

Récit du début d'apprentissage du métier de médecin Tanguy Veret

Pour finir mon cursus universitaire de médecin généraliste, je vais essayer de vous rendre compte de l'apprentissage que j'ai fait au cours de mes études de médecine.

Mon internat de médecine générale à Grenoble a commencé par un stage aux urgences de Chambéry, puis je suis allé en pédiatrie-gynécologie à Voiron, en UPL (Unité Pédagogique Locale) à La Murette avec les Drs Ramponneau et Baude, en médecine légale au CHU, en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) avec les Drs Lagabrielle, Vaillant, Allemand et Menon pour finir ce semestre en projet personnel au centre de santé du quartier Abbaye-Jouhaux et à l'hôpital de jour de psychiatrie de la MGEN.

Mais mon apprentissage du métier de médecin généraliste/de famille a commencé avant. Ma première année de médecine consista quasi exclusivement en du bachotage pour le concours, bien que j'ai malgré tout découvert et été émerveillé par l'extraordinaire organisation du vivant, sa complexité, que m'ont donné à appréhender les cours de biologie cellulaire. J'ai aussi découvert avec les cours de sciences humaines et sociales l'anthropologie médicale, les parallèles entre la phylogenèse et l'embryogenèse humaine, quelques réflexions sur la génétique et en particulier sur les écueils fréquents et faciles de la causalité en génétique. Quelques éléments historiques d'éthique médicale nous ont également été transmis sous la forme d'un cours de morale à ingurgiter pour le régurgiter le jour du concours. Ce n'est que de nombreuses années plus tard, en débutant mon internat, que j'ai eu quelques réminiscences de ces cours en redécouvrant notamment Paul Ricoeur dans ses travaux sur l'éthique et Georges Canguilhem en lisant le normal et le pathologique. Il me semble d'ailleurs dommage que ce livre qui fut une thèse de médecine et qui ouvre une réflexion riche sur la question du normal et du pathologique, si importante en médecine ne soit pas étudié ou plus chaudement recommandé pendant nos études.

Arrivant en 2ème année, je suis « rentré » dans l'associatif, ce qui m'a apporté énormément tout au long de mes études de médecine, m'a permis de penser la médecine, la santé publique, l'éthique, la pédagogie, l'animation, en passant par des chemins détournés, mais plus sûrement qu'au sein des études de médecine. Ce fut également un exutoire permettant de s'évader des études. Ce parcours associatif a commencé par un projet de solidarité internationale, correspondant à ce qu'on pourrait appeler un micro-projet de développement de coopération Nord-Sud bilatérale. Cela m'a amené avec d'autres étudiants investis dans l'associatif et en interaction avec d'autres réseaux associatifs, professionnels de l'humanitaire, de la solidarité internationale, anthropologues, animateurs et autres, à réfléchir sur l'humanitaire, l'aide au développement, la santé publique, les migrations, à essayer de les penser de façon systémique pour essayer de comprendre quels impacts peuvent

avoir tels ou tels phénomènes sur d'autres. A côté de ces réflexions, j'ai appris dans l'associatif à administrer une association, à animer un groupe, à travailler des programmes pédagogiques, à monter des budgets, à analyser de manière critique, à travailler collectivement. Ces savoir-faire me semblent toujours à retravailler et en particulier quand on change de contexte car ces qualités ne sont pas adaptables à chaque situation, à chaque culture dans laquelle on est amené à réaliser ces actions.

A côté de ce parcours associatif, j'apprenais l'anatomie, la physiologie, la sémiologie, la pathologie, la thérapeutique et découvrais progressivement le monde hospitalier (puisque c'est comme cela qu'on l'appelle), en fait seulement le monde hospitalo-universitaire. Comme à côté de ces études, j'étais amené à essayer de penser dans le travail associatif, j'ai, avec d'autres, notamment réfléchi un peu aux notions de sujet, de subjectivité, d'objet et d'objectivité, d'objectivation, de norme et de normativité, de technique et de relation, et aux places qu'occupent ces éléments dans notre quotidien. Et comme mes compagnons de l'associatif de solidarité internationale, j'ai dû me rendre compte de la réification des patients et des soignants à l'hôpital. Cette déshumanisation du soin et de la médecine faisant souffrir les patients mais aussi les soignants qui résistent et/ou développent les défenses qu'ils peuvent, qui souffrent, se retrouvent en « burn-out », se suicident, pour un certain nombre.

J'étais la dernière promotion de ma fac à ne pas pouvoir faire de stage en médecine générale (sauf une option avec une demi-journée chez un médecin généraliste et je ne l'avais pas prise). Au moment de choisir mon internat, je ne savais donc pas ce qu'était la médecine générale. Je voulais avoir une approche transversale, ouverte. J'avais pensé à la médecine interne, à la pédiatrie, aux soins palliatifs. Par peur de me faire avaler par l'hôpital, pour continuer à ouvrir plutôt que fermer mon horizon (vers la ville, les hôpitaux périphériques, cette spécialité que je ne connaissais pas) et par envie d'une médecine simple et proche des gens, j'ai choisi l'internat de médecine générale et suis venu à Grenoble.

En débutant mon internat aux urgences de Chambéry, j'ai découvert ce qu'était endosser la responsabilité de son travail, de sa prescription. Toujours sous responsabilité d'un « senior » mais avec l'initiative du diagnostic et du traitement sans vérification systématique. Il s'agissait d'appliquer en pratique les raisonnements que j'avais appris théoriquement et auxquels j'avais un peu participé concrètement en tant qu'externe. Il fallait réapprendre à penser en situation, en action. L'ambiance de travail était bonne, les médecins disponibles et travaillant en bonne harmonie avec les aides soignantes, infirmières, brancardières.

J'ai appris beaucoup de choses, à interpréter une radio d'urgence, à améliorer mon diagnostic traumatologique et médical d'urgence, à gérer l'incertitude en contexte d'urgence, à réaliser un plâtre, à réduire une luxation, à traiter un ongle incarné, à me perfectionner en sutures, à manier l'antalgie, à éliminer les urgences vitales, à faire des ponctions lombaires, à remplir des certificats d'accident de travail, d'arrêt de travail, à faire des certificats descriptifs initiaux.

Ayant eu à traiter de nombreuses coliques néphrétiques et à la suite d'une

discussion en GAC (groupe d'acquisition de compétences), j'ai fait une petite recherche sur le traitement des coliques néphrétiques. Après le séminaire sur faire une recherche documentaire (rapidement), j'ai pris l'habitude d'utiliser quelques sites internet pour obtenir des informations rapides sur une question clinique. J'utilise souvent le cismef, le drefc qui renvoie vers des conférences de consensus en fonction de la pathologie concernée. J'ai trouvé des réponses pour ma recherche sur la colique néphrétique dans les documents suivants :

<http://rms.medhyg.ch/numero-228-page-2457.htm>

revue médicale suisse, prise en charge en urgence colique néphrétique

<http://rms.medhyg.ch/numero-228-page-2462.htm>

revue médicale suisse, attitude en cabinet

conférence consensus actualisée 2008 Société Francophone d'Urgences Médicales

Au delà des éléments à réunir pour le diagnostic, des examens à réaliser (ASP-echo ou TDM, avec particularités en fonction des contextes comme pour une femme enceinte, un insuffisant rénal, en fonction de la gravité), des traitement de la crise (AINS, en particulier ketoprofène seul ayant l'AMM par voie IV, Morphine si besoin, plus ou moins chaleur sur la zone douloureuse), une question se posait par rapport à l'utilisation des alpha bloquants, pratique usuelle chez les urologues de l'hôpital. J'ai trouvé qu'il y avait peu d'intérêt et un faible niveau de preuve. Ma conclusion de l'époque transmise en GAC était celle-ci : le gain d'expulsion semble peu important, les auteurs de la méta-analyse sont dubitatifs quant à la qualité des études et au biais de recrutement.

Pour moi ça ne tombe pas sous le sens dans tous les cas, 70% d'expulsion spontanée pour calculs < 5mm. Eventuellement entre 5 et 10mm puisqu'on descend à 50% d'expulsion spontanée..

Le grade A (niveau de preuve) exprimé à la fin du paragraphe repose sur le fait qu'il s'agisse d'une méta-analyse mais si les études retenues sont de qualité moyenne, peut-on s'y fier réellement?

Par la suite, pour mes recherches documentaires, j'ai eu tendance à plus utiliser la revue Prescrire à laquelle je me suis abonné, seule revue dont on est sûr de l'indépendance vis à vis des laboratoires pharmaceutiques.

Cela me fait penser que pendant ce stage aux urgences, j'ai été soumis aux assauts des visiteurs médicaux à coups de petits-déjeuners. Bien qu'ayant déjà un peu réfléchi à la question à l'époque, je me suis laissé attaquer à coup de pains au chocolat par les représentants de doliprane et consorts. J'ai par la suite refusé les cadeaux des laboratoires et poursuivi la réflexion dans différents contextes.

Je n'aime pas travailler aux urgences. Je n'ai pas aimé le cadre maltraitant pour nombre de patients, je n'aimais pas face à un patient présentant un symptôme, devoir éliminer l'urgence type infarctus ou embolie pulmonaire puis dire au patient de retourner voir son médecin traitant, sans aller plus avant dans l'analyse du problème ou l'élaboration d'un diagnostic. Je n'aimais pas travailler dans ce service où apparaissent de nombreux symptômes du dysfonctionnement de notre système de

soins. Malgré mes conditions de travail très confortables, l'ambiance sympathique, le fait d'apprendre plein de choses, j'ai été assez malheureux, voire dépressif. C'est ainsi qu'au moment du choix du stage suivant (ça devait être à un peu plus de 2/3 du stage), on nous a distribué un questionnaire pour une interne qui faisait sa thèse sur le burn-out. Et le questionnaire distribué nous testait pour le syndrome du burn-out. En écrivant mes réponses, je me suis dit que je devais probablement rentrer dans la case. Et j'avais honte de ne pas être pleinement satisfait de ce stage sympathique, formateur et si convoité...

Je pense aussi que le stress de l'urgence médicale potentielle, la peur de passer à côté de quelque chose et agir au plus vite pour faire chaque chose m'étaient particulièrement pénibles et en rapport avec ma très faible expérience. J'étais plutôt lent dans mes prises en charges. Même si j'ai progressé au cours de ce stage et des suivants, cela n'est peut-être pas mon point fort.

Il y a deux autres situations cliniques que je voudrais vous raconter parce qu'elles ont particulièrement compté pour moi. La première s'est déroulée vers midi. La psychiatre présente ce matin là aux urgences devait partir rapidement car elle était attendue pour travailler dans une autre structure. Il lui fallait donc me transmettre une patiente. Elle me « passa le bébé » si je puis dire (c'est l'impression que j'ai eue), presque dans le couloir, debout près de l'accueil des urgences, face à la patiente et sa sœur qui l'accompagnait. Elle me dit en quelques mots que la patiente était incapable de prendre une décision, qu'il fallait l'hospitaliser sur la demande d'un tiers et que sa sœur allait faire le tiers. Alors qu'elle me transmettait ses ordres, je voyais la patiente en question ouvrir la bouche pour essayer de dire quelque chose mais il me semblait que les choses allaient un peu vite pour qu'elle puisse s'exprimer. Je me retrouvais donc avec cette mission, cette patiente et sa sœur dans un box. J'essayai de comprendre la situation mais il me sembla que la sœur prenait également beaucoup de place par rapport à la patiente et je perçus en moi une série d'injonctions paradoxales imbriquées entre elles. On m'avait dit ce qu'il fallait que je fasse mais je ne voulais pas faire une chose sans la comprendre et y adhérer un minimum. Je voulais prendre le temps de discuter la situation avec la patiente seule et avec sa sœur mais j'avais à ma disposition un des 5 box de traumatologie et d'autres patients attendaient en salle d'attente. Je décidai donc d'appeler à l'aide un des seniors travaillant avec moi ce jour-là. Il me demanda ce qu'avait dit la psychiatre, et m'aida à remplir le certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers... Je n'ai pas particulièrement été fier de moi ce jour là.

L'autre situation eut lieu un dimanche matin. Les urgences étaient assez pleines, il y avait 2 ou 3 patients dans la salle de déchocage. Les pompiers arrivèrent avec un jeune homme de 20-25 ans pour qu'on l'examine et produise un certificat de non contre-indication à la garde à vue. Il avait été retrouvé dans une « free party », avait une plaie à l'arcade sourcilière gauche. Il faisait grand bruit, n'admettant pas la contrainte des pompiers, la façon dont ils voulaient le cadrer, la façon dont il était traité (comme un délinquant, il me semble). Je fus donc amené à m'occuper de lui et essayer de « gérer » la situation. C'était un jeune homme blond avec des dreadlocks, habillé avec un t-shirt et un pantalon sombres. Il avait une plaie nécessitant un ou deux points de suture. Personne ne semblait pouvoir l'approcher, il refusait qu'on l'approche. En même temps, il me semblait voir et entendre des attitudes jugeant cette

personne, l'infantilisant, le traitant comme un indésirable voire un nuisible. Je lui ai proposé tranquillement de l'examiner puis de lui faire son point de suture, ce qu'il accepta sans trop de difficulté. Nous nous installâmes dans un box de traumatologie. Il exprimait clairement être énervé par la façon dont on le traitait, il disait « mais je suis pas ce que vous pensez, j'ai fait des études (...) ». Une fois qu'on était tous les deux, il se calma, nous pûmes discuter un peu, je lui fis son point de suture. Mais il n'accepta pas qu'une autre personne entre et quand la porte du box s'ouvrait et qu'il voyait d'autres soignants, qui avaient eu et continuaient à avoir un regard jugeant sur lui, cela l'énervait. Quand je sortis du box, la plupart des soignants étaient impressionnés, ne comprenaient pas comment j'avais pu l'approcher et le calmer. Il partit quelques heures plus tard, calme. C'est probablement le souvenir dont je suis le plus fier dans mes études.

A côté de ce stage aux urgences, je commençais à participer à l'organisation de la JUMGEG (Journée Universitaire de Médecine Générale Grenobloise) 2011 avec le département de médecine générale et Aravis, le syndicat des internes de médecine générale grenoblois, ainsi qu'à organiser des ateliers de préparation et de débriefing autour des stages cours de médecine générale que font les étudiants externes.

Pour la JUMGEG, je participai au comité scientifique et apportai une petite contribution à l'organisation pratique le jour J.

Pour les ateliers pour les externes, j'ai travaillé avec Aravis (syndicat des internes en médecine générale de Grenoble), quelques internes volontaires et un ami avec qui j'ai travaillé dans l'associatif. Nous avons construit un programme pédagogique pour ces deux ateliers et préparé des mécaniques d'animation pour favoriser une discussion vivante et la construction de réflexions individuelles et collectives. J'ai utilisé des outils proches de ce qu'on pouvait utiliser pour accompagner des étudiants qui montaient des micro-projet de développement dans les associations de solidarité internationale d'étudiants en médecine. Une partie de nos accompagnements consistaient à préparer au départ, à la rencontre de personnes d'une autre culture, à réfléchir sur sa place, sa culture, ses représentations de soi, de l'autre, etc. Une autre partie consistait à débriefer avec ceux qui revenaient de leurs projets à l'étranger. Je me dis que nous-autres étudiants en médecine ayant été formés au CHU pendant nos deux premiers cycles d'études, pouvions presque avoir une posture similaire dans l'univers médical vis à vis des médecins généralistes et qu'aller rencontrer un médecin généraliste chez lui (là où il travaille) pendant 10 demi-journées pouvait ressembler en certains aspects à un voyage à l'étranger et à la rencontre d'un étranger, dont on a simplement entendu parler dans divers contextes, parfois rencontré à titre personnel mais jamais pour travailler avec lui, en tant qu'étudiant ou que pair. J'ai donc organisé ces ateliers pendant mes trois années d'internat, les faisant un peu évoluer en fonction des retours et des réflexions que nous avions.

Pendant ce semestre, un ami organisa un week-end de rencontre et de réflexions autour de l'accès aux soins dans notre système de santé. Ce congrès devait se dérouler dans le cadre d'un réseau d'associations de solidarité internationale d'étudiants en médecine et se tenir à Lyon. En préparation de ce week-end, des groupes se sont formés parmi les participants pour préparer un travail sur une des thématiques par lesquelles nous allions traiter les questions de l'accès au soin. Six

thématiques étaient proposées : psychiatrie, idéologie de la santé publique, prison, précarité migrants sans-papiers, le service publique, vieillesse handicap dépendance. Je participai avec d'autres étudiants en 2ème, 3ème et 4ème année de médecine et pharmacie à un groupe sur l'accès aux soins en prison. En parallèle de notre groupe de réflexions sur cette question, je reçus des détenus aux urgences de Chambéry. C'est difficile pour tout le monde. Le patient arrive menotté et entravé, les gardiens veulent rester dans le box. Le détenu a pourtant droit d'être examiné sans menottes ni entraves et a droit à son intimité. Il nous faut donc batailler pour faire respecter les droits de la personne nécessitant des soins. Ce n'est pas facile pour les gardiens de prison non plus qui sont soumis à un règlement et à leurs responsabilités. Leur règlement s'affronte dans cette situation aux droits du malade et à l'éthique du soignant. Pendant ce stage, je me suis occupé personnellement de deux détenus et ce ne fut facile dans aucun des cas. Pour l'un des deux, je n'obtins pas le détachement de toutes les entraves, mon examen ne le nécessitant pas expressément. Pourtant il s'agissait d'un droit pour le patient, mais dans ce contexte d'urgence, de souffrance, de service d'urgence, de gardiens qui mettent la pression, il n'avait que peu de place dans la négociation. Il me semble que sa subjectivité ne pouvait qu'être occultée par le processus qui le réduit à l'objet de détenu malade à traiter et à ramener en prison. J'appris toutefois beaucoup par ces situations, à la fois sur ma façon de me positionner et sur la façon dont je pouvais le faire. J'en appris sur la prison, sur les représentations diverses sur les détenus et sur la peur que leur statut inspire. Sur le rejet ou la volonté de contrôle qu'induit souvent la peur de l'autre. Pendant cette année universitaire, j'ai aussi suivi le diplôme universitaire Santé Solidarité Précarité. Les séminaires de ce D.U. me permirent de rencontrer des professionnels de divers champs d'activités ayant à voir avec les problématiques de précarité. Les partages avec les étudiants du D.U. étaient tout aussi intéressants et il est dommage que le travail ne se soit pas plus appuyé sur la richesse des participants comme des intervenants.

Pour mon deuxième semestre, je suis allé à Voiron en Pédiatrie-Gynécologie. J'étais particulièrement satisfait de pouvoir faire de la pédiatrie avant d'aller en stage de médecine générale ambulatoire parce que j'avais fait mon stage de pédiatrie générale d'externe en pédopsychiatrie, ce qui fut intéressant mais m'apprirent peu sur la pédiatrie générale... En arrivant en pédiatrie à Voiron, il me fallut donc un petit temps d'adaptation pour me sentir relativement à l'aise, capable de prendre une initiative. Cela fut d'ailleurs remarqué par l'une des pédiatres qui me le dit a posteriori. Ce stage me permit d'apprendre beaucoup de nouvelles choses, en particulier à regarder un tympan, savoir-faire tout à fait nécessaire en médecine générale. Cet apprentissage se fit à tâtons, progressivement, avec les corrections et conseils des pédiatres, se poursuivit lors de mon stage suivant en médecine générale et se poursuit encore. J'apprirent à distinguer les signes de gravité devant alerter devant différentes pathologies pédiatrique (surtout fièvre, diarrhée-vomissements...), les signes de déshydratation, devant faire suspecter une infection plus sévère. Je pus confronter mon sens clinique de la gravité (dans des cas de maladies infectieuses) à un examen simple à disposition pour les cas limites, la CRP minute, même si cet examen complique parfois plus qu'il n'aide.

J'appris à réaliser une ponction lombaire sur un enfant. Il s'agissait d'un enfant de huit ans environ qui présentait un syndrome méningé. La ponction lombaire aura révélé un liquide clair lymphocytaire. La négativité de la PCR HSV nous permit d'arrêter le traitement par aciclovir et l'état de l'enfant s'améliora rapidement. J'appris surtout à prendre contact avec des enfants pour les examiner en les brusquant le moins possible, en jouant avec eux pour qu'ils nous apprivoisent.

Un cas que je présentai en GAC m'amena à faire une recherche sur la prise en charge d'un abcès péri-amygdalien, la place de l'amygdalectomie, la technique à utiliser préférentiellement, la différence entre phlegmon et abcès péri-amygdalien et comment les différencier en pratique. Je trouvai mes réponses principalement dans une revue sur la question parue dans la revue médicale suisse du 13/10/2004 (revue n°500) et des compléments de réponse dans « le médecin du Québec », volume 42, numéro 5 de mai 2007 et une conférence de consensus de la HAS de 2006 sur l'amygdalectomie. Il en sortait que cliniquement le phlegmon est difficile à distinguer de l'abcès, qui présenterait peut-être plus souvent un trismus, sans que ce soit formel et la meilleure façon de les différencier est de les drainer. Le diagnostic est clinique, bien que pour des enfants une TDM puisse aider en cas de doute lié à la difficulté de l'examen. Avoir moins de 30 ans, des antécédents d'angines répétées ou d'abcès péri-amygdalien sont des éléments qui indiquent une tonsillectomie bilatérale à chaud. L'absence de tous ces critères rend l'incision drainage plus intéressante avec possibilité de tonsillectomie élective en cas d'évolution non favorable à 48h.

Aux urgences pédiatriques, on peut parfois être surpris des motifs de consultations qui peuvent nous paraître triviaux, ne nécessitant pas une consultation, en tout cas pas au moment de la demande. On entend souvent des conversations de médecins qui se plaignent que les gens viennent pour rien, qu'ils abusent. On l'entend aux urgences adultes comme aux urgences pédiatriques mais c'est pendant mon stage en pédiatrie que je me fis particulièrement cette réflexion, suite à la perplexité d'un pédiatre prenant sa retraite. Il avait l'impression que ça avait changé au cours de sa pratique. Les gens viendraient aujourd'hui plus consulter pour des motifs « triviaux » qu'il y a 20 ou 30 ans. D'autres témoignages semblent converger vers cette impression. Pourquoi les gens viennent-ils consulter pour des motifs qui ne nous semblent pas nécessiter une consultation ? Manquent-ils d'éducation ? Sont-ils idiots ? Je me demande s'il ne s'agit pas d'un effet structurel de la place qu'occupent les médecins, les institutions de soins par rapport aux questions de santé dans notre société. L'avènement de la science toute puissante, l'accaparement des questions de santé par l'institution médicale, faisant la guerre aux savoirs populaires plutôt qu'un travail de rapprochement culturel et de travail commun sur les questions de santé et de soins quotidiens. Des personnes dépossédées de toute possibilité d'initiative en matière de santé en dehors de l'institution médicale se donnent donc parfois en objet de la médecine pour le moindre problème du quotidien, d'autres se mettent en opposition et remettent tout en question parfois en allant chercher d'autres outils ailleurs. Evidemment, ce n'est qu'une proposition de réflexion sur ces questions.

Du côté gynécologie, mon activité concernait les suites de couches à la maternité, ce qui me permit de commencer à réfléchir la question de la contraception, que j'ai exploré un peu plus ensuite par quelques recherches, lectures, discussions avec des amies et amis particulièrement investies sur le sujet. Dans ce cadre-là, il

s'agissait particulièrement de la contraception du post-partum. Certaines patientes avaient prévu de reprendre leur contraception habituelle avec leur gynécologue lors de la visite à 4 semaines de l'accouchement environ. Il s'agissait souvent d'une pilule oestro-progestative, parfois d'un dispositif intra utérin (DIU). Si la patiente n'avait pas d'idée particulière sur ce qu'elle ferait, l'usage du service était souvent de proposer les pilules micro-progestatives (en attendant la visite post accouchement) desogestrel (cerazette®) et levonorgestrel (microval®), en particulier en cas de risque thrombo-embolique élevé. Le desogestrel est plus cher et n'est pas remboursé alors que le levonorgestrel l'est. Le desogestrel est censé permettre un retard de prise jusqu'à 12h alors que le levonorgestrel ne tolère que 3h maximum de retard de prise. Au delà de ce délai un autre moyen de contraception doit être utilisé pour 7 jours en continuant la prise de la pilule micro-progestative. La recherche d'information que j'ai faite sur cette question est arrivée malheureusement un peu tard par rapport à mon stage. J'ai cherché des informations sur le site de Prescrire (revue Prescrire, février 2006/tome 26, n°269, p.105) par son moteur de recherche et il semblerait que ce supposé délai de retard possible repose sur une seule étude prospective sans aveugle avec assez peu de patientes. Cette donnée est donc assez incertaine. Pousser les patientes en post-partum à prendre le desogestrel non remboursé ne repose donc pas sur des éléments fiables. D'autant que le desogestrel présente un risque embolique plus important que le levonorgestrel (en association avec un oestrogène en tout cas).

J'ai pu aussi aller en consultation de gynécologie avec plusieurs gynécologues différents, au cours desquelles j'ai pu apprendre à réaliser un frottis cervico-vaginal. J'avais la volonté de suivre quelques accouchements dans l'idée de ne pas être désemparé en cas d'accouchement inopiné loin de l'hôpital au cours de ma pratique (cela serait de plus en plus rare, bien qu'avec les fermetures des maternités de proximités, il semblerait que l'on voit des accouchements dans des voitures ou sur des parkings plus souvent). Malheureusement, je n'ai pas pu accompagner un accouchement, même en étant revenu après mon stage sur un ou deux jours de repos. C'est au cours de ce semestre que je m'abonnai à Prescrire et Pratiques, une revue indépendante sur les médicaments et une revue indépendante de fond sur des problématiques de santé et de société.

Mon troisième semestre fut mon premier stage de médecine générale. J'allais enfin découvrir sous un certain jour le métier vers lequel je m'étais engagé. J'ai fait ce stage dans l'unité pédagogique locale de La Murette avec les Drs Ramponneau et Baude. Ils travaillaient tout deux dans une maison médicale avec une troisième médecin. Le cabinet médical était adossé à un cabinet de kinésithérapeutes et à une pharmacie. Sortir de l'hôpital fut pour moi un soulagement. J'étais ravi de découvrir une pratique de médecine ambulatoire. Jean-Pierre Ramponneau étant installé depuis plusieurs dizaines d'années, a une patientèle principalement ancienne. Je découvris les relations proches qu'il avait avec ses patients. Nous discutons souvent de ce que bien connaître ses patients depuis longtemps peut induire. Ce que ça apporte pour appréhender plus justement la personne, ses symptômes, la thérapeutique à mettre en place et ce que ça peut comporter comme risque également de passer à côté d'un problème grave par habitude à certains symptômes. Nicolas Baude a une patientèle un peu plus jeune avec plus de pédiatrie et de gynécologie, m'a-t-il semblé. Il s'est

beaucoup investi pour que je puisse voir, apprendre et faire le plus de choses possible pendant mon stage et qu'on puisse en discuter.

J'ai pu assister à 2 poses de dispositifs intra-utérins, bien que je n'ai moi-même pas eu l'occasion de le faire. Je pus faire des sutures au cabinet, notamment ce jour où un patient arriva en urgence après s'être fait une plaie importante de la main en travaillant dans son jardin. Son vaccin anti-tétanos était à jour et comme nous avions le matériel et une petite salle d'urgences, j'ai pu m'occuper de sa plaie. Je fis un bloc anesthésique local du nerf médian car la plaie se situait face palmaire en partie au niveau de l'éminence thénar.

Il me semble que j'ai bien progressé en clinique durant ce stage. Mes deux maîtres de stage faisaient des examens cliniques attentifs et rigoureux, et j'appris beaucoup et approfondis en particulier sur le plan de l'examen locomoteur. Jean-Pierre Ramponneau ayant une formation et une pratique de manipulations rachidiennes ainsi que de médecine du sport et Nicolas Baude étant aussi rigoureux dans l'examen clinique, j'appris à bien examiner les rachis, les articulations et les muscles des mes patients, ce que je n'avais jamais appris à l'hôpital et qu'il est très difficile, voire impossible d'apprendre dans des livres. Et je pus, comme je l'envisageais depuis trop longtemps, réviser une partie de l'anatomie progressivement.

J'ai commencé à appréhender ce que pouvait être le suivi de personnes au long cours, que ce soit pour des maladies chroniques, pour des difficultés psycho-sociales, pour des petits problèmes de la vie quotidienne parsemés sur une longue période, pour des soins palliatifs, des traitement de substitution.

Il y eut cette femme enceinte au premier trimestre qui consultait pour un reflux gastro-oesophagien. J'avais déjà vu prescrire du gaviscon® = Alginate + Bicarbonate de sodium à de multiples reprises chez des femmes enceinte mais j'ai voulu vérifier sur le site www.lecrat.fr qui me semble être une bonne référence pour s'assurer de ce qu'on peut prescrire pendant la grossesse et l'allaitement. Il se trouve que ce médicament n'était pas répertorié sur la base de donnée du site. J'ai donc écrit un courriel au responsable du site qui m'a répondu quelques jours plus tard qu'il manquait effectivement ce médicament sur leur site et qu'il n'y avait pas de problème pour le prescrire à une femme enceinte.

Il y eut ce patient que je vis plusieurs fois avec son médecin. Il venait très régulièrement car il avait un traitement substitutif par méthadone. Il était suivi en parallèle de son médecin généraliste par un psychiatre qui gérait son traitement psychotrope. Le patient et son médecin se connaissaient bien et les consultations auxquelles j'ai assisté et participé m'en ont appris beaucoup sur une relation médecin-patient possible. Il y eut une consultation où le patient, M. H., donna à son médecin l'adresse internet pour regarder le dernier court-métrage qu'il avait réalisé. C'était à la fois un partage sympathique et l'adresse à son médecin d'une mise en scène qui exprimait beaucoup sur sa situation et sa façon de la vivre. Il y eut une autre consultation qui m'a particulièrement marquée. Au cours de la consultation, M. H. met en question son traitement, une discussion suit sur ce que fait le traitement, ses désagréments, son utilité... Le ton monte un peu jusqu'à l'interjection du médecin vers le patient : « Mais enfin, H. ! » M. H. s'offusqua : « Ah non, ne m'appelez pas par mon nom, sinon moi aussi, je vous appelle par votre nom. » Ce à quoi le médecin répondit : « Pourquoi pas. Si vous voulez. » Et la situation se désamorça. Il me

sembla que la conversation reprit avec d'autant plus de vérité de la part du patient et de compréhension de la part du médecin. Il m'a semblé que la confiance de M. H. reposait notamment sur le fait que la relation qu'ils avaient était sincère, sans faux semblants. Il ne s'agissait bien entendu pas d'une relation symétrique, mais d'une relation assez équilibrée dans laquelle chacun pouvait dire ce qu'il avait à dire et l'autre semblait l'entendre.

Je découvris aussi pendant ce stage le suivi d'enfants qui grandissent, bien que mon stage n'ai pas été assez long pour que je vive réellement un suivi au long cours. Je le vis notamment lors de consultations pour des enfants dont les parents avaient été suivis enfants par mon maître de stage.

J'appris l'importance d'avoir des correspondants spécialistes que l'on connaît, que l'on peut appeler pour une question ponctuelle, à qui on peut adresser facilement nos patients en cas d'urgence, en ville comme à l'hôpital. J'ai d'ailleurs été suivre la consultations de divers soignants, aux alentours de La Murette. J'ai été voir une pédiatre avec qui j'avais travaillé à Voiron, un ORL avec qui j'avais également un peu travaillé à Voiron en lien avec le service de Pédiatrie, les kinésithérapeutes et les pharmaciennes voisines, une acupunctrice, un homéopathe, un médecin en prison. J'ai trouvé ces journées très enrichissantes. Il me semble toujours intéressant de s'ouvrir à ce que font les autres, de manière à se décentrer et se donner des éléments pour toujours penser et repenser sa propre pratique. Cela permet aussi de découvrir ce que font les autres et avoir la possibilité d'éventuellement adresser des patients en fonction des situations. Je pense que j'essaierai de faire cela dans ma pratique une fois installé ou au moins de mettre en place un échange.

Ils faisaient tout deux beaucoup de visites à domicile et je pus en faire beaucoup avec eux puis seul que ce soit à domicile, en maison de retraite et même voir quelques patients de Jean-Pierre Ramponneau avec lui à l'hôpital. J'accompagnai quelques situations palliatives à domicile comme ce monsieur atteint d'un cancer ORL qu'on allait voir toutes les semaines à son domicile. Il suivait une radiochimiothérapie, avait une sonde nasogastrique à domicile pour l'alimentation et il continuait à manger quelques bouchées par ailleurs. Un de ses principaux problèmes était l'inconfort généré par les sécrétions respiratoires hautes. Nous l'accompagnions en prenant contact avec les équipes hospitalières pour faciliter les conditions de traitement, les horaires de traitement. Nous modulions les hypersécrétions par un traitement par scopolamine transdermique et par corticothérapie. Nous essayions de soutenir son épouse en discutant avec elle, en se rendant disponible. Pour mieux supporter la situation, il semblait qu'elle avait besoin de se rendre active pour son mari. Il me semble que la régularité des visites, la disponibilité en cas de besoin à tout moment rendaient les choses plus confortables pour le patient et son épouse.

Pendant cette année universitaire, j'avais commencé le D.I.U. en soins palliatifs qui me permettait de travailler de nombreuses questions autour de la démarche de soin, l'approche de la personne en tant que médecin, soignant, d'acquérir des savoir-faire techniques pour calmer les différents symptômes difficiles à soulager en fin de vie. Il me semble que les réflexions menées sur la démarche de soin et l'approche de la personne ne sont aucunement spécifiques aux situations de fin de vie mais ces problématiques se posent d'autant plus voire s'imposent d'autant plus dans les situations critiques. Elles se posent donc de façon évidente dans les contextes

complexes de fin de vie, mais également même si c'est de manière un peu différente en psychiatrie, aux urgences, en réanimation. D'ailleurs, c'est ainsi que s'est développé le mouvement des soins palliatifs. L'accompagnement en fin de vie a toujours été et s'est formalisé sous différentes formes au cours de l'histoire mais en tant que soins palliatifs, c'est à partir des 70s et surtout 80s que le mouvement et la réflexion sont parties. Il ne s'agissait à ce moment nullement d'une spécialité. Dans le contexte complexe d'alors comprenant notamment le développement des plateaux techniques et des CHU en France, des soignants travaillant dans différents domaines ou spécialités et confrontés à des situations de fin de vie complexes ont eu besoin et envie de se retrouver et se retourner sur leurs pratiques. Alors que l'approche par spécialité avait tendance à parcelliser les personnes, une réflexion plus large s'imposait à certains face aux situations de fin de vie. Personnellement, je perçois cette approche comme un effort pour penser la démarche de soin en prenant compte les différentes dimensions de la personne, de les réfléchir ensemble, de travailler collectivement, collégialement, de manière pluridisciplinaire, une pluridisciplinarité équilibrée. Il s'agissait simplement de travailler l'éthique du soin, en partant de situations spécifiques, qui ont donc nécessité également de développer des savoir-faire techniques spécifiques. J'ai l'impression que pour exister, être visible et se développer, le mouvement des soins palliatifs a dû ou cru devoir s'ancrer d'abord dans les CHU. Il me semble qu'insidieusement, au lieu de travailler principalement à transmettre une culture de l'éthique du soin proche de la personne et de son entourage, le mouvement des soins palliatifs s'est structuré comme une nouvelle spécialité médicale, courant à la publication et à l'innovation pour justifier son existence. Ses représentants devenant souvent dans les CHU des experts sollicités pour procéder à l'audit d'une situation, pour donner un avis d'expert. Beaucoup essaient malgré tout de transmettre un peu de leur démarche mais c'est devenu marginal. L'activité débordante des services spécialisés qui font appel à eux ne leur laisse le plus souvent pas le temps de travailler les questions soulevées, c'est donc d'un avis spécialisé technique dont ils pensent avoir besoin (qu'il s'agisse de technique physique, relationnelle, ou organisationnelle) et d'un regard extérieur au service, ce qui me semble en revanche souvent nécessaire.

A La Murette, j'ai suivi une dame à domicile avec l'un des maîtres de stage et ce qui s'est passé me pose encore beaucoup question. Cette femme avait 80 ans environ. Elle ne présentait pas de traitement quotidien ni de maladie chronique connue. Elle m'était décrite par son médecin comme une femme encore bien vive pour son âge, qui allait jusqu'à l'année dernière passer une partie de son été à Cannes. Elle avait trois filles, dont l'une était plus proche que les autres. Je suis d'abord allé voir cette dame sur la demande de sa fille pour un problème de confusion qui inquiétait sa fille. Il était tout à fait possible d'avoir une discussion cohérente avec cette dame. Elle était malgré tout imprécise sur les dates et quelques incohérences émergeaient dans son discours. En l'auscultant, je retrouvai un petit foyer de crépitation au niveau de la base droite. Il n'y avait pas d'autre élément significatif lors de son examen clinique. Faut-il l'hospitaliser ? En tout cas, elle ne le veut pas. Elle est très claire là-dessus. Elle me dit même que si elle va à l'hôpital, elle n'en ressortira pas. J'essaie de la rassurer, en vain. Elle ne veut pas non plus aller faire de radio en ville. Je décide donc avec l'accord de son médecin de mettre en place une antibiothérapie à

domicile et de suivre l'évolution. Je lui prescris donc de l'amoxicilline ou de l'amoxicilline + acide clavulanique à la dose de 1g x 3 par jour pour 7 jours. La situation sembla rentrer dans l'ordre mais l'une de ses filles nous rappela ensuite pour le même problème, peut-être 3 à 4 semaines plus tard. Il me semble qu'entre temps, son médecin traitant ou moi étions retourné constater l'amélioration et la disparition du foyer, mais je ne suis plus tout à fait sûr. En la revoyant, je constate à peu de chose près la même chose que la fois d'avant. Elle est toujours aussi sûr de ne pas vouloir aller à l'hôpital et si elle y allait, elle n'en reviendrait pas. J'essaie de la rassurer, de la convaincre parce que ça commence à faire beaucoup. Elle est tout à fait cohérente, toujours les mêmes types d'imprécisions, qui pourraient paraître tout à fait normales chez une personne âgée, débutant peut-être une maladie d'Alzheimer. Et n'ayant connu la patiente que dans cet état, je ne peux constater formellement la rupture avec l'état antérieur. J'en conviens cependant d'après la description de son médecin. J'obtiens qu'elle fasse une imagerie pulmonaire avec l'aide de sa fille et une biologie mais elle refuse toujours d'aller à l'hôpital. Ses filles voudraient qu'elle soit hospitalisée, cela me rassurerait mais elle refuse catégoriquement. Il me semble que nous avons remis une antibiothérapie en attendant les résultats pour ne pas laisser la situation dégénérer. Il me semble avoir mis de l'amoxicilline à la dose de 6 g par jour pendant 8 jours suspectant un pneumocoque de sensibilité diminué à la pénicilline, étant donnée l'antibiothérapie prise moins d'un mois auparavant. Quelques jours après, elle n'avait toujours pas fait son imagerie et j'eus à intervenir chez elle en urgence. Pour la première fois, ses trois filles étaient présentes. La patiente était en détresse respiratoire. Je retrouvai un foyer important au niveau du poumon droit, sa saturation en oxygène était à 85%. La biologie réalisée retrouvait un syndrome inflammatoire important. La patiente ne souhaitait toujours pas aller à l'hôpital pour les mêmes raisons mais dans l'urgence de la situation et la présence des filles, j'organisai l'hospitalisation en urgence avec un transport en ambulance. La patiente fut donc emmenée à l'hôpital où on l'attendait. Et le lundi matin, j'appris qu'elle était décédée en gériatrie... Elle avait raison, elle est allée à l'hôpital et n'en est pas sortie. Et je lui avais dit que ça allait bien se passer... Cette histoire m'a bien travaillé et pose un certain nombre de questions. Fallait-il considérer dès le début que la patiente n'était pas en mesure de formuler son consentement du fait de sa confusion fruste ? Malgré tout, j'avais face à moi une femme tout à fait cohérente, exprimant son jugement et son opinion de façon claire. Et si son consentement était valable, pourquoi ne l'avons-nous pas respecté au bout du compte ? En raison de l'urgence vitale ? En raison de la présence de la famille ? Parce que nous n'avions pas discuté au préalable des tenants et aboutissants de la situation avec la patiente et sa famille ? Avons-nous négligé la gravité potentielle de la situation ? Je pense que pour que la situation soit plus satisfaisante, il aurait fallu discuter la situation dès le début avec la patiente et ses filles. Seulement lors du premier épisode, sa fille la plus proche était en vacances et donc non disponible. Peut-être aurait-il fallu, avec l'accord de la patiente, organiser une discussion entre médecin, patiente et fille(s) afin de discuter des désirs et peurs de chacun chacune, des risques à envisager, afin de permettre à la patiente de prendre sa décision et de l'accompagner au mieux. Une telle discussion nécessiterait peut-être plus d'une personne (peut-être pas seulement le médecin traitant) pour animer/modérer la discussion et s'assurer de l'écoute de chacun, de la

place qu'occupe chacun par rapport à la patiente, première concernée.

Pendant ma première année d'internat, par le truchement de nombreux facteurs, j'ai beaucoup pensé à faire valoir mon droit au remord vers la psychiatrie. Notamment en raison de l'intérêt particulier que je portais aux problématiques soulevées par la psychiatrie, par sa place dans la société et par les différentes pratiques qui prennent place en son sein, mais également aux interactions interindividuelles, de groupes, à leurs déterminants, leurs effets, les structures et organisations qui en résultent. Et à la fois la parole et le travail en groupe m'intéressaient et m'intéressent toujours beaucoup comme outils de travail. Ce stage me permit de découvrir la médecine générale et me permit avec d'autres éléments, de me projeter vers ce qu'elle pourrait être pour moi, me permettant, je pense, de continuer à travailler ce qui m'attirait dans la psychiatrie et la psychologie.

Après ce premier stage en médecine générale, je dus faire mon stage au CHU. J'allai en médecine légale. Le « recrutement » y était connu pour être diversifié, accueillant de « l'aval » des urgences, des personnes en soins palliatifs, des patients relevant de la psychiatrie en « milieu ouvert », en particulier pour des problèmes de toxicomanie, de dépressions et de tentatives de suicides (parfois en post-réanimation).

En arrivant dans le service, je fus assez surpris et heurté par le terme qui me désignait désormais, celui de somaticien... Travailler au CHU fut intéressant, me permit d'apprendre plein de choses, d'être face à des situations variées et formatrices, bien que certains éléments du cadre de travail furent pénibles. Le fonctionnement de l'hôpital étant désormais soumis à un fonctionnement visant la soi-disant rentabilité déterminée par la cotation à l'acte, et les durées moyennes de séjour étant déterminées au préalable pour les soi-disant groupes homogènes de patients, chaque service tend à être harcelé pour et obnubilé par ses durées de séjours, ce qui induit des pressions permanentes dans les équipes et des choix parfois délétères pour les patients, l'hôpital n'ayant plus du tout (ou presque plus) une mission d'hospitalité. Cela me semble également impacter les relations entre les services dont les fonctionnements subordonnés aux budgets subordonnés aux actes et aux durées de séjours interdisent de s'occuper de certains patients dont on sait qu'ils vont faire baisser la moyenne du service. La concurrence et la compétition s'installent donc insidieusement, bien que chacun fasse des efforts pour faire son travail « en âme et conscience », déontologiquement, en bonne intelligence avec ses collègues. Le vice me semble être structurel, les bonnes volontés ne suffisent donc malheureusement pas... Il y aurait encore beaucoup à dire sur les conditions de travail, la place qu'occupe chacun dans l'organisation, la chape hiérarchique nécessaire à faire tenir cet édifice de plus en plus bancal, hiérarchie non dénuée d'effets délétères pour les soignants comme pour les patients, mais ce n'est pas l'objet de mon travail.

J'eus à accompagner plusieurs patients et patientes en fin de vie, souvent pour une pathologie cancéreuse. L'un de ces patients avait 60 ans environ, était atteint d'un cancer pulmonaire à un stade avancé. Son traitement par chimiothérapie avait été interrompu temporairement suite à une dénutrition avancée et il lui avait été mis en place une gastrostomie lors de l'hospitalisation précédente. Il fut hospitalisé cette fois ci pour fuite de sa gastrostomie et dénutrition. Une alimentation parentérale fut mise en place, le gastro-entérologue ayant mis en place la gastrostomie vint finalement

régler la fuite, après plusieurs tentatives d'arrêt et de reprise d'alimentation suite à l'intervention de l'interne de gastro-entérologie. Pendant ce temps, la dénutrition ne s'arrangea pas tellement, nous prîmes en charge la douleur et les soins de confort de type soins de bouche notamment. Son épouse était très présente et je la reçus régulièrement pour recevoir ses craintes et questions, et pour lui expliquer les soins que nous mettions en place ainsi que nos doutes plus que nos certitudes. La reprise de l'alimentation par la gastrostomie fut difficile, et ne sembla pas favorable au confort du patient, qui s'encombra. Le débit était pourtant faible, réparti sur la journée mais pour permettre la déambulation encore importante pour lui à ce moment là, il était préférable de ne pas laisser l'alimentation en continu. La question de l'alimentation dut être discutée à de nombreuses reprises avec ce patient, en équipe et avec son épouse. L'hospitalisation à domicile sembla difficile à mettre en place pour son épouse et son état se dégrada en hospitalisation. Il décéda suite à une pneumopathie peu après la reprise lente et progressive de l'alimentation.

Pour plusieurs patients en fin de vie et dénutris se posa la question de l'alimentation et il me sembla remarquer que des décès se précipitèrent quelques fois peu après la reprise de l'alimentation par voie entérale, sans qu'on puisse l'expliquer.

Un autre patient en fin de vie atteint d'un carcinome gastrique avec limite gastrique fut hospitalisé pour altération de l'état général et dénutrition. Il présenta à la fin de sa vie des épisodes douloureux importants et une agitation grandissante avec des épisodes de confusions répétés. Pour la douleur, nous avons mis en place un traitement par morphine avec une dose de fond et des bolus ainsi que par fentanyl transmuqueux en raison de la présence de douleurs paroxystiques qui duraient moins d'une heure. A un certain moment, la douleur difficile à calmer malgré les augmentations d'antalgiques et les épisodes d'agitation nous amenèrent à discuter la nécessité d'une anxiolyse par midazolam. Après avoir mis en place le processus collégial prévu par la loi du 22 avril 2005 avec le patient et sa famille, nous avons mis en place une anxiolyse par midazolam comme prévu par la procédure proposée par la fédération des activités des soins palliatifs et soins de support du CHU disponible sur l'intranet du CHU depuis avril 2012.

Une autre situation de fin de vie particulièrement complexe fut assez compliquée à gérer dans le service. Il s'agissait d'une femme d'un peu plus de 40 ans, venue consulter aux urgences médicales pour des douleurs. A l'examen fut découverte une tumeur mammaire réalisant une plaie cutanée saignant facilement, ainsi que des douleurs osseuses (qui se sont révélées être liées à de multiples métastases). Il s'agissait a priori de sa première consultation pour sa tumeur. Elle s'était soignée jusque là par différents moyens inconnus des professionnels du service, principalement des plantes. Elle était accompagnée par son mari psychiatre et une amie américaine également soignante il me semble et particulièrement investie auprès de la patiente, étant au préalable intervenue auprès d'elle notamment par des techniques de soin non conventionnelles. Sa prise en charge posa un certain nombre de problèmes. L'arrivée de cette patiente avec son cancer à un stade avancé, son positionnement vis à vis des soins conventionnels et le temps que ses soins et son accompagnement exigeaient ont déstabilisé l'équipe. Il m'a semblé que les situations difficiles comme celle-ci font émerger des problèmes existant déjà mais latents, tels que le cadre hiérarchique rigide, les manques de communication, la cohésion

d'équipe, etc. La patiente refusait l'idée d'une radio-chimiothérapie initialement puis après un certain temps, des difficultés pour soulager ses douleurs osseuses, accepta l'idée d'une radiothérapie qui ne put finalement jamais se réaliser. Sa plaie saignait et nécessitait des pansements long et répétés. Elle ne supportait pas certains parfums, notamment celui que portait une infirmière. Les représentations que les soignants avaient de la patiente et son entourage ne semblaient pas toujours faciliter la relation. Son mari étant très présent et souhaitant l'accompagner le plus possible a demandé s'il était possible de dormir sur place. Il n'y avait pas de consensus dans l'équipe, des décisions furent prises isolément au contact de la patiente et sa famille, puis des ordres survinrent (un peu plus distants) en contradiction, rétablissant le cadre mais cela n'était pas forcément acceptable pour chacun chacune. L'interdiction se cristallisait notamment sur la peur que d'autres patients réclament le même privilège. Les traitements symptomatiques n'étaient pas évident non plus. Il m'a semblé que le travail d'équipe pluridisciplinaire et collégial travaillé au sein des équipes de soins palliatifs et dans d'autres endroits manquait un peu ici (bien qu'il fut probablement mieux qu'ailleurs), ce qui générait divers problèmes individuels ou collectifs qui me semblaient témoigner du dysfonctionnement collectif. Malgré tout, toujours sur la crête pour le fonctionnement de l'équipe et le lien avec la patiente et ses proches, l'accompagnement se fit. On soulagea ses symptômes autant que possible avec la morphine et le midazolam au pousse-seringue électrique, équilibrés en fonction de la symptomatologie, les soins de bouche, les pansements, les discussions. Chrétienne très croyante, elle put assister à plusieurs offices à l'hôpital en lit d'hôpital.

Un autre cas fut assez marquant. Il s'agissait d'une femme de 45 ans environ. Elle était hospitalisée pour altération de l'état général, amaigrissement important et incurie. Elle était hospitalisée plutôt sur le versant psychiatrique, ayant été hospitalisée au préalable en médecine interne ailleurs et les examens réalisés n'ayant rien trouvé. Sa symptomatologie était un peu fruste, une anorexie, un ralentissement psychomoteur des tremblement d'attitudes fins. Des réflexes vifs étaient malgré tout surprenants. Dans ses antécédents, l'accent était mis sur les problèmes vécus au travail avec un conflit et quelques éléments de son histoire personnelle. Une hystérie fut évoquée. Un matin, elle présenta un épisode de confusion somnolente fébrile. Je pratiquai une ponction lombaire en urgence avec des tubes en plus au cas où. En lien avec les infectiologues de l'hôpital, nous avons débuté un traitement antiviral par aciclovir, un traitement antituberculeux et un traitement antibiotique. Le problème s'avéra finalement être une encéphalite dans le cadre d'une maladie de Lyme confirmé par le sérodiagnostic et l'IRM qui fut relue et confirmée tout à fait compatible avec le diagnostic. Sous traitement antibiotique par ceftriaxone, la patiente s'améliora très rapidement et seuls les tremblements persistèrent jusqu'à sa sortie en convalescence chez sa fille dans le sud de la France. Le traitement fut poursuivi pendant 1 mois. Elle fut revu en consultation d'infectiologie et le traitement antituberculeux continué jusqu'à la négativité des cultures.

Ce stage me permit d'apprendre beaucoup de choses, en me confrontant à de nombreuses situations difficiles et complexes, bien que le cadre et la cadence de travail ne m'ont pas semblé les plus propices aux meilleurs soins.

Pendant la période de ce stage d'été s'est tenu le congrès annuel de la médecine général à Nice autour du 23 juin 2012. Il s'est tenu dans le somptueux palais des

congrès nommé Acropolis. En regardant la programmation quelques mois avant, quel ne fut pas mal surprise de constater que de nombreux laboratoires avaient leurs « sessions partenaires » dans le congrès, pignon sur rue, dans lesquelles il était questions de pathologies pour lesquelles lesdits laboratoires avaient des médicaments à vendre. Mais ce n'était pas tout. Les entreprises Coca-Cola Compagny et Mac Donald's avaient également des sessions partenaires traitant des habitudes des français en termes de boissons et de « 20 ans d'efforts en diététique d'une chaîne de restauration rapide »... Devant ce constat, avec quelques amis et d'autres personnes rassemblées pour l'occasion, nous avons participé à l'événement phare de la spécialité. Du dehors, nous avons tenté de susciter la discussion autour des tournures que prenaient ce congrès (qui semblait pourtant comporter des travaux intéressants aussi...). Contribuer à l'organisation de cette célébration nécessita de mobiliser des compétences apprises plutôt à travers mes activités associatives qu'à la faculté. Devant le parvis de ce prestigieux palais des congrès se sont tenues de nombreuses discussions autour de la place des industriels dans ce congrès, des difficultés à s'émanciper, du coût des congrès (dans un lieu aussi luxueux), de l'impossibilité de faire des congrès dans des facultés, de la façon dont on peut travailler collectivement la médecine générale, se réunir, partager, des freins individuels et collectifs, etc.

J'eus la chance de pouvoir faire un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) au semestre suivant. Pour ce stage, je travaillais à 4 endroits différents : dans une maison de santé nouvellement créée à Domène avec le Dr Vaillant, dans un cabinet médical de groupe fonctionnant en pôle de santé à Saint-Martin d'Hères avec le Dr Lagabrielle, au CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation) de Médecins du monde avec le Dr Allemand et aux Lits Halte Soins Santé intégrés dans les locaux de La Boussole, un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale). La diversité des cadres de travail, des pratiques et des personnes consultant fut très riche pour appréhender différentes pratiques de médecine générale ambulatoire, les difficultés majeures d'accès au soins de certains groupes de personnes et l'ampleur des inégalités sociales de santé.

A la suite de consultations en cabinet de médecine générale, ainsi qu'à l'occasion de discussions au CASO de Médecins du monde, j'ai été amené à me pencher sur l'intérêt des dépistages des cancers et en particulier le cancer du sein, du col de l'utérus et de l'intestin (le dépistage systématique pour le cancer de la prostate ayant démontré son inutilité voire sa nocivité). Depuis mon premier stage en médecine générale, j'ai été frappé par la pratique de l'ODLC. Les médecins sont payés en fonction du nombre de personnes qu'ils vont convaincre à se faire dépister pour le cancer colorectal et le cancer du sein. Cela me faisait un peu penser à la rémunération à la performance introduite depuis peu. La rémunération se fait donc sur des critères intermédiaires de démarche de soin et qui ne sont certainement pas un reflet direct de l'amélioration de l'état de santé des personnes. En revanche, ces démarches mesurent à quel point les médecins respectent certaines recommandations officielles et les poussent à le faire sans se poser de questions. Elles risquent également de pousser les médecins à appuyer leur pratiques sur ces critères, si j'osais je dirais et à faire du chiffre. Concernant le cancer du sein, nous avons également subi en octobre le matraquage médiatique sur ce dépistage utilisant notamment des

célébrités comme argument d'autorité, s'appuyant sur la peur de mourir de tout un chacun, évitant soigneusement le débat contradictoire. Continuant mon apprentissage de médecin, cela me questionnait sur la politique de santé publique menée par mes autorités de tutelle... D'après le dossier de la revue Prescrire de mai 2006 passant en revue la littérature scientifique sur la question du dépistage du cancer du sein, il n'a pas été démontré une diminution de la mortalité totale ni de la mortalité par cancer par ce dépistage, seules quelques études biaisées de faible niveau de preuve semblent le suggérer. Selon une méta-analyse qui suggère une réduction de la mortalité par cancer du sein (de US Preventive Services Task Force), il faudrait inviter à un dépistage par mammographie entre 665 et 2564 femmes âgées de 40 à 74 ans pour éviter un décès par cancer du sein au bout de 14 ans de dépistage, et la démonstration repose sur des essais de faible niveau de preuve. De l'autre côté de la balance se trouvent une augmentation du nombre d'ablations de seins, les effets secondaires des radiothérapies (dont des cancers radio-induits) et des parcours médicaux particulièrement anxiogènes. Sans parler des cancers de l'intervalle (entre deux dépistages) qui représenteraient environ un tiers des cancers diagnostiqués. Il semblerait que les études faites ne disposent pas de la puissance suffisante pour mesurer un éventuel effet sur la mortalité globale du dépistage par mammographie, l'effet sur la mortalité par cancer du sein étant douteux. D'après le rapport bénéfique/risque publié par la Collaboration Cochrane à partir des études de meilleur niveau de preuve, pour 2000 femmes participant au dépistage pendant 10 ans, l'une d'entre elles aura évité une mort prématurée par cancer du sein (sans qu'on sache si elle aura évité la mort tout court) et 10 auront été victimes de surdiagnostic et des traitements inutiles et dangereux qu'il entraîne. Il me semble qu'on est loin d'avoir de quoi prôner ce dépistage systématique comme si c'était évident...

Concernant le cancer colorectal, il est plus clairement démontré son efficacité mais la balance est mal évaluée du côté des événements indésirables. Sur 100 000 personnes de 45 à 74 ans invitées au dépistage tous les 2 ans pendant 10 ans, on détecte environ 250 cancers du colon et 350 gros polypes adénomateux. Environ 1900 personnes subissent une coloscopie « pour rien ». Les complications sont mal évaluées mais entraînent probablement 3 à 5 décès. Environ 430 cancers du colon ne sont pas détectés par le dépistage. Au total des décès par cancer du colon sont évités mais on ne sait pas si la durée de vie des personnes dépistées est allongée. (Prescrire, février 2013).

Concernant le cancer du col de l'utérus, le dépistage par frottis tous les 3 ans, à partir de 7 ans après le début des rapports est démontré mais le boum médiatique actuel concerne plus particulièrement la vaccination contre les virus HPV 6, 11, 16, 18. La vaccination en 3 doses de ce vaccin pour des jeunes femmes de 16 à 23 ans a montré une diminution des lésions dysplasiques de haut grade (qui mènent parfois mais pas toujours vers un cancer du col de l'utérus, environ 40% des lésions de haut grade régressent spontanément) mais on n'a pas d'éléments concernant l'incidence des cancers du col de l'utérus, sur la mortalité par cancer de l'utérus. Les éléments que nous avons actuellement sont peut-être intéressants tout en étant tout à fait discutables. Qu'est-ce qui explique qu'on nous pousse à promouvoir ce vaccin ? Les laboratoires privés qui font la grande majorité de la recherche médicale ont besoin de retour sur investissement pour poursuivre leurs recherches. Et pour avoir ce retour sur

investissement, il faut s'assurer de l'achat des produits donc faire de la publicité, de la visite médicale, du lobbying au ministère, à l'agence du médicament, etc. Leurs recherches seront évidemment exclusivement tournées vers des débouchés commerciaux possibles, fermant donc une multitude de voies de recherche qui ne seront en l'absence de recherche publique jamais finançables.

Dans le cadre de mon activité à Domène, je fis de nombreuses visites à domicile, et pus suivre certaines personnes pendant la durée de mon stage, aborder à certains moments les questions d'autonomie, de maintien à domicile. Il y a une famille que je connus à ce moment-là dont les protagonistes étaient une mère âgée d'environ 80 ans et deux filles dont l'une avait une psychose et vivait avec sa mère. J'eus à intervenir à plusieurs reprises chez elles, pour la mère et pour la fille. Pour la fille, il s'agissait principalement de l'accompagner à consulter différents professionnels, en ambulatoire et à l'hôpital, une fois pour un abcès dentaire qui dut être drainé à l'hôpital, une autre fois pour une incontinence et un prolapsus génital, et de prévenir les complications à partir des problèmes de santé qu'elle pouvait présenter. Pour la mère, la question de son choix, de son autonomie, de l'ingérence familiale et médicale m'ont semblé en jeu. Devant sa dénutrition, ses symptômes digestifs (avec un antécédent de cancer de l'estomac), ses refus d'aller voir des médecins et encore moins dans des hôpitaux, il s'agissait de voir avec elle et en lien avec ses filles ce qui serait acceptable et dont elle pourrait bénéficier, sans la violer. Une fois, j'eus à intervenir un matin peu après l'intervention des pompiers suite à une chute dans la nuit. Les pompiers, voyant la maison fermée, l'odeur de cigarette pesante, l'état de dénutrition de la mère, ont évoqué une maltraitance de la part de sa fille, par négligence surtout. La question de l'institutionnalisation de la mère en maison de retraite dut être à nouveau discutée. Cette dame vivait là depuis de nombreuses années, son plaisir était de s'occuper du jardin mais elle n'en était plus capable. Elle affirmait qu'elle ne voulait pas quitter sa maison, préférant y mourir. Lors de sa chute et dans le récit de l'événement apparaissait certaines incohérences de sa part, faisant intervenir des personnes n'ayant pas pu être là. J'essayais de laisser à chacun sa place dans la discussion et après avoir discuté de ce qui permettrait de maintenir au mieux le maintien à domicile et qui serait acceptable par la personne concernée, et en avoir discuté avec mon maître de stage, j'ai mis en place avec l'assistant social du conseil général un portage des repas certains jours. Cela permettrait d'avoir le passage d'une personne extérieure qui donnerait son avis sur l'évolution de la situation et peut-être d'accompagner d'un peu plus près cette mère et sa fille. Sur le plan médical, je lui prescrivis un bilan ambulatoire à faire à domicile pour rechercher des troubles ioniques, une rhabdomyolyse, des signes d'infection pouvant expliquer la chute et nécessiter un traitement supplémentaire. Fallait-il l'hospitaliser pour faire un bilan plus complet contre sa volonté ? Du fait de sa confusion un peu plus manifeste ? Il m'a semblé à ce moment là possible de poursuivre à domicile selon ses souhaits maintes fois manifestés auparavant.

A Saint-Martin d'Hères, je découvris une pratique de proximité dans un quartier populaire et eu une activité très variée avec des suivis, des visites à domicile, un accompagnement en fin de vie. Beaucoup de gens suivis vivent des situations de souffrance au travail, d'isolement social. Dans certaines situations, j'ai eu l'impression de me trouver dans une impasse du colloque singulier, qu'il y aurait besoin d'un lieu

collectif accueillant, pas trop médicalisé (voire pas du tout) pour permettre à ces personnes de renouer quelque chose, d'ouvrir des espaces et des possibles alors qu'elles se trouvaient dans des situations qui pouvaient ressembler à des impasses. Peut-être des situations trop duelles dans lesquelles il fallait faire quelque chose. Que ce soit au travail face au patron, face au médecin, face à tel ou tel intervenant avec à chaque fois insidieusement une injonction de faire, de lutter, de s'en sortir. J'imaginai qu'un espace tiers, sans obligation particulière, permettrait peut-être de se décaler et de dénouer certaines choses. Comme cet homme de 30 ans qui était en arrêt de travail depuis plusieurs mois et dont le suivi était ancien avec son médecin traitant. Il avait eu un conflit au travail, avait subi des pressions progressives et puis un jour, n'a plus pu y aller et ne pouvait toujours pas y retourner quand je l'ai vu. Il était question de reprendre à temps partiel. Il ne souhaitait pas voir de psychologue, j'avais l'impression qu'à ce moment là, la relation duelle n'apportait peut-être plus grand chose. J'imaginai qu'un autre espace pourrait être intéressant pour lui. Développer et travailler un tel espace m'intéresse beaucoup. Dans la cité des Francmoisis à Saint-Denis, il y a un espace de ce type dans un centre de santé et je crois qu'il est essentiel pour la dynamique de proximité du centre de santé. C'est aussi un élément qui a motivé le choix de mon stage suivant à l'hôpital de jour de la MGEN, où l'hôpital de jour est travaillé comme espace de vie, d'interactions, de travail clinique, de tiers espace dans la relation thérapeutique, de vecteur doux de mise en mouvement psychique.

J'ai aussi travaillé la question de la gynécologie. Je n'ai pas fait d'examen gynécologique, les femmes étant suivies par ailleurs, ne le souhaitant pas et consultant pour des motifs qui n'imposaient pas d'examen gynécologique. La principale problématique que j'ai souvent discutée était la contraception, en particulier à une période où le scandale des pilules de 3ème génération éclata. J'essayais toujours de partir de ce que la femme savait et voulait, laissant la plupart du temps à la fin de la consultation des éléments pour se documenter. Je leur indiquais en particulier deux sites internet :

le blog de Martin Winckler (<http://martinwinckler.com/spip.php?rubrique8>) et le site www.choisirsacontraception.fr. Je leur donnais ces sources d'information pour réfléchir tranquillement à ce qui pouvait leur convenir et afin qu'une discussion plus équilibrée puisse se mettre en place. Par ailleurs, comme leur contraception était souvent « gérée », ou plutôt prescrite par un gynécologue, je leur suggérais ces sites pour qu'elles aient des éléments de discussion ou des questions précises afin de moins subir certaines prescriptions autoritaires. Je pense que j'ai encore du travail dans ce domaine et qu'il faut être précautionneux vis à vis de ces questions en tant qu'homme médecin en particulier et peut-être travailler avec des consœurs, voire ouvrir un tiers espace non dirigé par des médecins, en tout cas pas des hommes, pour que des femmes puissent partager leurs problématiques et se réapproprier leur rapport à leur sexualité et à la procréation.

Entre mon travail à Médecins du monde et aux lits halte soins santé au sein de La Boussole, j'ai pu aborder la grande précarité médico-sociale d'un point de vue médical au sein d'équipes médico-sociales. Dans le cadre des lits halte soins santé, c'était à moyen terme et au quotidien avec les mêmes personnes, dont les problèmes de santé étaient lourds mais dont la complexité tenait surtout à la précarité

administrative, affective, relationnelle, matérielle des personnes. A Médecins du monde, c'était à très court terme, bien qu'on revoyait certaines personnes plusieurs fois. Comme cet homme qui était résident du CHRS La Boussole (sans être aux lits halte soins santé) et qui venait très régulièrement consulter à Médecins du monde. Comme beaucoup de migrants algériens vivant en France depuis longtemps, il n'était plus vraiment chez lui en Algérie, et n'était pas vraiment chez lui en France. Il présentait presque toujours les mêmes symptômes, une lombalgie chronique fluctuante irradiant dans la fesse droite et des troubles digestifs pour lesquels il venait chercher des traitements symptomatiques. La plupart des motifs de consultation à médecin du monde étaient directement liés à leur situation de précarité, au fait de dormir à la rue, de ne pouvoir se projeter dans une situation plus confortable, de ne pas avoir de quoi manger, d'avoir subi des tortures, etc. Les soins possibles sont souvent limités et donner une réponse sur le plan médical qui va réellement changer la situation de la personne en face est la plupart du temps illusoire. Ce travail qui semble indispensable pose nécessairement des questions d'ordre politique. Comment se produisent ces situations ? Dans quelle système socio-politique ? Quelle place occupons-nous dans l'organisation socio-politique où se produisent ces situations ? Quelle positionnement éthique pour le médecin dans la société ? Chaque réponse produit des effets différents.

Je me rappelle cette femme jeune, d'environ 25 ans qui consultait pour un malaise. Elle avait parfois la tête qui tournait, les jambes qui perdaient de leurs forces, elle n'avait pas perdu connaissance mais elle défaillait un peu. Son examen clinique ne révélait rien de particulier, pas d'hypotension orthostatique, pas de point d'appel particulier. Elle dormait dans la rue, n'avait pas de quoi manger et ne buvait presque rien, ne connaissait personne. En termes médicaux, la réponse possible me semblait pauvre. Buvez un peu plus, mangez mieux, madame. En termes humanitaires, l'orienter vers des associations, la Croix Rouge, les restos du cœur... En termes politiques ? Médecins du monde participe au collectif d'associations qui essaie de pousser l'Etat et les collectivités à offrir des solutions à cette situation de crise chronique. L'activité médicale de Médecins du monde supplée la démission du système de soin de droit commun et de l'Etat. Si tous les médecins de Grenoble recevaient ces personnes, ils n'en recevraient pas tant que ça. 1500 consultations par an environ diluées dans l'activité de chacun chacune. Faire un stage dans ce cadre m'a permis de réaliser cette situation.

Mon dernier stage dans lequel je suis actuellement est un projet personnel dans l'idée de travailler la psychiatrie, les soins en psychiatrie et la médecine de proximité en quartier populaire dans un cadre salarié. Je me partage donc entre le centre de santé du quartier Abbaye-Jouhaux et l'hôpital de jour de psychiatrie de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale).

Au centre de santé, je découvre un travail d'équipe comportant médecins, orthophoniste, secrétaires médicales, chacun étant salarié. Le tiers-payant systématique et la gestion du paiement et des feuilles de soins étant assurés par les secrétaires, la consultation de 20 minutes est entièrement dédiée au soin, ce qui procure un confort très appréciable par les médecins comme pour les patients. Les soignants du centre de santé travaillent beaucoup en réseau avec les structures

médico-sociales du quartier. Des réunions régulières sont organisées avec le CMPP, différents professionnels sont reçus lors des réunions hebdomadaires de l'équipe. Cela permet d'ouvrir les possibilités de travail avec l'extérieur. C'est ainsi que la maison des adolescents est venue expliquer la façon dont ils travaillent avec leur équipe mobile récemment créée. La nouvelle sage-femme de la PMI est également venue présenter son travail. Ces réunions d'équipe ouvrant le travail avec les professionnels extérieurs me semblent aider à prendre en compte les différentes dimensions des problématiques présentées par les patients et peut-être y répondre d'une façon mieux coordonnée puisque nous comprenons mieux le travail des autres intervenants.

Mon stage à l'hôpital de jour de la MGEN est mon premier stage en psychiatrie. J'ai voulu le faire dans un cadre ambulatoire pour travailler la psychiatrie au plus proche du milieu dans lequel je risque de travailler ensuite. Le travail psychiatrique que je découvre ici ne ressemble pas à ce que j'ai pu apprendre pendant mon deuxième cycle pour préparer l'examen national classant. Ce que j'avais appris est presque directement tiré du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) et ce que je découvre ici est loin d'un travail statistique. Il s'agit plutôt d'un travail clinique mettant au centre de l'analyse et des interventions thérapeutiques le fonctionnement subjectif de chacun, des patients en particulier mais des soignants aussi.

Que ce soit en consultation médicale, en atelier thérapeutique ou dans les espaces de vie commune de l'hôpital de jour, les soignants accompagnent les patients en essayant de nouer interactions et compréhension du fonctionnement de la subjectivité de chacun. Les médecins ne font pas des médicaments leur outil principal, censé résoudre les troubles que présentent les patients. Ce n'est qu'un outil permettant d'atténuer certains symptômes trop envahissants afin de permettre à la personne de se mettre en relation, de mettre en mouvement son psychisme à travers la parole adressée à un médecin, à d'autres soignants, à d'autres patients et à travers des activités comme l'écriture, la peinture, le jardinage, la lecture à voix haute collective, du volleyball, tenir un petit bar interne à l'hôpital (le bar'atin), s'occuper d'un journal interne à l'hôpital (le trait-d'union), participer à organiser une médiathèque et en profiter, etc. Des activités sont choisies par les patients, d'autres leur sont prescrites par leurs médecins référents dans l'institution. Ces différentes activités me semblent permettre de se mettre au travail dans les dimensions du réel, du symbolique et de l'imaginaire en relation avec des soignants et d'autres patients, faisant émerger des éléments de son fonctionnement sur lesquels on peut revenir, qu'on peut parfois se réapproprier pour moins les subir.

Il y a par exemple cette patiente dont une des problématiques qui s'exprime régulièrement est la question de sa place et du rapport qu'elle a vis-à-vis des autres femmes. Elle aurait peur que les autres femmes et en particulier des soignantes pensent qu'elle veut prendre leur place. Elle-même ayant tendance à croire qu'elle ne serait pas capable d'assumer une place, ce qui la fait parfois réagir en mettant en œuvre son propre rejet et en quittant le groupe brutalement. Par exemple, dans le cadre de la préparation d'une sortie collective dans un festival artistique aux Adrets, elle a amené des prospectus avec le programme du festival en plus de ceux amenés par une des organisatrices ergothérapeute. Cette dernière distribua à ceux qui voulaient le programme, il en resta quelques uns en trop. Peut-être la patiente crut-

elle que c'était les siens et qu'ils avaient été sélectionnés pour ne pas être distribués. Quelques minutes plus tard au moment d'un changement de salle, elle cria sur l'ergothérapeute, disant à l'ergothérapeute que celle-ci avait peur qu'elle prenne sa place puis elle partit en claquant la porte. L'interprétation faite ci-dessus n'est évidemment qu'une hypothèse que nous avons émise en reprenant l'événement entre soignants. Une autre fois, où elle avait réagit violemment, elle était revenue sur ce qui s'était passé et critiqua sa réaction, expliquant que sa colère n'était pas destinée à la personne qui la reçut, élaborant et prenant du recul par rapport à sa situation.

Rien n'est figé, on questionne toujours ce qui se produit de nouveau ou de façon répétée pour une personne, même si sa structure semble claire. Faire un stage dans cet hôpital de jour me permet de m'ouvrir au travail psychiatrique thérapeutique, articulant l'individuel et le collectif. Je pense que cela me donne des éléments qui me permettent de mieux comprendre certains patients vus en cabinet de médecine générale également. Je travaille beaucoup avec la psychiatre référente de mon stage, Marie-Philippe Deloche, pour avancer dans la compréhension des situations, l'analyse des situations et la critique des analyses qu'on peut faire. Les lectures et les discussions semblent me permettre de comprendre de façon plus complexe les patients et les situations, avec de nouveaux éléments à imbriquer avec ceux que j'ai déjà.

Tout n'est pas rose évidemment. Et l'essentiel du travail portant sur la subjectivité de chacun, celles des soignants sont également en jeu. Le rapport soignants-soignés, la place des différents soignants, et les effets que peuvent avoir les subjectivités des différents soignants avec leurs propres symptômes à la fois sur le travail collectif des soignants et sur l'ensemble de l'institution incluant les patients me semblent à travailler et retravailler sans cesse.

A travers mes différents stages ambulatoire, j'ai pu découvrir des cadres collectifs différents dans des milieux variés où s'inscrivent des pratiques de proximité en lien avec un territoire donné. Je pense que cela me donne des éléments pour me projeter dans la pratique que j'envisage et qu'il me reste à construire. J'espère ce travail collectif, toujours questionnant, où les patients et les usagers occupent une place centrale. J'ai d'ailleurs commencé avec d'autres personnes à travailler dans une dynamique visant à la mise en place d'une structure de santé communautaire pluridisciplinaire.