants témoignent de ce que leur apportent ces ateliers : ce sont des lieux de recul, pour prendre conscience de leurs ressentis, les extérioriser, revenir sur ce qui a pu poser problème avec un patient et repartir avec des clés simples pour éviter de

revivre le même genre de situations. Les équipes repartent aussi plus soulagées et détendues.

Le théâtre, par sa dimension corporelle, décalée, émotionnelle, permet de vivre les choses "à un autre niveau". En offrant une prise de recul, en créant un mouvement intérieur chez les participants, nos outils permettent de transformer durablement la manière d'appréhender la relation entre soignants et soignés, pour le mieux être de tous.

Suivant le constat que prendre soin des soignants et de leurs relations aux patients est une des manières d'améliorer la santé de tous, l'Étincelle du Soin propose des formations en hôpitaux, mais aussi des interventions de sensibilisation théâtrales (pièces, conférences décalées) dans des congrès ou événements.

Pour en savoir plus :
etincelledusoin.com



“ Tous les hôpitaux ne sont pas de même niveau... Le CHU, c'est quand même plus sérieux... C'est bien connu : les meilleurs médecins sont là-bas. Mon fils ne va pas rester ici ”

Cette phrase est prononcée par un jeune père de prématuré, dans un hôpital en périphérie de Marseille. Son agressivité, masquant son angoisse de père, est reçue comme une gifle par les deux soignants de l'enfant.

Ils revivent tous les deux cette situation, une semaine plus tard, lors d'un atelier de jeux de rôles réalisé par l'Étincelle de Soins, une association qui forme les soignants sur les enjeux de la relation de soins, à travers le théâtre.



Bilan de l'année 2023

La FENAREDIAM s'est mobilisée en 2023 pour vous proposer des contenus qui vous aident à améliorer votre activité professionnelle.

Les 1^{ères} JEDNL

En janvier, les 1^{ères} journées de l'EDN libérale ont eu lieu, avec le soutien des laboratoires Abbott et Novonordisk. Il nous a semblé en effet important de proposer un congrès plus centré sur l'organisationnel et les préoccupations quotidiennes des médecins libéraux : travail avec des collaborateurs paramédicaux, atelier autour de la mise en place de la télésurveillance et de la télé-expertise, mise en place de parcours pluriprofessionnels autour du diabète de type 2, à la suite du programme Starendoc que nous avons proposé en 2021 et 2022. Devant le succès de ces journées, une nouvelle session aura lieu en janvier 2025.

Capsules sur les perturbateurs endocriniens

C'est en discutant avec quelques collègues à brûle-pourpoint que le sujet des perturbateurs endocriniens est apparu comme une évidence. Préoccupés par les enjeux environnementaux, à juste titre, plusieurs endocrinologues ont décidé de s'investir à leur échelle afin de mieux intégrer cette problématique à notre quotidien de soignants. En tant qu'endocrinologues, le sujet des PE est d'autant plus préoccupant, mais avec parfois des difficultés quant à la façon de pouvoir aborder ce thème lors de nos consultations. C'est suite à ce constat que la Fenarediam a décidé de lancer une série de capsules vidéos autour de cette thématique : des données scientifiques claires par des experts du domaine afin de donner des messages simples et utilisables. Une vidéo par mois, que vous pouvez retrouver sur le site internet www.fenarediam.fr ou bien sur notre chaîne Youtube®. La 1^{ère} vidéo a porté sur la définition des PE, grâce au Pr Nicolas Chevalier, que nous remercions particulièrement pour nous avoir soutenu et encouragé dans ce projet. Afin de garder notre indépendance, nous n'avons pas de sponsor. À regarder et à diffuser sans modération. Et bien sûr, nous sommes prêts à entendre vos suggestions pour continuer.

Formation aux médecins généralistes sur le parcours de soins des patients avec Diabète de type 2

Dans la suite de travail de Starendoc, que nous avons réalisé en 2021 et 2022, avec notamment la proposition de parcours de soins pluriprofessionnels des patients avec un diabète de type 2, nous avons travaillé avec les laboratoires Novonordisk pour mettre au point une formation à destination des médecins généralistes. Les premières réunions ont eu lieu avec des retours positifs, et cela va continuer en 2024. Non seulement on peut espérer avoir un impact positif sur la prise en charge des patients avec un diabète de type 2, mais cela permet aussi de rapprocher les endocrinologues et les médecins généralistes, pour mieux se connaître et travailler ensemble.

Promotion de l'initiation des pompes à insuline en ville (SFD, HAS)

L'initiation des pompes à insuline en ville est un sujet qui a longtemps été tabou. En effet, le décret de 2006 définit un centre initiateur de pompe notamment par la possibilité d'une éducation au cours d'une hospitalisation. Pourtant, depuis 2006, les choses ont évolué : les systèmes se sont simplifiés, beaucoup d'endocrinologues sont formés et habitués à l'utilisation de ces technologies, la possibilité de télésurveillance et/ou d'accès à distance des données notamment via les



smartphones s'est étendue. Un certain nombre d'endocrinologues ont mis en place des systèmes d'organisation permettant à la fois qualité et sécurité. Nous avons fait une enquête (peut-être y avez-vous participé ?) dont les résultats ont été présentés au congrès de la SFD de Montpellier en mars 2023. Nous avons ainsi montré que les professionnels libéraux qui font de l'initiation de pompe à insuline en libéral : i) sont peu nombreux (environ 25 %), ii) ont une activité assez importante, pour la plupart au moins 5 à 10 par an, ce qui montre une implication, iii) collaborent le plus souvent avec endocrinologues et/ou paramédicaux et ont mis une place une

organisation d'astreinte. Rappelons que la SFD s'était positionnée en 2020 lors de ses recommandations sur l'insulinothérapie automatisée pour ouvrir la possibilité aux équipes libérales d'initier également les patients en boucle fermée. La HAS est en cours d'évaluation d'une mise à jour des modalités de traitements par pompe à insuline et espérons qu'elle émette un avis favorable. Bien sûr, l'un des challenges, au-delà des difficultés organisationnelles, restera le financement qui est inexistant en libéral pour le moment.

1^{er} numéro du Magazine GénérationS EndocS (en collaboration avec l'ANIDEN)

L'année 2023 aura aussi été marquée par la parution de notre 1^{er} numéro du magazine GenerationS EndocS, une collaboration Fenarediam et Aniden (Association des internes d'EDN).

Grâce au dynamisme d'Edouard Ghanassia et de Thomas Demangeat, nos éditeurs en chef, nous avons pu vous proposer un contenu riche et mettre en place une équipe de rédacteurs dont l'objectif est de toujours mieux communiquer avec les acteurs de l'endocrinologie d'aujourd'hui et de demain. Souhaitons longue vie à notre GE ! Et si certains de vos collègues ne l'ont pas encore reçu dans leur boîte aux lettres, il est toujours temps de nous écrire à generationsendoc@gmail.com pour nous faire part de vos coordonnées.

Réseaux Sociaux

Déjà présents sur X (ex-Twitter), nous sommes désormais aussi sur LinkedIn. Abonnez-vous et suivez-nous, vous aurez ainsi les actualités de la Fenarediam en direct. Enfin vous continuerez quand même de recevoir dans vos boîtes mail nos newsletters mensuelles.

La Fenarediam et les sociétés savantes

Parmi les rôles des membres du bureau de la Fenarediam figure celui de représentant lors des Conseils d'Administration des sociétés savantes, notamment de la SFE et de la SFD. Nous avons ainsi la possibilité de prendre connaissance des actualités, des projets, que ce soit sur les congrès, les formations, les programmes scientifiques. Un temps d'échange spécifique est également donné à la Fenarediam où nous faisons part de nos actions. Ces moments permettent de mieux se connaître et de pouvoir améliorer les attentes des uns et des autres. C'est ainsi que la SFE et la SFD donnent de plus en plus régulièrement la place à des libéraux dans les prises de position et les recommandations, afin que les particularités de nos questions et de nos pratiques soient prises en compte. Nous espérons que cette collaboration va continuer et se renforcer.

Participation autour des cotations :

Nouvelle nomenclature des actes, négociations conventionnelles

Même si la Fenarediam n'est pas un syndicat, nous n'avons cessé de faire entendre la voix de tous les endocrinologues libéraux qui réclament à juste titre une revalorisation des honoraires. Les négociations syndicales sont en cours et nous avons été sollicités pour exprimer les demandes en attente depuis des années. Le sujet est d'autant plus important qu'il contribue non seulement à une dégradation de la qualité de vie des médecins en activité, mais sans doute aussi aux difficultés d'attractivité de notre spécialité. Même si tous les postes d'interne sont pris au final, chacun aura observé que le rang de classement a tendance à diminuer, et l'un des premiers freins au choix de l'EDN est le revenu classé parmi les plus faibles des spécialités médicales. Les négociations de la nouvelle convention sont en cours et nous avons beaucoup d'attente. D'un autre côté, sachez que le Ministère de la Santé a mis en place depuis plusieurs mois une grande refonte de la nomenclature des actes techniques. L'endocrinologie n'avait comme acte spécifique jusqu'à présent que les clamps (sic !). Le CNP (Conseil National Professionnel) a nommé un groupe de 9 endocrinologues, dont 5 libéraux, qui ont la tâche de proposer de nouveaux actes spécifiques à notre spécialité. Les travaux sont en cours et il faut espérer que les choses auront avancé d'ici la fin de l'année. Nous y veillons de près !



À retrouver sur



La parole à ... Nina Tusch, journaliste et activiste vivant avec un diabète de type 1

La “déstigmatisation” du diabète passe par le mot

Les diabètes de type 1 et 2 sont stigmatisés depuis bien plus longtemps que vous ne le pensez. C’est l’historienne américaine Arleen Marcia Tuchman qui nous l’apprend. Son récit *Diabetes : a History of Race & Disease* (2020) fascine parce qu’il explore les différents préjugés raciaux qui ont accompagné l’évolution de la maladie depuis le XIX^{ème} siècle aux États-Unis. Ainsi, Arleen Marcia Tuchman nous rappelle que la compréhension du diabète est bien évidemment immunologique, mais aussi sociale.

Depuis une décennie, des activistes s’efforcent sans relâche de rappeler que le diabète est social parce que stigmatisé dans l’espace public. La stigmatisation du diabète n’est plus seulement raciale. Le diabète est stigmatisé dans les repas de famille par les remarques désobligeantes ou les faux conseils thérapeutiques au moment du dessert, dans les médias avec les blagues malavisées, ou encore dans la presse par les articles qui, lorsqu’ils ne sont pas imprécis et blessants, sont trop rares. *In fine*, toutes ces formes de stigmatisation ont un point commun : le mot.

Puisque le langage façonne la réalité, c’est en changeant notre façon de parler du diabète que nous parviendrons, entre autres manières, à le déstigmatiser. Sur la question du langage, les anglophones nous devancent. Deux mouvements, ou campagnes, œuvrent pour ce changement : *Language Matters Diabetes* et *End Diabetes Stigma*.

Language Matters [Le langage compte, en français] a été initié en 2011 par l’association australienne du diabète par la publication du premier guide questionnant le langage que nous utilisons lorsque nous parlons des différents types de diabète. Ce guide, traduit aujourd’hui dans plus de 10 langues dont le français (*Le pouvoir du langage*), fournit des exemples pratiques de formulations qui encouragent des inte-

ractions positives avec les personnes vivant avec le diabète. Par exemple, la question actuelle de l’utilisation ou non du nom “diabétique” pour désigner les personnes qui ont un diabète s’insère complètement dans cette réflexion. Les défenseurs de *Language Matters* suggèrent de remplacer ce terme, jugé stigmatisant, par “personne vivant avec un diabète”, plus neutre et centré sur l’individu plutôt que sur la maladie.

End Diabetes Stigma [Mettre fin à la stigmatisation du diabète, en français] pourrait être considéré comme le volet théorique de *Language Matters*. Pensé début 2023, le mouvement *End Diabetes Stigma* a commencé par la formation d’un groupe de 51 experts internationaux. Son objectif est double. Il s’agit d’une part de mobiliser le maximum d’organisations derrière une même mission - mettre fin à la stigmatisation du diabète - et, d’autre part, d’apporter des données concrètes sur l’impact et l’ampleur de la stigmatisation chez les personnes vivant avec un diabète et les publier dans *The Lancet*. C’est maintenant chose faite depuis janvier 2024.

La stigmatisation blesse et accroît le fardeau lié au diabète. Bien que les associations françaises de patients et de professionnels soutiennent publiquement *Language Matters* et *End Diabetes Stigma*, ces mouvements sont aussi peu visibles en France qu’une aiguille de 4 mm dans une botte de foin. Les enjeux psychosociaux du diabète sont encore trop peu discutés. Or, ils sont tout aussi importants pour le bien-être des personnes vivant avec un diabète et par conséquent, leur résultat clinique.

La déstigmatisation du diabète commence donc avec le mot : en consultation (parlons “santé mentale” plutôt que du 2,56 mg/dL mesurée il y a 3 semaines à 10h34), dans les articles de presse et scientifiques, les campagnes de pub des laboratoires, les congrès...



Dans l’arène politique, le combat est plus ardu. Pour changer le mot, il faut déjà qu’il soit prononcé, or le diabète est absent des campagnes politiques et des rapports. Exemple emblématique : dans les 68 pages de sa “Stratégie en santé mondiale 2023-2027”, le Ministère de la Santé et de la Prévention ne mentionne le diabète qu’une seule fois ! Ce mot est aussi encore trop absent des écrans, et rarement prononcé par des personnalités françaises, qui se taisent par honte ou par peur.

On dit que le diabète est une maladie silencieuse, à nous de faire du bruit. Si la déstigmatisation du diabète passe par le mot, l’enjeu est bien plus que linguistique, il est politique et sanitaire. Les préjugés sur le diabète détournent l’attention des acteurs politiques des autres combats essentiels : l’accès à l’insuline analogue et aux dispositifs médicaux pour tous, la couverture de santé universelle, la transparence des prix des médicaments...

Faites passer le mot.

La conversation continue avec Nina Tusch sur notre site internet.

Regardez notre interview vidéo sur :

- Les formes alternatives de sources d’information sur le diabète
- Pourquoi vous devriez prescrire les réseaux sociaux à vos patients
- La place du patient dans la relation de soin en 2024
- Glucose toujours, le média qui décrypte l’information sur le diabète pour les impatients



In memoriam

Hommage à Muriel Roches-Fraiberg Endocrinologue à Cannes

Muriel a été présidente de l'Eden PACA pendant 10 ans et de la Fenarediam pendant un an. Éluë à 60 ans, elle avait l'expérience nécessaire pour le job. Elle avait aussi toujours l'oreille attentive et bienveillante de certains patrons de l'endocrinologie française (Les Pr Wemeau, Orgiazzi et Conte deVolx), qu'elle avait fréquentés pendant de nombreuses années lors des journées d'endocrinologie de Crans Montana (organisées par notre courageux confrère endocrinologue Jean Michel Benichou, exfiltré à Lausanne). Évidemment Nicolas Chevalier répondait présent à chacune de ses sollicitations. Alexandre Fredenrich, aussi, jusqu'à son départ pour la Suisse. Pour attirer « ces grandes valeurs » autour d'elle et des réunions de l'Eden autour de thèmes « pointus » en sollicitant les meilleurs, elle n'a jamais renoncé malgré la difficulté croissante de déplacer les générations montantes sur les lieux de réunion. Sa rigueur et son charisme ont subi beaucoup de critiques ; elle en avait parfaitement conscience mais son engagement passait avant les arrangements de toutes sortes. J'ai "donné" la présidence de l'Eden à Philippe Margaillan qui, par amitié pour Muriel et moi, son mari, n'a pas pu me la refuser.

Il faudra quand même transformer cette transmission posthume en AG avec élection, mon cher Philippe !

Dr Edmond FRAIBERG

Hommage à Anne-Sophie Sapin-Aubourg Endocrinologue au Havre

Anne Sophie,

Vous l'avez sûrement croisée au cours des congrès et des formations et vous ne l'avez pas oubliée.

Elle nous a quittés brutalement en cette fin d'année 2023 mais nous gardons en mémoire son enthousiasme, sa joie, sa confiance en la vie et les autres, sa bonne humeur.

Anne Sophie, Havraise de naissance et de cœur, nous te disons MERCI pour tous ces bons moments passés ensemble et ton investissement en tant que trésorière au sein de notre association ADENO.

L'association ADENO

Hommage à Hélène Aubert Endocrinologue à Évreux

Ses collègues et amis de l'Adeno et du service d'endocrinologie du CHU de Rouen ont la tristesse de vous faire part du décès d'Hélène Aubert, des suites d'une longue maladie.

Hélène exerçait avec enthousiasme son métier, partageant son activité entre exercice libéral à Évreux et hospitalier dans le service d'endocrinologie du Pr Kuhn puis du Pr Lefebvre.

Toujours avide d'apprendre, elle participait à de nombreux congrès en France et à l'étranger et ne manquait jamais de nous entraîner, à grands pas, après les conférences, dans les musées et les théâtres.

Derrière une personnalité sans détour se cachait une belle personne sensible à la beauté de l'art et de la nature. Elle s'adonnait à de nombreuses randonnées parmi les fleurs et les montagnes dans son dernier refuge de la Drôme provençale.

Toutes nos pensées amicales vont à ses 3 enfants et à sa famille.

L'équipe de l'ADENO



Congrès & Formations à venir

La liste est certainement incomplète mais reflète bien la richesse de formation de notre spécialité. Si vous entendez parler, assistez ou organisez une formation, n'hésitez pas à nous en faire part... mais aussi et surtout si vous découvrez des "perles" qui gagneraient à être connues. Écrivez-nous à generationsendoc@gmail.com.

JUIN.. 2024

Vendredi 21 juin 2024

Webinaire du GRT en coopération avec la SFE, la SFEDP

Thyroïdite de Riedel, autres maladies à IgG4 et maladie de Basedow de l'enfant. Formez-vous depuis votre fauteuil.
<https://www.sfendocrino.org/evenements/webinaire-du-grt-3/>

Mercredi 26 au jeudi 28 juin 2024

Rencontres de la SFEDP à Strasbourg

L'endocrinologie pédiatrique, si elle concerne majoritairement les pédiatres chez les très jeunes enfants, nous concerne particulièrement à l'adolescence et cette pratique passionnante mérite une formation continue régulière.
<https://www.sfedp.org/congres/rencontres-de-sfedp/>

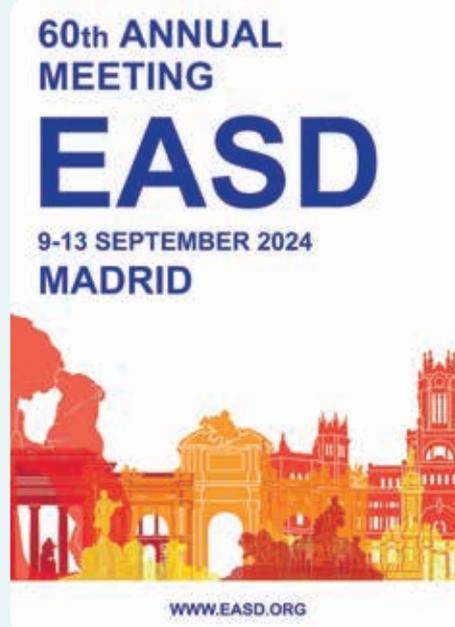


SEP.. 2024

Lundi 9 au jeudi 13 septembre 2024

60^{ème} congrès de l'EASD. Madrid, Espagne

<https://www.easd.org/annual-meeting/easd-2024.html>



SEP.. 2024

Samedi 7 au mardi 10 septembre 2024

46^{ème} congrès de l'European Thyroid association Athènes, Grèce

Un congrès européen entièrement dédié à la thyroïde, avec des sessions cliniques et fondamentales en parallèle. Un régal pour les médecins libéraux, surtout qu'il se tient pour moitié sur un week-end.
<https://www.eta2024.com/>



Samedi 7 au mardi 10 septembre 2024

46^{ème} congrès de l'ESPEN. Milan, Italie

<https://espencongress.com/>



OCT.. 2024

Du vendredi 11 octobre au lundi 14 octobre

Journées Francophones de Radiologie (Palais des Congrès, Paris)

Avec de nombreux cours sur les échographies de la thyroïde et des parathyroïdes ainsi que sur l'imagerie des surrénales ou de l'hypophyse.

Mercredi 16 au 18 octobre 2024

40^{ème} Congrès de la SFE, Clermont-Ferrand

Quand les volcans d'Auvergne étaient petits, ils riaient très fort. C'est au milieu de la France et de la beauté sauvage des cratères que la nouvelle formule du congrès de la SFE est inaugurée.

<https://www.congres-sfe.com/2024/programmefr>



SAVE THE DATE

NOV. 2024

Vendredi 15 novembre 2024

Journée d'Automne 2024 de la SFD

sur le thème « jeux d'automne : gardons la flamme »

Espace centenaire, 189 rue de Bercy, 75012 Paris.

<https://www.sfdiabete.org/paramedical/evenements/journee-dautomne/journee-dautomne-2024>



Vendredi 15 et samedi 16 novembre

Les incontournables Journées Guéritée

Faculté des Saints-Pères, Paris

Du 20 au 22 novembre 2024

Le congrès du sommeil, Lille

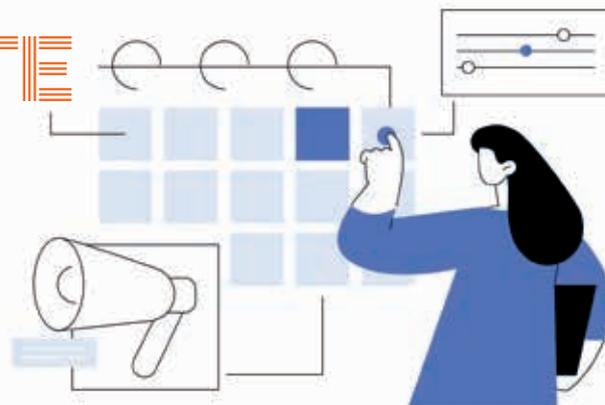
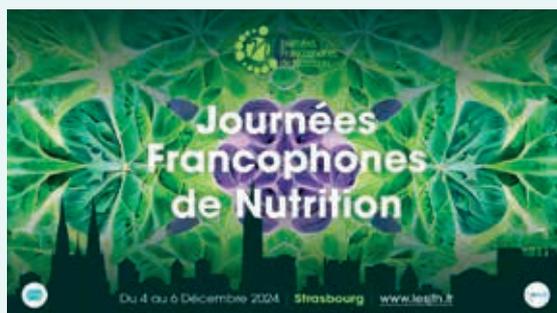
En plein essor, la médecine du sommeil concerne l'endocrinologue au premier chef avec non seulement l'obésité, le diabète mais aussi l'acromégalie, les dysthyroïdies, la ménopause et toutes ces plaintes pour asthénie qui nous laissent parfois frustrés.



DEC. 2024

Mercredi 4 décembre - Vendredi 6 décembre 2024

Journées francophones de Nutrition - Strasbourg



JAN. 2025

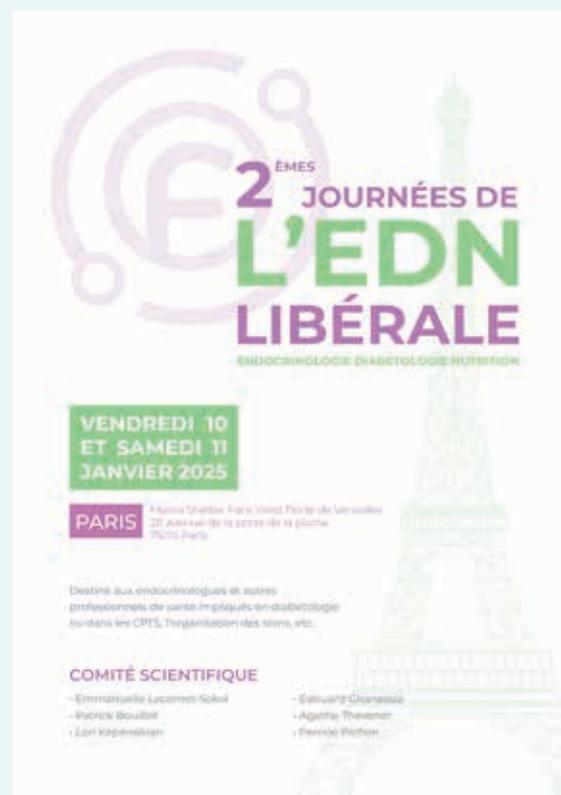
Vendredi 10 et samedi 11 janvier 2025

Les 2^{èmes} JEDNL

Destinées aux endocrinologues libéraux et aux professionnels de santé impliqués dans le parcours de soin des maladies chroniques...une journée dédiée à se former sur l'optimisation de notre activité libérale.

Programme préliminaire

- Conférence de société : environnement et maladies chroniques, par le Dr Jean David Zeitoun
- Les Equipes de Soins Spécialisés
- Comment mieux gérer son temps ?
- Ateliers : la cotation, l'accueil des internes au cabinet
- Table ronde : pourquoi et comment faire de la recherche en libéral ?
- Prévenir le burn out des soignants



WEBINAR GESTALIB

WEBINAR PLURIDISCIPLINAIRE

MARDI 12 MARS de 20h00 à 21h00

GESTALib

En ville, à l'hôpital, ou les 2...
Aujourd'hui et demain...

Comment *(mieux)* ?
accompagner nos patientes
atteintes de diabète gestationnel

...pour discuter de l'accompagnement
coordonné de vos patientes :

Enjeux du
diabète gestationnel



Modèles de
prise en charge



Recours à la
télésurveillance



Dépistage
post-partum



- Gwenaëlle Abiven Lepage, endocrinologue libérale
- Marine Driessen, gynécologue
- Emmanuelle Lecornet Sokol, endocrinologue libérale
- Gilles Petit, médecin généraliste
- Anne Vambergue, endocrinologue hospitalier



REPLAY DISPONIBLE





PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

Le sujet des perturbateurs endocriniens devient très présent dans notre quotidien et les questions des patients se multiplient. Alors qu'ils se tournent vers nous, en tant qu'endocrinologues, nous n'avons pas toujours à disposition des moyens permettant de leur apporter des réponses simples et des solutions applicables. La Fenarediam s'est emparé du sujet et vous propose une série de courtes vidéos, où des experts vous proposent des mises au point et des outils à utiliser en consultation auprès de vos patients. Fertilité, puberté, périnatalité, thyroïde, diabète... autant de sujets que notre collègue Julie Sarfati, endocrinologue à Paris, aborde avec les experts. N'hésitez pas à visionner ces vidéos et à les diffuser à vos collègues professionnels de santé.

#1 c'est quoi les PE ?



#6 PE et thyroïde



#2 PE et périnatalité



#7 PE et iode



#3 Comment parler des PE aux enfants ?



#8 PE et puberté précoce



#4 PE et infertilité féminine



#9 outil de prévention aux PE pour les patients



#5 comment éduquer les patients aux PE ?



#10 PE et infertilité masculine



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

ÎLE-DE-FRANCE

LE GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCILIEN

RECRUTE

Pour le service Endocrinologie -
Diabétologie - Métabolisme

Deux Praticiens Hospitalier temps plein
**EN ENDOCRINOLOGIE -
DIABÉTOLOGIE**

Pour le
site de Meaux



PRÉSENTATION DU GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCILIEN

Le GHEF est un nouvel établissement né le 1^{er} janvier 2017, de l'union de 3 établissements de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et Psychiatrie du Nord Seine-et-Marne : les centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux et de Marne-la-Vallée. Le GHEF s'est agrandi au 1^{er} janvier 2019 avec l'intégration du centre hospitalier gériatrique de Jouarre.

Le GHEF repose sur une ossature médicale unique : 12 pôles de soins de territoire, 3 fédérations de territoire et 3 départements intrapolaires.

Ils constituent un établissement fusionné de premier plan, le plus grand hôpital public français hors Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Ce nouvel établissement est composé de 6 sites hospitaliers sur les communes :

- de Meaux (sites Orgemont et Saint-Faron),
- de Jossigny (site de Marne-la-Vallée),
- de Coulommiers (sites Abel Leblanc et René Arbeltier),
- de Jouarre (site gériatrique de Jouarre) et ne compte pas moins de 40 sites extra hospitaliers.

Il est composé de 2000 lits et places, répartis sur 130 services de soins et unités médicales dans lesquels exercent 900 médecins et internes et 5200 autres professionnels de santé.

MISSIONS

- Service doté d'un programme d'éducation thérapeutique.
- Prise en charge diabète Type I et II (insulinothérapie fonctionnelle, pompe à l'insuline en boucle ouverte et fermée).
- Transition avec les 2 services de pédiatrie de Meaux et Marne-La-Vallée.
- Travail en équipe sur 2 unités : HDS et HDJ, équipe constituée de 5,5 PH Temps plein site de Marne-La-Vallée et Meaux.
- Pas d'obligation de gardes nuits et WE.



CONTACTS

Adresser lettre + C.V. au chef de service Dr Ibrahim HAMADEH - Mail : ihamadeh@gmail.com



OUTRE-MER





LE CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL GASTON BOURRET EN NOUVELLE-CALÉDONIE

RECRUTE ASSISTANT HOSPITALIER EN ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES MÉTABOLIQUES

Dr Thierry DE GRESLAN - thierry.degreslan@cht.nc





**LES DOSSIERS
DE CANDIDATURES SONT
À ADRESSER AUX AFFAIRES
MÉDICALES PAR MAIL :**
Madame Véronique BRUNNER :
veronique.brunner@cht.nc



Profils des postes à consulter sur le site du CHT
www.cht.nc

NOUVEAU CLE CABRIOLET

Découvrez-le chez
CEA & ETOILE 03



Mercedes-Benz



CEA AUBIERE : 04 73 15 16 17 - VICHY : 04 70 30 92 20
ETOILE 03 MONTLUCON : 04 70 08 31 31 - MOULINS: 04 70 46 63 03

Nouveau CLE Cabriolet | Consommations : 4,9-8,5 l/100 km (cycle combiné WLTP) ; Émissions de CO₂ : 130-192 g/km (cycle combiné WLTP). RCS 321 761 686 - CLERMONT FERRAND.



Pour les trajets courts, privilégiez la marche ou le vélo. #SeDéplacerMoinsPolluer